

Granuloma anular asociado a carcinoma de mama. Reporte de dos casos

Granuloma annulare associated to carcinoma of the breast. Report of two cases

ROSA MARÍA PONCE OLIVERA

ANDRÉS TIRADO SÁNCHEZ

Servicio de Dermatología, Hospital General de México.

RESUMEN

EL GRANULOMA ANULAR ES UNA DERMATOSIS BENIGNA QUE HABITUALMENTE OCURRE COMO UNA ENFERMEDAD IDIOPÁTICA. EN ALGUNOS REPORTES SE DESCRIBE EN ASOCIACIÓN CON ENFERMEDADES MALIGNAS, COMO LINFOMAS, CARCINOMA DE PRÓSTATA, ADENOCARCINOMA DE CÉRVIX, LEUCEMIA Y OTROS. SE DESCRIBEN DOS CASOS CON GRANULOMA ANULAR ASOCIADO A CÁNCER DE MAMA. SÓLO HAY UNOS CUANTOS REPORTES ACERCA DE ESTA ASOCIACIÓN EN LA LITERATURA CONSULTADA.

PALABRAS CLAVE: GRANULOMA ANULAR, CÁNCER DE MAMA

ABSTRACT

GRANULOMA ANNULARE IS A BENIGN DERMATOSIS THAT USUALLY OCCURS AS AN IDIOPATHIC CONDITION. IT HAS BEEN DESCRIBED IN ASSOCIATION WITH MALIGNANT NEOPLASMS, SUCH AS LYMPHOMA, PROSTATE CARCINOMA, CERVICAL ADENOCARCINOMA, LEUKAEMIA, AND OTHERS. WE PRESENT TWO CASES WITH GRANULOMA ANNULARE ASSOCIATED TO BREAST CANCER. THERE ARE ONLY A FEW REPORTS ABOUT THIS ASSOCIATION IN THE LITERATURE CONSULTED.

KEYWORDS: GRANULOMA ANNULARE, BREAST CANCER

Introducción

El granuloma anular (GA) es una enfermedad de causa desconocida.¹ Se presenta como placas papulonodulares, de configuración anular, asintomáticas y del color de la piel o violáceo, caracterizado por histiocitos que rodean una zona de tejido conectivo degenerado, acelular y amorfo con mucina. Las lesiones de la piel a veces resuelven sin tratamiento.^{1,2}

El GA puede ser localizado, perforante, generalizado, eritematoso o subcutáneo.² Enfermedades como la diabetes mellitus, las iritis, sarcoidosis, tiroiditis autoinmune y varias neoplasia se han asociado al GA.³ Existe controversia sobre la última asociación. A continuación describimos dos casos de GA asociado a carcinoma de mama.

CORRESPONDENCIA:

Andrés Tirado Sánchez
Servicio de Dermatología, Hospital General de México,
Dr. Balmis 148, Col. Doctores, Del. Cuauhtémoc,
México, DF, CP 06720.
andrestiradosanchez@hotmail.com

Reporte de caso

Paciente 1. Se trata de una paciente del sexo femenino de 50 años de edad, que presentaba una dermatosis localizada a la pierna izquierda, caracterizada por placas papulonodulares, anulares (Figura 1a), de tres meses de evolución. A la exploración física, se encontró un nódulo firme y doloroso en la mama derecha. La biopsia para microscopía de luz de una de las lesiones en piel mostró degeneración focal del colágeno en dermis, con un infiltrado linfohistiocitario (característico de GA). En el sitio de la biopsia de piel, las lesiones desaparecieron completamente (iatrotropismo). Por otro lado, la biopsia del nódulo mamario resultó compatible con un carcinoma ductal infiltrante de mama.

Como tratamiento de la neoplasia, un oncólogo realizó una mastectomía radical modificada. La lesión de la piel desapareció en dos semanas después del procedimiento.

Paciente 2. Se trata de una paciente de sexo femenino de 78 años de edad, que fue referida a nuestro servicio por una dermatosis localizada al brazo derecho, caracterizada por una placa anular, papulonodular, persistente, de 14 × 11 cm, de dos meses de evolución (Figura 1b). A la



Figura 1 a) Paciente 1 que presenta placas anulares en la pierna izquierda. b) Paciente 2 que presenta una placa anular en brazo derecho. c) Aspecto histológico del GA, que muestra degeneración focal del colágeno en dermis con un infiltrado linfohistiocitario.

exploración física, se encontraron cuatro nódulos dolorosos a la palpación en la mama izquierda. La biopsia para microscopía de luz de uno de los nódulos mamarios dejó ver un carcinoma ductal infiltrante de mama, mientras que la biopsia de piel mostró datos característicos de GA (Figura 1c). La paciente rechazó el tratamiento quirúrgico y se inició quimioterapia, resolviendo la lesión de piel completamente al mes de iniciado el tratamiento.

Discusión

El GA es una enfermedad cutánea, de carácter inflamatorio, benigno, de etiología desconocida y que puede ser autolimitado.^{1,2} Se presenta como pápulas y nódulos agrupados en disposición anular, del color de la piel a eritematovioláceo. Las lesiones son más frecuentemente vistas sobre las manos y pies, aunque la enfermedad se puede presentar en cualquier parte del cuerpo.²

Las hipótesis sobre su patogenia incluyen: vascular (vasculitis), trauma, enzimática (enzimas lisosomales monolíticas) e hipersensibilidad (retardada o tipo IV).⁴

Aunque la enfermedad se ha asociado a varias enfermedades, aún existe controversia sobre la asociación con malignidades. Dabsky *et al.*,⁵ encontraron que no existe correlación entre el GA y malignidades, sin embargo, Barksdale *et al.*,⁶ en una serie de 13 casos, concluyeron que el GA puede relacionarse con una neoplasia interna o ser parte de una

reacción granulomatosa generalizada debida al tumor.

La asociación de GA y cáncer primario de mama es rara. La revisión de la literatura muestra pocos reportes de tal asociación.^{7,8} Esta relación puede ser incidental o parte de una respuesta inmunológica aberrante en pacientes con un desorden en su sistema inmune relacionado con la actividad tumoral o con la quimioterapia. Es posible que el GA resulte de una reacción inmunológica derivada de antígeno(s) desconocido(s).⁹

La resolución de las lesiones en el primer caso fue debida al iatrotropismo y a la resección tumoral, mientras que en el segundo fue debido al inicio de la quimioterapia.

En resumen, este reporte detalla una asociación rara. Algunos aspectos de tal asociación deben aclararse en futuros estudios:

el o los mecanismos por los cuales este tumor indujo el GA y por los que involucionó con quimioterapia. El GA debe ser considerado como un síndrome que puede ser paraneoplásico y reflejar tumores sólidos, y debe tenerse presente en casos de lesiones persistentes a pesar del tratamiento y de la evolución.

REFERENCIAS

1. Smith MD, Downie JB, DiConstanzo D. "Granuloma annulare". *Int J Dermatol* 1997; 36: 326-33.
2. Muhlbauer JE. "Granuloma annulare". *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 217-30.
3. Narvaez V, Vega ME, Saez de Ocaris M, Castillo M, Domínguez L. "Granuloma anular en pacientes pediátricos". *Dermatol Pediatr Lat* 2005; 3: 117-22.
4. Domínguez-López L, Aldama-Caballero A, Rivelli V, Mendoza G. "Granuloma anular. 17 casos con diferentes formas clínicas". *Dermatología CMQ* 2007; 5: 195-8.
5. Dabsky K, Winkelmann RK. "Generalized granuloma annulare: clinical and laboratory findings in 100 patients". *J Am Acad Dermatol* 1989; 20: 39-47.
6. Barksdale SK, Perniciaro C, Halling KC, Strickler JG. "Granuloma annulare in patients with malignant lymphoma: clinicopathologic study of thirteen new cases". *J Am Acad Dermatol* 1994; 31: 42-8.
7. Li Ailing, Hogan DJ, Sanusi ID, Smoller BR. "Granuloma annulare and malignant neoplasms". *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 113-6.
8. Stewart KA, Cooper PH, Greer KE, Kersh CR. "Granuloma annulare temporally associated with carcinoma of the breast". *J Am Acad Dermatol* 1989; 21: 309-11.
9. Shimizu S, Yasui C, Tsuchiya K. "Atypical generalized granuloma annulare associated with two visceral cancers". *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: S236-8.