

# 31

## Sexualidad, hígado graso, enfermedad periodontal y dermatopatías

### Sexualidad y diabetes

El deterioro de la función sexual es una de las más importantes y graves complicaciones de la diabetes. En los hombres, las alteraciones principales son la disfunción eréctil, las alteraciones en la eyaculación y la pérdida de la libido. Del mismo modo, las mujeres experimentan problemas sexuales, incluyendo disminución de la libido y dolor durante el coito.<sup>1</sup>

Aunque los trastornos sexuales han sido ampliamente estudiados en los hombres con diabetes, los posibles cambios en la función sexual de las mujeres con diabetes solo han recibido una plena atención muy recientemente. La prevalencia de la disfunción sexual en los hombres con diabetes se acerca al 50 %, mientras que en las mujeres con diabetes parece ser un poco más baja. Entre las mujeres, la neuropatía diabética, la insuficiencia vascular y las quejas psicológicas están implicadas en la patogénesis de la disminución de la libido, disminución de la lubricación vaginal, disfunción orgásmica y dispareunia, en los varones además puede haber una disminución de la testosterona<sup>2</sup>.

#### Plan de intervención:

- Optimizar el control glucémico. **GRADO A.**
- En los varones, el pilar fundamental del tratamiento es la terapia con inhibidores de la fosfodiesterasa-5. **GRADO A.**
- En las mujeres, el tratamiento requiere un abordaje multidisciplinario.

- Por lo tanto, urólogos, ginecólogos, endocrinólogos y psiquiatras deberían trabajar de una manera coordinada para el tratamiento de las alteraciones de la función sexual como consecuencia de la diabetes.

## Hígado graso y diabetes

La enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) abarca un espectro de enfermedades que van desde la esteatosis simple (HGNA) a la esteatohepatitis no alcohólica (NASH) y la fibrosis. La NAFLD está estrechamente asociada a la obesidad y a la resistencia a la insulina y, por lo tanto, predispone a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y a las enfermedades cardiovasculares. La NAFLD también puede estar causada por variantes genéticas comunes.<sup>3</sup>

Parece evidente que la DM2 y la NAFLD están estrechamente relacionadas. Esta relación entre la DM2, la resistencia a la insulina y el NAFLD es explicable porque la insulina pasa directamente a la vena porta después de su secreción tomando la misma vía que la glucosa absorbida y el hígado elimina una gran parte de la insulina portal en el primer paso.<sup>4</sup>

Podemos situar la prevalencia de la NAFLD en alrededor del 75 % de los pacientes con DM2. La presencia de niveles altos de triglicéridos, niveles bajos de HDL colesterol y niveles altos de alanina transaminasa (ALT) se asociaron de forma independiente con un mayor riesgo de NAFLD.<sup>4</sup>

Para llegar a un diagnóstico son útiles la ecografía hepática, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear, pero la prueba más concluyente sería la biopsia hepática.

### Plan de intervención:

- El tratamiento más eficaz de la HGNA en la mayoría de los casos es el cambio de los estilos de vida, incluyendo una alimentación equilibrada, ejercicio físico regular y, fundamentalmente, la pérdida de peso. **GRADO A.**
- En los pacientes con DM2, la presencia de NAFLD debe buscarse independientemente de los niveles de enzimas hepáticas, ya que los pacientes con DM2 están en alto riesgo de progresión de la enfermedad.<sup>5</sup> **GRADO A.**
- A pesar del perfil de seguridad y tolerabilidad, la pioglitazona se puede utilizar en individuos con NASH, particularmente en pacientes con DM2, en los que el fármaco tiene un uso registrado.<sup>5</sup> **GRADO B.**

- Datos preliminares de estudios pequeños sugieren que los ácidos grasos poliinsaturados PUFA (Poly-Unsaturated Fatty Acids) pueden reducir la grasa del hígado, pero los resultados histológicos fueron negativos.<sup>5</sup> **GRADO B.**
- Agentes nuevos con propiedades antiinflamatorias, antifibróticas o insulinosensibilizadoras se están probando en NASH.

## Enfermedad periodontal y diabetes

La asociación entre enfermedad periodontal (EPO) y la diabetes mellitus ha sido evaluada de manera considerable en el ámbito de la medicina periodontal. Se han hecho numerosos estudios transversales, de casos y controles, de cohortes y revisiones sistemáticas, que han demostrado un gran nivel de evidencia.

Periodontitis y diabetes son enfermedades crónicas, comunes y complejas, con una relación bidireccional establecida. Es decir, la diabetes (especialmente si el control glucémico es pobre) se asocia con un aumento de la prevalencia y la gravedad de la periodontitis y la periodontitis severa se asocia con un control glucémico deficiente. Por lo tanto, el equipo dental tiene un gran protagonismo que desempeñar en la gestión de las personas con diabetes. Se augura un nuevo papel para los profesionales dentales, en el que las herramientas de detección de la diabetes podrían ser utilizadas para identificar pacientes con alto riesgo de padecer diabetes.<sup>6</sup>

La pérdida de dientes puede tener como consecuencia problemas físicos, psicosociales y una reducción del espectro de alimentos que un individuo puede ingerir, así como condicionar también una malnutrición y afectación de la calidad de vida.<sup>7</sup>

En los últimos años, diferentes revisiones han establecido claramente dicha influencia. La periodontitis avanzada está asociada con concentraciones elevadas de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en personas con DM2. En sujetos sin diabetes, la progresión de periodontitis en 5-10 años se asoció con el incremento de la HbA1c y la intolerancia a la glucosa. Los pacientes con periodontitis basal y actividad progresiva de dicha enfermedad tienen un mayor incremento de la HbA1c que los que no sufren periodontitis en un periodo de 5 años.<sup>8</sup>

### Plan de intervención:

- El mejor control de la diabetes disminuye la prevalencia de EPO y el tratamiento de esta podría reducir los niveles de HbA1c. **GRADO B.**
- Deberíamos incluir en la exploración de nuestros pacientes consejos y normas sobre la salud bucodental y, además, incidir sobre su higiene y los beneficios de esta, ya que es esencial para una buena salud oral y un bienestar general. **GRADO B.**
- Son necesarios más estudios para un correcto manejo de esta patología.

## Dermopatías y diabetes

Las manifestaciones cutáneas en pacientes con diabetes se clasifican principalmente en cuatro categorías con el fin de apoyar la gestión de los resultados; sobre todo debido a las innumerables causas potenciales (Tabla 1):<sup>9</sup>

**Tabla 1** Alteraciones cutáneas y diabetes

1. Las lesiones cutáneas de fuerte a débil asociación con diabetes son: necrobiosis lipoídica, dermatopatía diabética, ampollas diabéticas, piel amarilla, xantomas eruptivos, trastornos perforantes, acantosis nigricans, leucoplasia oral, liquen plano.
2. Infecciones (bacterianas, fúngicas).
3. Manifestaciones cutáneas de las complicaciones diabéticas (microangiopatía, macroangiopatía, neuropatía).
4. Reacciones de la piel para el tratamiento diabético (sulfonilureas o insulina).

En general, la infección cutánea y la xerosis mostraron ser trastornos de la piel de alta prevalencia e importancia en varios estudios, sin tener en cuenta el tipo de diabetes. Entre las infecciones cutáneas, la etiología fúngica parece ser la más común y aquellas con origen bacteriano son menos frecuentes. También existen otras alteraciones como el xeroderma, reacciones relacionadas con el tratamiento, eczema, prurito, xantelasma, dermatopatía diabética, que deben ser tenidas en cuenta.<sup>9</sup>

Debido a que los trastornos de la piel tienen una alta correlación con los niveles de glucemia, es obvio que un adecuado control glucémico evitará o retrasará su aparición y progresión. Por lo demás, una adecuada hidratación de la piel también es muy importante.

## → Mensajes clave

- Además de las complicaciones clásicas y conocidas de la diabetes, existen otras patologías relacionadas con la enfermedad de gran importancia debido a que van a condicionar la calidad de vida de los pacientes.
- Tenemos que pensar en estas alteraciones, pues un diagnóstico precoz va a favorecer su manejo y control.

## Bibliografía

1. Kizilay F, Gali HE, Serefloglu CE. Diabetes and Sexuality. *Sex Med Rev* 2017 Ene;5(1):45-51.
2. Amaral S, Oliveira PI, Ramalho-Santos. Diabetes and the impairment of reproductive function: possible role of mitochondria and reactive oxygen species. *Curr Diabetes Rev* 2008 Feb;4(1):46-54.
3. Petäjä EM, Yki-Järvinen H. Definitions of Normal Liver Fat and the Association of Insulin Sensitivity with Acquired and Genetic NAFLD-A Systematic Review. *Int J Mol Sci*: 2016 May;17(5):633.
4. Gábor Firneisz. Non-alcoholic fatty liver disease and type 2 diabetes mellitus: The liver disease of our age? *Mundial J Gastroenterol*. 2014 Jul 21;20(27):9072-9089.
5. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Diabetología* (2016) 59:1121-1140.
6. Casanova L, Hughes FJ, Preshaw PM. Diabetes and periodontal disease: a two-way relationship. *British Dental Journal* (01 Oct 2014) 217(8):433-437.
7. O'Dowd LK, Durham J, McCracken GI, Preshaw PM. Patients' experiences of the impact of periodontal disease. *J Clin Periodontol* 2010;37:334-9.
8. Chapple ILC, Genco R; working group 2 the joint EFP/AAP workshop. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *Journal of Periodontology* 2013 Apr;84 (4 Suppl):S106-112.
9. Campos de Macedo GM, Nunes S, Barreto T. Skin disorders in diabetes mellitus: an epidemiology and physiopathology review. *Diabetol Metab Syndr*. 2016;8(1):63.