

Granuloma anular lineal

Linear granuloma annulare

C. López-Obregón, M.^a López-Núñez, A. López-Pestaña, A. Tuneu, C. Lobo, P. Eguino

Departamento de Dermatología. Hospital Donostia. San Sebastián.

Correspondencia:

Cristina López-Obregón
Departamento de Dermatología
Hospital Donostia
Paseo del Dr. Begiristain, 107-116
20014 San Sebastián. Guipúzcoa. España
Tel.: +34943007018/+34669604354
Fax: +34943007533
e-mail: cristina.lopezobregon@osakidetza.net

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 60 años que consultó por lesiones violáceas, de morfología lineal, ligeramente infiltradas al tacto, localizadas en ambos flancos y región proximal de las extremidades, de 10 años de evolución y asintomáticas. El examen histopatológico resultó compatible con granuloma anular. El granuloma anular lineal es una entidad muy poco frecuente, siendo aún menos usual su presentación tan extensa.

(C. López-Obregón, M.^a López-Núñez, A. López-Pestaña, A. Tuneu, C. Lobo, P. Eguino. Granuloma anular lineal. Med Cutan Iber Lat Am 2010;38(6):244-247)

Palabras clave: Granuloma anular, lineal, enfermedades del colágeno.

Summary

A 60 year-old man with a 10 year's history of progressive asymthomatic eruption characterized by violaceous bands on the lateral aspect of trunk and internal part of the extremities is reported. The histopathological examination showed a granuloma annulare. Linear granuloma annulare is a very uncommon variant, and such an extensive eruption is exceptional to our knowledge.

Key words: Granuloma annulare, linear, collagen diseases.

El granuloma anular (GA) es una dermatosis crónica y benigna, descrita por primera vez por Fox[1] en 1895. La patogenia se desconoce aunque se han sugerido varios factores desencadenantes como la luz ultravioleta, diabetes, picaduras de insectos, traumatismos, e infección por VIH[2]. Se han descrito casos aislados de granuloma anular asociado a neoplasias sólidas o hematológicas, coincidiendo con su inicio o con recidivas, pero no hay estudios que confirmen una relación estadísticamente significativa entre ambos procesos[3, 4]. Clínicamente las lesiones se inician como una pápula rosada, que se extiende lentamente por la periferia experimentando una involución central y adoptando generalmente una morfología anular característica. Suele iniciarse en la cara dorsal de dedos, manos, muñecas y/o tobi-

llos. Se han descrito numerosas variantes clínicas: localizado, generalizado, profundo, perforante, y más recientemente, una variante lineal poco frecuente[5-7].

Caso clínico

Varón de 60 años y raza blanca que consultó por lesiones asintomáticas que se habían iniciado hacía 10 años, experimentando una involución espontánea en algunas áreas, con aparición de nuevas lesiones en otras zonas del tegumento. No refería historia ni síntomas de diabetes, artritis, ni ingería fármacos de forma habitual.

El paciente presentaba lesiones de morfología lineal, violáceas, ligeramente infiltradas al tacto, en cara interna de



Figura 1. Lesiones de morfología lineal, violáceas, ligeramente infiltradas al tacto, en cara interna de ambos brazos y en flancos.

brazos, muslos y ambos flancos (Figura 1). Se observaban también pequeñas pápulas eritemato-violáceas en la cara interna de los muslos.

Se realizaron dos biopsias cutáneas. La anatomía patológica mostró en dermis superficial y media áreas de necrobiosis del colágeno rodeadas por histiocitos constituyendo granulomas en empalizada (Figura 2). Con técnica del hierro coloidal se observaban depósitos de mucina en el centro de las lesiones granulomatosas (Figura 3).

Las pruebas de laboratorio revelaron una glucemia elevada (163 mg/dl), siendo el resto de parámetros bioquímicos normales. Las hormonas tiroideas, VSG, ANA, ANCA y factor reumatoide fueron normales y las serologías para *Treponema pallidum* y *Borrelia burgdorferi* negativas.

Con los datos obtenidos se realizó el diagnóstico de granuloma anular lineal.

Dado que las lesiones eran asintomáticas y tendían a la involución espontánea, el paciente rechazó cualquier opción terapéutica. Se recomendó control de la glucemia, iniciando tratamiento con dieta y antidiabéticos orales, con completa resolución de las lesiones en un período de 12 meses.

Comentario

El GA puede manifestarse clínicamente de diferentes maneras.

El GA localizado es la variante clínica más frecuente y se caracteriza por pápulas eritematosas o del color de la piel, que adoptan posteriormente morfología anular[1]. Las lesiones se localizan preferentemente en manos y pies. Es más frecuente en mujeres. En 2/3 de los casos los pacientes son menores de 30 años. Las lesiones involucionan espontáneamente en el 50% de los individuos en 2 años[8].

El GA generalizado se observa sólo en el 15% de los pacientes con granuloma anular. Se define por la presencia

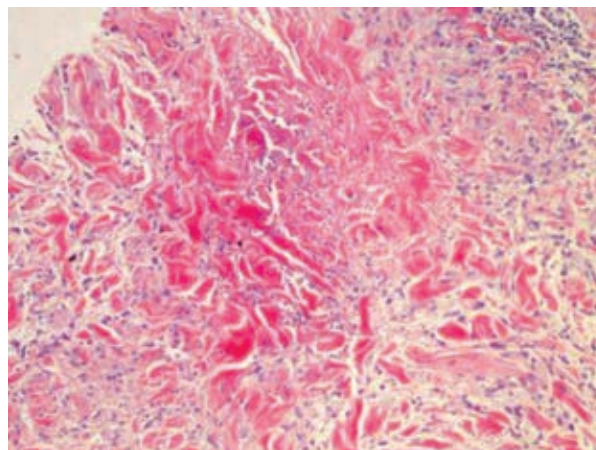


Figura 2. En dermis superficial y media se pueden observar áreas de necrobiosis del colágeno rodeadas por histiocitos constituyendo granulomas en empalizada. H&E (10x).

de más de 10 lesiones o la afectación de más de un área corporal. Es más frecuente también en mujeres, entre 40 a 70 años. Esta forma se ha asociado con frecuencia a la presencia de HLA-Bw35 y a diabetes mellitus; esta última se encuentra en el 7,7% de los pacientes con granuloma anular generalizado frente al 3,2% en el grupo control según alguna serie publicada[9].

El GA subcutáneo, también conocido como nódulo pseudoreumatoide, es una entidad infrecuente que suele aparecer en niños. Se manifiesta en forma de nódulos en la dermis reticular y tejido celular subcutáneo que se encuentran adyacentes al periostio de áreas pretibiales, manos, glúteos, cuero cabelludo y región periorbitaria. Aunque estas lesiones pueden imitar clínica e histopatológicamente a los nódulos reumatoides, no hay evidencia de enfermedad sistémica reumatoidea y el factor reumatoide es negativo.

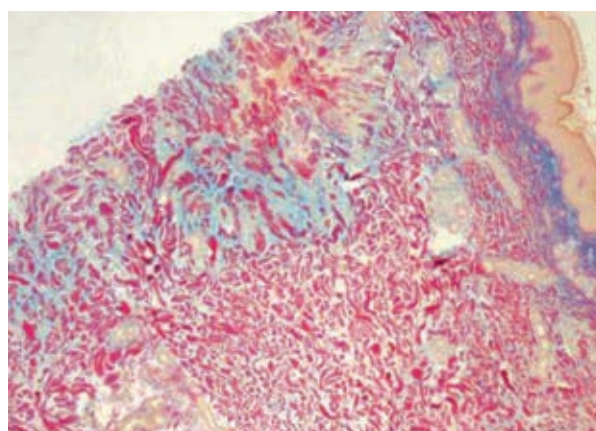


Figura 3. Tinción con hierro coloidal (4x) que permite visualizar los depósitos de mucina.

Tabla 1. Casos publicados de granuloma anular lineal.

	Clínica	Histología	Comorbilidades	Tratamiento	Evolución
Mc Down et al. ⁶	Varón de 38 años con lesión lineal, color piel, consistencia firme en cara lateral del dedo índice	Histiocitos en empalizada rodeando un foco de colágeno necrobiótico con abundante mucina	No conocidas Glucemia normal	Acetónido de triamcinolona intralesional, 3 dosis	Resolución completa en semanas
Harpster et al. ⁸	Varón de 62 años con bandas lineales localizadas en la línea medio-axilar, de forma bilateral, que se extendían hasta las crestas iliacas	Granulomas en empalizada con histiocitos, células gigantes multinucleadas y algún eosinófilo, con áreas de colágeno degenerado con abundante mucina	Diabetes mellitus en tratamiento con insulina Hipertensión Infarto agudo de miocardio	No realizado	Resolución parcial de las lesiones en los siguientes 18 meses
Morice-Picard et al. ¹¹	Niña de 7 años con lesiones anulares y lineales siguiendo el patrón de las líneas de Blaschko en un hemicuerpo y dorso de ambas manos	Áreas de colágeno degenerado en dermis	No conocidas Glucemia no determinada	Fototerapia	Mejoría a los 6 meses de tratamiento
López-Obregón et al.	Varón de 60 años con lesiones lineales violáceas, de consistencia firme en ambos flancos y región proximal de extremidades	Áreas de necrobiosis del colágeno con abundante mucina rodeado de histiocitos constituyendo granulomas en empalizada	Diabetes mellitus	No realizado	Resolución total de las lesiones en 12 meses

El GA perforante es una rara variante que se caracteriza por agrupaciones de pápulas, algunas de las cuales presentan una umbilicación central, localizadas en las extremidades. El colágeno degenerado atraviesa la epidermis ulcerándola[10]. Descrito en 1971, esta variante se puede desarrollar tanto en niños como en adultos.

La variante lineal de GA es la forma clínica menos frecuente. En la literatura revisada hemos encontrado tres casos de granuloma anular lineal. El primero de ellos hacía referencia a un varón de 38 años que presentaba una lesión lineal de 2 centímetros en dedo índice compatible histológicamente con un granuloma anular[6]. Posteriormente se publicó el caso de un varón de 62 años con diabetes insulín-dependiente que presentaba una variante lineal de distribución simétrica extensa[8], con bandas lineales localizadas en la línea medio-axilar, de forma bilateral, que se extendían hasta las crestas iliacas. El granuloma anular lineal ha sido descrito nuevamente en el año 2007[11] en un niño en el que las lesiones siguen el patrón de las líneas de Blaschko (Tabla 1).

El diagnóstico diferencial debe establecerse con otras dermatosis que cursan con granulomas en empalizada (Tabla 2).

En nuestro caso, nos planteamos el diagnóstico diferencial con la “Dermatitis granulomatosa intersticial con artritis”, que clínicamente se puede manifestar con lesiones de morfología lineal. En 1965 Dykman et al.[12] publicaron el caso de un paciente con artritis reumatoide que presentaba cordones lineales en el tronco. En la anatomía patológica se

Tabla 2. Entidades que cursan con granulomas en empalizada.

<ul style="list-style-type: none">• Granuloma anular• Dermatitis granulomatosa intersticial con artritis.• Nódulo reumatoide• Reacciones a fármacos granulomatosas• Necrobiosis lipóidica• Xantogranuloma necrobiótico• Granuloma a cuerpo extraño• Enfermedad por arañazo de gato• Sífilis• Celulitis eosinofílica• Acné rosácea• SIDA• Sarcoma epiteloide• Enfermedad del tejido conectivo

observaban áreas de colágeno degenerado con abundantes células inflamatorias adyacentes en dermis media y profunda. Los autores denominaron a este proceso “bandas subcutáneas lineares de la artritis reumatoide”. Posteriormente Ackerman[13] en 1993 acuñó el término “dermatitis granulomatosa intersticial asociada a artritis (DGIA)”. Clínicamente cursa con lesiones asintomáticas localizadas a nivel de las axilas, partes laterales del tronco y raíz de los muslos. Las superficies de extensión de extremidades y los glúteos se afectan más raramente. Generalmente se manifiesta en forma de placas o pápulas agrupadas, eritematovioláceas, que pueden adoptar una configuración lineal muy característica, aunque inconsistente. Esta presentación se denomina signo de la cuerda o “rope sign”. En otras ocasiones, las lesiones adoptan una morfología anular más inespecífica. Normalmente afecta a mujeres de edad media que padecen artritis seronegativa, aunque se ha descrito también en la artritis reumatoide[14] y en otras enfermedades del tejido conectivo tales como el lupus eritematoso, enfermedad inflamatoria intestinal, procesos linfoproliferativos y vasculitis sistémi-

cas. Nuestro paciente no tenía ninguna enfermedad reumatológica subyacente. Además, desde el punto de vista anatomopatológico aunque también se observan infiltrados granulomatosos con necrobiosis, en la DGIA es más frecuente la presencia de neutrófilos y eosinófilos, con la formación de figuras en “llama”, núcleos atípicos y figuras mitóticas en algunos de los histiocitos, “rosetas” de histiocitos alrededor de focos de degeneración del colágeno y un predominio del infiltrado granulomatoso en la dermis media y profunda. Además la presencia de mucina, característica del GA, no se observa en la DGIA.

Conclusión

De los tres casos publicados de granuloma anular lineal, el de mayor extensión de las lesiones, se presentó asociado a hiperglucemia. En el caso de nuestro paciente también se hallaron niveles de glucemia elevados. Al corregirse, las lesiones desaparecieron sin ningún otro tratamiento. Quedaría por determinar si el granuloma anular lineal es una variante especialmente asociada a hiperglucemia.

Bibliografía

1. Fox TC. Ringed eruption of the fingers. *Br J Dermatol* 1895; 7: 91-5.
2. Ghadially R, Sibbald RG, Walter JB, Ackerman HF. Granuloma annulare in patients with human immunodeficiency virus infection. *JAAD* 1989; 20: 232-5.
3. A Li, DJ Hogan, ID Sanusi. Granuloma annulare and malignant neoplasms. *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 502-3.
4. Satoko Shimizu, Chikako Yasui, Kikuo Tsuchiya. Atypical generalized granuloma annulare associated with two visceral cancer. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: S236-8.
5. Owen DW, Freeman RG. Perforating granuloma annulare. *Arch Dermatol* 1971; 103: 64-7.
6. McDow RA, Fields JP. Linear granuloma annulare of the finger. *Cutis* 1987; 39: 43-4.
7. Solomon RJ, Gardepe SF, Woodley DT. Deep granuloma annulare in adults. *Int J Dermatol* 1986; 25: 109-12.
8. Harpster EF, Mauro T, Barr RJ. Linear granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 1138-41.
9. Veraldi S, Bencini PL, Drudi E, Caputo R. Laboratory abnormalities in granuloma annulare: a case-control study. *Br J Dermatol* 1997; 136: 652-3.
10. Woo TY, Rasmussen JE. Disorders of transepidermal elimination. *Int J Dermatol* 1985; 24: 337-47.
11. Morice-Picard F, Boralevi F, Lepreux S, Labreze C, Lacombe D, Taieb A. Severe linear form of granuloma annulare along Blaschko's lines preceding the onset of a classical form of granuloma annulare in a child. *Br J Dermatol* 2007; 157: 1056-8.
12. Dykman CJ, Galens GJ, Good AE. Linear subcutaneous bands in rheumatoid arthritis: An unusual form of rheumatoid granuloma. *Ann Intern Med* 1965; 63: 134-40.
13. Ackerman et al. Granuloma annulare, interstitial types, interstitial granulomatous dermatitis with arthritis. Differential diagnosis in dermatopathology IV. Philadelphia: Lea & Febiger; 1994, pp. 34-37.
14. Sanguenza OP, Caudell MD, Mengesha YM, Davis LS, Barnes CJ, Griffin JE et al. Palisaded neutrophilic granulomatous dermatitis in rheumatoid arthritis. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47: 251-7.