



Paciente con diabetes mellitus y lesión anular

José Manuel Comas Samper: Médico de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo.

M^a Belén González-Mohíno Loro: Médica de Familia. Centro de Salud La Puebla de Montalbán, Toledo.

Ascensión López Serrano: Médica de Familia. Centro de Salud Cristóbal Acosta. Burgos.

Correspondencia: jcomass@gmail.com

Los trastornos de la piel se pueden encontrar en aproximadamente un tercio de todas las personas con diabetes mellitus (DM). Con frecuencia ocurren antes del diagnóstico, de ahí que puedan desempeñar un papel importante en el reconocimiento inicial de la enfermedad subyacente, o bien existir una íntima relación entre DM y afectaciones dermatológicas¹.

PRESENTACIÓN

Paciente de 54 años, de profesión ganadero, que acude a consulta por presentar una lesión anular aislada en el dorso de la mano (Imagen 1). Refiere crecimiento progresivo hasta el tamaño actual, larga evolución, con prurito leve y resto asintomático.

Antecedentes de DM tipo 2 en tratamiento. No hay reacciones adversas a medicamentos conocidas. Se aprecia una lesión no descamativa, con borde sobreelevado, eritematosa, color violáceo, pápulas perlas confluentes que forman un anillo bien delimitado con aclaramiento, regresión y depresión central y crecimiento centrífugo².

Refiere que se ha aplicado un corticoide de potencia intermedia, sin apreciar mejoría de la lesión ni disminuir su progresión.

DISCUSIÓN

Se ha demostrado la prevalencia y alta frecuencia de cuadros dermatológicos de origen infeccioso en el paciente con DM, facilitados por el descenso de inmunidad, o bien inflamatorias mediadas por factores inmunitarios afectando a los vasos sanguíneos, alterando el colágeno y el tejido elástico e incluso

hallazgos que sugieren que la DM puede ser un factor de riesgo para su desarrollo y que la autoinmunidad puede ser un factor importante en su patogenia³.

A partir de la descripción de las características de la lesión, se planteó un diagnóstico diferencial con tiña, eritema migratorio, sarcoide y liquen plano



Imagen 1. Lesión anular

Fuente: elaboración propia.



basado en diferencias clínicas, hasta realizar el diagnóstico definitivo de granuloma anular (GA), confirmado posteriormente por biopsia².

El GA es una afección inflamatoria granulomatosa de la piel de etiología desconocida en la que existe una inflamación necrosante mediada por factores inmunitarios, la cual rodea a los vasos sanguíneos alterando el colágeno y el tejido elástico, bien de forma local, bien generalizada que puede asociarse a la DM⁴. Suele iniciarse en niños y jóvenes, con una proporción mujeres-varones de 2:1².

En relación con el tratamiento, todavía no existe un manejo clínico definido, y según el subtipo clínico, su pronóstico puede variar. La variante localizada generalmente se resuelve por sí sola dentro de los 2 años sin tratamiento, mientras que la forma generalizada es más crónica y responde menos al tratamiento⁵.

La remisión espontánea es lo habitual, y ningún tratamiento es una opción si las lesiones no son deformantes, además las lesiones se pueden resolver después de la biopsia, queya hemos referido en

muchos casos se utiliza para la confirmación diagnóstica².

La modalidad de tratamiento seleccionada debe basarse en la gravedad de la enfermedad, las condiciones comórbidas, la consideración de los posibles efectos secundarios y la preferencia del paciente⁶.

En general, el abordaje terapéutico se estructura en base a²:

- *Tratamiento tópico*: corticoesteroides tópicos de potencia elevada, que se aplican bajo oclusión de plástico o hidrocoloide.
- *Triamcinolona intralesional*: una dosis de 3 mg/ml en las lesiones es muy eficaz.
- *Crioatomización*: las lesiones superficiales responden al nitrógeno líquido, pero puede causar atrofia.
- *Fotoquimioterapia con PUVA*: es eficaz en el granuloma anular generalizado.
- *Corticoesteroides sistémicos*: eficaz en el granuloma anular generalizado, pero son frecuentes las recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lima AL, Illing T, Schliemann S, Elsner P. Cutaneous Manifestations of Diabetes Mellitus: A Review. *Am J Clin Dermatol*; 2017;18(4):541-553 Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0275-z>
2. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Granuloma anular. En: Fitzparick Atlas de dermatología clínica. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S. A. de C. V.; 2014. p.375-6.
3. Barbieri JS, Rosenbach M, Rodríguez O, Margolis DJ. Association of Granuloma Annulare With Type 2 Diabetes, Hyperlipidemia, Autoimmune Disorders, and Hematologic Malignant Neoplasms. *JAMA Dermatol*. 2021; 157(7):817-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2021.1805>
4. Joshi TP., Duvic M. Granuloma Annulare: An Updated Review of Epidemiology, Pathogenesis, and Treatment Options. *Am J Clin Dermatol*; 2022; 23(1):37-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8423598/>
5. Wang J et Khachemoune A. Granuloma Annulare: A Focused Review of Therapeutic Options. *Am J Clin Dermatol*. 2018; 19(3):333-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40257-017-0334-5>
6. Keimig EL. Granuloma Annulare. *Dermatol Clin* 2015;33(3):315-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.det.2015.03.001>