

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen
Volume **14**

Número
Number **2**

Mayo-Agosto
May-August **2005**

Artículo:




**Granuloma anular de morfología atípica
con fenómeno de iatrotropismo.
Comunicación de un caso**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***

Granuloma anular de morfología atípica con fenómeno de iatrotropismo. Comunicación de un caso

Dra. Sara Pérez,* Dr. Alberto Ramos-Garibay,** Dra. Karla González***

RESUMEN

El granuloma anular es una lesión inflamatoria benigna cuya patogenia no ha sido claramente establecida. Se ha asociado a múltiples factores y tiene cuatro formas de presentación clínica siendo la forma localizada la más frecuente. Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino con un granuloma anular localizado de morfología atípica con fenómeno de iatrotropismo.

Palabras clave: Granuloma anular.

ABSTRACT

Granuloma annulare (GA) is a benign inflammatory dermatosis whose precise etiology is still unknown. It has been associated with multiple factors and have been described four clinical variants being the localized form the most commonly found. We report a case of a female patient with a localized form with atypical morphology and iatrotropic response.

Key words: *Granuloma annulare.*

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria y asintomática cuya etiología es desconocida, para el que se han propuesto numerosos mecanismos desencadenantes y asociaciones a lo largo del tiempo. Fue descrito por primera vez en 1895 por T. Calcott Fox como *erupción anular de los dedos de las manos*; sin embargo, no fue sino hasta 1902 que Radcliffe-Crocker le acuñó el término actual.¹⁻³

Predomina en el sexo femenino con relación 3:1. Puede aparecer a cualquier edad y es más frecuente durante la primera década de la vida o después de la quinta. Se caracteriza por nódulos que confluyen y adoptan una disposición anular, afectando más frecuentemente manos y pies. Se ha comunicado que en el 75% de los casos remite de forma espontánea entre los 2 meses y 2 años de haber iniciado.¹⁻⁷

ETIOLOGÍA

La patogénesis aún se desconoce. Se ha asociado con picadura de insectos, traumatismos, aplicación de tuberculina, exposición solar, infecciones virales por virus de hepatitis B y C, VIH, parvovirus B19 y virus herpes simple, así como tiroiditis autoinmune y neoplasias principalmente linfoma de Hodgkin.¹⁻⁶ Se han descrito también casos sobre cicatrices de herpes zoster.⁸ El granuloma anular generalizado se ha encontrado con mayor frecuencia en pacientes con HLA-BW35 y HLA-A29 lo que sugiere una predisposición genética.^{1,2,4} La asociación con diabetes mellitus sigue siendo controversial, ya que no se ha encontrado evidencia definitiva al respecto. Un estudio reportó que el 9.7% de los pacientes con granuloma anular localizado y el 24.2% con la forma generalizada habían sido diagnosticados con diabetes mellitus.⁵ Se ha observado también un mecanismo de hipersensibilidad tipo IV, lo que lleva a pensar que es una enfermedad de tipo inmunológico.¹⁻⁷

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Existen cuatro formas de presentación clínica: localizada, generalizada, perforante linear y subcutánea. Las

* Dermatóloga Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Dermatopatólogo CDP.

*** Residente 3° año CDP.

lesiones se caracterizan por la presencia de nódulos eritematosos o del color de la piel formando placas de disposición anular o arciforme.

La forma localizada es más frecuente en niños y adultos menores de 30 años. La lesión típica consiste en un número limitado de nódulos del color de la piel o ligeramente eritematosos de 1-5 mm que confluyen formando placas de disposición anular cuyo centro puede estar deprimido y pigmentado.¹⁻³ Se localizan principalmente en extremidades, en el 60% de los casos en manos y brazos y en el 20% en piernas y pies.⁴ Habitualmente el tamaño de la lesión varía de 1-5 cm, tiende a crecer lentamente y se ha comunicado resolución espontánea



Figura 1. Dermatitis en cara lateral del cuarto dedo derecho constituida por nódulos del color de la piel que confluyen y forman una placa de aspecto anular y queratósica.



Figura 2. Obsérvese con mayor detalle la placa de disposición anular, y el aspecto queratósico de la lesión.



Figura 3. En la dermis media se observa un foco de degeneración incompleta de la colágena rodeado por un infiltrado linfohistiocitario. (H-E 4x)

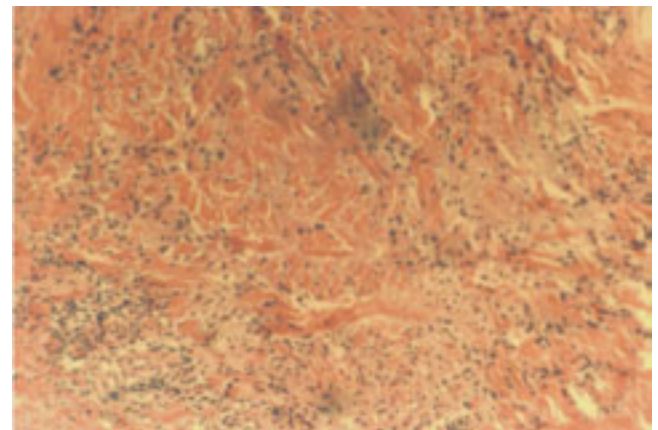


Figura 4. La porción central muestra focos de necrobiosis de la colágena. (H-E 10x)

nea en el 50% de los casos. Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen la tiña corporal, liquen plano, eritema anular centrífugo y eritema elevatum diutinum.^{1,4,5,7}

La forma generalizada constituye menos del 10% de todos los casos.⁹ En 80% de los pacientes aparece entre la cuarta y séptima décadas de la vida mientras que el 20% ocurre antes de los diez años.⁷ Se presenta como numerosos nódulos aislados o coalescentes que afectan principalmente el tronco. En esta variedad la resolución espontánea es menos común y raramente ocurre antes de tres o cuatro años de evolución.^{2,4,5} La inciden-



Figura 5. Fotografía de control tres meses posterior a la realización de la biopsia donde se observa resolución de la lesión.

cia de diabetes mellitus en pacientes con esta variedad clínica es el doble que en la población general. Las formas múltiples y difusas se deben diferenciar del liquen plano y sarcoidosis.^{2,4}

La variedad subcutánea es más frecuente en niños. Aparece en piel cabelluda, en extremidades en áreas pretibiales, palmas, plantas y glúteos. Se caracteriza por la presencia de nódulos, indolores que son más grandes y de aparición súbita.^{5,7} Cuando aparecen cerca de articulaciones se pueden confundir con nódulos reumatoideos o nódulos de fiebre reumática.^{1,2}

El granuloma anular perforante es poco común, representa el 5% de todas las variedades. Afecta la superficie extensora de las extremidades y el dorso de las manos. Se caracteriza por la presencia de lesiones del color de la piel de 1-5 mm con centro umbilicado y cicatriz central.^{1,2,4,5}

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se puede establecer en base a las manifestaciones clínicas; sin embargo, se recomienda realizar biopsia cuando las lesiones no tienen una presentación característica.⁵ El diagnóstico diferencial debe realizarse con las entidades previamente descritas dependiendo de la variedad clínica.

HISTOPATOLOGÍA

Se clasifica dentro de los granulomas en empalizada. Se caracteriza por la presencia en dermis superficial y

media de focos de degeneración parcial o completa de la colágena rodeados por un infiltrado inflamatorio linfocitario dispuesto en empalizada entremezclado ocasionalmente con células gigantes multinucleadas.^{1,2,4,5,7,10}

TRATAMIENTO

Existe una variedad terapéutica extensa, sin embargo, ningún tratamiento ha sido considerado totalmente eficaz. En el 75% de los casos remite de forma espontánea después de dos años de evolución, pero se ha reportado recurrencia en 40% de los pacientes. Se ha observado que el trauma al realizar la biopsia, la inyección con agua estéril y la crioterapia inducen la resolución.

Se han utilizado inyecciones intralesionales de esteroides como triamcinolona, inyección de interferón B-1, escisión quirúrgica, PUVAterapia, agentes tópicos como ácido retinoico y antralina, láser y terapia vía oral con isotretinoína, cloroquina, cloramfucil, pentoxifilina, dapsona y ciclosporina.^{1-5,7,9}

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 16 años de edad originaria y residente del Distrito Federal, de ocupación estudiante quien acudió en febrero 2005 al Centro Dermatológico Pascua por presentar una dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la que afectaba la cara lateral del cuarto dedo constituida por nódulos del color de la piel que confluían y formaban una placa de aspecto anular, queratósica de bordes bien definidos, de evolución crónica y asintomática (*Figuras 1 y 2*). Al interrogatorio refirió iniciar hace 8 años con "granitos" en el cuarto dedo de la mano derecha sin haber recibido tratamiento previo.

Se realizó el diagnóstico clínico de probable granuloma anular vs verruga vulgar por el aspecto queratósico de la lesión y se tomó una biopsia incisional, la cual reportó una epidermis con hiperqueratosis ortokeratósica compacta, acantosis regular moderada y áreas de hiperpigmentación de la capa basal; dermis superficial con infiltrados linfocitarios perivasculares discretos y en dermis media se observaron zonas de necrosis incompleta de la colágena rodeadas por infiltrados linfocitarios moderados, se reportó el diagnóstico definitivo de granuloma anular (*Figuras 3 y 4*).

Posterior a la realización de la biopsia, la paciente acudió nuevamente a la consulta donde pudimos evi-

denciar solamente una mancha hiperpigmentada residual y cicatriz con remisión completa de su dermatosis previa fenómeno conocido como iatrotropismo (Figura 5).

COMENTARIO

Presentamos el caso de una paciente del sexo femenino con el diagnóstico de granuloma anular confirmado por histopatología. Si bien es cierto que la forma clásica del granuloma anular afecta con mayor frecuencia extremidades, principalmente manos, aquí es importante tanto el diagnóstico clínico como el histopatológico ya que la lesión podría confundirse con otra dermatosis debido a su morfología atípica. En este caso debido al aspecto queratósico de la lesión se consideró el diagnóstico de verruga vulgar como una posibilidad. La paciente había presentado la lesión durante ocho años y en este caso después de realizar la biopsia incisional pudimos observar el fenómeno de iatrotropismo. Tres meses después tomamos la fotografía de control donde se observa la involución de la lesión (Figura 5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dahl M. Granuloma anular. En: Fitzpatrick. *Dermatología en Medicina General*. 5ª Edición. Editorial Médica Panamericana 1999: 1152-56.
2. Ghadially R, Garg A. *Granuloma Annulare*. E-medicine. 2003
3. Sandwich J, Davis L. Granuloma annulare of the eyelid: A case report and review of the literature. *Pediatric Dermatology* 1999; 16: 373-76.
4. Moguelet, Vignon-Pennamen. Granuloma cutáneo en empalizada. En: *Enciclopedia médica quirúrgica*. París: Elsevier, 2003: 98-475-A-10.
5. Smith D, Downie J, DiConstanzo D. Granuloma annulare. *International Journal of Dermatology* 1997; 36: 326-33.
6. Arroyo M. Generalized granuloma annulare. *Dermatology Online Journal* 9(4): 13: 242-45.
7. Cunliffe WJ. Necrobiotic Disorders. En: Rook et al, editor. *Tratado de dermatología*. Barcelona: Doyma, 1992: 2027-33.
8. Ohata Ch, Shirabe H et al. Granuloma annulare in herpes zoster scars. *The Journal of Dermatology* 2000; 27: 166-69.
9. Adams D, Danville Pa, Hogan D. Improvement of chronic generalized granuloma annulare with isotretinoin. *Arch Dermatol* 2002; 138: 1518-9.
10. Lynch J, Barret T. Collagenolytic (necrobiotic) granulomas: part 1- the "blue" granulomas. *J Cutan Pathol* 2004; 31: 353-61.