

Casos Clínic

Dona amb lesions cutànies en braços

**Montserrat Rubio Villar,¹ Laura Clotet Rometo,²
Eva Pablos Herrero³**

1 CAP Canaletes, Cerdanyola Vallès

2 Unitat de TBC, Rambla Terrassa.

3 CAP Sant Oleguer, Sabadell.

CORRECTORES

Lurdes Alonso (Comitè editorial)

Sandra Pons (Grup de treball de Dermatologia)

Correspondència:

Montserrat Rubio Villar

Adreça electrònica: mrubio@camfic.org

Publicat: 1 de setembre de 2009

Aquest article està disponible a

<http://pub.bsalut.net/butlleti/vol27/iss3/3/>

Aquest es un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)

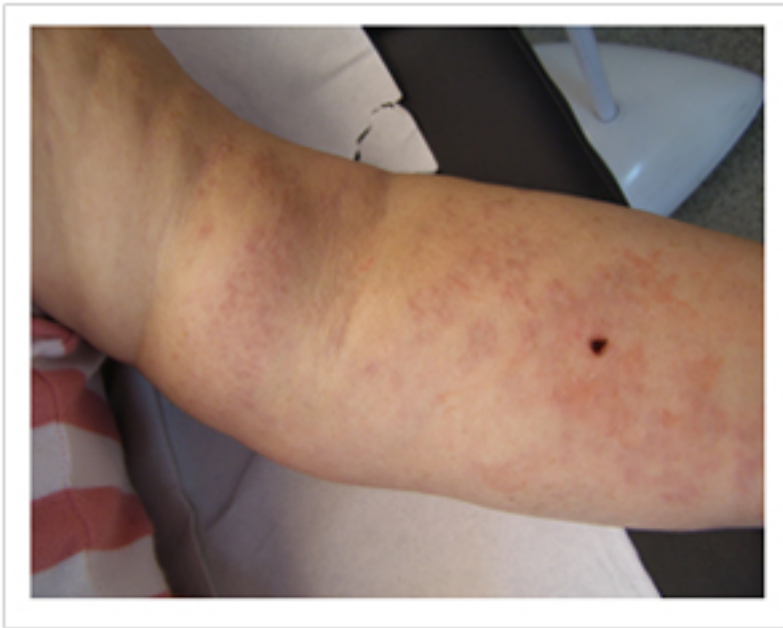
Introducció

El granuloma anular és una malaltia cutània inflamatòria crònica benigna de causa desconeguda i habitualment autolimitada caracteritzada per pàpules, plaques o nòduls violacis eritematosos congestius dèrmics en forma anular, localitzats o disseminats. És més freqüent en nens i joves, i sovint és asimptomàtic o amb pruija lleu.

Descripció del cas

Dona de 75 anys. Antecedents d'hipertensió en tractament farmacològic. No al·lèrgies medicamentoses ni hàbits tòxics. Consulta per l'aparició d'una erupció cutània no pruriginosa d'una setmana d'evolució en braços. Exploració física: Eritema amb pàpules vermelles en forma anular braços (**Figura 1**). La sospita diagnòstica és Granuloma Anular (GA). Es demana analítica per descartar diabetis, hepatitis crònica i patologia tiroïdal (Glicèmia 117, creatinina 1.0, àcid úric 7.9, alt 26, GGT 19, TSH 4.53, serologia hepatitis B i C negatives) i es deriva a dermatòleg per confirmar el diagnòstic mitjançant biòpsia cutània i iniciar el tractament. Als 4 mesos acudeix amb el resultat de la biòpsia que confirma el GA. Tractament: corticoides tòpics durant un mes i conducta expectant per ser un quadre asimptomàtic i autolimitat.

FIGURA 1. Granuloma anular.



Discussió

El GA és una dermatosi crònica benigna que cursa amb una inflamació granulomatosa de la dermis. Es un motiu freqüent de consulta pels problemes cosmètics que planteja al pacient. Hi ha quatre formes clíniques: la localitzada (dors de mans, peus, colzes i genolls), la generalitzada (menys freqüent i més resistent a tractaments, i sovint en persones d'edat major de 30 anys ¹, lesions múltiples sobre avantbraços, zona proximal d'extremitats i tronc), la perforant i subcutània. L'interès en reconèixer aquesta entitat recau en el fet que en ocasions pot trobar-se associada a altres malalties sistèmiques que convé descartar com la diabetis tipus 1, i patologia tiroïdal (autoimmune, tiroïditis autoimmunes), algunes infeccions com infeccions pel VHB, VHC i HIV (sobretot GA generalitzat), traumatismes locals (com per exemple vacunació). El diagnòstic del GA es fa mitjançant la morfologia descrita i la biòpsia, que és característica.

Si es confirma el diagnòstic s'aconsella fer analítica per descartar patologia de base (hemograma i fórmula, glicèmia i funció hepàtica, T4 i TSH amb anticossos antitiroïdals, serologies VHB, VHC i EBV).

Es important nombrar les dermatosis amb les quals hauríem de fer diagnòstic diferencial del GA davant un pacient amb aquestes lesions cutànies com lepra, pitiriasi rosada, tinya corporis, urticària, lupus cutani subagut eritematós, sarcoïdosi i eritema anular centrfug ². També cal dir que la relació amb la neoplàsia de base (GA com a dermatosi paraneoplàsica) no està clara i hi ha divergències segons diverses publicacions. Potser, almenys, caldria descartar amb un estudi analític bàsic malaltia hematològica limfoproliferativa sobretot en cas de GA atípic o generalitzat. La seva evolució i resposta als tractaments és incerta. La forma localitzada, que és la més habitual, tendeix a la resolució espontània i la conducta expectant sense aconsellar tractament és l'actitud inicial més indicada. no així la generalitzada. Tractament: corticoides tòpics o intralesionals, fotoquimioteràpia, isotretinoïna ³, corticoides sistèmics i vitamina E ⁴ entre altres. Com a conclusió podem dir que el GA és una dermatosi granulomatosa de causa desconeguda i caràcter benigne, que autoinvoluciona en setmanes, mesos o anys. Es manifesta per pàpules o plaques eritematoses amb vores sobreaixecades, en forma anular, asimptomàtic o amb pruija lleu i localitzat predominantment en zones distals. Presenta una

histopatologia específica que permet confirmar la sospita clínica. La forma localitzada és bastant freqüent en les nostres consultes d'atenció primària però de vegades no la diagnostiquem ni tractem correctament.

Bibliografia

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, Vieria 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