



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 249/62 - UN DEBUT DIFERENTE DE LA DIABETES MELLITUS

C. Marinero Noval<sup>a</sup>, O. Casanueva Soler<sup>b</sup>, I. Lobo Cortizo<sup>c</sup>, L. López Menéndez<sup>d</sup>, M. Gordo Bravo<sup>d</sup> y B. di Salvo León<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Ventanielles. Oviedo. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud Zapatón. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de salud de Valdesoto. Siero. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de El Cristo. Oviedo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 60 años sin antecedentes personales de interés que consultó a su médico de cabecera por una lesión asintomática en área extensora de codo derecho, de 2 meses de evolución no pruriginosa ni dolorosa por lo que no le dio importancia en un primer momento. Tras ver que no desaparecía decidió consultar. En un primer momento se le dio tratamiento antifúngico tópico sin mejoría. Dos semanas después reacude por aumento de la lesión sin signos de mejoría, por lo que se decide realizar una analítica de control.

**Exploración y pruebas complementarias:** COC. BEG. Estable hemodinámicamente. Hipovolémica, refiere sed. Sin focalidad neurológica. Cuello: sin adenopatías. Ac: rítmica. Sin soplos. AP: buena ventilación bilateral sin ruidos accesorios. Abdomen blando, no doloroso. Sin masas ni megalias. Codo derecho: placa anular de gran tamaño, formada por confluencia de pápulas con borde eritematoso y centro deprimido y más claro. Bioquímica: glucemia: 168 mg/dl en ayunas (repitiéndose resultado de glucemia en ayunas elevada en una segunda determinación). Urea: 72 mg/dl alto (a) creatinina: 1,06 mg/dl alto (a) ion sodio: 139 mmol/l. HbA1c 9. Hemograma y coagulación normal. Orina: pH: 5,0 proteína: +1 glucosa: +3 sangre: N leucocitos (orina): N nitritos (orina): N cuerpos cetónicos (orina): +1.

**Juicio clínico:** Debut de DM con granuloma anular.

**Comentario final:** Con la sospecha de granuloma anular localizado, se pidieron pruebas complementarias, destacando una glucemia en ayunas de 168 mg/dl y una hemoglobina glicosilada de 9, por lo que se estableció el diagnóstico de diabetes mellitus tras confirmarlo con una segunda determinación. Se pautó tratamiento con clovate tópico nocturno durante 4 semanas para la lesión cutánea (con resolución total) y se inició tratamiento para la diabetes con metformina. El granuloma anular es una inflamación benigna de causa desconocida, de localización típica acral en zonas de roce (dedos y codos) y de etiopatogenia desconocida. El médico de cabecera debe iniciar tratamiento corticoideo (clovate nocturno durante 4 meses o protopic al 1% nocturno durante 3 meses) y pedir pruebas complementarias para descartar diabetes por su gran asociación. Si ausencia de mejoría, derivar a dermatología para biopsia y tratamiento crioterápico o corticoideo intralesional.

### Bibliografía

1. Granuloma annulare. Uptodate.