



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-128 - DERMATOSIS AMPOLLOSA Y ARTRITIS EN UN PACIENTE CON DM TIPO 2 Y ANTIDIABÉTICOS ORALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Ríos Vergara, P. Palomero Entrenas, A. Pastor Alcaraz, G. Kyriakos, L. Marín Martínez, D. Lizán Ballestay F. Almazán Costa

Hospital General Universitario Santa Lucía.

Resumen

Introducción y objetivos: La diabetes puede provocar variedad de manifestaciones cutáneas. Sin embargo, la bullosis diabeticorum tiene una prevalencia del 1% en estos pacientes, teniendo que realizar diagnóstico diferencial con otras lesiones ampollas, incluyendo las formas secundarias a la toma de ADOs como los iDPP4. Por otro lado, también se han descrito cuadros de artritis relacionados con estos fármacos, como el síndrome RS3PE. Presentamos el caso de un varón de 79 años con DM2 que ingresa por un cuadro poliarticular coincidente con una dermatopatía ampollas.

Material y métodos: Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura.

Resultados: Varón de 79 años hipertenso, DM2 en tratamiento con repaglinida y linagliptina (introducida recientemente), claudicación intermitente y ERC-5D en hemodiálisis, además fibrilación auricular anticoagulada. Ingresó por aparición en el mes previo de lesiones ampollas serohemáticas sobre piel celulítica en piernas y dedos de pies, así como edema y rigidez de manos. Hemodinámicamente estable con único pico de 37,8 °C a su llegada, analíticamente presenta leucocitosis-neutrofilia así como PCR-VSG elevadas con ligero aumento del factor reumatoide. Péptido citrulinado, ANAs y ANCAs negativos. Con la sospecha de penfigoide ampollas sobreinfectado, se solicita autoinmunidad específica, se extraen biopsias y cultivo de las lesiones, iniciándose amoxicilina-clavulánico iv empíricamente con aislamiento posterior de SASM, hemocultivos negativos. Con los días disminuyen los reactantes de fase aguda y mejoran las lesiones cutáneas únicamente con curas locales, por lo que se baraja la linagliptina como causa del cuadro ya que durante el ingreso se administra insulina. Respecto a las manos, no se evidencia erosión, aunque sí sinovitis simétrica en interfalángicas proximales, mejorando igualmente con la simple retirada de los ADOs. Concluye antibióterapia y al alta es insulinizado e inicia prednisona a dosis baja.

Conclusiones: El penfigoide bulloso se ha relacionado con iDPP4, sobre todo en nefropatía diabética avanzada, mayormente con vildagliptina y sitagliptina aunque también linagliptina. Esta enzima se expresa en queratinocitos, participa en la producción de citocinas y la diferenciación tisular, por lo que al inhibirla puede alterar la antigenicidad de la membrana basal epidérmica. Sin embargo, la ausencia de depósito inmune en la inmunofluorescencia directa y la seronegatividad anti-BP180/230 descartó esta entidad, siendo diagnosticado finalmente de bullosis diabeticorum: ampollas autoinvolutivas (4-6 semanas), más frecuentes en miembros inferiores, se ha relacionado con isquemia arterial y puede desencadenar infecciones secundarias-necrosis. Aparte, el diagnóstico de sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea (RS3PE) es de exclusión, más frecuente en mayores de 65 años, típicamente produce manos “*en guantes de boxeador*”. El factor reumatoide suele ser negativo aunque hay casos positivos, los pacientes mejoran con corticoides. Al parecer, la inhibición de DPP4 induce aumento de metaloproteasas como MMP3

en los fibroblastos sinoviales, también fuga capilar mediante la elevación del SDF1.