

11227

36
2ef



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE POSGRADO EN LA ESPECIALIZACION
DE MEDICINA INTERNA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

"DERMATOPATOLOGIA EN EL PACIENTE
DIABETICO"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN:
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DR. ALFREDO RAMIREZ RUBIO

ASESOR: DR. RAUL LOPEZ LEDESMA
DIRECTOR DEL CENTRO REGIONAL DE FORMACION
DE PROFESORES EN EL AREA DE LA SALUD



0275901

MEXICO, D. F.

DICIEMBRE DE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



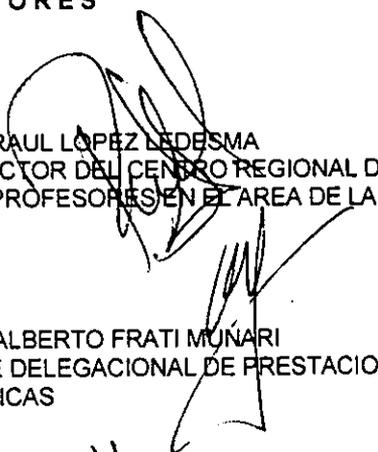
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORES


DR. RAUL LOPEZ LEDESMA
DIRECTOR DEL CENTRO REGIONAL DE FORMACION
DE PROFESORES EN EL AREA DE LA SALUD

DR. ALBERTO FRATI MUNARI
JEFE DELEGACIONAL DE PRESTACIONES
MEDICAS


DR. ALFREDO RAMIREZ RUBIO
RESIDENTE





hospital de especialidades

**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA**

TITULO

**“DERMATOPATOLOGIA EN EL PACIENTE DIABETICO”
ESTUDIO DE PREVALENCIA EN UNA POBLACION DE NUEVO
LAREDO, TAMAULIPAS**

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVO.....	2
PACIENTES Y MÉTODOS.....	3
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	4
RESULTADOS.....	5
CONCLUSIONES.....	8
BIBLIOGRAFÍA.....	10

INTRODUCCION

El presente estudio de investigación clínica se realizó con el fin de definir la prevalencia de dermatomicosis, candidiasis, necrobiosis lipoidica y vitiligo en pacientes diabéticos del Hospital General de Nuevo Laredo, Tamaulipas y compararla con un grupo de pacientes no diabéticos de la misma unidad.

Estuvo además motivado por la gran incidencia de problemas dermatológicos en este grupo de pacientes y de su posible implicación en complicaciones más serias que pudieran causar invalidez e incluso la muerte.

OBJETIVO:

Comparar la prevalencia de dermatomicosis, candidiasis, necrobiosis lipoidica y vitiligo en pacientes diabéticos y en pacientes no diabéticos.

PACIENTES Y METODOS:

Se escogieron al azar 49 pacientes diabéticos que se encontraban internados en el Hospital General de Nuevo Laredo, Tamaulipas y 51 pacientes no diabéticos. A todos se les realizó una exploración física completa en busca de dermatomicosis, la cual se dividió en tinea del cuerpo, tinea del pie y onicomicosis, esta última se subdividió en leve, moderada y severa en relación al número de uñas afectadas, Gupta y cols utilizaron la siguiente clasificación que nos pareció adecuada: menos de tres uñas afectadas, leve; de tres a cinco uñas afectadas, moderada y más de cinco uñas afectadas, severa (1).

Candidiasis, la cual se dividió en oral y genital, necrobiosis lipoidica y vitiligo las cuales se registraron como presente o ausente; se realizó un cuestionario con los siguientes datos: nombre, edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo de evolución de la diabetes, patologías concomitantes, medicación habitual, control de la glicemia actual; este último se verificó en base a resultados proporcionados por el laboratorio del hospital, el cual cuenta con una máquina 560 express plus de ciba coming, que utiliza un reactivo GLIA y mediante fotometría da las determinaciones de glucosa en suero.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se compararon proporciones analizando la presencia de la patologia de interés obteniéndose que estas patologías son más frecuentes en diabéticos que en no diabéticos con la prueba de chi cuadrada para grupos independientes, con un valor de α : 0.01 y una potencia de 99%.

RESULTADOS:

De lo obtenido en cuanto a datos generales se observó que no existen diferencias significativas entre ambos grupos en lo que se refiere a la edad, sexo y escolaridad (tabla 1); llamando la atención en que en ambos grupos prevalece el antecedente de una escolaridad baja como lo han remarcado otros autores (8); en lo referente a la patología concomitante (tabla 2), que se encontró en el momento del estudio, se observó que en el grupo de pacientes diabéticos existían aquellas que han sido relacionadas con mayores niveles de glicemia sanguínea, hística, así como alteración en la función de las células T y glicosilación no enzimática de proteínas (7, 9, 10, 14), así como lesión microvascular asociada, sin embargo, estas patologías no han sido relacionadas con las patologías motivo del estudio.

En el grupo de pacientes no diabéticos la patología concomitante hallada fue de etiología más variada y tampoco se le ha relacionado con las patologías investigadas.

Al observar las patologías motivo del estudio (tabla 3) encontramos que si existe diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, en especial en lo referente a las infecciones por dermatofitos y cándida, tal como lo han demostrado otros autores (2, 3, 4, 5, 6, 9, 10); así mismo se observó una mayor incidencia de necrobiosis lipoidica, mientras que no hubo diferencia significativa en los pacientes con vitiligo.

En lo referente al tratamiento utilizado al momento del estudio no se observaron reacciones de hipersensibilidad o patología atribuible al medicamento, además de que las patologías estudiadas no se han relacionado con los hipoglucemiantes (16).

Tabla 1. CARACTERISTICAS GENERALES EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	DIABETICOS		NO DIABETICOS	
	n	Promedio	n	Promedio
HOMBRES	17	35%	23	45%
MUJERES	32	65%	28	55%
TOTAL	49	100%	51	100%
EDAD		53.3		54.3
ESCOLARIDAD		3.7		4.4
AÑOS DE SER DIABETICO		9.0		NV*
GLUCEMIA		198 mg / dl		

N: Número de pacientes

*NV: No Variable

Tabla 2. PATOLOGIA CONCOMITANTE EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO.

	DIABETICOS		NO DIABETICOS	
	n	Promedio	n	Promedio
HIPERTENSION ARTERIAL	18	37%	4	8%
INSUFICIENCIA RENAL CORINICA	3	6%	2	4%
EPOC*	2	4%	4	2%
HIPERCOLESTEROLEMIA	2	4%	1	2%
TUBERCULOSIS PULMONAR	1	2%	1	10%
CARDIOPATIA	3	6%	5	
INFECCION DE VIAS URINARIAS	5	10%	A	
CARIES DENTAL	5	10%	A	
PSORIASIS	1	2%	A	
INSUFICIENCIA VENOSA	12	24%	A	
PIE DIABETICO	2	4%	A	
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	A		3	6%
CIRROSIS HEPATICA	A		4	8%
EPILEPSIA	A		2	4%
POST-OPERADOS	A		11	21%

*Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

A: ausente

Tabla 3. DERMATOPATOLOGIA OBSERVADA EN AMBOS GRUPOS.

	DIABETICOS		NO DIABETICOS	
ONICOMICOSIS				
LEVE	6	12%	10	20%
MODERADA	19	39%	4	8%
SEVERA	7	14%	0	0%
TINEA DEL CUERPO	1	2%	0	0%
TINEA DEL PIE	8	16%	0	0%
CANDIDIASIS	11			
ORAL	3	6%	0	6%
GENITAL	8	16%	0	0%
VITILIGO	1	2%	1	2%
NECROBIOSIS LIPOIDICA	3	6%	0	0%

CONCLUSIONES:

La piel es el órgano más extenso del cuerpo, no sólo cumple una simple función de recubrimiento y estética, sino que participa en extensas funciones fisiológicas e interviene en múltiples procesos fisiopatológicos (7).

La diabetes es una enfermedad multifactorial que afecta aproximadamente a 11 millones de personas en E.U.A. (2). Sus complicaciones crónicas tienen grandes repercusiones en el ámbito de salud pública (3).

En México, en especial entre población de nivel socioeconómico bajo y pobre escolaridad existen mayores complicaciones crónicas y un control más pobre de la glicemia, como pudieron observar Martínez y cols. (8), y nosotros en nuestra serie.

Al hablar de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus a todo el mundo le viene a la mente la microangiopatía, la macroangiopatía y la neuropatía, sin embargo son realmente pocos los médicos que piensan en sus complicaciones dermatológicas, siendo que más del 30% de los diabéticos cursan con algún tipo de problema dermatológico durante el curso de su enfermedad; algunos autores como Huntley (4) piensan que esta cifra pudiese acercarse al 100%.

Esta fuera del alcance de este estudio hacer una clasificación de todos los problemas dermatológicos en el diabético, sin embargo, quisimos tomar a algunos de los más representativos o al menos que tienen una fuerte asociación con la enfermedad, como las infecciones por dermatofitos y *Cándida*, la necrobiosis lipoidica que se asocia frecuentemente y el vitiligo, este último con una asociación dudosa (2, 3, 4, 7); Pérez y cols hacen una clasificación en cuatro grupos: 1) enfermedad cutánea con fuerte asociación, 2) infecciones cutáneas, 3) manifestaciones cutáneas de las complicaciones crónicas y 4) reacciones cutáneas al tratamiento (2).

Los principales agentes que infectan al diabético y que pertenecen a los dermatofitos son del género *Tricophyton*, *Vicrorporum* y *Epidermophyton* (3), su importancia real radica en que al infectar la capa cornea de la piel rompen esta y abren puertas de entrada a infecciones bacterianas, que pueden tener repercusiones permanentes e incluso mortales (3). También se ha observado en algunos casos de úlceras plantares del diabético que estas se encuentran infectadas no sólo con microorganismos bacterianos sino que existe una infección agregada, ya sea con dermatofitos o con fitomicetos, lo cual hace difícil su manejo al no pensar en estos y dar sólo tratamiento antimicrobiano (2, 3, 9).

También las infecciones por *Cándida* se ha observado que son más frecuentes y de mayor intensidad en los diabéticos (2, 3, 6, 10, 12, 13). En la candidiasis vaginal la diabetes constituye un factor predisponente, como lo han constatado Pillsbury y cols (13) y otros (2, 3, 10, 12).

Los mecanismos fisiopatológicos que se han invocado para explicar estos fenómenos incluyen los niveles de glucosa más elevados en los tejidos, lo cual influye en el crecimiento de los dermatofitos y

alteraciones de la inmunidad celular del huésped y en la glicosilación no enzimática de proteínas (2, 4, 9, 14).

La necrobiosis lipoidica son lesiones poco frecuentes que se reportan en el 0.3% al 0.5% de los diabéticos (2, 5), su involución no guarda relación con los niveles de glucosa sanguínea; histológicamente existe necrosis del colágeno de la dermis con formación de granulomas en empalizada (2, 4, 5, 10). En nuestra experiencia, a diferencia de otras series como la de Pérez y cols (2) y la de Huntley y cols (4, 5) encontramos una incidencia mayor, esto reflejado probablemente por el tamaño de la muestra.

En la patogenia del vitiligo se han invocado mecanismos autoinmunes, algunos de estos relacionados con la génesis de la diabetes, sin embargo aun estamos lejos de comprender realmente el mecanismo exacto de su fisiopatología (12, 15).

Del mismo modo la larga evolución de la enfermedad, así como el control inadecuado de esta, son factores que influyen en forma determinante en el desarrollo de las infecciones (8).

En conclusión pudimos observar que las infecciones en el paciente diabético son más frecuentes y de mayor intensidad cuando los comparamos con pacientes no diabéticos en una población similar.

**ESTA TERCIA NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA:

1. Gupta AK, Scher R, De Doncker P. Current management of onychomycosis. *Dermatologic Clinics*. 1997; 15.
2. Pérez MI, Kihn SR. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Journal of the Academy of Dermatology*. 1994; 30.
3. Kemmerly SA. Dermatologic manifestations of infections in diabetics. *Infectious Disease Clinics of North America*. 1994; 8.
4. Huntley AC. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Dermatologic Clinics*. 1989; 7.
5. Huntley AC. The cutaneous manifestations of diabetes mellitus. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 1982; 7.
6. Lamey PJ, Darwazeh AMG, Frier BM. Oral disorders associated with diabetes mellitus. *Journal of the British Diabetic Association*. 1992; 9: 410-6.
7. Saúl A. Lecciones de dermatología. Decimotercera edición, Méndez editores. 1996: 501.
8. Martínez F, Mendiola I, Trujillo L, Ramírez C, Marquez R. Diagnostico situacional de la diabetes mellitus en el paciente ambulatorio y pensionado. *Revista Médica del IMSS*. 1994; 32.
9. Farreras - Rozman. *Medicina Interna*. Duodécima edición, Ediciones doyma. 1994: 1283-1284.
10. Bologna JL, Braverman MI. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones crónicas. Primera edición, Ediciones de la American Diabetes Association. 1991: 206.
11. Thiboutot DM. Dermatologic manifestations of endocrinology disease. *Journal of clinical Endocrinology and Metabolis*. 1996.
12. Darier J, Civate A, Tzanck A. Compendio de dermatología. Salvat Editores. 1953: 369-397.
13. Pillsbury DM, Shelley WB, Kligman AM. Compendio de dermatología, Salvat Editores, 1994.
14. Gagliardino JJ, Rebolledo OR. Diabetes Mellitus. Complicaciones Crónicas, Primera Edición. Interamericana MacGraw-Hill, 1992: 59
15. Goodman and Gilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. McGraw-Hill Interamericana, Novena Edición. 1996.