

Eritema anular centrífugo e hipotiroidismo

José María Martín^a, Dolores Ramón^a, Inmaculada Molina^a, Carlos Monteagudo^b, Laura García^a,
Vicent Alonso^a y Esperanza Jordá^a

Servicios de ^aDermatología y ^bAnatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Valencia. España.

Resumen.—Una mujer de 54 años consultó por unas lesiones eritematosas con descamación en el borde, localizadas en la cara externa de ambas piernas, indicativas de eritema anular centrífugo. Las exploraciones complementarias evidenciaron un hipotiroidismo subclínico que mejoró, al igual que las lesiones cutáneas, con levotiroxina. Posteriormente, un desajuste en el tratamiento propició la reaparición de un hipotiroidismo clínico en esta ocasión y dos nuevos brotes de eritema anular centrífugo.

Palabras clave: eritema anular centrífugo, eritema anular, hipotiroidismo.

Martín JM, Ramón D, Molina I, Monteagudo C, García L, Alonso V y Jordá E. Eritema anular centrífugo e hipotiroidismo. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94(6):417-9.

ERYTHEMA ANNULARE CENTRIFUGUM AND HYPOTHYROIDISM

Abstract.—A 54-year-old woman consulted her physician because of some erythematous lesions with scaling borders on the outer face of both legs, suggesting erythema annulare centrifugum. Complementary examinations showed subclinical hypothyroidism which improved, as did the skin lesions, with levothyroxine. Later imbalance in the treatment caused the hypothyroidism to reappear, this time clinical, and also allowed two new outbreaks of erythema annulare centrifugum

Key words: erythema annulare centrifugum, erythema annulare, hypothyroidism.

INTRODUCCIÓN

El eritema anular centrífugo es un eritema figurado de etiología desconocida, aunque se ha asociado a multitud de enfermedades. En nuestro caso, la existencia de un eritema anular centrífugo en las piernas de una mujer de 54 años permitió desenmascarar la existencia de un hipotiroidismo subyacente en dos ocasiones.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 54 años, sin antecedentes de interés y que negaba el consumo de fármacos de forma habitual, consultó en octubre del año 2000 por unas placas eritematosas, inicialmente redondeadas, localizadas en la cara externa de ambas nalgas, que fueron creciendo centrífugamente hasta alcanzar la superficie externa de ambos muslos y rodillas. Las lesiones tenían 4 meses de evolución y presentaban un centro de coloración de la piel normal y una periferia eritematosa, discretamente sobre elevada, con descamación superficial blanquecina a unos dos centímetros del borde activo (fig. 1). El diagnóstico clínico inicial fue eritema anular centrífugo, aunque

se efectuó un examen microscópico de las escamas para descartar una tiña que resultó negativo, y se solicitaron varias exploraciones complementarias para intentar determinar alguna asociación a otra enfermedad.

El estudio histológico mostró una epidermis con espongirosis y formación de vesículas múltiples, en algunos casos con células dendríticas en su interior, a modo de microabscesos de células de Langerhans, identificadas en función de criterios morfológicos. En la dermis se apreciaron infiltrados perivascuales, heterogéneos en su composición, de predominio linfocitario, sin signos de vasculitis. Estos infiltrados se reducían progresivamente de forma descendente en la dermis, y desaparecían en áreas profundas. Las células endoteliales se encontraban aumentadas de volumen, haciendo prominencia en la superficie luminal. Se observaban escasos hematíes perivascuales extravasados (fig. 2).

El hemograma y la fórmula leucocitaria resultaron anodinos. En la bioquímica sanguínea destacaron unas cifras de colesterol de 262 mg/dl (normal, 140-200) y triglicéridos de 222 mg/dl (normal, 40-160). Las hormonas tiroideas fueron tiroxina libre, 0,8 ng/dl (normal, 0,8-1,7) y hormona tiroestimulante (TSH), 15,8 µU/ml (normal, 0,2-5), con elevación de los anticuerpos antitiroideos (anticuerpos antimicrosomales, 370 U/ml; normal, 0-15). La dosificación de inmunoglobulinas en sangre, el sedimento y la microbiología urinaria, el coprocultivo, la radiografía de tórax y las serologías de virus de la

Correspondencia:
José María Martín. Servicio de Dermatología.
Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: jmMart@eresmas.com
Aceptado el 9 de abril de 2003.



Fig. 1.—Placa eritematosa con marcada descamación en la proximidad del borde activo, localizada en la cara externa de la pierna derecha.

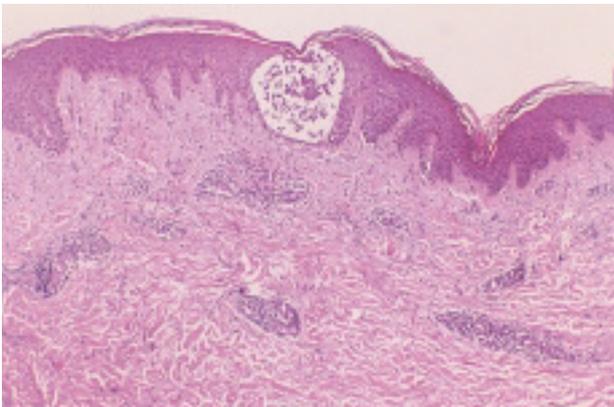


Fig. 2.—Vesícula intraepidérmica con discreta espongirosis en vecindad e infiltrados inflamatorios mononucleares perivasculares (hematoxilina-eosina, x63).

hepatitis B y C y el virus de Epstein-Barr resultaron anodinas.

La paciente fue remitida al servicio de endocrinología, donde se confirmó que se trataba de un hipotiroidismo subclínico autoinmune, sin

existencia de bocio ni nódulos tiroideos, y se instauró tratamiento con levotiroxina, 25 $\mu\text{g}/\text{día}$, con incremento paulatino de la dosis hasta un máximo de 100 $\mu\text{g}/\text{día}$. Se evidenció la desaparición de las lesiones cutáneas y la normalización de la función tiroidea tras aproximadamente 10 meses. Con posterioridad, se descendió progresivamente la dosis de levotiroxina hasta mantenimiento con 50 $\mu\text{g}/\text{día}$ en febrero del 2002, sin que presentara nuevas lesiones en ese período de tiempo. La paciente estuvo residiendo en el extranjero desde entonces y no acudió a sucesivos controles hasta diciembre de 2002. Refería dos nuevos brotes coincidiendo con su estancia fuera del país, el último de los cuales se había iniciado en el mes de agosto. En ambos, las lesiones presentaron una morfología y distribución similares a las del episodio inicial, iniciándose en la cara externa de las nalgas y propagándose por la superficie externa de las extremidades inferiores hasta el tercio proximal de ambas regiones tibiales. No existió relación estacional entre los diferentes episodios ni empeoramiento de su estado general al iniciarse los brotes. Un segundo análisis sanguíneo mostró la existencia de hipotiroidismo primario con tiroxina libre, 0,2 ng/dl, y TSH 20, $\mu\text{U}/\text{ml}$, por lo que la paciente fue remitida de nuevo a endocrinología, donde se confirmó que en esta ocasión se trataba de un hipotiroidismo clínico y se reajustó el tratamiento, incrementando de nuevo la dosis de levotiroxina a 100 $\mu\text{g}/\text{día}$.

COMENTARIO

El eritema anular centrífugo es una de las entidades que constituyen el grupo de los “eritemas figurados”, caracterizados por erupciones en forma de anillo, cuyo curso acostumbra a ser crónico. La lesión inicial es una pápula eritematoedematosa que crece centrífugamente hasta adquirir una morfología anular, arciforme o policíclica, y existe, asimismo, aclaramiento en la región central. Las localizaciones más frecuentes son las nalgas, los muslos y la parte proximal de los brazos. Las variedades más superficiales presentan descamación en la proximidad de la periferia del eritema.

Respecto a la patogenia, se postula que la morfología redondeada de las lesiones se explicaría por la afectación del territorio arteriolar, ubicado en la dermis profunda, mientras que la expansión centrífuga con el consiguiente aclaramiento central se justificaría por fenómenos inflamatorios¹.

La histología muestra en la variante profunda un infiltrado linfocitario perivasculares “en manguito” localizado en la dermis media y profunda. En la forma superficial, el infiltrado se acompaña de edema de células endoteliales con extravasación focal de hematíes en la dermis papilar. En la epidermis se

aprecia espongiosis y paraqueratosis focales². El hallazgo de microabscesos (microgranulomas) de células de Langerhans en este caso, no debe resultar sorprendente, ya que este fenómeno se detecta preferentemente en dermatitis espongíóticas^{3,4}, aunque no se tiene constancia de su descripción en casos previos de eritema anular centrífugo.

La causa suele a ser desconocida, aunque se han descrito asociaciones con diversas entidades como tinea pedis⁵, ingesta de queso azul⁶, candidiasis⁷, ascariasis⁸, infección por *Molluscum contagiosum*⁹ o virus de Epstein-Barr¹⁰, síndrome de Sjögren¹¹, sarcoidosis¹², sensibilidad a fármacos¹³, hepatopatías¹⁴, carcinoma¹⁵, disproteinemia¹⁶, discrasias sanguíneas¹⁷, alteraciones inmunológicas¹⁸, policondritis recidivante¹⁹, enfermedad poliglandular autoinmune tipo I²⁰, embarazo²¹ o intervención quirúrgica²². Existen escasas referencias en la literatura especializada de eritema anular centrífugo asociado a alteraciones tiroideas, tanto a hipertiroidismo²³ como a hipotiroidismo^{24,25}. Tan sólo en un caso previo, el origen del hipotiroidismo fue autoinmune. Se trataba de un paciente con bocio e hipofunción tiroidea de origen autoinmune, que fue diagnosticado de una tiroiditis de Hashimoto, con lesiones de eritema anular centrífugo en el tronco y en la sien derecha²⁵.

El tratamiento del eritema anular centrífugo consiste fundamentalmente en eliminar el factor desencadenante. Los corticoides tópicos también resultan útiles, sobre todo en las formas superficiales.

Como conclusión queremos recalcar la necesidad de solicitar una determinación de la función tiroidea ante pacientes con eritema anular centrífugo, especialmente si son de edad media o avanzada.

BIBLIOGRAFÍA

- Litoux P. Essai sur la physiopathologie des érythèmes annulaires centrifuges. *Ann Dermatol Venereol* 1987;114:709-15.
- Bressler GS, Jones RE Jr. Erythema annulare centrifugum. *J Am Acad Dermatol* 1981;4:597.
- LeBoit PE, Epstein BA. A vase-like shaped characterizes the epidermal-mononuclear cell collections seen in spongiotic dermatitis. *Am J Dermatopathol* 1990;12:612.
- Burkert KL, Huhn K, Menezes DW, Murphy GF. Langerhans cell microgranulomas (pseudo-pautrier abscesses): Morphologic diversity, diagnostic implications and pathogenetic mechanisms. *J Cutan Pathol* 2002;29:511-6.
- Jillson OF. Allergic confirmation that some cases of erythema annulare centrifugum are dermatophytids. *Arch Dermatol Syphilol* 1954;70:355-9.
- Shelley WB. Erythema annulare centrifugum. *Arch Dermatol* 1964;90:54-8.
- Shelley WB. Erythema annulare centrifugum due to *Candida albicans*. *Br J Dermatol* 1965;77:383-4.
- Hendricks AA, Lu C, Elfenbeing GJ, Hussain R. Erythema annulare centrifugum associated with ascariasis. *Arch Dermatol* 1981;117:582-5.
- Vasily DB, Bhatia S. Erythema annulare centrifugum and molluscum contagiosum. *Arch Dermatol* 1978;114:1853.
- Hammar H. Erythema annulare centrifugum coincident with Epstein-Barr virus infection in an infant. *Acta Paediatr Scand* 1974;63:788-92.
- Tenamato N, Katayama I, Arai H, Eto H, Kamimura K, Uetsuka M, et al. Annular erythema: A possible association with primary Sjögren's syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1989;20:596-601.
- Altomare GF, Capella GL, Frigero E. Sarcoidosis presenting as erythema annulare centrifugum. *Clin Exp Dermatol* 1995;20:502-3.
- Tsuji T, Nishimura M, Kimura S. Erythema annulare centrifugum associated with gold sodium thiomalate therapy. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:284.
- Tsuji T, Kadoya A. Erythema annulare centrifugum associated with liver disease. *Arch Dermatol* 1986;122:1239-40.
- Summerly R. The figurate erythemas and neoplasia. *Br J Dermatol* 1964;76:370-3.
- Cream JJ. Peripheral vascular disease and annular erythema with selective IgA deficiency and mixed cryoglobulinaemia. *Br J Dermatol* 1971;85:546-50.
- Herzberg JJ, Seeleman K. Erythema annulare centrifugum bei akuter Leukose. *Arch Klin Exp Dermatol* 1953;195:434-46.
- Shelley WB, Hurley HJ. An unusual autoimmune syndrome. *Arch Dermatol* 1960;81:889-97.
- Ingen-Housz S, Venutolo E, Pinquier L, Cavalier-Balloy B, Dubertret L, Flageul B. Erythema annulare centrifugum and relapsing polychondritis. *Ann Dermatol Venereol* 2000;127:735-9.
- Garty B. Erythema annulare centrifugum in a patient with polyglandular autoimmune disease type 1. *Cutis* 1998;62:231-2.
- Rosina P, D'Onghia FS, Barba A. Erythema annulare centrifugum and pregnancy. *Int J Dermatol* 2002;8:516-7.
- Thami GP, Sachdeva A, Kaur S, Mohan H, Kanwar AJ. Erythema annulare centrifugum following pancreatico-biliary surgery. *J Dermatol* 2002;6:347-9.
- Lannay P, Blanc D, Paris B, Quencez E, Drobacheff C, Zultak M. Erythème annulaire centrifuge révélateur d'une hyperthyroïdie. *Ann Dermatol Syphiligr* 1988;115:721-3.
- Bory L. Un cas d'érythème annulaire centrifuge (ou papulo-circiné migrateur et chronique) de Darier avec troubles endocriniens. *Bull Soc Fr Dermatol* 1924;31:399-404.
- Thess F, Rigon L, Cuny JF, Schmutz JL, Weber M, Beurey J. Érythème annulaire centrifuge et thyroïdite de Hashimoto. *Ann Dermatol Venereol* 1986;113:1087-8.