



ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS: PACIENTE CON LESIONES CUTÁNEAS PRETIBIALES

En este documento, los alumnos del **grupo 12** de la asignatura **Bases de la Medicina Interna I**, hemos tratado recoger el procedimiento llevado a cabo para la realización de la actividad “Estudio de Casos Clínicos”.

En primer lugar, el representante de nuestro grupo, Javier Pérez Torres, se puso en contacto con nuestro profesor tutor, Salvador Arias Santiago y concertaron una cita vía *Google Meet* para establecer una primera toma de contacto.

Días después, el profesor Arias nos proporcionó el caso clínico de dermatología para realizar nuestro trabajo. Tras esto, cada uno de los integrantes del grupo realizamos una lectura comprensiva, con el fin de adquirir nociones básicas acerca del caso planteado. Entre todos, decidimos que la forma más efectiva para completar los objetivos planteados en esta actividad era dividiendo por grupos los distintos apartados que conforman el trabajo. Las personas que constituían cada grupo se eligieron por sorteo.

- **Documento de Word:**

- Pérez Torres, Javier; Puertas Jiménez, Carmen; Ramírez Márquez, Marta; Ramírez Rincón, Alba; Ramos Bértudez, María; Rodríguez Aparicio, Gloria; Rodríguez López, Javier.

- **Póster:**

- Ramos Barbosa, Beatriz; Robinson, Rowan; Rodríguez Alcalde, María; Rodríguez Fernández, Claudia; Rodríguez Pérez, Aythami Adriel.

- **Vídeo:**

- Prados Carmona, José; Puerta Carrasco, Manuel Ángel; Repiso Guardado, Alba.

Una vez que todos fuimos asignados a un grupo, los encargados de elaborar este documento hicimos, de nuevo, una reunión vía *Google Meet* para desarrollar el trabajo.

Para la **elaboración** y **confección** del **póster**, en primer lugar, el grupo encargado realizó una lectura comprensiva del caso clínico planteado por el profesor Arias. Tras dicha lectura, concretaron las ideas más importantes para que estas fueran plasmadas en nuestro póster. Finalmente, decidieron utilizar la página *PowerPoint online*, una herramienta sencilla que les permitió crear el póster de manera que fuera vistoso, esquemático e ilustrativo, plasmando la información más relevante del caso y siguiendo los criterios marcados previamente por los profesores de esta asignatura, Bases de la Medicina Interna I.

Antes de comenzar con el desarrollo del caso, hablaremos de lo que hemos **aprendido**. Queremos mencionar que este trabajo nos ha ayudado a asentar los conocimientos teóricos vistos a lo largo del cuatrimestre. Además, nos ha permitido aplicar los conceptos aprendidos, sobre todo en relación a parámetros analíticos y como sus alteraciones pueden ser causantes de ciertas patologías.



A raíz del estudio del caso, hemos aprendido a trabajar con cierta fluidez en la interpretación de datos y la asociación de estos con enfermedades frecuentes.

También nos parece importante mencionar que, en este caso de lesión cutánea, hemos visto reflejado el hecho de que las manifestaciones dermatológicas están con frecuencia asociadas a enfermedades sistémicas.

Como grupo, concluimos diciendo que, a pesar de lo abrumados que pudimos sentirnos ante la asignación del caso clínico, a día de hoy y tras haber trabajado con él, nos sentimos muy agradecidos ante la oportunidad que se nos ha brindado, como es el poder hacer frente a una situación que tendremos que afrontar en un futuro no muy lejano. Ha sido una estupenda oportunidad para comenzar a familiarizarnos con los casos clínicos y perder, en cierto modo, el miedo a estos.

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO:

1. INTRODUCCIÓN Y MOTIVO DE CONSULTA

El paciente, varón de 52 años, acude a consulta por lesiones cutáneas asintomáticas en la región pretibial con crecimiento progresivo. Refiere astenia de varios meses de evolución y aumento de peso, concretamente 6 kg en 4 meses.

Con el objetivo de tratar las lesiones, ha realizado tratamiento tópico con ciclopiroxolamina en crema y corticoides tópicos durante varias semanas. Sin embargo, no obtuvo mejoría. También mencionó no haber sufrido ningún tipo de traumatismo en la zona ni haber presentado fiebre asociada. Cabe destacar que el paciente tiene contacto con un perro a diario.

En cuanto a sus antecedentes personales, refiere hipertensión arterial en tratamiento con Enalapril 10 mg/día. Además, es fumador (5 cigarrillos al día) y fue intervenido de apendicectomía. No presenta alergias conocidas. Respecto a sus antecedentes familiares, destaca el infarto agudo de miocardio que sufrió el padre del paciente a la edad de 52 años.

En la anamnesis por órganos y aparatos:

- **Sistema nervioso.** El paciente refiere buen estado anímico, con leve astenia. No presenta cefalea ni mareo.
- **Aparato digestivo.** Presenta hiperorexia (más apetito de lo habitual) y polifagia (realiza ingestas abundantes). No sufre alteraciones del hábito intestinal, dolor abdominal, pirosis, disfagia ni otra sintomatología digestiva.
- **Aparato respiratorio.** No refiere ni tos ni disnea.
- **Aparato cardiovascular.** El paciente no presenta palpitaciones ni edemas.
- **Aparato locomotor.** No refiere artralgias ni mialgias.
- **Genitourinario.** No presenta sintomatología de infección del tracto urinario, pero sí poliuria.

2. EXPLORACIÓN FÍSICA Y EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

El paciente es un varón de 96 Kg y 181 cm de altura, con un IMC es de 29,35 que indica sobrepeso. Su presión arterial es de 142-79 mmHg. Actualmente sigue un tratamiento farmacológico para la hipertensión con enalapril, 10 mg/día.

Tras la exploración física podemos concluir:

- **Inspección general:** el paciente presenta buena coloración cutáneo-mucosa y la piel hidratada. En la región pretibial bilateral presenta unas placas algo induradas en los bordes de >10cm de diámetro de color rosado con telangiectasias, centro atrófico y áreas blanquecinas-amarillentas con bordes bien definidos y sin descamación.
- **Dermatoscopia:** el paciente muestra áreas amarillentas con telangiectasias finas.
- **Exploración cervical:** no presenta adenopatías laterocervicales ni bocio. Exploración neurológica normal.
- **Auscultación cardiorrespiratoria normal:** murmullo vesicular conservado, sin crepitantes, ni soplos.
- **Exploración abdominal:** abdomen blando, depresible, no doloroso, sin masa ni megalias con ruidos conservados y sin datos de irritación peritoneal.
- **Extremidades inferiores:** no presenta edemas ni signos de insuficiencia venosa crónica.

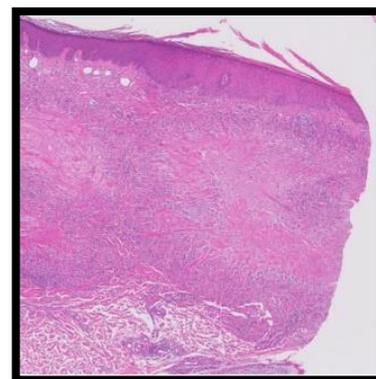


3. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

A continuación, pedimos algunas pruebas complementarias para aproximarnos al diagnóstico apropiado:

- **Sedimento urinario:** normal.
- **ECG:** Ritmo sinusal a 64 lpm.
- **Cultivo lesión cutánea:** negativo.
- **Hemograma:** normal.

El caso se confirmó con **biopsia cutánea** que mostró una reacción granulomatosa histiocitaria dérmica focal con presencia de células gigantes, áreas de degeneración colágena y acúmulos linfoplasmocitarios, concordante con el diagnóstico de necrobiosis.



Los resultados de la **analítica** fueron los siguientes:

	Resultado	Unidades	Valor de Referencia
GLUCOSA	218	mg/dl	70-100
UREA	54	mg/dl	10-50
CREATININA	0,9	mg/dl	0,5-1,2
ÁCIDO ÚRICO	5,7	mg/dl	2,4-7
BILIRRUBINA TOTAL	1,1	mg/dl	0-1,2
GOT	30	UI/l	0-32
GPT	43	UI/l	0-35
GGT	44	UI/l	7-32
FOSFATASA ALCALINA	129	UI/l	40-130
CK TOTAL	120	UI/l	40-200
LDH	380	UI/l	230-460
AMILASA TOTAL	77	mEq/l	28-100
SODIO	141	mEq/l	135-145
POTASIO	5,1	mEq/l	3,8-5,2
CLORO	93	mg/dl	95-100
CALCIO	9,1	mg/dl	8,6-10,2
FÓSFORO	3,8	mg/dl	2,5-5

PROT C REACTIVA	0,6	mg/dl	0-0,8
FACTOR REUMATOIDE	18	UI/ml	0-20
COLESTEROL	225	mg/dl	<200
TRIGLICÉRIDOS	175	mg/dl	50-150
HDL	40	mg/dl	40-55
LDL	118	mg/dl	50-130
PROTEÍNAS TOTALES	7,9	g/dl	6,5-8,7
ALBÚMINA	4,3	g/dl	3,5-5,0
ALFA 1 GLOBULINA	3,9	%	2,9-4,9
TSH	7,3	uUI/mL	0,35-5,50
T3 libre	0,9	ng/dl	0,9-1,71
T4 libre	4,7	mCG/dl	4,5-11,2
PTH intacta	55	pg/ml	15-65
HbA1c	7	%	<6,5

4. RESULTADOS DE LAS EXPLORACIONES

- **Glucosa alta** (218)
- **Urea** (54)
- **TSH alta** (7,3)
- Hemoglobina glicosilada, **HbA1c** (7)



A raíz de los parámetros alterados se pensó en un posible hipotiroidismo subclínico por la elevación de la TSH y en una diabetes (glucosa y HbA1c altas) que condicionara la aparición de las manifestaciones cutáneas. La urea podría estar elevada por un aumento de proteólisis debido a la deficiencia de insulina.

5. CONCLUSIÓN

Tras la exploración física y los resultados de las pruebas complementarias, se concluyó que el paciente padecía **hipotiroidismo subclínico**, **diabetes** y, asociada a esta, **necrobiosis lipóidica**. Según Ochoa, la necrobiosis lipóidica es una enfermedad **granulomatosa**, **crónica** y de **etiología desconocida**. Suele ser bilateral, afecta la región pretibial (85%) y se caracteriza por placas anulares esclerósicas, color rojo o amarillo-marrón. Se asocia con alteraciones de la perfusión tisular, anormalidades en las fibras de colágeno y en la función de los neutrófilos, o con agentes infecciosos. Las **manifestaciones cutáneas** de la **diabetes** pueden ser el primer signo de esta enfermedad y son debidas al resultado de trastornos metabólicos, anormalidades vasculares o mayor susceptibilidad a infecciones, entre otras.

Respecto a su **tratamiento**, no hay ensayos clínicos que confirmen la utilidad de los tratamientos ante dicha enfermedad. Sin embargo, los más utilizados suelen ser los **corticoides tópicos**, corticoides **intralesionales** o corticoides **sistémicos**, para controlar la formación de granulomas, disminuir la inflamación y /o favorecer la microcirculación.

Además, pueden usarse **apósitos de membranas semipermeables** que ayudan a tratar las lesiones ulceradas. En el caso de nuestro paciente, es necesario un adecuado **control** de la **diabetes** mediante inyecciones de insulina o una bomba de insulina. Además, deberá cuidar su alimentación y su actividad física.

BIBLIOGRAFÍA:

Tong L, Penn L, Meehan S, Kim R. *Necrobiosis lipoidica*. Dermatol Online J [Internet]. 2018; 24 (12).

- Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

Ochoa E, Sánchez, Vega M, Manzanares N, Arenas R. *Necrobiosis lipóidica*. Dermatología Cosmet [Internet]. 2011; 9(4): 306-313.

- Disponible en: <https://www.medigraphic.com>

Biondi B, Cappola A, Cooper D. *Subclinical Hypothyroidism: A Review*. JAMA [Internet]. 2019; 322 (2): 153-160.

- Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>

Sáenz de Santa María M. *Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas*. RMCLC [Internet]. 2011; 22 (6): 749-756.

- Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es>

Conde E. *Necrobiosis lipóidica ulcerada: ¿qué es y cómo la tratamos?* [Internet]. Elenaconde. 2019.

- Disponible en: <https://www.elenaconde.com>