

Lesiones anulares diseminadas en mujer joven

Annular lesions disseminated in a young woman

Erick A. Bravo¹, Lucia Bobbio²

RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 27 años de edad, natural y procedente de Lima, acude al servicio de Dermatología por presentar desde hace 2 meses de manera progresiva lesiones eritematosas pruriginosas de inicio en el tórax anterior, con diseminación posterior a miembros superiores e inferiores que no ceden a la aplicación de cremas tópicas polivalentes. Refiere rinorrea y malestar general transitorio por 3 días previo al inicio de lesiones.

La paciente no presenta antecedentes de importancia.

Examen clínico

Paciente en regular estado general, ventilando espontáneamente. En piel se encontró lesiones anulares confluentes de 1 -3 cm con borde eritemato-descamativo, en la superficie de tórax anterior (*figura 1*) y posterior, abdomen, axilas, parte interna de muslos comprendiendo hasta la zona de rodilla. En miembros superiores abarca brazos y antebrazos (*figura 2*), sin compromiso de palmas. También se observan pápulas eritematosas y habones en zonas perilesionales. No presenta lesiones en mucosas. Se palpan adenopatías submandibulares de 0,5 cm bilateral. El resto del examen fue no contributorio.

Exámenes auxiliares

Se realizó frotis directo con KOH resultando negativo. Las pruebas de hemograma, electrolitos perfil hepático y renal resultaron en rangos normales. Elisa VIH y RPR fueron negativos.



Figura 1. Lesiones anulares que tienden a confluir en el tórax anterior.

Estudio anatomopatológico

En la Histopatología se destaca acúmulo inflamatorio perivascular en dermis superior, compuesto por linfocitos, asociado a hiperplasia epidermal leve y paraqueratosis (*figuras 3 y 4*).



Figura 1. Lesiones circunferenciales de borde eritematoso y centro descamativo en antebrazo derecho

1. Instituto de Investigaciones Clínicas – Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú.
2. Departamento de Dermatología. Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima - Perú.

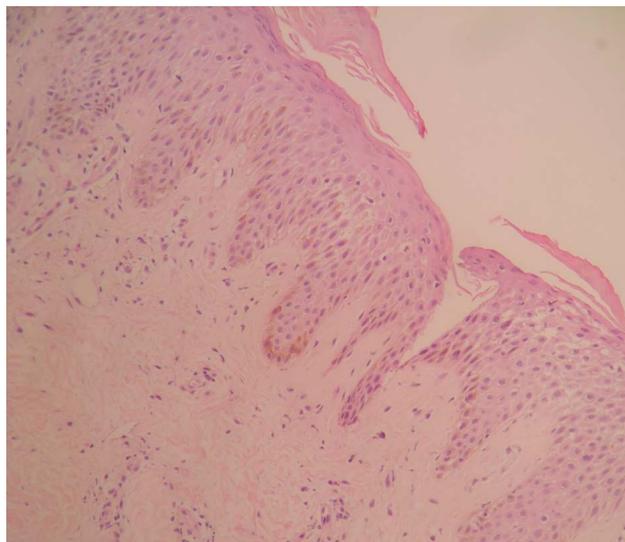


Figura 3. A mayor aumento se observan acantosis epidermal mas infiltrado inflamatorio a nivel de dermis superior.

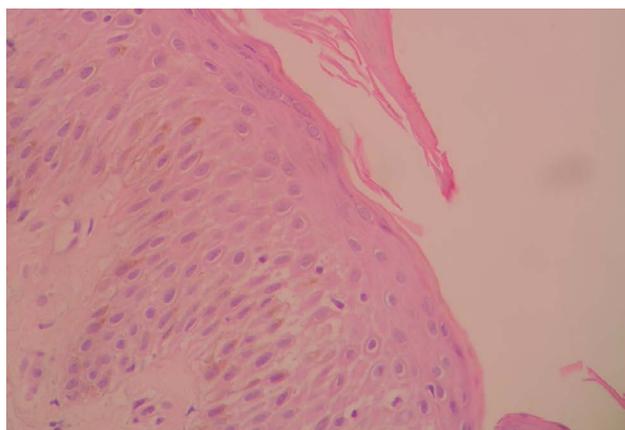


Figura 4. Infiltrado mononuclear perivascular en dermis superficial.

EVOLUCIÓN

La paciente fue tratada con emolientes tópicos asociado a mometasona tópica por las noches y antihistamínicos cada 12 horas con mejoría leve a la semana.

DISCUSIÓN CLÍNICA

Las erupciones anulares pueden desencadenarse por agentes infecciosos (Tiña Corporis y Sífilis Secundaria), mecanismos inflamatorios reactivos (Eritema anular Centrifugo, Granuloma anular) y también por variantes clínicas particulares de dermatosis crónicas (Psoriasis anular, Liquen plano anular, Lupus eritematoso anular y Sarcoidosis anular)¹. Dadas las características clínico - patológicas encontradas, se plantea el correlato con Eritema anular centrifugo, Granuloma anular diseminado y Pitiriasis rosada anular.²

Eritema anular centrifugo

Entidad descrita en 1916 por Darier como “Eritema pápulo-circinado migratorio y crónico”, disgregándola de otras enfermedades anulares entre las cuales se encontraba también el Eritema gyratum repens³. Es un proceso reactivo benigno y de buen pronostico, caracterizado por lesiones arcuatas, anulares y policíclicas con borde eritemato-descamativo de distribución ubícu. Los desencadenantes pueden ser agentes infecciosos (viral, bacteriano o micótico), fármacos, enfermedades sistémicas y neoplasias. El tiempo medio de resolución es de 11 meses.^{4,5}

Granuloma anular diseminado

Es una entidad crónica, benigna, de etiología desconocida, caracterizada por un anillo de pequeñas pápulas (de 1 a 2mm) color piel o parduzcas placas o levemente eritematosas⁷. Se clasifica en 4 formas clínicas, siendo la generalizada o diseminada (asociado a haplotipos HLA BW35 y A29) la segunda en frecuencia y prevalente en la edad adulta (a diferencia de la forma localizada). Habitualmente es recalcitrante al tratamiento.⁸

PITIRIASIS ROSADA

Enfermedad inflamatoria autolimitada caracterizada por la aparición de una lesión primaria color salmón, eritematosa o hiperpigmentada de 2-5cm de diámetro (“placa heraldo” presente en aproximadamente 50% de casos) y al cabo de dos semanas aparición de múltiples lesiones maculopapulares descamativas de manera centrifuga en zonas de clivaje (patrón en árbol de navidad)¹⁰. Es de mayor prevalencia en mujeres de 10 – 35 años. En un 20% se observan variantes clínicas atípicas como la urticariana, folicular, vesicular, pustular, purpúrica, eritema multiforme – like y anular como el que correspondería al presente caso.

DISCUSIÓN ANATOMO-PATOLÓGICA

Eritema anular centrifugo

Se encuentra hiperplasia epidermal, espongirosis (no presente en nuestro caso), columnas de paraqueratosis, y un infiltrado linfocitario perivascular superficial y en algunos casos vesículas intraepidérmicas. Existe una variante profunda caracterizada por infiltrado inflamatorio en banda, melanófagos, cambios vacuolares leves en la unión dermoepidérmica y queratinocitos necróticos individuales^{4,5}. En 1978 Ackerman enfatiza la distinción entre el Eritema anular superficial (clásico, descrito por Darier) y el Eritema anular profundo. Sin embargo recientes estudios aún no diferencian si entre ambos subtipos hay una real diferencia patogénica o son entidades del mismo proceso.⁶

Granuloma anular diseminado

Se evidencia dermatitis granulomatosa caracterizada por necrobiosis de la dermis media o papilar, depósitos de mucina además de granulomas en empalizada compuesto por linfocitos, células epitelioides y algunas células gigantes. Se postula como clave diagnóstica la presencia de histiocitos en alguno de 3 patrones (infiltrativo, en empalizada o sarcoidal) diferenciados mejor a baja magnificación microscópica⁷⁻⁹. Tales hallazgos no son compatibles con los presentados en nuestra paciente.

Pitiriasis rosada

Características histológicas clásicas incluyen paraqueratosis focal, capa granular ausente o disminuida, acantosis y espongirosis leve, edema en dermis papilar, infiltrado dérmico superficial de linfocitos e histiocitos, y extravasación focal de eritrocitos. En lesiones antiguas, el infiltrado inflamatorio puede ser superficial y profundo, con menor espongirosis y acantosis marcada. Algunas lesiones tardías son difíciles de discernir entre psoriasis y liquen plano.^{10,12}

DIAGNÓSTICO

Pitiriasis Rosada Anular

COMENTARIO

La Pitiriasis Rosada (PR) fue descrita inicialmente por Willan en 1798 bajo el nombre de *Roseola annulata*, y en 1860 Gilbert acuñó el nombre con el que se conoce la entidad hasta la actualidad^{10,12}. Presenta etiología desconocida, sospechándose posibles desencadenantes infecciosos, bacterianos o virales. Actualmente se ha demostrado fuerte asociación a infección por virus herpes tipo 6 y 7 (VHH6 y VHH7)¹¹. En 1882 Vidal describe una variante conocida como *Pitiriasis Marginata et circinata*, la cual se caracteriza por lesiones grandes múltiples arcuadas o anulares descamativas preferentemente en zonas intertriginosas, respetando el tronco y extremidades y no asociadas a placa heraldo inicial^{12,13}. Lesiones con la misma conformación generalizada corresponden a la variante

Anular que constituye aproximadamente el 10% de casos atípicos. El diagnóstico diferencial incluye psoriasis gutata, sífilis secundaria, dermatitis atópica, dermatofitosis, *Pitiriasis liquenoide et varioliforme aguda* (PLEVA).¹⁴

LA PR es de evolución autolimitada, existe prurito moderado en un 50% de pacientes y prurito severo hasta en el 25%. El tratamiento se basa en la administración de antihistamínicos orales más lociones anti pruriginosas y/o antiinflamatorios tópicos de mediana potencia. En casos refractarios son de utilidad limitada la fototerapia UVB-NB, calcipotriol tópico o inmunomoduladores orales.^{10,14}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma A, Lambert PJ, Maghari A, Lambert WC. Arcuate, annular, and polycyclic inflammatory and infectious lesions. *Clin Dermatol* 2011; 29(2):140-50
2. Centeno A, Danielo C, Papa M, Consigli J, Campana R. Pitiriasis rosada atípica. *Med Cutan Iber Lat Am* 2007; 35(2):104-106
3. Wolfgang W, Diaz-Cascajo C, Imke W. Erythema Annulare Centrifugum: Results of a Clinicopathologic Study of 73 Patients. *American Journal of Dermatopathology* 2003; 25 (6):451-462
4. Kim K, Chang SE, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Clinicopathologic Analysis of 66 Cases of Erythema Annulare Centrifugum. *The Journal of Dermatology* 2002; 29 (2): 61-67
5. Mir A, Terushkin V, Fischer M, Meehan S. Erythema annulare centrifugum. *Dermatology Online Journal* 2012; 18(12): 21-3
6. Gudi V, Armour A, Burden AD. Erythema Annulare Centrifugum Associated with Disseminated Prostatic Carcinoma. *Acta Derm Venereol* 2002; 82: 306-7
7. López L, Ramos A, Monter AJ. Granuloma anular diseminado con fenómeno de iatrotopismo. Comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2007; 16(2):76-9
8. Suárez O, Pérez-Pérez L, Pereiro MM, Peteiro-García C, Toribio J. Granuloma anular diseminado localizado en zonas fotoexpuestas. *Actas Dermosifiliogr* 2006; 97(7):448-50
9. Guerrero-Fernández J, Guiote-Domínguez MV, Guerrero-Vázquez J, Russo F. Granuloma anular diseminado. A propósito de 2 casos. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 178-180
10. Allen R, Schwartz RA. Pityriasis rosea. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1107532> Updated on February 2009
11. Broccolo F, Drago F, Careddu AM. Additional evidence that pityriasis rosea is associated with reactivation of human herpesvirus-6 and -7. *J Invest Dermatol* 2005; 124:1234-1240
12. Zavar V, Godse K. Annular groin eruptions: pityriasis rosea of Vidal. *International Journal of Dermatology* 2011; 50:195-197
13. Zavar V, Kumar R. Multiple recurrences of pityriasis rosea of Vidal: a novel presentation. *Clinical and Experimental Dermatology* 2009;34: 114-116
14. Chuh A, Zavar V, Lee A. Atypical presentations of pityriasis rosea: case presentations. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 120-126

Correspondencia: Dr. Erick Bravo
erickz70@gmail.com

Recibido: 06-04-15
Aceptado: 15-04-15