

Xantoma papuloso diabeticorum

Presentación de un caso

Por los Dres.:

HUMBERTO MARTÍNEZ GONZÁLEZ(20), GUILLERMO FERNÁNDEZ
BAQUERO(21) PEDRO REGALADO ORTIZ GONZÁLEZ(22) RAFAEL
GRILLO MARTÍNEZ(*****) JULIÁN MANZUR KATRIB(*****)
JORGE PUERTAS GÓMEZ(*****) ANGEL A. ROJAS RÍOS(*****)
MÓNICA I. ALVAREZ MESA(*****) JORGE R. DELGADO
CAMACHO (*****) (23)

Se presenta un caso de xantoma papuloso diabeticorum, en un paciente que no había evidenciado síntomas clínicos de diabetes.

En 1857 *Addisort.* y *Bristowe*, señalaron por primera vez esta entidad, siendo *Maicohm Morris* quien hizo la descripción clínica de la misma, precisando las características que le permitieron diferenciarla, de otros tipos de lipoidosis que también presentan manifestaciones cutáneas.

Datos clínicos: Está caracterizada por la aparición brusca de lesiones papulosas aisladas o confluentes, principalmente en codos, rodillas, regiones glúteas, y con menos frecuencias en tronco, superficie de extensión de los miembros, cara y cuero cabelludo, y excepcionalmente lesiones pequeñas en la mucosa oral.

El tamaño de las lesiones puede variar desde unos mm. hasta 1 cm. o más.

De forma redondeada o cónicamente obtuso, en el vértice de algunos elementos, se observan a veces unos puntos amarillos o blanco amarillentos, simulando una falsa pústula, pues estas lesiones son uniformemente sólidas, otras se encuentran rodeadas de un fino halo eritematoso.

Con frecuencia puede haber regresión espontánea de las lesiones.

Esta afección puede presentarse en el curso de la diabetes mellitus, con síntomas clínicos manifiestos o sin manifestaciones de la enfermedad, aunque a veces se observan en obesos con antecedentes diabéticos familiares.

(**) Profesor de Dermatología. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de la Habana. Primer Teniente de la F.A.R. Jefe Servicio Dermatología. Hospital "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

21 Instructor de Dermatología. Escuela de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de la Habana. Tte. de la F.A.R. Hospital "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(****) Especialistas Auxiliares de Dermatología. Hospital "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(*****) Residentes. Tenientes Médicos de las F. A. R. Hospital "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

(******) Internos Verticales de Dermatología. Hospital "Carlos J. Finlay", Ciudad Libertad, Marianao, Habana, Cuba.

23 Trabajo presentado en la Sociedad Cubana de Dermatología.

Hislopatología: Esta afección se caracteriza por la presencia de células xantoniáticas o espumosas, que no son más que histiocitos llenos de gotas lipídicas por la propiedad fagocitaria que tienen, por lo general con un solo núcleo, pero pueden tener varios.

Las células espumosas son bastantes pequeñas por ser de origen reciente, y pueden encontrarse un infiltrado inflamatorio con abundante cantidad de neutrófilos. En fase de involución hacen su aparición los fibroblastos.

La sustancia lipídica de las células espumosas, lo constituye el colesterol y fosfolípidos. El colesterol puede encontrarse en fase extracelular.

Clasificación de la lipoidosis (Figura 1). El xantoma papuloso diabético de acuerdo a la clasificación de *Lever* y *Thannhausser*, queda incluido en el primer grupo. (Ver Cuadro de la Clasificación I.

El xantoma papuloso diabético, está clasificado dentro del grupo de las lipoidosis, en aquellos procesos lipídicos sistémico, que tienen un aumento de los lípidos del suero, por lo cual queda incluido dentro de la hiperlipemia secundaria, que puede aparecer como consecuencia de una diabetes mellitus (xantoma diabético), así como en otras entidades (nefrosis lipídica).

Fisiopatología: En el diabético al perturbarse progresivamente la utilización de los hidratos de carbono (glucogénesis), el organismo depende cada vez más de las grasas como fuentes de energía, (glucogenoneogénesis I. Este aumento en el metabolismo intermediario de las grasas, puede ser una de las causas de la hiperlipemia.

Las lipoidosis pueden dividirse en los tres grupos siguientes (THANNHAUSER *; LEVKE. 1955).

- 1. Lipoidosis sistémicas con aumento de los lípidos del suero:**
 - Hipereosterolemia primaria.**
 - Hipereosterolemia secundaria.**
 - Hiperlipemia idiopática.**
 - Hiperlipemia secundaria.**

- 2. Lipoidosis sistémicas con niveles normales de los lípidos del suero:**
 - Histiocitosis (enfermedad de Hand-Schüller- Christian).**
 - Tipo fulminante (enfermedad de Letterer- Siwe).**
 - Tipo regular (enfermedad de Hand-Schüller- Christian).**
 - Tipo abortivo (granuloma eosinofílico). Enfermedad de Nieman-Pick (lipoidosis por esfingomielina).**
 - Enfermedad de Gaucher (lipoidosis por que* rasina).**
 - Proteinosis lipídica.**

- 3. Lipoidosis puramente cutáneas con niveles normales de los lípidos del suero:**
 - Colesterosis extracelular.**
 - Necrobiosis lipídica.**
 - Xantelasma palpebrarum. Nevoxantoendoteloma.**

Las lesiones papulosas en este tipo de enfermo, no son más que acumulo de histiocitos llenos de grasa, donde el colesterol representa el (16%), pero donde predomina los triglicéridos.

Complicaciones: las complicaciones vasculares aparecen con mas frecuencias que en los diabéticos que no padecen de hiperlipemia.

La toma de las coronarias, valvula aortica, mitral y de las arterias; aorta pulmonares y renales son hallazgos frecuentes.

Generalmente no se encuentran depósitos de lípidos en órganos internos, solo en algunas ocasiones discrepo depósitos grasos en ganglios linfáticos y células de Kupffer del hígado.

HISTORIA CLINICA

Paciente: F. N. V. *Edad:* 40 años. *Raza:* Mestiza. *Estado:* Casado. *Natural:* Marianao, Prov. Habana. *Ocupación:* Comerciante.

H. C.: Lesiones papulosas, localizadas en codos, rodillas y regiones glúteas.

H. E. A.: Refiere el paciente que, con buen estado de salud anterior, notó que, en el verano de 1965, le aparecieron en los codos unas pequeñas lesiones redondeadas y elevadas, del tamaño de una cabeza de alfiler, de color rosado pálido, que no se acompañó de picazón, por lo que no le dio importancia desapareciendo esta sintomatología a los quince o veinte días.

En el mes de noviembre del siguiente año le vuelven a aparecer lesiones semejantes a las anteriores, en forma brusca en las mismas regiones mencionadas, pero esta vez también le brotaron en rodillas y regiones glúteas, siendo dichas lesiones de mayor tamaño, de una coloración amarillo pálido y que no se acompañaba de síntomas subjetivos. En estas condiciones acude a la consulta externa de nuestro Servicio.

A. P. P.: Sin importancia.

A. P. F.: Madre V/ diabética. Un hermano mayor V/ diabético.

Interrogatorio por aparatos:

A. D. Polipsia durante los meses de verano. Alimentación rica en grasa y pobre en glúcidos.

G. U. Nicturia.

Resto interrogatorio: Nada de importancia.

Examen físico general:

Paciente obeso y de constitución pícnica.



Fig. 2. Relacionado al examen dermatológico: lesiones papulosas de color amarillo claro, redondeada de consistencia firme en 1/3 anterior de los brazos y codos.



Fig. 2A.—Rodilla.

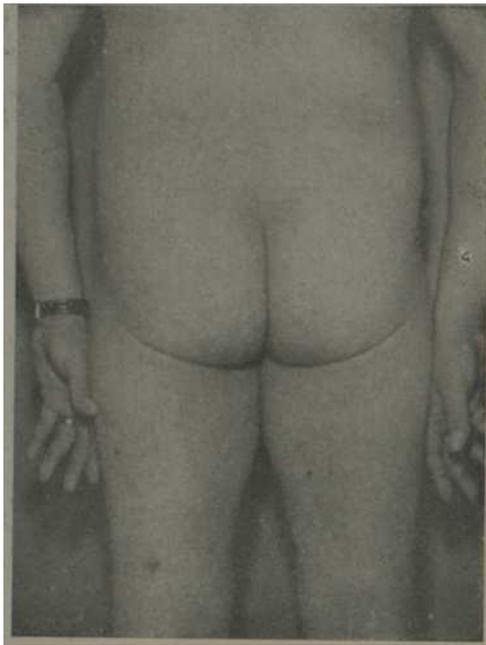


Fig. 2B.—Región glúteo.

Examen, dermatológico: (Fig. 2).

En codos y tercio superior de los antebrazos en su cara externa, se observan lesiones papulosas de un color amarillo claro, redondeadas, de consistencia algo firme, que fluctúan en tamaño de unos mms, hasta un cm. agrupado de formas irregulares.

En ambas regiones glúteas y rodillas, lesiones con las mismas características que las descritas anteriormente.

Discusión clínica:

Por la localización de las lesiones, por su aparición brusca, su regresión espontánea en una oportunidad y la ausencia de síntomas subjetivos se descartaron clínicamente:

- 1) *Ami'oidosis cutánea.*
- 2) *Enfermedad de Duricr.*
- 3) *Millium coloide.*
- 4) *Liquen plano.*

Ante la sintomatología y antecedentes que presentaba este paciente, nos inclinábamos a plantear desde un punto de vista clínico, una enfermedad metabólica que había hecho manifestaciones cutáneas. Planteando dentro de este grupo una lipoidosis sistémica.

Nuestro diagnóstico debería ser corroborado por los exámenes complementarios:

Los exámenes realizados:

29/Nov./66.

Eritrosedimentación

33 mm Ira. hora
90 mm 2da. 1 hora

Glicemia..... 120 mg%

P. F. H..... Timol 20 IL

Hangar Negativo

Colesteroi: Libre 192 mg%
(Normal -40-70 mg%)

Esteres. . . . 312 ing%

(Normal. . . . 50-65%)

Total 504 mg%

Normal 150-280 nig°/c)

Orina: Glucosa, 5 gr/L.

Exámenes: Fondo de ojo, urológico y C. V. negativos.

Biopsia: (Fig. 31. Se observan nodulos xantomatosos subepidérmicos, con estructura cristaloides. (Colesteroi).

Infiltrado a predominio de células redondas, con infiltrado perivascular a células de plasmacellen.

Dic./66:

Glicemia..... 102 mg %

Colesteroi: Libre 192 mg%

Esteres 320 mg%

Total 512 mg%

Orina: Glucosa ... 33 gr/L



Fig. 3 Hgs. 3 y 3-A.—Nodulos xantomntosos sub-epi- dérmico con estructura cristaloiide en mayor y menor aumento.

Fig. 3-A

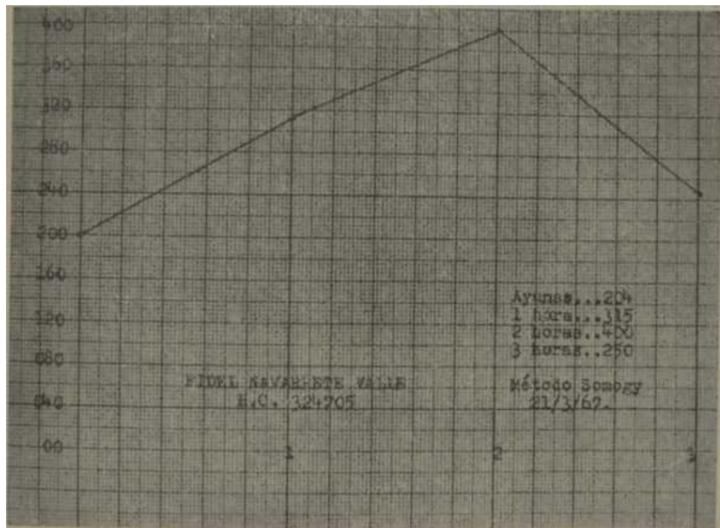


Fig. 4

Hiperglicemia provocada:
 Resultado patológico (Ver gráfica, Fig. 41. Es remitido al clínico para tratamiento de su diabetes.

- 1) Diabetón.
- 2) Régimen dietético.

Fig. 4-A

Figs. 4 y 4-A.—Curvas de gli- cemia provocada, resultado patológico.

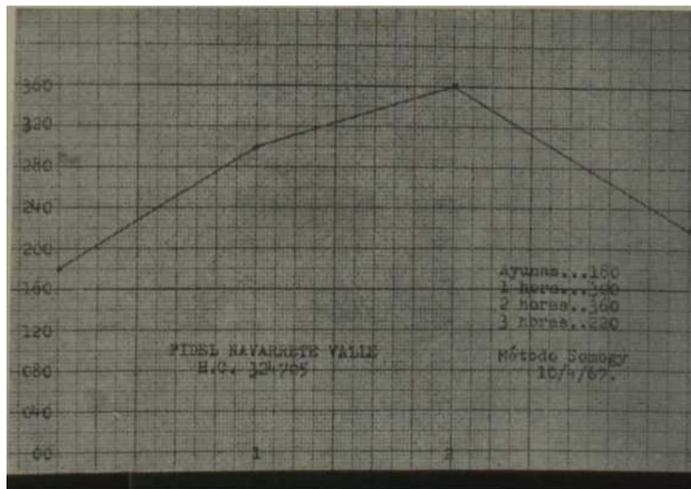




Fig. 5



Fig. 5-A

Figs. 5 y 5-A.—Desaparición de los nodulos después del tratamiento anti-diabético.

Abril/67:

Los exámenes realizados por el clínico:

Glicemia..... 139 mg^o/c

Orina: Glucosa: No contiene.

Colesteroi: Total 201 mg'/c

May/67:

Glicemia..... 120 mg^c/c

Orina: Glucosa: No contiene.

Colesteroi: Total 190 mg%

Estas últimas investigaciones coincidieron con la desaparición de las lesiones cutáneas que presentaba el paciente. (Ver Fig. 5).

CONCLUSIONES

- 1) Se resalta el tipo de lesiones que presentó el paciente, por la importancia del diagnóstico, la aparición de las le-

siones papulosas bruscas, localizadas principalmente en codos, rodillas, regiones glúteas, etc. Nos debe poner en aviso para detectar una diabetes mellitus o una lipoidosis nefrótica.

2) Las manifestaciones cutáneas xantomatosas acompañadas de diabetes mellitus, son poco frecuentes en nuestro medio.

3) Todo paciente con antecedentes glucosúricos, y que además sea un obeso, a pesar de tener *glicemia normal* que presente lesiones xantomatosas, debe descartarse una hiperlipemia secundaria (xantoma diabeticorum).

CONCLUSIONS

- 1) The kind of lesions shown by this patient, namely papular lesions of sudden appearance distributed mainly over elbows, knees, gluteal regions, etc. has been underlined because of the impor-

tance of diagnosing the disorder considered in this report. Such lesions should be an indication to look for diabetes mellitus or nephrotic lipoidosis.

2) Xanthomatous lesions of the skin associated with diabetes mellitus are not very frequent in our country.

3) In any patient with a history of glucosuria and also obese but with normal glycemia, who presents xanthomatous lesions, a secondary hyperlipemia (xanthoma diabeticorum) should be searched for.

SUMMARY

A case of popular xanthoma diabeticorum in a patient with no clinical signs of diabetes has been presented.

CONCLUSIONS

1. On y relève le type des lésions que présentait le malade vu par nous, c'est-à-

dire, les lésions papuleuses d'apparition soudaine, situées principalement aux coudes, aux genoux, aux régions fessières, etc. Ces lésions doivent nous avertir qu'il faut rechercher le diabète sucré ou la lipéidose néphrotique.

2. Les manifestations xanthomateuses cutanées associées au diabète sucré sont peu fréquentes dans notre pays.

3. Chez tout malade avec des antécédents de glycosurie et qui en outre soit obèse mais ayant une glycémie normale et lequel présente des lésions xanthomateuses on doit rechercher une hyperlipémie secondaire le "xanthoma diabeticorum".

RESUME

On y présente cas de "xanthoma diabeticorum" papuleux chez un malade qui n'avait présenté de symptômes cliniques de diabète.

BIBLIOGRAFIA

1. —V. Pardo Castelló: "Dermatología y Sifilografía" Cuarta Edición. 1953.
2. —Seyle.: "Endocrinología".
3. —H. Gómez Barry y Cois.: "Patología", 1964.