

¿Cuál es su diagnóstico? / Dermatitis granulomatosa intersticial variedad ulcerativa

What is Your Diagnosis? / Ulcerative Variety Interstitial Granulomatous Dermatitis

Janet Eslava García

Médico adscrito a Dermatología, Hospital General de Zona núm. 2, Aguascalientes, México.

Discusión

La dermatitis granulomatosa intersticial (DGI) es una entidad que posee una gran variabilidad clínica que dificulta el diagnóstico, y es probable que su frecuencia sea mayor de lo que la literatura refleja. La tendencia actual es a considerarla como una inflamación granulomatosa en relación con una enfermedad sistémica con capacidad de producir inmunocomplejos, siendo la más frecuente la artritis reumatoide. Sin embargo, se ha descrito asociada a otros procesos autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolípido, síndrome de Churg-Strauss y tiroiditis.¹⁻³ Otros factores relacionados con esta entidad son los fármacos (anticonceptivos orales, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, betabloqueadores, sulfonamidas, hipolipemiantes, antidepresivos, antiinflamatorios no esteroideos y anti-TNF), diversas neoplasias, silicosis pulmonar, entre otras.⁴ Se puede presentar como placas eritema-violáceas inflamatorias, urticariales, anulares, serpinginosas, lineales, úlceras ovales o lesiones tipo eritema crónico migrans y morfea. La topografía habitual involucra las superficies extensoras de las extremidades superiores, la cadera, el tórax y la espalda. La variedad ulcerativa es muy rara.¹⁻⁶ Con frecuencia las lesiones cutáneas se acompañan de enfermedad poliarticular de patrón reumatoide seronegativo. No obstante, muchos pacientes con DGI presentan hallazgos que se interpretan como una forma frustrada de la enfermedad del tejido conectivo que no puede clasificarse. El compromiso articular puede aparecer antes, durante y después de las lesiones cutáneas.^{2,7} En la microscopía los hallazgos reflejan la evolución de las lesiones: 1) infiltrado neutrofílico y/o eosinofílico de moderado a denso en todo el espesor de la dermis reticular y en ocasiones incluso en el tejido celular subcutáneo, degeneración del colágeno y vasculitis leucocitoclástica; 2) granulomas en empalizada periférica que rodean el colágeno fragmentado; y 3) granulomas en empalizada acompañados de fibrosis dérmica e infiltrado neutrofílico escaso.^{2,4,6}

Los diagnósticos diferenciales a considerar en la variedad ulcerativa son: pioderma gangrenoso, poliarteritis nodosa, sarcoidosis, síndrome de Felty y úlceras vasculares.⁷

La terapia ideal no está establecida. Cuando se relaciona con fármacos es indispensable retirar el medicamento causante y asociar corticoides. Éstos son la primera opción terapéutica para DGI. En el caso de DGI asociada a enfermedad autoinmune, puede requerir la combinación de corticoides con el tratamiento de la enfermedad de base.⁸ Para ello se han empleado inmunomoduladores como metotrexato, ácido micofenólico, hidroxicloroquina, colchicina, ciclosporina, dapsona, infliximab, etanercept, tocilizumab, inmunoglobulinas y belimumab.⁹⁻¹⁴ Nuestra paciente respondió rápidamente con cloroquina.

La importancia de la DGI está dada por su asociación casi constante con enfermedad sistémica. La variedad ulcerativa es excepcional. Por lo tanto, ante un paciente con úlceras crónicas en las piernas y artritis reumatoide, es primordial realizar un diagnóstico diferencial amplio para llegar al diagnóstico definitivo e instaurar un tratamiento óptimo que contribuya a mejorar la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tomasini C y Pippione M, Interstitial granulomatous dermatitis with plaques, *J Am Acad Dermatol* 2002; 46:892-9.
2. Hawryluk EB, Izikson L y English JC, Non-infectious granulomatous diseases of the skin and their associated systemic diseases: an evidence-based update to important clinical questions, *Am J Clin Dermatol* 2010; 11(3):171-81.
3. Johnson H, Mengden S y Brancaccio RR, Interstitial granulomatous dermatitis, *Dermatol Online* 2008; 14(5):18.
4. Magro CM, Crowson AN y Schapiro BL, The interstitial granulomatous drug reaction: a distinctive clinical and pathological entity, *J Cutan Pathol* 1998; 25:72-8.
5. Saha M, Gibbon KL, Jawad AS, Cerio R y Jolliffe VM, An unusual cause of cutaneous ulceration in association with seronegative rheumatoid arthritis, *J RSM Sh Rep* 2012; 3:54.
6. Wick MR, Granulomatous & histiocytic dermatitides, *Semin Diagn Pathol* 2017; 34(3):301-11.
7. Sayah A y English JC, Rheumatoid arthritis: a review of the cutaneous manifestations, *J Am Acad Dermatol* 2005; 53(2):191-209.

8. Arévalo M, Moreno M y Gratacós J, Dermatitis intersticial granulomatosa asociada al lupus: a propósito de un caso, *Reumatología Clínica* 2017; 13(6):367-8.
9. Krauter A, Gambichler T y Altmeyer P, Infliximab therapy for interstitial granulomatous dermatitis, *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2007; 21:251-2.
10. Ahmed ZS, Joad S, Singh M y Bandagi SS, Interstitial granulomatous dermatitis successfully treated with etanercept, *Am J Case Rep* 2014; 15:94-6.
11. Schanz S, Schmatzung M, Guenova E, Metzler G, Ulmar A, Kötter I *et al*, Interstitial granulomatous dermatitis with arthritis responding to tocilizumab, *Arch Dermatol* 2012; 148:17-22.
12. Leloup P, Aubert H, Causse S, LeGoff B y Barbarot S, Ustekinumab therapy for severe interstitial granulomatous dermatitis with arthritis, *JAMA Dermatol* 2013; 149:626-7.
13. Alghamdi R, Bejar C, Steff M, Deschamps L, Marinho E, Crickx B *et al*, Intravenous immunoglobulins as a treatment of interstitial granulomatous dermatitis with arthritis, *Br J Dermatol* 2012; 167V:218-20.
14. Collins CE, Dall'Era M, Kan H, Macahilig C, Molta C, Koscielny V *et al*, Response to belimumab among patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice settings: 24-month results from the OBSERVE study in the USA, *Lupus Sci Med* 2016; 3.