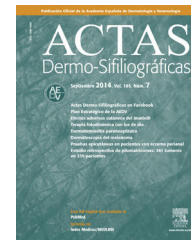




ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulo asintomático en la pierna



Asymptomatic Nodule on the Leg

Presentación del caso

Historia clínica

Mujer de 82 años, con hipertensión y fibrilación auricular como principales antecedentes personales. Consultó por una lesión eritematosa, sobreelevada, asintomática de más de 6 meses de evolución en la pierna derecha. La paciente refería crecimiento progresivo sin relacionar su aparición con ningún antecedente.

Exploración física

A la exploración física se apreciaba, en la cara externa de la pierna derecha, una lesión nodular única ovalada de 2,5 cm de diámetro, eritematosa, indurada y sobreelevada en la zona central, con aplanamiento y blanqueamiento periférico y bordes ligeramente desdibujados. La parte central se encontraba perforada y se apreciaba el drenaje al exterior de material queratósico (fig. 1). No era dolorosa a la palpación ni había aumento de temperatura.

Histopatología

La lesión fue extirpada en su totalidad y se realizó estudio anatomopatológico que mostraba acantosis e



Figura 1

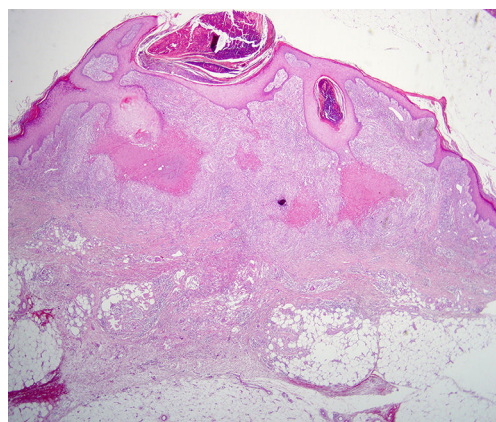


Figura 2 Hematoxilina-eosina $\times 2$).

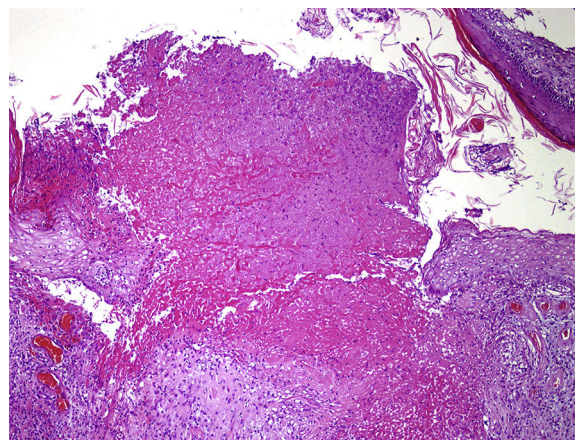


Figura 3 (Hematoxilina-eosina $\times 20$).

hiperqueratosis epidérmica. En la dermis se objetivaban varias formaciones granulomatosas en la dermis superficial y media que presentaban áreas de necrobiosis central rodeadas de histiocitos de hábito epiteloide, linfocitos y células gigantes multinucleadas. Alguna de estas lesiones granulomatosas se encontraba próxima a la epidermis, perforándola y eliminando material necrobiótico. La tinción con hierro coloidal permitió demostrar depósito de mucina (figs. 2 y 3).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico y comentarios

Diagnóstico

Granuloma anular perforante localizado.

Tratamiento y evolución

Tras extirpar la lesión se realizó una sutura con cierre por planos directo sin ninguna complicación. La paciente no ha vuelto a presentar lesiones.

Comentario

El granuloma anular perforante (PGA) fue descrito por primera vez en 1971 por Owens y Freeman¹, aunque existen descripciones previas de Pinkus en 1934 y de Civatte² en 1952 bajo el nombre de *tuberculoulcerous forms of granuloma annulare*.

Se trata de una rara variante que representa el 5% de todos los granulomas anulares. Afecta generalmente a niños y jóvenes, siendo la edad media de diagnóstico los 30 años y la ratio de presentación en hombres y mujeres de 1:1,8³.

La etiología de la enfermedad permanece desconocida. En función del número y localización de las lesiones se clasifica en PGA generalizado, cuando afecta al tronco y extremidades; PGA diseminado cuando afecta únicamente a los miembros y PGA localizado cuando aparecen un escaso número de lesiones en una única zona⁴. La forma localizada asienta principalmente en los miembros superiores y las palmas⁵. Aproximadamente un 9% se manifiesta como una lesión única³.

El PGA puede presentarse como pápulas rojizas de 1-5 mm de diámetro, con umbilicación o costra central³. Un 17% de los PGA aparecen asociados a la diabetes mellitus, y en este subgrupo la edad de presentación del cuadro es más tardía⁵. Otras asociaciones reportadas han sido: VIH, herpes zoster, tuberculosis, hipotiroidismo, linfomas, artritis reumatoide, síndromes coronarios, bronquitis y rinitis.

En el estudio microscópico el PGA se caracteriza por la presencia, al nivel de la dermis superficial o media, de uno o varios granulomas necrobióticos con mucina, colágeno degenerado y fibrina en el centro rodeados por histiocitos, linfocitos y células gigantes multinucleadas. Se aprecia un canal, una ulcera o un área de destrucción epidérmica a través de la cual se expulsa el material necrobiótico, que suele

hallarse cubierto por una costra o una capa córnea paraqueratótica. Se detecta aumento de mucina en un 70% de las lesiones⁶.

El diagnóstico diferencial incluye *molluscum contagiosum*, enfermedades perforantes primarias, picaduras, queratoacantoma, pitiriasis liquenoide aguda, tuberculoides papulonecroticas y formas perforantes de sarcoidosis o necrobiosis lipoidica.

Las lesiones localizadas o asintomáticas involucionan en un 70% de forma espontánea, por lo que no requiere tratamiento. Por vía tópica se han empleado corticoides, inhibidores de la calcineurina y vitamina E, mientras que por vía sistémica pueden probarse la dapsona, los retinoides, los antimaláricos, la pentoxifilina, la nicotinamida, el anti TNF y la fototerapia. Ninguno de ellos ha demostrado beneficio absoluto y no existen ensayos clínicos que avalen su uso.

Bibliografía

- Owens DW, Freeman RG. Perforating granuloma annulare. *Arch Dermatol.* 1971;103:64-7.
- Civatte A. Les formes tuberculo-ulcereuses et tuberculogommeuses du granuloma annulaire. *Ann Dermatol Syphiligr (Paris).* 1952;79:387-97.
- Peñas PF, Jones-Caballero M, Fraga J, Sánchez-Pérez J, García-Díez A. Perforating granuloma annulare. *Int J Dermatol.* 1997;36:340-8.
- Dabsky K, Winkelmann RK. Generalized granuloma annulare: Clinical and laboratory findings in 100 patients. *J Am Acad Dermatol.* 1989;20:39-47.
- Gamo Villegas R, Sopena Barona J, Guerra Tapia A, Vergara Sánchez A, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. Pustular generalized perforating granuloma annulare. *Br J Dermatol.* 2003;149:866-8.
- Dornelles SI, Poziomczyk CS, Boff A, Köche B, Dornelles Mde A, Richter GK. Generalized perforating granuloma annulare. *An Bras Dermatol.* 2011;86:327-31.

D. González Fernández^{a,*}, B. Vivanco Allende^b
y S. Gómez Díez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: danigf81@gmail.com
(D. González Fernández).