

Granuloma anular diseminado localizado en zonas fotoexpuestas

O. Suárez, L. Pérez-Pérez, M.M. Pereiro, C. Peteiro García y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. España.

Resumen.—El granuloma anular es una dermatosis benigna, de etiología incierta y curso crónico, con distintas formas clínicas. La variante diseminada afecta predominantemente a los miembros respetando el tronco. Presentamos el caso de una mujer de 52 años con brotes recurrentes y autorresolutivos de granuloma anular diseminado que afectaba el dorso de manos, los antebrazos y las piernas, de aparición en época estival. Las pruebas de laboratorio realizadas no aportaron hallazgos patológicos y el estudio histológico confirmó la sospecha clínica. La localización de las lesiones de granuloma anular en zonas expuestas, así como la fotoexposición como factor desencadenante aparece recogido en la literatura en pocas ocasiones.

Palabras clave: granuloma anular diseminado, granuloma anular generalizado, fotoexposición, fotodistribuido.

DISSEMINATED GRANULOMA ANNULARE LOCATED ON PHOTOEXPOSED AREAS

Abstract.—Granuloma annulare is a benign dermatosis of unknown etiology and chronic course, with different clinical variants. The disseminated form predominantly affects the extremities, sparing the trunk. We present the case of a 52-year-old woman with recurrent and autolimited outbreaks of disseminated granuloma annulare that began at summer time and involved the legs, arms and the dorsal area of hands. No pathological findings were observed in the laboratory studies performed. Histopathological examination confirmed our clinical suspicion. The development of granuloma annulare in photoexposed areas and sun exposure as a precipitating factor have been rarely reported in the literature.

Key words: disseminated granuloma annulare, generalized granuloma annulare, sun exposure, photodistributed.

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular (GA) es una dermatosis benigna, de origen incierto y carácter autolimitado, con unos hallazgos clínicos e histológicos característicos. Clásicamente se distinguen 4 variantes: localizado, perforante, subcutáneo y generalizado. La forma diseminada, a diferencia de la generalizada, afecta predominantemente a los miembros respetando el tronco. La fotoexposición se ha reconocido como uno de los posibles factores desencadenantes^{1,2}, sin embargo, el predominio de las lesiones en zonas fotoexpuestas, así como los casos desencadenados por la luz solar parecen ser poco frecuentes³. Presentamos un caso de granuloma anular diseminado con lesiones de predominio en zonas fotoexpuestas y brotes recurrentes de inicio en la época estival.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una mujer de 52 años sin antecedentes de interés, salvo haber padecido 5 años antes una anemia ferro-

pénica por metrorragias en tratamiento con hierro vía oral, consultó por la presencia de lesiones, asintomáticas, de unos 4 meses de evolución, localizadas en las extremidades. La paciente refería que habían aparecido en primavera y que había sufrido dos episodios previos de lesiones idénticas, 3 y 4 años antes, ambos iniciados en época estival y de unos 3 meses de duración. Las lesiones habían desaparecido espontáneamente en la primera ocasión y tras una pauta corta de esteroides por vía oral en la segunda, sin que se llegase a un diagnóstico. En la exploración física se objetivó la presencia de pápulas y placas eritematosas, de pequeño tamaño (5-15 mm), sensibles al tacto, de superficie lisa, confluentes en algunas zonas, situadas en las piernas, los antebrazos y el dorso de las manos, localización esta última donde las lesiones adoptaban una morfología anular (figs. 1 y 2). El resto de la superficie cutánea, palmas y plantas estaban indemnes. Con la sospecha clínica de granuloma anular se realizó una biopsia escisional de una de las lesiones. En el estudio histopatológico la epidermis estaba conservada y en los dos tercios superiores de la dermis se apreciaba un infiltrado linfocitario con células gigantes que se distribuía en empalizada rodeando zonas de necrobiosis, no observándose fenómenos de elastorrexis ni de elastofagocitosis (fig. 3). Las pruebas complementarias realizadas, que incluyeron una bioquímica básica, hemoglobina glucosilada, hemograma, velocidad de sedimentación globular, proteinograma, inmunoglobu-

Correspondencia:

O. Suárez-Amor. Departamento de Dermatología.
Facultad de Medicina.
San Francisco, s/n. 15782 Santiago de Compostela. España.
Correo electrónico: mejajime@usc.es

Recibido el 25 de agosto de 2005.

Aceptado el 10 de mayo de 2006.

linas, complemento, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, marcadores tumorales, pruebas de función tiroidea, radiografía de tórax, ecografía abdominal y serología de lúes, virus hepatotropos y virus de inmunodeficiencia humana, no pusieron de manifiesto ningún hallazgo patológico. Con el diagnóstico de GA diseminado y en función del carácter autorresolutivo de los dos primeros brotes decidimos adoptar una actitud expectante. Aproximadamente a los dos meses el cuadro entró en regresión y a los 6 la paciente se hallaba libre de lesiones y así permanece un año después.

DISCUSIÓN

El granuloma anular es más frecuente en la infancia y en adultos jóvenes, con preferencia por el sexo femenino. Su etiopatogenia es desconocida aunque diversos datos sugieren una base inmunológica y se ha relacionado, entre otros factores, con fotoexposición, PUVA, traumatismos, picaduras de insectos, prueba de la tuberculina e infecciones víricas¹. La lesión clínica típica es un anillo de pequeñas pápulas color piel o ligeramente eritematosas y/o parduzcas cuyo examen histológico muestra focos de necrobiosis en la dermis media o papilar con granulomas en empalizada compuestos por linfocitos, histiocitos, células epitelioides y algunas células gigantes. La entidad se ha asociado con diabetes mellitus, neoplasias y patología autoinmune, sin embargo, todas ellas parecen al menos discutibles². Aquellos pacientes con formas crónicas o recurrentes podrían tener una mayor incidencia de diabetes mellitus³. Las presentaciones clínicas atípicas de GA, especialmente en pacientes ancianos, podrían asociarse a linfomas malignos⁴. Recientemente se ha propuesto una posible relación entre la forma localizada y la tiroiditis autoinmune en mujeres adultas⁵.

Se distinguen 4 formas clínico-patológicas: localizado, perforante, subcutáneo y generalizado. El granuloma anular generalizado (GAG) es la forma más frecuente después de la localizada, aproximadamente un 9 % de los casos y afecta por definición a tronco y extremidades superiores y/o inferiores, habitualmente de forma simétrica⁶. El GAG se distingue de la forma localizada por varios hechos: se presenta sobre todo en edades medias y en la vejez, las lesiones suelen ser muy numerosas, es especialmente más frecuente en mujeres, su curso tiende a ser más crónico, es más refractario al tratamiento, parece que se relaciona en mayor medida con la diabetes mellitus y se asocia a determinados HLA^{6,7}. La forma diseminada sería aquella que, como en nuestro caso, afecta a las extremidades respetando el tronco⁸, aunque algunos autores han empleado este término para describir casos con afectación de antebrazos, parte alta del tórax y cuello, creando confusión terminológica⁹.

El predominio de las lesiones en zonas fotoexpuestas, así como casos desencadenados por la luz solar

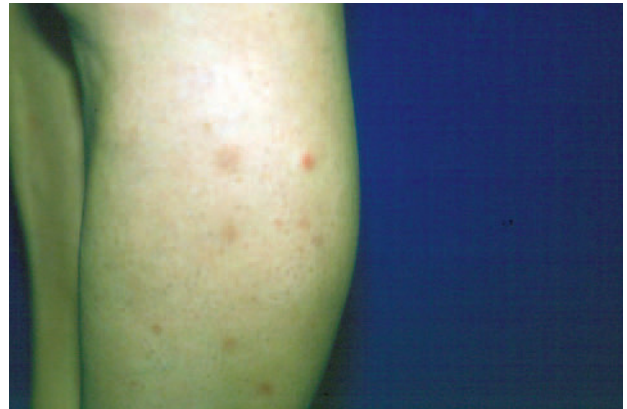


Fig. 1.—Pápulas y placas eritematosas, de superficie lisa, algunas ya en regresión, en la cara externa de las piernas.



Fig. 2.—Pequeñas pápulas violáceas en el dorso de las manos en las que se insinúa una disposición anular.

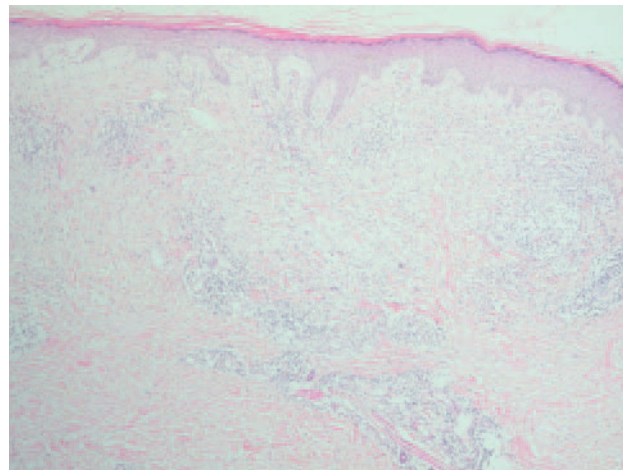


Fig. 3.—En los dos tercios superiores de la dermis se aprecia un infiltrado linfohistiocitario con células gigantes en empalizada rodeando zonas de colágeno degenerado (hematoxilina-eosina x 100).

aparece recogido en la literatura^{3,9}. En 1967 Stankler et al¹⁰ revisaron las características de 47 casos de GAG. En 5 pacientes las lesiones se localizaban en zonas expuestas, en tanto que uno refería precipitación por la

fotoexposición. Dos años más tarde Dicken et al¹¹ examinan 26 casos de la misma entidad encontrando dos pacientes con afectación de extremidades y cuello de forma aislada, un paciente creía empeorar en verano. En 1989 Dabski y Winkelmann⁸, en una serie constituida por 100 pacientes con GAG, hallaron afectación predominante o limitada a áreas fotoexpuestas en 5 pacientes, mientras que 6 referían acentuación de las lesiones con el sol. Por otro lado se han descrito casos de GAG fotodistribuido en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana¹². En nuestra paciente parecía objetivarse una clara predilección por las zonas fotoexpuestas, y por otro lado los tres brotes habían coincidido con el inicio de la primavera o la época estival.

Sin embargo, el papel de la radiación lumínica no está claro, ya que se ha descrito mejoría en verano, aunque este hecho es más infrecuente^{8,10}. Los intentos de reproducir las lesiones con radiación ultravioleta han sido fallidos^{3,11}; en casos fotodistribuidos la cara estaba indemne¹² y algunos pacientes responden al tratamiento con PUVA¹³.

Los granulomas anulares localizados en áreas fotoexpuestas deben diferenciarse del granuloma actínico, con el cual pueden coexistir. En nuestra paciente no se encontraron los hechos histopatológicos característicos de esta entidad¹⁴.

En los casos generalizados y diseminados se han intentado múltiples tratamientos con resultados variables; recientemente se han utilizado la pentoxifilina⁶, los retinoides orales¹⁵ y el PUVA¹³. Dada la inconsistencia de la respuesta, la variabilidad en el curso natural de la enfermedad, con casos de resolución espontánea, y el carácter asintomático de las lesiones parece razonable una actitud no excesivamente agresiva, como proponían los trabajos clásicos¹¹. En nuestra paciente optamos por una actitud expectante, con resolución progresiva de las lesiones en unos 6 meses sin recidiva por el momento.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sàbat M, Bielsa I, Ribera M, Mangas C, Fernández-Chico N, Ferrándiz C. Granuloma anular macular. Estudio de cinco casos. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94:524-7.
2. Smith MD, Downie JB, DiCostanzo D. Granuloma annulare. *Int J Dermatol.* 1997;36:326-33.
3. Studer EM, Calza AM, Saurat JH. Precipitating Factors and Associated Diseases in 84 Patients with Granuloma annulare: A Retrospective Study. *Dermatology.* 1996;193:364-8.
4. Li A, Hogan DJ, Sanusi ID, Smoller BR. Granuloma Annulare and Malignant Neoplasms. *Am J Dermatopathol.* 2003;25:113-6.
5. Vázquez-López F, Pereiro Jr M, Manjón JA, González MA, Soler T, Fernández T, et al. Localized granuloma annulare and autoimmune thyroiditis in adult women: A case-control study. *J Am Acad Dermatol.* 2003;48:517-20.
6. Zaballos P, Ara M, Morales AL, Lafuente RF, Grasa MP, Martín J. Granuloma anular profundo generalizado. *Med Cutan Iber Am.* 2002;30:222-5.
7. Haro V. Granuloma anular generalizado: seguimiento clínico de 5 casos durante tres años. *Actas Dermosifiliogr.* 1998;89:671-5.
8. Dabski K, Winkelmann RK. Generalized granuloma annulare: Clinical and laboratory findings in 100 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20:39-47.
9. Larralde J. Granuloma Annular Disseminated. *Arch Dermatol.* 1963;87:777-8.
10. Stankler L, Leslie G. Generalized Granuloma Annulare. A Report of a Case and Review of the Literature. *Arch Dermatol.* 1967;95:509-13.
11. Dicken CH, Carrington SG, Winkelmann RK. Generalized Granuloma Annulare. *Arch Dermatol.* 1969;99:556-63.
12. Cohen PR, Grossman ME, Silvers DN, DeLeo VA. Generalized Granuloma Annulare Located on Sun-Exposed Areas in a Human Immunodeficiency Virus-Seropositive Man With Ultraviolet B Photosensitivity. *Ach Dermatol.* 1990;126:830-1.
13. Setterfield J, Huigol C, Black MM. Generalized granuloma annulare successfully treated with PUVA. *Clin Exp Dermatol.* 1999;24:458-60.
14. Toribio J, Quiñones PA, Pérez Oliva N. Granuloma actínico. *Actas Dermosifiliogr.* 1978;69:289-94.
15. Botella-Estrada R, Guillen C, Sanmartín O, Aliaga A. Disseminated granuloma annulare: Resolution with tretinoin therapy. *J Am Acad Dermatol.* 1992;26:777-8.