

INSTITUTO DE ENDOCRINOLOGIA Y ENFERMEDADES METABOLICAS

## ***Complicaciones poco frecuentes o poco conocidas de la diabetes mellitus***

Por los Dres.:

**SERGIO AMARO MÉNDEZ\* y OSCAR MATEO DE ACOSTA\*\***

Amaro Méndez, S. et al. *Complicaciones poco frecuentes o poco conocidas de la diabetes mellitus*. Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

Se revisan ocho complicaciones poco frecuentes o poco conocidas de la diabetes mellitus: agrandamiento asintomático de las glándulas salivales, enfermedad de Dupuytren, osteopatía diabética, atrofia epidérmica, engrasamiento palmar, atrofia de músculos interóseos, eyeculación retrógrada y vejiga neurogénica. Se señala la frecuencia de cada una de ellas en una serie de 250 pacientes diabéticos, así como la experiencia personal de los autores en el tratamiento de cada una de estas complicaciones.

Es bien conocido que la diabetes mellitus es una enfermedad que origina múltiples complicaciones que afectan la mayor parte de los órganos y sistemas de nuestro organismo. No todas son, sin embargo, igualmente frecuentes, ni conocidas; algunas de ellas son de reconocimiento reciente.

Es nuestra intención hacer una breve revisión de algunas de estas complicaciones poco comunes (o poco conocidas), señalando su frecuencia en un grupo de diabéticos estudiados en nuestra Institución.<sup>1</sup> Es posible que algunas sean realmente poco frecuentes, pero creemos que un mejor conocimiento de las mismas contribuirá, como siempre sucede, a un aumento de su diagnóstico.

### *Agrandamiento parotídeo asintomático*

El agrandamiento asintomático de las glándulas salivales, especialmente la pa-

rótida, fue descrito desde principios de siglo en la diabetes mellitus y reportado desde entonces por distintos autores;<sup>2,4</sup> se ha observado en otras enfermedades, tales como la malnutrición crónica, cardiospasmo, intoxicación con mercurio y plomo, tratamiento con tiocinato y tiouracilo, y recientemente en las hiperlipoproteinemias<sup>5</sup>. Nosotros lo hemos encontrado también en una de las pacientes con lipodistrofia generalizada, estudiada por Güell y col.<sup>6</sup> En una serie de 250 pacientes diabéticos estudiados por nosotros,<sup>1</sup> encontramos tres que presentaban este trastorno; uno de ellos, una mujer de 38 años insulino dependiente, y dos hombres mayores de 45 años, no insulino dependientes. Las diabetes de estos tres pacientes tenían 3, 7 y 10 años de duración, respectivamente.

La patogenia de esta complicación no está esclarecida. El primero investigadores europeos la interpretaron como una hiperplasia compensatoria en respuesta a una secreción insulínica disminuida. Lyon<sup>2</sup> postuló que el déficit de vitamina A con obstrucción del conducto

\* Especialista de 1er. Grado en Endocrinología.

Director del Instituto de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, Zapata y D, Vedado, La Habana. Profesor de Medicina Interna de la Universidad de la Habana.

de Stenon por hiperplasia endotelial podía ser la causa, tanto en la diabetes, como en la desnutrición y el alcoholismo. Señaló que el déficit de esta vitamina era debido a una capacidad disminuida del hígado para convertir caroteno en vitamina A, y que había logrado la remisión del agrandamiento en sus cuatro pacientes con la administración de dicha vitamina. Oíros autores <sup>110</sup> han encontrado tales resultados,<sup>4</sup> así como tampoco nosotros en dos de núes, tros pacientes.

Un estudio más reciente de *Davidson, Leibel* y *Berris*<sup>4</sup> muestra los resultados del estudio biópsico de la parótida en cuatro pacientes, en los que encuentran infiltración grasa. Los autores atribuyen a esta complicación, el mismo significado que a la hepatomegalía por hígado graso, y recuerdan que su aparición en la desnutrición y en la diabetes es un factor común a ambos. Nosotros no hemos realizado estudio histológico a nuestros pacientes hasta el momento.

#### *Enfermedad de Dupuytren*

La enfermedad de Dupuytren es una complicación de la diabetes, cuya frecuencia en las distintas series estadísticas varía de acuerdo con el criterio diagnóstico seguido, ya que lo que hoy aceptamos como esta entidad, es un hecho clínico diferente al descrito originalmente,<sup>7</sup> en que la retracción y deformidad de la mano debido al engrosamiento marcado de la fascia palmar era un elemento obligado.

Actualmente ello se considera un estadio avanzado de la enfermedad, siendo más frecuente su manifestación más temprana: un nódulo indoloro en la cara palmar de las manos en su porción media o distal, que se corresponde en línea recta con el cuarto dedo.<sup>8</sup> Predominan en la edad media de la vida y en varones, precediendo a la fase clínica de la diabetes en <sup>110</sup> pocos casos.

Estadísticamente es más frecuente en la mano derecha, lo que se ha relacionado con el mayor uso de esta mano en la aprehensión de objetos, aunque <sup>110</sup> es raro encontrarlo bilateralmente. Los signos posteriores son el engrosamiento de la fascia palmar, lo que produce varios grados de deformidad por flexión, que generalmente toman las articulaciones metacarpofalángicas del cuarto y quinto dedos.

En nuestra serie de 250 pacientes la enfermedad de Dupuytren fue diagnosticada en 4 casos, tres de ellos en su forma inicial, y uno en su forma más avanzada.

#### *Osteopatía diabética.*

En los últimos años, un cierto número de lesiones óseas han ganado importancia clínica, separándose en parte del conjunto de trastornos neurológicos, circulatorios e infecciosos que caracterizan al "pie diabético", para comenzar a ser agrupados bajo una nueva denominación, la de "osteopatía diabética". *Pogolowska*<sup>9</sup> ha revisado ampliamente este tema, considerándolo en gran parte una expresión de neuropatía. *Azercu*<sup>10</sup> ha planteado que su etiopatogenia es primariamente ósea, debido a un defecto metabólico en la síntesis de matriz proteica del hueso.

Los principales cambios que se observan son los siguientes:

- a) Osteoporosis
- b) Osteólisis, presentando diversas formas:
  - Áreas osteolíticas con fragmentación del hueso, pero con preservación de la superficie articular por más tiempo.
  - Deformidades en punta de lápiz o candelabro.

- Pérdida de sustancia en dos porciones adyacentes de dos huesos, con aproximación y enclavamiento de la porción restante (“telescopiamiento”).
- Destrucción de las extremidades distales de las falanges.
- c) Destrucción aparente de todo un hueso (decalcificación total), y reconstrucción (recalcificación) posterior.
- d) Reacción perióstica ligera.
- e) Esclerosis ósea.

En nuestra serie tuvimos un paciente con esta complicación, la cual era hila, teral. Se trataba de un hombre de 57 años de edad, insulino dependiente, con once años de duración clínica de la enfermedad y que siempre tuvo un mal control de su trastorno inestabólico. Presentaba además una neuropatía periférica simétrica mixta como complicación neurológica. En nuestra Institución se han diagnosticado otros casos de osteopatía diabética, lo que nos lleva a pensar que esta complicación no es infrecuente. Es de gran importancia tenerla en cuenta, ya que de otro modo se puede llevar a falsos diagnósticos de osteomielitis y a amputaciones innecesarias en miembros inferiores.

#### *Atrofia epidérmica*

Aunque la manifestación dermatológica más importante, o al menos más específica de diabetes ha sido la necrobiosis lipóidica (descrita hace más de cuarenta años), sólo en la última década se han reconocido otras lesiones dermatológicas que parecen tener también importancia clínica. Para estas lesiones descritas originalmente por *Melin*,<sup>11</sup> y que *Binkley*<sup>12</sup> posteriormente denominó “dermopatía diabética”, preferimos el término de atrofia epidérmica, ya que no son exclusivas de las diabetes.

Las principales características de esta lesión son las siguientes: Predomina en miembros inferiores, generalmente varias (una lesión única es un hecho en contra de su diagnóstico); de tamaño pequeño, no mayores de 1.5 cm de diámetro; forma redonda u oval; coloración que depende del estadio, grado de pigmentación y si están cubiertas o no de queratina; al comienzo son rojizas. Su superficie es a veces indurada, con depresión central; el borde es limitado y siempre liso. Su regresión es frecuente. Nosotros encontramos trece pacientes con este tipo de lesiones en nuestra serie, ocho de ellos varones y cinco hembras. Nuestra experiencia posterior nos hace pensar en este momento que predomina definitivamente en varones.

#### *Engrosamiento jímbar*

La existencia de un engrosamiento de la piel localizado en la cara palmar de las manos —hecho señalado por primera vez como complicación diabética por *Lundbaek*<sup>13</sup> con el nombre de “síndrome de las manos rígidas”;— se observó en tres de nuestros pacientes, todos del sexo femenino, con edad de debut anterior a los 25 años, y con diabetes de cinco años de duración. Se ha reportado que en ocasiones el engrosamiento es de tal magnitud que impide cerrar totalmente el puño, aunque ninguno de nuestros pacientes lo presentó de tan intenso grado; dos se quejaban de parestesias en las manos, y en uno era asintomático.

#### *Atrofia de músculos interóseos*

La atrofia de los pequeños músculos de las manos, sobre todo del primer interóseo dorsal o región hipotenar, comenzó a ser considerada como una complicación más de la diabetes, expresión bien de una neuropatía o de una miopatía diabética,<sup>14</sup> pudiendo ser incluso un signo precoz de diabetes. Nosotros

encontramos este signo en cuatro de nuestros pacientes (1.6%), 2 varones y 2 hembras, y creemos que es en realidad mucho más frecuente de lo que suele diagnosticarse.

#### *Eyeculación retrógrada*

Esta complicación, una de las de más reciente reconocimiento dentro del conjunto de trastornos del sistema nervioso autónomo en el diabético,<sup>1,1</sup> se debe a un defectuoso cierre del esfínter interno del cuello de la vejiga, que produce un reflujo del semen al interior de la misma. Es causa de infertilidad masculina. El diagnóstico positivo se efectúa al comprobar la existencia de espermatozoides en la orina recogida en el interior de la vejiga después de la masturbación o del coito. Nosotros encontramos esta complicación en tres de nuestros 87 pacientes masculinos estudiados (3.4%). Uno de ellos es el siguiente:



Fr- 1 — complicación de la diabetes Mellitus

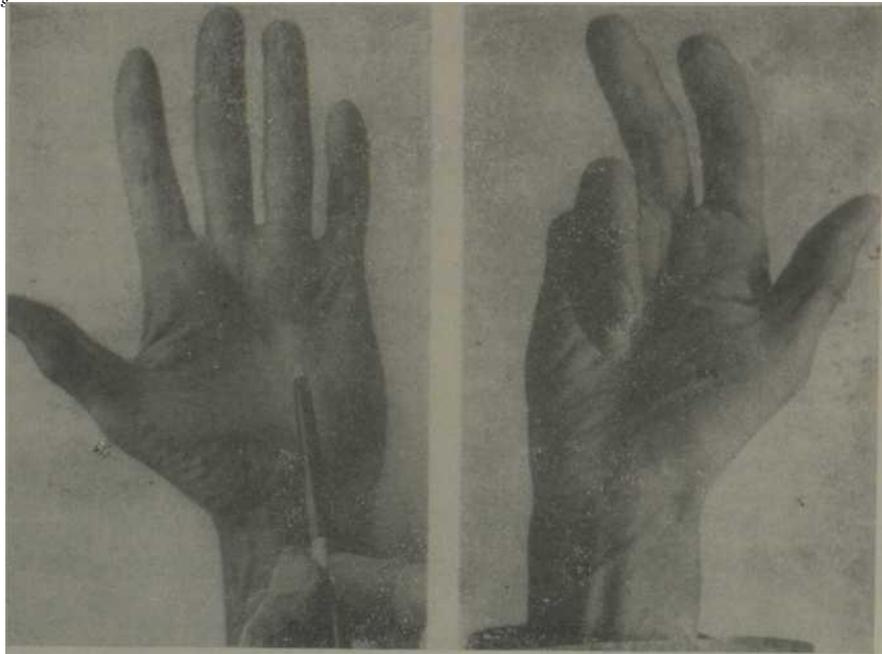


Fig. 2—Deformidad de la mano en la enfermedad de Dupuytren.



Fig. 3.—Alteraciones Radiológicas típicas de osteopatía diabética.



Fig. 4.—Atrofia epidérmica diabética o "dermopatía diabética".

G.S.I., H.C. No. 476-243, de 28 años de edad, cuya diabetes debutó clínicamente a los 22 años, se quejaba de eyaculación precoz, así como de muy escaso volumen en el eyaculado. El espermograma realizado en dos ocasiones mostró ausencia de espermatozoides, con un volumen de eyaculado de 0.3 y 0.5 ml. En el estudio de orina por micción una hora después de la masturbación se encontró un gran número de espermatozoides. El estudio de este paciente demostró además una vejiga neurogénica.

#### *Vejiga neurogénica*

Es esta una complicación que se diagnóstica cada vez con mayor frecuencia. Su debut clínico es insidioso, con aumento del intervalo entre las micciones, que llegan a ser sólo de una o dos al día. Generalmente es necesario pujar en el momento de orinar, existiendo debilidad en el chorro de la orina y sensación

de vaciamiento incompleto.<sup>16</sup> Estos síntomas frecuentemente no se reconocen, y el diagnóstico se hace en presencia, va de tumor abdominal con características de globo vesical, incontinencia por rebosamiento e infección urinaria secundaria. En todo paciente con descontrol metabólico, la posibilidad de esta complicación debe ser evaluada, así como en aquellos con otras complicaciones de neuropatía diabética, sobre todo del sistema nervioso autónomo con expresión en el aparato genitourinario (impotencia, eyaculación retrógrada). En nuestra serie se encontraron seis pacientes con esta patología, cuatro hembras y dos varones, cinco de ellos en edad entre 25 y 44 años, y 1 de más de 45 años, aún. que su mayor frecuencia en edades tardías es un hecho reconocido en la mayoría de las series estadísticas.



Fig. 5.—Vejiga neurogénica en un paciente diabético.

#### SUMMARY

Amaro Méndez, A et al. *Infrequent or little known complications of Diabetes Mellitus.* Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

Eight infrequent or little known complications of diabetes mellitus are reviewed: asymptomatic enlargement of salivary glands, Dupuytren's disease, diabetic osteopathy, epididymic atrophy, palmar broadening, atrophy of interosseous muscles, retrograde ejaculation and neurogenic bladder. The frequency of each of them in a series of 250 diabetic patients, as well as the authors's personal experience in the treatment of each of these complications are pointed out.

#### RESUME

Amaro Méndez A. et al. *Complications peu fréquentes ou peu connues du diabète mellitus.* Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973.

On fait la révision de 8 complications peu fréquentes ou peu connues du diabète mellitus: accroissement asymptomatique des glandes salivaires, maladie de Dupuytren, ostéopathie diabétique, atrophie épidermique, grossissement palmaire, atrophie des muscles interosseux, éjaculation rétrograde et vésicule neurogénique. On souligne la fréquence de chacune d'elles dans une série de 250 malades diabétiques. ainsi que l'expérience personnelle des auteurs dans le traitement de tous ces complications.

#### PESIOME

Awapo MeH, nec C., h jip. Heoótraitie ium Ma<sup>03</sup>HaK0r/tje ocjiojehchua caxapHoro MSÓeia. Rev. Cub. Med. 12: 3, 1973

üpoBOiDiTCK nepecMOTp bocbmh HeoóHraiHX vum Maji03HaK0MHX ocjiok-HeHira caxapHoro juiaSeTa: HeciMnTor.ianraecKoe yBejtttraeHHe pas&re- poB cjnoHffiiix mejie3, 3aóojieEaHj-ie ijomoTpaHa, jyraÓeTiraecKaH octc- onaTHH, aTpoFriw smwepMnca, yrojmeHiie Jiajomi, aTpoq/ira Memcoc- thhx MunmeB, 3aj;epKaHHoe H3Bep@eHne ceMeHH h HeBporeüHaH mo- moHKa. OTMenaETCH ^acTOTa Kaxmoro H3 sti-ix ocJioKHeHHñ y rpyimH 250 óojibhbx jmaóeTOM h TaK&e ii3JiaxaeTCH jmHHfi orht aBTopoB nny jeneum Kaztfloro H3 nepeHiicjieHHHx ocjiosHemiü

## BIBLIOGRAFIA

1. —Maleo de Acosta, O.; y Amaro, S.: Características clínicas (le la diabetes mellitus en 250 pacientes de 15 años y mas. Rev. Cub. Med.
2. —Lyon, E.: Swelling of the parotid gland and diabetes mellitus. Gastroenterología. 68: 139, 1943.
3. —Saldun de Rodríguez, M. L.; Scolpini, V De Rossenblutt, F. A.: Paratidosis en diabetes juvenil. Pediat. Panamer., JO: 79, 1963.
1. —Davidson, D.; Leibel, B. S.; Berris, B.: Asymptomatic parotid gland enlargement in diabetes mellitus. Ann. Int. Med., 70: 30, 1969.
5. Kaltreider, H. B.; Talal, N.: Bilateral Parotid Gland enlargement and hyperlipoproteinemia. Jama, 210: 2067, 1969.
6. Güell, J. R.; Alavez, E.; Arce, B.; Navarro, A.; Díaz, O. y Mateo de Acosta, O.: Lipo. distrofia generalizada congénita. Reporte de 6 casos. Rev. Cub. Med. 9: 187, 1970.
7. —Dupuytren, G.: Leçons orales de clinique chirurgicale, faites a l'Hotel Dieu de Paris, Vol. I, Capitulo I. Germer Bailliere, Paris 1832.
8. Wolfe, J. J.; Summerskill, W. H. J. y Davison, Ch. S.: Thickening and contraction of the palmar fascia (Dupuytren's contracture) associated with alcoholism and hepatic cirrhosis. New. Eng. J. Med. 255: 559, 1956.
- 1967.
- R\*—Azertid, E.; Lubetzi, J.; Stuhl, L. y Slotine, iM.: Les osteopathies du diabetes sucre. Ouest méd, p. 259, Mayo, 1964.
11. —Molin, H.: An atrophic circumscribed skin lesion in the lower extremities of diabetics. Acta Med. Scand. Suppl., 423, 1964.
12. —Binkley, G. W.: Dermopathy in the diabetic syndrome. Arch Internat., 92: 625, 1965.
13. —Lundbaek, L.: Stiff Hands in long-term diabetes. Acta Med. Scand, 158: 447, 1957.
14. —Bienenstock, H.: Hand muscle atrophy "Early sign" of Diabetes. Diabetes Outlook, p. 3. Jul., 1967.
15. —Elleberg, M.; Weber, H.: Retrograde ejaculation in diabetic neuropathy. Ann. Int. Med., 65: 1237, 1966.
16. —Elleberg, M.: Diabetic neurogenic vesicourethral dysfunction. Arch Int. Med, 117: 348, 1966.