



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICA

Eritema anular centrífugo con respuesta a radiación ultravioleta natural

Erythema Annulare Centrifugum Responding to Natural Ultraviolet Light

Sr. Director:

El eritema anular centrífugo (EAC) es una enfermedad de etiología desconocida, a pesar de que se ha relacionado con reacciones de hipersensibilidad, infecciones, alteraciones hormonales, enfermedades reumatológicas o hepáticas, disproteinemias, medicamentos y neoplasias ocultas.

García-Muret et al han descrito un subtipo de EAC con recidivas estivales anuales¹. Sin embargo, en nuestro hospital hemos observado dos casos de pacientes con EAC de larga evolución que presentaron una mejoría clínica clara en relación con la fotoexposición natural en los meses de verano.

La primera paciente es una mujer de 22 años, sin enfermedades conocidas, que presentaba lesiones de 8 años de evolución en tronco y miembros superiores e inferiores, asintomáticas y en ocasiones algo pruriginosas, con episodios de crecimiento centrífugo durante el invierno. En la exploración se observaban varias placas eritematosas de tamaño variable entre 2 y 8 cm. Las lesiones de mayor tamaño tenían una morfología anular, con un borde eritematoso ligeramente más elevado y descamativo en el interior (fig. 1). El cultivo de escamas realizado fue negativo en dos ocasiones. Las pruebas epicutáneas realizadas con la batería estándar del GEIDAC resultaron negativas. El hemograma, bioquímica general, estudio de anticuerpos, radiografía de tórax y ecografía abdominal fueron normales. Se tomaron biopsias en dos ocasiones, ambas informadas como dermatitis perivascular superficial. La paciente se había tratado con corticoides tópicos y antifúngicos sin ninguna mejoría, y había evitado tomar el sol en los meses de verano para prevenir posibles hiperpigmentaciones postinflamatorias. Sin embargo, en la última revisión habían desaparecido completamente las lesiones después de la exposición continua al sol en sus vacaciones (fig. 2).

El segundo paciente es un varón de 27 años que había presentado brotes ocasionales de lesiones eritematosas figuradas en el tronco y los miembros, de crecimiento centrífugo y borde descamativo desde los 16 años de edad. Las analíticas y los anticuerpos antinucleares eran normales o negativos, los cultivos negativos y el estudio histopatológico sólo había mostrado una dermatitis crónica inespecífica. Los

brotes no se relacionaban con ningún desencadenante y no habían respondido a tratamiento con antifúngicos ni corticoides tópicos. Sin embargo, el paciente había mejorado durante el verano coincidiendo con la exposición solar.

Descrito inicialmente por Darier en 1916, el EAC se presenta clínicamente con placas anulares de centro claro y periferia eritematosa ligeramente elevada, en cuyo interior se puede observar un borde descamativo. Su crecimiento es centrífugo, dando lugar a placas policíclicas, y su evolución es crónica, con exacerbaciones y remisiones. Las localizaciones predilectas son el tronco y la raíz de los miembros. El diagnóstico se realiza mediante la clínica y la histopatología. Los cultivos son siempre negativos.

Existen dos subtipos de EAC; el EAC superficial presenta típicamente un borde descamativo no infiltrado, y en la microscopía óptica se observa un infiltrado linfohistiocitario



Figura 1 Placas anulares de crecimiento centrífugo con borde eritematoso elevado y descamativo en el interior, localizadas en la cara anterior de muslo izquierdo.



Figura 2 Aspecto después de la exposición solar continuada: mejoría importante de las lesiones.

perivasculares “en rodete” en la dermis superficial y presencia variable de edema en la dermis papilar, espongirosis, hiperplasia epidérmica y paraqueratosis. Un borde infiltrado sin descamación caracteriza al EAC profundo, en el cual el infiltrado linfocitario afecta a la dermis reticular y pueden existir melanófagos, queratinocitos necróticos o cambios vacuolares en la unión dermo-epidérmica².

El diagnóstico diferencial se realiza fundamentalmente con el eritema marginado, el eritema crónico migratorio y el eritema *gyratum repens*. Además, hay que descartar otras patologías con distribución anular, como pueden ser: pitiriasis rosada, lupus subagudo, psoriasis, granuloma anular, tiña, lepra, urticaria, eritema polimorfo, sarcoidosis, etc. El contexto clínico, las pruebas complementarias y la histopatología permiten descartar estas enfermedades³.

doi:10.1016/j.ad.2009.07.015

Las opciones terapéuticas son múltiples, obtienen resultados variables y son frecuentes las recidivas al suspenderse. Siempre se debe tratar el factor desencadenante o relacionado si es conocido. Se han usado terapias tópicas con corticoides, calcipotriol⁴, tacrolimus, metronidazol⁵, así como sistémicas con corticoides, antihistamínicos o incluso etanercept⁶.

Presentamos dos pacientes que no habían experimentado mejoría con medicamentos, pero habían respondido a la fototerapia natural. Esta observación sería coherente con la de buena respuesta en algún caso de EAC mediante terapia con radiación UVB de banda estrecha y calcitriol tópico⁷, pero se necesitarían futuros estudios para poder confirmar esta observación, ya que son casos aislados y no puede descartarse que sean debidos a una remisión espontánea de la propia enfermedad.

Bibliografía

1. García-Muret MP, Pujol RM, Giménez-Arnau AM, Barranco C, Gallardo F, Alomar A. Annually recurring erythema annulare centrifugum: a distinct entity? *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:1091–5.
2. Weyers W, Díaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema annulare centrifugum. Results of a clinicopathologic study of 73 patients. *Am J Dermatopathol*. 2003;25:451–62.
3. Hsu S, Le EH, Khoshevis MR. Differential diagnosis of annular lesions. *Am Fam Physician*. 2001;64:289–96.
4. Gniadecki R. Calcipotriol for erythema annulare centrifugum. *Br J Dermatol*. 2002;146:317–9.
5. De Aloe G, Rubegni P, Risulo M, Sbrano P, Poggiali S, Fimiani M. Erythema annulare centrifugum successfully treated with metronidazole. *Clin Exp Dermatol*. 2005;30:578–602.
6. Minh J, Sarro R. A novel therapeutic approach to erythema annulare centrifugum. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:S134–5.
7. Reuter J, Braun-Falco M, Termeer C, Bruckner-Tuderman L. Erythema annulare centrifugum Darier. Successful therapy with topical calcitriol and 311 nm-ultraviolet B narrow band phototherapy. *Hautarzt*. 2007;58:146–8.

I.M. Coronel-Pérez* y M. Morillo-Andújar

Servicio de Dermatología, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcoronel@aedv.es (I.M. Coronel-Pérez).