

Granuloma Anular Diseminado

Cristián Vera K¹, Constanza del Puerto T.³, Mario Pérez R.¹, Sergio González B.²

¹Departamento de Dermatología, Pontificia Universidad Católica de Chile; ²Departamento de Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile; ³Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paciente de sexo femenino de seis años que presenta hace tres meses múltiples pápulas eritematosas, vesículas y algunas placas eritemato-descamativas, mal definidas, en piernas y muslos, asintomáticas (Figura 1).

Se sospecha Pitiriasis Liquenoide Varioliforme Aguda, prurigo o Pitiriasis Liquenoide crónica y se inicia tratamiento con corticoides tópicos y orales, sin respuesta. Se realiza biopsia que muestra dermis laxa con mucinosis y un infiltrado perivascular superficial, profundo e intersticial compuesto por linfocitos, histiocitos, células gigantes multinucleadas y escasos eosinófilos, hallazgos sugerentes de granuloma anular. Se diagnostica granuloma anular diseminado. Dada su asociación a DMI se solicita glicemia de ayuno y HOMA que resulta alterado. Se inicia tratamiento con fototerapia nbUVB, con respuesta significativa luego de 27 sesiones.

El Granuloma anular (GA) es una dermatosis benigna, auto-limitada, granulomatosa, de etiología incierta. Existen cuatro variantes: localizada, diseminada (GAD), perforante y subcutánea. Su recurrencia es de 40%.

GAD corresponde al 10%-15% de los GA. Suele presentarse en mujeres de edad media. GAD tendría una evolución más prolongada, peor respuesta al tratamiento y mayor recidiva que GA localizado, presentando lesiones por 3-4 años en promedio.

GA se ha asociado a mordeduras de insecto, exposición solar, traumas, vacunación por BCG, infecciones virales (Herpes Zoster, Epstein Barr Virus), escabiosis, Diabetes Mellitus tipo I e inmunosupresión. Su etiopatogenia sería secundaria a una respuesta de hipersensibilidad retardada tipo III.

Clínicamente la mayoría se presenta de manera asintomática, siendo el prurito el síntoma más frecuente en 26% de los casos, seguido de dolor.



Figura 1

GAD presenta dos patrones al examen: placas anulares eritematosas de 0,5 a 5 cm de diámetro o pápulas eritematosas o parduzcas, dispuestas preferentemente en dorso de extremidades, tronco y cuello.

La decisión de tratar dependerá de la extensión de las lesiones, la presencia de prurito y cuánto afecte al paciente. Se han propuesto múltiples tratamientos con escasa evidencia que apoye su uso. Entre ellos destacan: corticoides, antimaláricos, PUVA y nbUVB, retinoides, biológicos, etc.

Con respecto a la fototerapia, se han utilizado principalmente UVA y PUVA. En la literatura inglesa sólo se encuentran dos casos de GAD tratados con nbUVB con excelente respuesta.

Referencias bibliográficas

- Cyr PR. Diagnosis and Management of Granuloma Annulare. Am Fam Physician. 2006; 74(10):1729-1734.
- Inui S, Nishida Y, Itami S, Katayama I. Disseminated granuloma annulare responsive to narrowband ultraviolet B therapy. J Am Acad Dermatol. 2005; 53(3):532-533.

Correspondencia: Cristián Vera K.
Correo electrónico: cverak@yahoo.com