

Granuloma anular. 17 casos con diferentes formas clínicas

Annular granuloma. Different clinical forms in 17 cases

DRA. LIZ MARÍA OLIVA DOMÍNGUEZ LÓPEZ*, PROF. DR. ARNALDO ALDAMA CABALLERO*,
DRA. VICTORIA RIVELLI*, DRA. GLORIA MENDOZA**

Servicio de Dermatología, Servicio de Anatomía Patológica**, Hospital Nacional Itaugua-Paraguay*

Fecha de aceptación: junio de 2007

RESUMEN

ANTECEDENTES: EL GRANULOMA ANULAR ES UNA DERMATOSIS INFLAMATORIA CRÓNICA BENIGNA DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA Y POR LO GENERAL AUTOLIMITADA QUE PRESENTA VARIAS FORMAS CLÍNICAS. EL OBJETIVO DEL TRABAJO ES DETERMINAR LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES DE TODAS LAS EDADES, CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE GRANULOMA ANULAR, Y ESTABLECER FACTORES DE COMORBILIDAD.

MATERIAL Y MÉTODO: ESTUDIO OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, RETROSPECTIVO DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE GRANULOMA ANULAR DEL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL DE PARAGUAY EN EL PERIODO ENERO 2000 A ENERO 2007

RESULTADOS: SE ESTUDIARON 17 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE GRANULOMA ANULAR; REPRESENTANDO EL 0.39% DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO; 12 DE ÉSTOS, CON ESTUDIOS HISTOLÓGICOS QUE CORROBORAN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO. LA EDAD MEDIA DE PRESENTACIÓN FUE DE 38.2 AÑOS Y LA RELACIÓN VARÓN: MUJER DE 7:1. LA FORMA DE PRESENTACIÓN MÁS FRECUENTE FUE LA LOCALIZADA CLÁSICA (8 CASOS), SEGUIDO DE LA FORMA DISEMINADA (5 CASOS). LAS FORMAS MACULOSA, SUBCUTÁNEA Y PERFORANTE SE OBSERVARON EN UN CASO CADA UNA. LA LOCALIZACIÓN MÁS FRECUENTE FUE DORSO DE MANOS Y PIES. EN UN CASO AFECTÓ SOLO A LA SEMIMUCOSA LABIAL.

EN CUANTO A PATOLOGÍAS ASOCIADAS; LOS TRASTORNOS DE LA GLUCEMIA FUERON PREDOMINANTES (4 PACIENTES): 3 CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y 1 CON GLUCEMIA EN AYUNAS ALTERADA. DE LOS 3 PACIENTES DIABÉTICOS: 2 TENÍAN LA FORMA DISEMINADA Y UNO LA FORMA LOCALIZADA CLÁSICA.

EL TRATAMIENTO MÁS UTILIZADO FUE EL CORTICOIDE TÓPICO, LA RESPUESTA FUE VARIABLE.

CONCLUSIONES: EL GRANULOMA ANULAR ES UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE CON VARIAS FORMAS CLÍNICAS OBSERVADAS EN ESTA SERIE, PREDOMINANDO LAS FORMAS LOCALIZADAS, EN EL SEXO FEMENINO Y EN ALGUNOS CASOS CON TRASTORNOS DE LA GLUCEMIA.

PALABRAS CLAVE: GRANULOMA ANULAR, FORMAS CLÍNICAS, ASOCIACIONES

ABSTRACT

BACKGROUND: GRANULOMA ANNULARE (GA) IS A CHRONIC INFLAMMATORY CUTANEOUS DISEASE OF UNKNOWN ETIOLOGY. USUALLY SELF LIMITED AND WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS. THE OBJECTIVE OF THIS PAPER IS TO DETERMINE THE DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS AS WELL AS ITS MORBIDITY .

MATERIAL AND METHOD: THIS IS AN OPEN, DESCRIPTIVE AND RETROSPECTIVE STUDY OF PATIENTS WITH CLINICAL DIAGNOSIS OF GRANULOMA ANNULARE AT THE DERMATOLOGY DEPARTMENT OF THE NATIONAL HOSPITAL IN PARAGUAY FROM 2000 TO 2007

RESULTS: WE STUDIED 17 PATIENTS WITH CLINICAL DIAGNOSIS OF GRANULOMA ANNULARE; IT REPRESENTS 0.39 % OF PATIENTS FROM THIS SERVICE; IN 12 OF THEM DIAGNOSIS WAS CONFIRMED BY HISTOPATHOLOGY. THE MEAN AGE WAS 38.2, AND THE AVERAGE RELATION FEMALE:MALE 7:1. THE MOST FREQUENT

CORRESPONDENCIA:

Combatientes del Chaco 529 casi Primero de Marzo. Fernando de la Mora-Paraguay
Correo electrónico: lizmariaoliva@yahoo.es
Teléfono: +595 21 504 196

CLINICAL FORM WAS THE CLASSICAL LOCALIZED (8 CASES), FOLLOWED BY THE DISSEMINATED FORM (5 CASES) AND ONLY ONE CASE OF MACULAR, SUBCUTANEOUS AND PERFORATING FORMS. THE MOST COMMONLY AFFECTED SITE WAS THE DORSAL ASPECT OF HANDS AND FEET. IN ONE CASE THE LIPS' MUCOSAE WAS INVOLVED.

WE ALSO OBSERVED HYPERGLICEMIC LEVELS (4 CASES): 3 WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 OR 1 WITH ALTERED FASTENING GLUCOSE LEVELS. THE DIABETIC PATIENTS: 2 CASES WITH DISSEMINATED GA AND ONE WITH THE CLASSICAL LOCALIZED FORM.

TREATMENT WITH TOPICAL CORTICOSTEROIDS HAD GOOD AND POOR RESPONSES.

CONCLUSIONS: GRANULOMA ANNULARE IS AN UNCOMMON CONDITION WITH DIFFERENT CLINICAL FORMS. THE MOST FREQUENT WAS THE LOCALIZED FORM IN WOMEN AND SOME CASES WITH GLYCEMIC ALTERATIONS.

KEY WORDS: GRANULOMA ANNULARE, CLINICAL FORMS, ASSOCIATIONS

Introducción

El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria crónica, benigna de etiología desconocida, generalmente autolimitada, que se caracteriza por pápulas que confluyen formando placas de periferia elevada y centro deprimido, de color piel o ligeramente eritematosas o violáceas.^{1, 2, 3, 4}

Es de distribución mundial, sin predominio de razas, aparece en todas las edades, aunque es más frecuente en niños y adultos jóvenes menores de 30 años. Predomina en el sexo femenino con una relación 3:1.^{1, 2, 3, 5}

Las lesiones se localizan frecuentemente en dorso de manos, pies, muñecas, tobillos, sin embargo pueden localizarse en cualquier región.^{1, 2, 3, 4}

Presenta varias formas clínicas (ver Cuadro 1).⁶

Se han señalado entre los factores desencadenantes, la aplicación de vacunas, picaduras de insectos, intradermoreacciones, dermatitis por contacto al níquel, exposición solar, parasitosis intestinales, tratamiento con PUVA, infecciones por virus de Epstein Barr, HIV, Herpes Zoster.^{1, 3, 4} Se piensa que puede ser resultado de una vasculitis, o un fenómeno de hipersensibilidad tipo IV.^{2, 4, 7, 8} El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y por la correlación histopatológica. A nivel histopatológico se encuentra un granuloma en empalizada, con degeneración incompleta del colágeno

con depósito de mucina, rodeado de histiocitos, monocitos y ocasionalmente células gigantes y fibroblastos.^{7, 8, 9}

Por la asociación entre granuloma anular y anomalías de la glucemia, se debe dosar la glucemia en ayunas tanto en niños como en adultos.⁷

La evolución es benigna, se ha visto remisión espontánea en un 50% antes de los 2 años, su duración es variable de unas pocas semanas a varias décadas con cuadros de recurrencias en más de 40%, aunque estos se resuelven con mayor rapidez que los primeros.^{7, 9}

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen, la tiña del cuerpo, la necrobiosis lipoidica, el eritema anular centrífugo, el eritema marginado, la sífilis secundaria, la lepra tuberculoide entre otros.^{1, 2, 3, 9} La forma perforante hay que distinguirla del liquen nítidus, molusco contagioso entre otras.¹⁰

El tratamiento es variable, de acuerdo con diversos factores como la edad, la localización y la variedad clínica. Existen observaciones donde las lesiones habían presentado involución completa después de escarificación con hoja de bisturí⁶ o inyección intralesional de agua bidestilada⁷. Pero el tratamiento con vitamina E tópica o por vía oral para las formas recalcitrantes, los corticoides tópicos, pentoxifilina y sulfona son las principales opciones.^{11, 12, 13}

Material y método

Es un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo, en el cual se revisaron los registros de diagnósticos clínicos de los pacientes que acudieron al Servicio de Dermatología del Hospital Nacional de Paraguay de enero de 2000 a enero 2007.

En este periodo de tiempo consultaron 6001 pacientes, de los cuales 24 tenían el diagnóstico clínico de granuloma anular. Se recuperan 22 fichas de los cuales 5 fueron exclui-

CUADRO 1

Formas clínicas del granuloma anular

Localizadas	Generalizadas
Clásica	Anular
Perforante	Papulosa
Subcutánea	
Maculosa	

das porque la histología confirmó otros diagnósticos. Se completó un cuestionario que incluía datos demográficos (edad, sexo), y clínicos (distribución de lesiones, evolución, tratamiento y comorbilidades).

Resultados

De los 17 pacientes con diagnóstico clínico, 12 tuvieron confirmación histológica y en 5 casos no se realizó biopsia.

Fueron del sexo femenino 15 pacientes, estableciéndose una relación mujer, varón de 7 a 1. La edad de presentación oscilaba entre uno y 73 años y la media fue de 38.2 años.

El tiempo de evolución de las lesiones al momento de la consulta fue de 15 meses en promedio.

La presentación clínica correspondió a formas localizadas clásicas, en 9 pacientes (Foto 1), diseminadas en 5 casos (Foto 2). Otras formas clínicas poco frecuentes observadas



Foto 1. Granuloma Anular Lesión única en dorso de mano. Forma localizada.



Foto 2. Granuloma Anular Generalizado. Múltiples lesiones papulosas y anulares.

fueron: maculosa (Foto 3) subcutánea y perforante (Foto 4) en un caso cada una.

Las localizaciones anatómicas más frecuentes fueron dorso de manos y pies, antebrazos, cara anterior de piernas, cara, tronco, cuello y muslos. En un caso había afectación de semimucosa oral (Foto 5).

En cuanto a patología asociada, 4 pacientes tuvieron trastornos de la glucemia, siendo 3 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de éstos a su vez, 2 tenían la forma generalizada del Granuloma Anular y un caso la forma localizada. Un paciente tenía glucemia en ayunas alterada. También se encontró asociación con artritis reumatoidea y liquen amiloideo en otros 2 pacientes.

Los tratamientos realizados fueron diversos, en la mayoría los corticoides tópicos de moderada a alta potencia; además de la pentoxifilina, la dapsona y la vitamina E vía oral. En ningún caso las lesiones se resolvieron después de la biopsia.

La respuesta al tratamiento instituido fue variable, en un caso resolución completa, 6 casos con mejoría parcial de las lesiones, y en 10 casos no acudieron a controles posteriores.

Discusión

En esta serie de granuloma anular llama la atención el amplio predominio en el sexo femenino (7 a 1); mayor a



Foto 3. Granuloma Anular: Forma Maculosa.



Foto 4. Granuloma anular Perforante: Pápulas umbilicadas en dorso de manos, también presentaba afectación de rodillas y codos.



Foto 5. Granuloma anular: Llamativas lesiones papulosas y anulares en semimucosa labial después de maquillaje definitivo. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

otras series donde también se ve la diferencia con una proporción de 2-3 a 1.^{1, 2, 3, 4}

La forma diseminada se observó sobre todo en adultos, de los 5 casos, sólo 1 correspondió a una niña de 3 años. Sin embargo la forma localizada se vio en diferentes grupos etarios de 1 a 55 años de edad, sin predominio en particular. En otras series estos datos en cuanto a la forma generalizada coinciden, pero difiere algo en cuanto a las formas localizadas que predominan hasta los 30 años.^{1, 8, 9}

En cuanto a la localización de las lesiones coincide con lo que se describe, es decir dorso de manos (Foto 1), dorso de pies, antebrazos, codos, rodillas. Además describimos una paciente con lesiones en semimucosa labial, siendo en esta sede de muy rara observación (Foto 5).

Se observaron todas las formas clínicas de presentación del Granuloma Anular localizado; es decir las formas clásica, subcutánea, maculosa y perforante.

La respuesta a los corticoides tópicos de moderada a alta potencia fue aceptable, estos se utilizaron en 12 casos; además de la pentoxifilina y la vitamina E vía oral que se utilizaron en las formas generalizadas, con respuesta parcial en los controles posteriores.

La forma generalizada se asocia a Diabetes Mellitus Tipo 2 a un 25%,^{1, 6, 9} en nuestra serie 2 de los 3 pacientes correspondían a esta forma clínica.

También se ha descrito Granuloma Anular generalizado en pacientes con Tiroiditis Autoinmune, Sarcoidosis, esteatosis hepática, cirrosis biliar primaria y artritis reumatoidea.^{1, 4, 9} En nuestra serie en un caso se asoció con Artritis reumatoidea y un caso con liquen amiloideo.

REFERENCIAS

1. Dahl MV. "Granuloma anular", en Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg I, Austen KF. *Dermatología en Medicina General*. 4ª ed. New York: McGraw-Hill, 1998: 1245-1249.
2. López Esteberanz J L. "Enfermedades granulomatosas de causa desconocida", en Iglesias Diez L, Guerra Tapia A; Ortiz Romero PL. *Tratado de Dermatología*. 2ª ed España: Mc Graw-Hill-Interamericana, 2004; 583-584.
3. Shapiro P E. "Granulomas no infecciosos", en Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Lever. *Histopatología de la piel*. 8ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1999: 289-308.
4. Narvaez V, Vega M E, Saez de Ocariz M, Castillo M, Domínguez L. *Granuloma Anular en pacientes pediátricos*. *Dermatol Pediatr Lat*. 2005; 3(2): 117-122
5. García Font M, Curcú Botarguez N, Pagerols Bonilla X. *Granuloma Anular Maculoso Siete Nuevos Casos*. *Med Cutan I L A*. 2004; 32(1): 23-26.
6. Jaimovich L. *Tratamiento del Granuloma Anular*. *Med Cutan I L A* 1992; 20: 133-136.
7. Ibarra Duran G, Mena Cedilla C A, Arroyo Pineda A I. *Tratamiento del Granuloma Anular con inyección subcutánea de agua bidestilada en niños*. *Dermatología Rev Mex*. 1995; 39(4): 206-209.
8. Guiote Domínguez M V, Vilanova Mateu A, Vieira R, Hernandez J, Naranjo Suites R, Gutierrez Salmerón M T. *Granuloma Anular Generalizado: respuesta al tratamiento con vitamina E*. *Med Cut I L A*. 2005; 33(6): 261-263.
9. Guerrero Fernandez J, Guiote Domínguez M V, Guerrero Vazquez J, Ruso de la Torre F. *Granuloma Anular Diseminado a proposito de 2 casos*. *An Esp Pediat*. 2001; 55: 178-180.
10. Lucky A W, Neds S, Pros, Bove K, Nain L, Joseph L. *Papular Umbilicated Granuloma Annulare. A report Four Pediatric Cases*. *Arch Dermat*. 1992, 128: 1375-1378.
11. Donathz L B, Pagano P, Allevato M A, *Granuloma Anular Generalizado*. *Act Terap Dermatol*. 1996; 19: 9-17.
12. Honeyman J, *Granuloma Anular y Diabetes*. *Rev Chil Dermatol*. 2005; 21(1): 60-65.
13. Martínez del Sel J, Minando M, Viloldo V, Casas G, Allevato M A, Cabrera H N. *Granuloma Anular Generalizado variedad papular*. *Arch Arg Dermatol*. 2005; 55(6): 259-261.