

## CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

### Eritema anular centrífugo recurrente anual: aportación de un caso y revisión de la literatura



### Annually Recurring Erythema Annulare Centrifugum: A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

El eritema anular centrífugo (EAC) es una enfermedad inflamatoria rara incluida dentro de los eritemas figurados. Se caracteriza por la presencia de unas placas eritematosas anulares, arciformes o policíclicas, descamativas o no, que se expanden de forma centrífuga y tienen un aclaramiento central. Puede estar asociado a enfermedades u otras causas tan variadas como infecciones, fármacos, alteraciones endocrinológicas o inmunológicas, neoplasias o estrés<sup>1</sup>. Para algunos autores el EAC no es una entidad clínico-patológica específica sino que se trata de un patrón reactivo clínico<sup>2</sup>.

El EAC recurrente anual (RA) es una variante clínica del EAC muy infrecuente. Su clínica e histopatología son indistinguibles del EAC clásico superficial; sin embargo, su curso clínico es muy característico. Consiste en la aparición de las lesiones en las extremidades con una recurrencia anual y estacional (primavera-verano), sin que se haya identificado un factor desencadenante. Posteriormente, las lesiones regresan espontáneamente en unas semanas o meses<sup>3</sup>.

Recientemente, Bernia et al. describen una mujer con una placa eritematosa de gran tamaño, recidivante, en el abdomen<sup>4</sup>. Dado que el principal diagnóstico diferencial sería el EAC-RA, nos pareció oportuno aportar un nuevo caso y realizar una revisión de la literatura.

Un varón de 66 años, hipertenso, consultó por la presencia de unas lesiones poco pruriginosas en las nalgas y los muslos de 2 meses de evolución. No asociaba fiebre ni afectación del estado general. Refería que era el quinto verano que le sucedía este proceso sin un factor desencadenante claro previo. Las lesiones cutáneas cedían de forma espontánea en otoño, aproximadamente 4 meses después de su aparición.

A la exploración dermatológica se apreciaban unas placas eritematoparduzcas, anulares o arciformes, de bordes



**Figura 1** Imagen clínica. En cara posterior de muslo izquierdo, placas anulares de bordes eritematosos con collarete descamativo en margen interno.

eritematosos con un collarete descamativo en el margen interno localizadas en la zona proximal de la cara posterior de los muslos y las nalgas (fig. 1). El área facial, las manos, los pies, el tronco y las mucosas estaban respetadas.

El estudio histopatológico de una biopsia del borde de una placa de la cara posterior del muslo izquierdo, evidenció una mínima espongirosis epidérmica con una paraqueratosis focal. En la dermis superficial se observó un infiltrado inflamatorio discreto perivascular «en manguito», de predominio linfocitario y sin afectación de las paredes vasculares (fig. 2). La tinción de PAS no mostró la presencia de elementos fúngicos. La inmunofluorescencia directa fue negativa.

El estudio analítico que incluía hemograma, bioquímica, estudio inmunológico, y serologías de *Borrelia burgdorferi* y virus hepatitis B y C, mostró resultados que fueron normales o negativos. Con la historia clínica y los hallazgos clínicos e histopatológicos establecimos el diagnóstico de EAC-RA variante superficial. Las lesiones regresaron 2 meses después sin realizar tratamiento.

El EAC-RA es una forma infrecuente de EAC. Con el nuestro, se han descrito 10 casos en 6 artículos (tabla 1)<sup>3,5-8</sup>. Se trata de 7 mujeres y 3 varones, con un rango de edad de 36 a 83 años y una edad mediana de 55 años. Las lesiones se localizan en las extremidades, y a veces en el tronco o las nalgas. El área facial, las manos y los pies no se ven afectadas. Las recurrencias son anuales y en los pacientes descritos se han

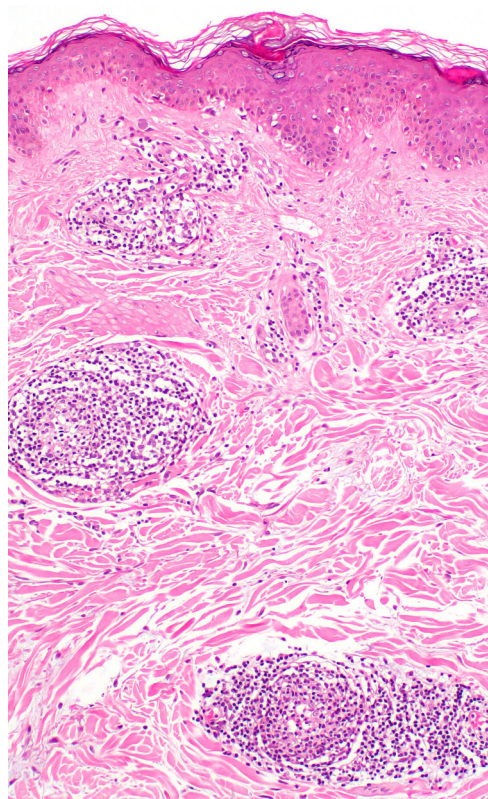
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2021.01.009>

0001-7310/© 2021 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/>).

**Tabla 1** Casos de EAC-RA. Revisión de la literatura

N.º caso	Autor/año	Sexo/ edad	N.º de brotes (años)	Estación de aparición	Áreas afectas	Resolución espontánea
1	Piñol Aguadé et al. / 1966 <sup>5</sup>	M/60	7	Primavera-verano	EESS y EEII	En 15 días
2	Piñol Aguadé et al. / 1966 <sup>5</sup>	M/43	17	Verano	EESS y EEII	En 20 días
3	Janss et al. / 1992 <sup>6</sup>	M/36	2	No descrito	Tronco y EESS	En 6 semanas
4	García Muret et al. / 2006 <sup>3</sup>	M/76	8	Verano	Tronco, EESS y EEII	En otoño
5	García Muret et al. / 2006 <sup>3</sup>	H/83	23	Verano	EESS y EEII	En otoño
6	García Muret et al. / 2006 <sup>3</sup>	H/55	13	Verano	EESS y EEII	En 15 días
7	García Muret et al. / 2006 <sup>3</sup>	M/55	15	Primavera	EESS y EEII	En 4-5 meses
8	Ruiz Villaverde et al. / 2010 <sup>7</sup>	M/38	4	Primavera	EESS	En 2 meses
9	Mandel et al. / 2015 <sup>8</sup>	M/46	12	Verano	EESS y EEII	En 4 meses
10	Caso actual	H/66	5	Verano	Nalgas y EEII	En 4 meses

EEII: extremidades inferiores; EESS: extremidades superiores; H: hombre; M: mujer.



**Figura 2** Imagen histopatológica. En dermis superficial, discreto infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario perivascular (hematoxilina-eosina, × 100).

observado brotes hasta un máximo de 23 años. Las lesiones aparecen en los meses de primavera y verano, persisten entre 15 días y 5 meses, y regresan de forma espontánea durante el verano o el otoño. Como hemos mencionado, las manifestaciones clínicas y los hallazgos histopatológicos son

idénticos a las del EAC clásico, sobre todo de su variante superficial.

Se desconoce la causa del EAC-RA. No se ha identificado ningún factor desencadenante. Su curso constante y periódico podría estar relacionado con la temperatura o con reacciones a ciertas especies vegetales estacionales u hongos. No se vincula con la exposición solar, ya que respeta la cara y afecta áreas habitualmente fotoprotegidas<sup>3</sup>. No hay ningún tratamiento efectivo<sup>1</sup>.

Lo realmente interesante de este proceso, además de conocerlo, es el diagnóstico diferencial tan amplio que plantea. Específicamente, abarca procesos cutáneos recurrentes, en los que hay lesiones anulares o de predominio estival. En primer lugar se deben descartar otras formas recurrentes de EAC no idiopáticas, que surgen tras un desencadenante claro como una amigdalitis o durante períodos de estrés<sup>9</sup>. El eritema papular semicircular recidivante es una entidad descrita recientemente, caracterizada por unas placas eritematosas semicirculares que también pueden evolucionar en brotes estacionales anuales. A diferencia del EAC-RA suele presentar menos lesiones, de mayor tamaño y con unos bordes papulosos no descamativos, localizadas en el tronco<sup>4,10</sup>. Como comentan Bernia et al. aunque existen características clínicas e histológicas que permiten diferenciar el eritema papular semicircular recidivante y el EAC-RA, algunos autores prefieren incluirlos en el espectro de los eritemas figurados recidivantes. Se han descrito lesiones eritematodescarnativas recurrentes similares en el contexto de un déficit hereditario de la subunidad M de la LDH. Entre otros procesos que se pueden asemejar estarían la erupción fija medicamentosa, la urticaria, la dermatitis autoinmune por progesterona, el eritema marginado reumático, el eritema crónico migratorio, las dermatofitosis, el granuloma anular, la pitiriasis rosada, la parapsoriasis, la psoriasis anular, el lupus eritematoso cutáneo subagudo y la erupción polimorfa lumínica<sup>3,6,7</sup>.

## Bibliografía

1. Kaminsky A. Eritemas figurados. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100 Supl. 2:88–109.
2. Ziemer M, Eisendle K, Zelger B. New concept son erythema annulare centrifugum: a clinical reaction pattern that does not represent a specific clinicopathological entity. *Dermatol Br J.* 2009;160:119–26.
3. García Muret MP, Pujol RM, Gimenez-Arnau AM, Barranco C, Gallardo F, Alomar A. Annually recurring erythema annulare centrifugum: A distinct entity? *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:1091–5.
4. Bernia E, Requena C, Llombart B. Eritema papular semicircular recidivante ¿nueva entidad o subtipo de eritema anular centrífugo? *Actas Dermosifiliogr.* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2019.04.012>.
5. Piñol Aguadé J, Gimenez Camarasa J, de Moragas JM. Eritema recidivante anual Una curiosa variedad de eritema anual centrífugo? *Arch Argent Dermatol.* 1966;16:75–87.
6. Janss G, Schmidt K, Gattuso P, Massa M, Welykyj S. An intensive care unit nurse with a recurring anular lesión. *Erythema annulare centrifugum (EAC).* *Arch Dermatol.* 1992;128:977–80.
7. Ruiz Villaverde R. Eritema anular centrífugo recurrente anual. *Piel.* 2010;25:604–5.
8. Mandel VD, Ferrari B, Manfredini M, Giusti F, Pellacani G. Annually recurring erythema annulare centrifugum: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:236.
9. Elfatoiki FZ, Chiheb S, Marnissi S, El Attar H, Benchikhi H. Érythème annulaire centrifuge récidivant post-angine: deux cas. *Ann Dermatol Venereol.* 2014;141:2019–20.
10. Rodríguez-Lomba E, Molina-López I, Baniandrés-Rodríguez O. An atypical figurate erythema with seasonal recurrences. *JAMA Dermatol.* 2018;14:1340–1.

B. Monteagudo<sup>a,\*</sup>, T. Usero-Bárcena<sup>a</sup>, J.Á. Vázquez-Bueno<sup>b</sup> y C. Durana<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Dermatología*

<sup>b</sup> *Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol, Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol, SERGAS, Ferrol, A Coruña, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es](mailto:benigno.monteagudo.sanchez@sergas.es) (B. Monteagudo).