

## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Eritema papular semicircular recidivante: ¿nueva entidad o subtipo de eritema anular centrífugo?

### Erythema Papulosa Semicircularis Recidivans: A New Entity or a Subtype of Erythema Annulare Centrifugum?

Sr. Director:

El eritema papular semicircular recidivante (EPSR) es una entidad de reciente descripción caracterizada por la aparición de placas eritematosas semicirculares de extensión centrífuga con un claro carácter estacional, de inicio en primavera o verano y resolución espontánea en estaciones más frías<sup>1</sup>. El principal diagnóstico diferencial se establece con los eritemas figurados<sup>2</sup>, en especial con el eritema anular centrífugo (EAC) y concretamente con su subtipo anual recurrente (EAC AR)<sup>3</sup>. Describimos el caso de una paciente con lesiones anulares recidivantes que nos obliga a plantearnos el diagnóstico diferencial entre estas 2 entidades.

Una mujer de 70 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipotiroidismo, enfermedad tromboembólica y gastritis crónica consultó en el mes de mayo por una gran placa eritematosa localizada en la zona abdominal que se había iniciado 2 semanas antes y se había expandido centrífugamente (fig. 1). La paciente refería que la lesión le producía prurito y dolor de moderada intensidad. No presentaba fiebre, dolor articular ni otra sintomatología. En total, la paciente acumulaba 6 brotes independientes de lesiones de similar localización y características clínicas. El primero de ellos se había producido 9 años antes (fig. 2). Todos los brotes se habían iniciado en los meses de primavera o verano, con resolución espontánea a principios del otoño.

En la exploración se observaba una placa semicircular eritematosa de 20 × 15 cm localizada en la zona abdominal, con un borde papular bien delimitado y una zona de aclaramiento central (fig. 1). El examen histológico únicamente mostraba un infiltrado inflamatorio perivascular compuesto principalmente por linfocitos, que afectaba a



**Figura 1** Se observa una gran placa eritematosa semicircular con un borde papular bien definido y una zona de aclaramiento central, localizada en la zona abdominal.

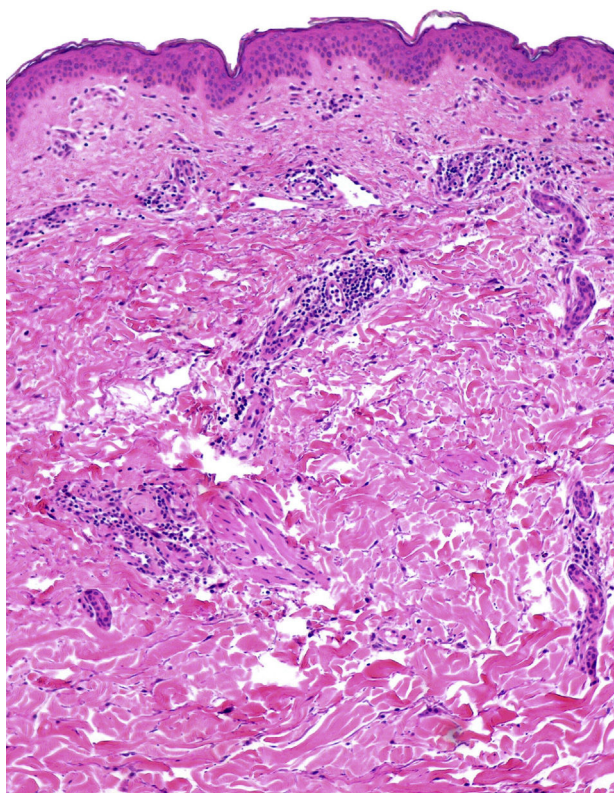


**Figura 2** Aspecto de la lesión durante el primer brote, 9 años antes. La lesión inicial ya presentaba una distribución semicircular con bordes bien definidos y una zona de aclaramiento central.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.012>

0001-7310/© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Bernia E, et al. Eritema papular semicircular recidivante: ¿nueva entidad o subtipo de eritema anular centrífugo? Actas Dermosifiliogr. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.012>



**Figura 3** La biopsia muestra un infiltrado inflamatorio perivascular compuesto principalmente por linfocitos, que afectaba a la dermis superficial y media (H&E).

la dermis superficial y media. La epidermis y la dermis profunda no presentaban alteraciones (fig. 3). Se realizó una analítica sanguínea con hemograma y bioquímica y se solicitaron autoanticuerpos, con resultado dentro de la normalidad.

Se pautó tratamiento con metilprednisolona tópica y prednisona por vía oral (dosis máxima 0,5 mg/kg/día) durante 15 días, sin respuesta clínica. Pasado el verano, la paciente acudió a su visita de control con resolución espontánea total de las lesiones. La evolución de los brotes anteriores había sido similar.

La primera descripción del EPSR data de 2012, cuando Song et al.<sup>1</sup> describen una serie de 9 pacientes de nacionalidad China, con erupciones papuloeritematosas de crecimiento centrífugo, típicamente recidivantes durante los meses cálidos y húmedos. Posteriormente, se han descrito casos con similar estacionalidad en pacientes occidentales, en uno de ellos en posible relación con un linfoma primario de células B pancreático<sup>4,5</sup>. Las zonas más frecuentemente afectadas son el tronco y las extremidades proximales; la cara, palmas y plantas suelen estar respetadas. El estudio histológico muestra habitualmente un infiltrado inflamatorio linfocitario perivascular y leve edema de la dermis papilar, hallazgos todos ellos sugestivos de dermatitis perivascular superficial. No se observa leucocitoclastia ni otros hallazgos vasculíticos<sup>1</sup>.

Como adelantamos, el principal diagnóstico diferencial se plantea con el EAC. Tanto el EAC como el EPSR se inician como placas de crecimiento centrífugo y aclaramiento central. En la forma superficial de EAC es posible observar descamación en el borde de la lesión, mientras que esta no se observa en el EPSR. Por otro lado, el tamaño de las placas suele ser menor en el EAC que en el EPSR. En el estudio histológico del EAC es característica la distribución del infiltrado inflamatorio perivascular en *mangas de camisa*, patrón no observado de forma tan clara en el EPSR.

Aunque el EAC no suele presentar un claro carácter estacional, existen descripciones de casos en los que, al igual que en el EPSR, las lesiones se inician en los meses cálidos y se resuelven espontáneamente con la llegada de las temperaturas frías, subtipo conocido como EAC anual recurrente<sup>3</sup>. Aunque la etiopatogenia del EPSR y del EAC es desconocida, ambos podrían responder a una reacción de hipersensibilidad a diferentes estímulos, tanto externos como internos. Enfermedades infecciosas, alteraciones o fluctuaciones hormonales, algunos fármacos y alimentos e incluso neoplasias se han relacionado con lesiones de EAC. En el caso del EAC anual recurrente, podrían existir, además, factores ambientales estacionales como el aumento de la temperatura o las picaduras. Sin embargo, en la mayoría de los casos no es posible identificar un agente causal claro (EAC idiopático).

En cuanto al tratamiento, los corticoides tópicos y sistémicos pueden aliviar el prurito, pero no son capaces de frenar la progresión de las lesiones, que pueden llegar a afectar a la totalidad del pecho, la espalda o el cuello. De forma característica, en el EPSR, al igual que en el EAC anual recurrente, se produce una regresión progresiva y espontánea de las lesiones con la llegada de las estaciones más frías. Durante el seguimiento a largo plazo se han registrado recurrencias durante los primeros 2-5 años, con resolución definitiva posterior<sup>1</sup>. No obstante, otras publicaciones sugieren mayor duración de la enfermedad<sup>5</sup>.

Aunque el EPSR fue descrito y comunicado posteriormente en revistas científicas de alto impacto, hay autores que ponen en duda que tenga suficiente entidad clínico patológica para considerarlo como una enfermedad independiente, y prefieren considerarlo como una variante peculiar dentro del espectro de los eritemas figurados recidivantes como el EAC anual recurrente.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Q3

### Bibliografía

1. Song Z, Chen W, Zhong H, Ye Q, Hao F. Erythema papulosa semicircularis recidivans. *Dermatitis*. 2012;23:44-7.
2. Ríos-Martín JJ, Ferrándiz-Pulido L, Moreno-Ramírez D. Aproximación al diagnóstico dermatopatológico de las lesiones figuradas. *Actas Dermosifiliogr* [Internet]. 2011;102:316-24 [consultado 19 Nov 2018]. Disponible en: Q4
3. García Muret MP, Pujol RM, Gimenez-Arnau AM, Barranco C, Gallardo F, Alomar A. Annually recurring erythema annulare

- 127 centrifugum: A distinct entity? J Am Acad Dermatol. 2006;54:  
128 1091-5.  
129 4. Inoue A, Sawada Y, Ohmori S, Omoto D, Haruyama S, Yoshioka  
130 M, et al. Erythema papulosa semicircularis recidivans associa-  
131 Q5 ted with primary pancreas B cell lymphoma. Eur J Dermatology  
132 [Internet]. 2016;26:306-7 [consultado 19 Nov 2018]. Disponible  
133 en:.  
134 5. Rodríguez-Lomba E, Molina-López I, Baniandrés-Rodríguez O. An  
135 Q6 atypical figurate erythema with seasonal recurrences. JAMA Der-  
matology [Internet]. 2018:1-2.

E. Bernia\*, C. Requena y B. Llombart

Q1

*Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de  
Oncología (IVO), Valencia, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [eduardobernia@gmail.com](mailto:eduardobernia@gmail.com) (E. Bernia)

136

137

UNCORRECTED PROOF