

Casos Clínicos

Mujer con lesiones cutáneas en brazos

**Montserrat Rubio Villar¹, Laura Clotet Rometo²,
Eva Pablos Herrero³**

1 CAP Canaletes.Cerdanyola Vallès

2 Unidad de TBC.Rambla Terrassa.

3 CAP Sant Oleguer. Sabadell.

CORRECTORAS

Lurdes Alonso (Comité editorial)

Sandra Pons (Grupo de trabajo de Dermatología)

Correspondencia:

Montserrat Rubio Villar

Dirección electrónica: mrubio@camfic.org

Publicado: 1 de septiembre del 2009
Butlletí 2009,27:13

Este artículo está disponible en:

http://butlleti.camfic.org/Volum_26/CC_Dona_Lesions_Cutanies_Brac_CAST.aspx

Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

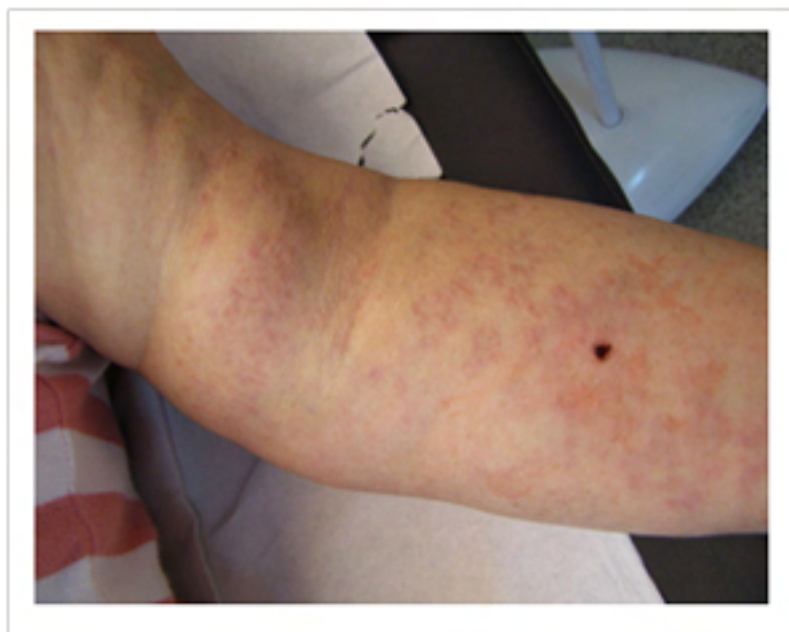
Introducción

El granuloma anular es una enfermedad cutánea inflamatoria crónica benigna de causa desconocida y habitualmente autolimitada caracterizada por pápulas, placas o nódulos violáceos eritematosos congestivos dérmicos en forma anular, localizados o diseminados. Es más frecuente en niños y jóvenes y, a menudo es asintomático o con prurito leve.

Descripción del caso

Mujer de 75 años. Antecedentes de hipertensión en tratamiento farmacológico. No alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. Consulta por la aparición de una erupción cutánea no pruriginosa de una semana de evolución en brazos. Exploración física: Eritema con pápulas rojas en forma anular brazos (**Figura 1**).

FIGURA 1. Granuloma anular.



La sospecha diagnóstica es Granuloma Anular (GA). Se pide analítica para descartar diabetes, hepatitis crónica y patología tiroidea (Glicemia 117, creatinina 1.0, ácido úrico 7.9, alto 26, GGT 19, TSH 4.53, serología hepatitis B y C negativas) y se deriva a dermatólogo para confirmar el diagnóstico mediante biopsia cutánea e iniciar el tratamiento. A los 4 meses acude con el resultado de la biopsia que confirma el GA. Tratamiento: corticoides tópicos durante un mes y conducta expectante por ser un cuadro asintomático y autolimitado.

Discusión

El GA es una dermatosis crónica benigna que cursa con una inflamación granulomatosa de la dermis. Es un motivo frecuente de consulta por lo problemas cosméticos que plantea al paciente. Hay cuatro formas clínicas: la localizada (dorso de manos, pies, codos y rodillas), la generalizada (menos frecuente y más resistente a tratamientos, y a menudo en personas de edad mayor de 30 años ¹, lesiones múltiples sobre antebrazos, zona proximal de extremidades y tronco), la perforante y subcutánea. El interés en reconocer esta entidad recae en que en ocasiones puede encontrarse asociada a otras enfermedades sistémicas que conviene descartar como la diabetes tipo 1, y patología tiroidea (autoinmune, tiroiditis autoinmunes), algunas infecciones como infecciones por el VHB, VHC y HIV (sobre todo GA generalizado), traumatismos locales (como por ejemplo vacunación). El diagnóstico del GA se realiza mediante morfología descrita y la biopsia, que es característica.

Si se confirma el diagnóstico se aconseja realizar analítica para descartar patología de base (hemograma y fórmula, glicemia y función hepática, T4 y TSH con anticuerpos antitiroideos, serologías VHB, VHC y EBV) Es importante nombrar las dermatosis con las que deberíamos realizar diagnóstico diferencial del GA ante un paciente con estas lesiones cutáneas como lepra, pitiriasis rosada, tinea corporis, urticaria, lupus cutáneo subagudo eritematoso, sarcoidosis y eritema anular centrífugo ². También hay que decir la relación con la neoplasia de base (GA como dermatosis paraneoplásica) no está clara y hay divergencias según varias publicaciones. Quizá al menos, se debería descartar con un estudio analítico básico enfermedad hematológica linfoproliferativa sobre todo en caso de GA atípico o generalizado. Su evolución y respuesta a los tratamientos es incierta. La forma localizada, que es la más habitual, tiende a la resolución espontánea y la conducta expectante sin aconsejar tratamiento es la actitud inicial más indicada. No así la generalizada. Tratamiento: corticoides tópicos o intralesionales, fotoquimioterapia, isotretinoína ³, corticoides sistémicos y vitamina E ⁴ entre otros.

Como conclusión podemos decir que el GA es una dermatosis granulomatosa de causa desconocida y carácter benigno, que autoinvoluciona en semanas, meses o años. Se manifiesta por pápulas o placas eritematosas con bordes sobreelevados, en forma anular, asintomático o con prurito leve y localizado predominantemente en zonas distales. Presenta una histopatología específica que permite confirmar la sospecha clínica. La forma localizada es bastante frecuente en nuestras consultas de atención primaria pero a veces no la diagnosticamos ni tratamos correctamente.

Bibliografía

Pubmed: Granuloma annulare, review

1. Dahl MV. Granuloma annulare. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolf K, Free eds. *Dermatology in General Medicine*. 6th ed. New York, NY: Mc Graw-Hill , 2003: 980-4.
2. Peggy R, MD. Diagnosis and management of granuloma annulare. *Am Fam Physician* 2006. Nov15; 74(10): 1729-34. Review.
3. Loony M, Smith Km. Isotretinoin in the treatment of granuloma annulare. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 494-7.
4. Guiote Dominguez MV, Vilanova Mateu A, Viera R, Hernández-Gil Sánchez J, Naranjo Sintés R, Gutierrez Salmerón MT. Granuloma anular generalizado: respuesta al tratamiento con vitamina E. *Med Cutan Iber Am* 2005; 33(6): 261-263