

# complicaciones cutáneas

**D**estacaremos dentro de estas complicaciones las manifestaciones pruriginosas, con o sin lesión previa y, además del prurito, algunas dermatosis, las infecciones cutáneas, las alteraciones tróficas y las de origen metabólico.

**PRURITO.** Es un síntoma que se registra con frecuencia; puede observarse en distintas formas, ya sea como elemento **predominante o aislado** que impone la consulta, o bien **asociado** con otras complicaciones. Von Noorden (1922) lo ha observado en el 21,5 % de sus enfermos. La intensidad del prurito, en la mayoría de los casos, es paralela con la importancia del trastorno metabólico. Puede ser generalizado; otras veces se presenta como una manifestación local, lo más a menudo limitada a la esfera genital. El prurito vulvar suele ser la primer manifestación clínica de la diabetes en la mujer. El prurito escrotal es mucho menos frecuente e intenso.

Dadas las molestias que ocasiona este síntoma, que suele ser pertinaz y, a veces, desesperante, se explica la multiplicidad de los tratamientos que se suceden sin resultado apreciable. El prurito desaparece cuando mejora la diabetes y persiste mientras exista glucosa en la orina. Deben cuidarse preferentemente las lesiones de rascado para evitar infecciones.

**ECZEMAS.** Suele observarse manifestaciones del tipo eczematoso con distintos aspectos que con cierta frecuencia se localizan en los pliegues. La localización y el aspecto de estas lesiones son semejantes a dermatosis de contacto. El intertrigo lo hemos observado muchas veces en la mujer obesa en el pliegue inframamario.

Es importante recordar que el tratamiento dietético y medicamentoso hipoglucemiante suele actuar mucho más eficazmente que los medios que

se emplean corrientemente en clínica dermatológica como tratamiento local. A propósito de medicación hipoglucemiante debemos recordar un hecho de nuestra práctica que es bueno tenerlo en cuenta. En una paciente que había hecho anteriormente fenómenos de intolerancia a las sulfas (empleadas para combatir un estado infeccioso), el tratamiento hipoglucemiante por vía bucal agravó su manifestación eczematosa.

**INFECCIONES CUTANEAS.** Las lesiones de naturaleza infecciosa que pueden observarse en el curso de la diabetes sacarina son de diversos tipos: linfangitis, erisipela, furunculosis, ántrax, ectima.

La **erisipela** siempre se considero de mal pronóstico en los diabéticos. Recordemos que actualmente contamos con recursos terapéuticos de indudable eficacia para oponerse a los estragos que antes hacían las infecciones.

Es conocido de mucho tiempo el hecho de que el **ántrax** agrava el curso de la diabetes y antes del descubrimiento de la insulina y del empleo de la medicación antibiótica su aparición era considerada como un hecho gravísimo, ya que se contaba entre los desencadenantes de la acidosis diabética. Actualmente contamos con recursos terapéuticos que han hecho cambiar el pronóstico de estas complicaciones. Entre ellos señalaremos la estreptocinasa (varidasa) que tiene un notable efecto en el ántrax. De cualquier manera hay que insistir sobre la importancia de las infecciones cutáneas que, cuando se repiten, antes del descubrimiento de la afección, ponen sobre la vía del diagnóstico del terreno.

En cuanto a los gérmenes, señalamos la afinidad que tienen los estrepto y los estafilococos por la piel de los diabéticos.

Cuando el diabético sufre otras taras como la obesidad o lesiones vasculares, los gérmenes encuentran un terreno propicio para colonizar y determinar lesiones que se extienden por contigüidad o en forma metastática, pudiendo originar estados septicopiémicos de incalculable gravedad.

El **ectima** de la pierna es una lesión muy rebelde. Es muy dolorosa y suele prolongarse. Comienza siendo una vesícula de variado tamaño conteniendo líquido serohemático. Posteriormente se forma una lesión costrosa. Tiene carácter extensivo, es rebelde, puede originar otras lesiones semejantes que a veces son confluentes.

El ectima puede encontrarse en todas las variedades de diabetes, pero especialmente en las formas sin desnutrición de evolución larga en obesos, poliescleróticos y artríticos.

Los gérmenes que se encuentran como causa de la infección son estafilococos y estreptococos. La evolución de esta lesión es extensiva y puede repercutir sobre el estado general y sobre la marcha de la diabetes. Se recurrirá al tratamiento local, a la medicación antibiótica, a los medios dietéticos y medicamentosos tendientes a recuperar el equilibrio metabólico.

**ALTERACIONES TROFICAS Y METABOLICAS.** Son observables bajo distintas formas: tendencia a la prolongación de los procesos de cicatrización, lipodistrofias, infiltraciones.

Es sabido que el trofismo tisular está comprometido en los diabéticos, lo que determina gran dificultad en el cierre de las heridas.

Entre las alteraciones de origen metabólico hay que destacar la llamada **necrobiosis lipóidica**. Es una afección que se observa más frecuentemente en las mujeres. El 80 % de los casos se ha presentado en el sexo femenino, sobre todo en personas jóvenes (Conti, A. L., 1950). Sus caracteres

clínicos y evolutivos están claramente expuestos en el trabajo de P. Uhry y M. Duizend (1957), del cual tomamos los siguientes datos: "Se puede describir una evolución sucesiva en tres estados: un estado de comienzo caracterizado por la aparición de elementos papulosos; un segundo estado de infiltración en el cual la pápula se desarrolla y se transforma; un tercero de degeneración central y de cicatrización".

"La lesión inicial es una pápula cuyo tamaño va desde el de una lenteja al de una pequeña moneda. Se distingue netamente de las regiones vecinas y aparece como un elemento de coloración roja, brunorrojiza o violada. Puede ser plana o ligeramente sobrelevantada. En su superficie la epidermis está más o menos modificada, a veces de consistencia normal, a veces aparece como adelgazada, recubierta de una pequeña costra fina y puede ser ligeramente descamante. Esta pequeña pápula presenta rápidamente cambios de coloración: en su centro va a aparecer una coloración amarillenta que se extenderá luego.

El período de pápula puede quedar estacionario, pero generalmente, en el curso de la evolución, la extensión de los nódulos termina en la formación de placas que realizan el segundo aspecto. La confluencia y la extensión dan lugar a la producción de placas de color rojoamarillento. La parte central es amarilla o anaranjada. Los límites de la placa suelen ser netos y policíclicos. Tiene habitualmente consistencia firme y evolucionando se cumple la tercera etapa: estado de ulceración y de reparación".

Suele quedar una pigmentación bruna y la epidermis se atrofia. Como alteración numeral, impresa por el trastorno metabólico, se señala el aumento de lípidos y del colesterol. Para hacer el diagnóstico tiene suma importancia el examen histológico que muestra tres tipos de lesiones (continuamos transcribiendo a Uhry y Duizend): "... modificaciones vasculares con necrobiosis adyacentes -reacciones inflamatorias histioplasmocitarias perivasculares— depósito de sustancia lipídica, bien evidenciada por la coloración con Sudán III bajo forma de gotecillas ro jobruno, a veces reunidas en racimos de sede extracelular".

Otra alteración cutánea de origen metabólico que puede observarse en la diabetes es el xantoma, caracterizado por pápulas amarillentas y que coincide con una elevación muy manifiesta del colesterol sanguíneo.

**LESIONES FLICTENULARES.** Rocca y Pereyra (1961) han estudiado una lesión neurotrófica de los pies caracterizada por flictenas o ampollas localizadas en la cara plantar de los dedos o en cara lateral del dedo gordo o en región plantar anterior. Corresponde a los lugares más expuestos al roce contra el calzado; generalmente son múltiples y pueden afectar ambos pies.

Las flictenas aparecen bruscamente sin causa traumática y a veces estando el paciente en reposo en cama. Su aspecto es muy semejante a una quemadura de segundo grado. Su contenido es claro, seroso y su examen químico indica la presencia de albúmina. El cultivo no revela gérmenes infecciosos. No se encuentran elementos celulares.

La lesión no da reacción inflamatoria local, ni dolor (ver figura 29).

Interesa las capas superficiales de la epidermis o su totalidad. La pared de la flictena toma después un tinte oscuro hemático cuando el contenido de la ampolla se reabsorbe o se expulsa por rotura.

La lesión se cura por desecación no dejando cicatriz.

Los pacientes no tienen trastornos circulatorios periféricos. La oscilometría es normal, los pulsos pedios están conservados y la temperatura cutánea no está disminuída.

Existen, en cambio, signos objetivos y subjetivos de trastornos de la sensibilidad; hipoestesia táctil y térmica; sensación de adormecimiento y, más raramente, de ardor o quemadura.

Los reflejos aquilianos están generalmente abolidos. En los casos estudiados, el examen eléctrico acusa signos de neuropatía periférica.



FIGURA 29. Lesiones flictenulares neurotróficas.

Las lesiones son recidivantes. Ellas no deben ser confundidas con los procesos necróticos de los dedos, que pueden aparecer también bruscamente dando flictenas con contenido serohemático, pero interesan todo el espesor de la piel y se deben a trombosis arteriolares.