

Diabetes en imágenes

Paciente con diabetes tipo 2, «acanthosis nigricans» y vitíligo

A type 2 diabetic patient with acanthosis nigricans and vitiligo

F.J. Ampudia-Blasco

Unidad de Referencia de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Valencia

Comentario

Se trata de una mujer de 50 años, con diabetes tipo 2 desde hace 32 años, obesidad grado 1 de predominio troncular (IMC 32,0 kg/m²), dislipemia, hipertensión arterial, nódulo tiroideo coloide, *acanthosis nigricans*, acrocordones, vitíligo y liquen plano orofaríngeo. Como complicación crónica de la diabetes tipo 2, destaca una retinopatía diabética no proliferativa. Actualmente, la paciente recibe tratamiento con dieta hipocalórica, insulina glargina antes del desayuno (0,44 UI/kg/día) en combinación con metformina (1.700 mg/día), simvastatina (20 mg/día), captopril (50 mg/día), amlodipino (5 mg/día), ácido acetilsalicílico (100 mg/día) y omeprazol (20 mg/día). La metformina, que fue introducida en dosis bajas, tuvo que suspenderse por intolerancia digestiva. La paciente, que recibía tratamiento con insulina



Figura 1. Área de *acanthosis nigricans* con acrocordones en la axila de una paciente con diabetes tipo 2, rodeada por una zona de vitíligo



Figura 2. Zonas de vitíligo en el dorso de ambas manos en la misma paciente

premezclada (insulina regular 10%/insulina NPH 90%, en combinación con metformina), tuvo que ser transferida a una pauta con insulina glargina debido a la retirada del mercado de esta insulina premezclada.

Las lesiones de la *acanthosis nigricans* aparecen con frecuencia en pacientes con obesidad y su presencia indica generalmente resistencia a la insulina. Estas lesiones pueden mejorar con la pérdida de peso y/o con el tratamiento con metformina. Sin embargo, la asociación de *acanthosis nigricans* y vitíligo es excepcional. Se ha descrito la presencia de vitíligo con *acanthosis nigricans* en el síndrome tipo B de resistencia a la insulina, una rara enfermedad en la que se han referido niveles elevados de anticuerpos antirreceptores de insulina que son responsables del defecto en la acción periférica de ésta. En este síndrome pueden aparecer, además, otras enfermedades autoinmunes, como lupus eritematoso, dermatomiositis, esclerodermia o tiroiditis de Hashimoto. ■

Correspondencia:

F. Javier Ampudia-Blasco. Unidad de Referencia de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. Correo electrónico: Francisco.J.Ampudia@uv.es