

# Granuloma anular acral de inicio agudo y doloroso: Reporte de un caso

Francisco Lama D<sup>1</sup>, Ximena Fajre W<sup>2</sup>, Alex Castro M<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de Dermatología, Universidad de Chile; <sup>2</sup>Dermatóloga, Servicio de Dermatología, Clínica Alemana; <sup>3</sup>Anatomopatólogo, Servicio de Anatomía Patológica, Clínica Alemana.

Paciente masculino de 68 años con antecedentes de diverticulitis del colon. Consulta por lesiones dolorosas en zonas acrales de manos de tres días de evolución asociado a artralgias generalizadas. Al examen físico destaca pápulas eritematovioláceas localizadas principalmente en pulpejos, caras laterales de dedos y palmas, algunas con tendencia a agruparse y formar placas (Figura 1). Se realiza biopsia de piel. La histopatología evidencia piel con ortoqueratosis, degeneración vacuolar perifocal de la capa basal y discreta exostosis linfocitaria. Dermis con edema, extravasación eritrocitaria focal, marcada elastosis solar e infiltrado linfohistiocitario perivascular e intersticial, con algunos granulomas mal constituidos. Con tinción de azul alcian se observa aumento de la mucina intersticial en los focos del infiltrado, siendo estos hallazgos compatibles con granuloma anular (Figura 2).

El granuloma anular (GA) es una enfermedad cutánea inflamatoria benigna de etiología desconocida. Se presenta principalmente en manos y pies, como placas anulares asintomáticas a moderadamente pruriginosas, color piel a eritematosas. La resolución espontánea ocurre generalmente dentro de dos años; sin embargo, su recurrencia es del 40%. Se reconocen cinco patrones clínicos: localizado, generalizado, perforante, subcutáneo y en parches. Histopatológicamente, el GA localizado consiste en focos de inflamación granulomatosa y alteración de colágeno. En estos focos se observa infiltración de linfocitos, histiocitos y en ocasiones células gigantes alrededor de fibras de colágeno degenerado (necrobiosis) con aumento de la mucina intersticial. Muchas veces los cambios son sutiles y solo se observa aumento de la mucina y un infiltrado linfohistiocitario con granulomas mal constituidos (forma intersticial o incompleta).

El GA puede clínicamente simular un liquen plano, picaduras de insectos, sarcoidosis, granuloma anular elastolítico de células gigantes, granuloma a cuerpo extraño, eritema multiforme y dermatosis neutrofílicas febriles agudas. Desde el punto de vista histopatológico, se plantean otras dermatitis granulomatosas incluyendo reacción granulomatosa intersticial a fármaco, granuloma anular elastolítico de células gigantes, necrobiosis lipóidica diabética, nódulo reumatoide, sarcoidosis y



Figura 1

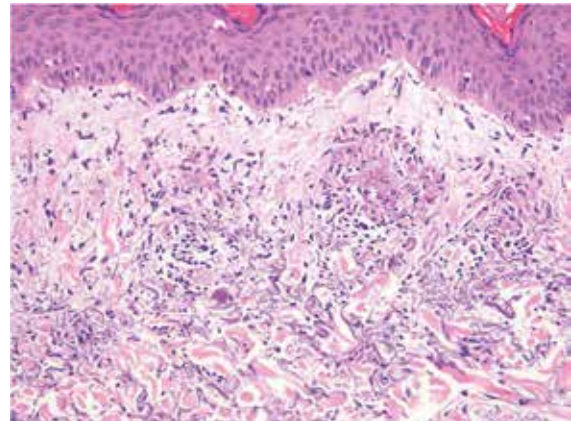


Figura 2

granulomas infecciosos. Una correlación clínico-patológica es esencial para establecer un diagnóstico definitivo.

Dentro de los tratamientos se describen corticosteroides intraleSIONAL y/o tópicos, hidroxicloroquina, nicotinamidas entre otros.

### Referencias bibliográficas

- Brey NV, Malone J, Callen JP. Acute-onset, painful acral granuloma annulare: a report of 4 cases and a discussion of the clinical and histologic spectrum of the disease. *Arch Dermatol.* 2006; 142(1):49-54.
- Prendiville JS. Granuloma annulare. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrist BA, *et al.* Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 7th ed. New York: McGraw-Hill. 2008; 369-373.

Correspondencia: Francisco Lama D.

Correo electrónico: franciscolama@gmail.com