

Tengo unas manchas que no se van con el tratamiento. ¿Qué puedo hacer?

¹Fabra Noguera A, ²Pablos Herrero E, ³Herranz Fernández M, ⁴Carmona Segado JM

¹Centro de Atención Primaria Creu Alta. Sabadell

²Centro de Atención Primaria Sant Oleguer. Sabadell

³Centro de Atención Primaria La Florida. Santa Perpètua de Mogoda

⁴Centro de Atención Primaria Sant Llorenç Savall. Castellar del Vallès
Barcelona

Paciente que acude a la consulta porque el facultativo que la visitó hace 3 semanas le recomendó que acudiera de nuevo si no mejoraba con el tratamiento prescrito: crema de clotrimazol.

Sus antecedentes patológicos son hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipotiroidismo y dislipemia. Sus controles analíticos y de presión arterial suelen ser buenos hasta el momento. Sigue tratamiento con enalapril (20 mg/día), levotiroxina (88 mcg/día), simvastatina (20 mg/día) y dieta antidiabética.

Vemos dos lesiones, una en el brazo y otra en la zona posterior de la rodilla (figuras 1 y 2), de forma anular, con un borde algo sobreelevado, como si se ensanchara, y destacan del resto de la piel por ser más eritematosas en el borde y más pálidas en el centro.

La paciente nos comunica que tiene “mucho picor”. Nos recuerda al granuloma anular y en él el prurito no acostumbra a ser muy relevante.

Tenemos dudas del diagnóstico y damos una crema con corticoide y un antihistamínico oral, y solicitamos consulta a Dermatología.

La paciente vuelve al cabo de un mes y nos dice que le harán una biopsia. Está asustada y la tranquilizamos.

El informe de la biopsia refiere cambios de granuloma necrobiótico, compatible con granuloma anular; por tanto se confirma nuestra sospecha clínica.

Mejóro con tratamiento tópico con corticoides.

A los 8-9 meses vuelve con otras lesiones similares, pero en mayor número. Iniciamos de nuevo tratamiento tópico y solicitamos nueva consulta a

Dermatología, pues el prurito es generalizado y no se controla con antihistamínicos.

Regresa a las 5 semanas y nos cuenta que le han prescrito cloroquina y que parece que ha mejorado su sintomatología, al menos el prurito; hay menos lesiones y las que permanecen son menos evidentes.

COMENTARIO

El granuloma anular (GA) es un proceso inflamatorio dérmico benigno, no infeccioso, usualmente autolimitado y de causa desconocida. Fue descrito por primera vez por T. Colcott Fox en 1895 y más tarde por Radcliff y Crocker en 1902.

Se presenta en forma de pápulas y placas eritematosas, asintomáticas o levemente pruriginosas, que adoptan una morfología anular y se localizan en el dorso de las manos y los dedos. Se han descrito cuatro formas clínicas de GA: localizado, generalizado, perforante y profundo.

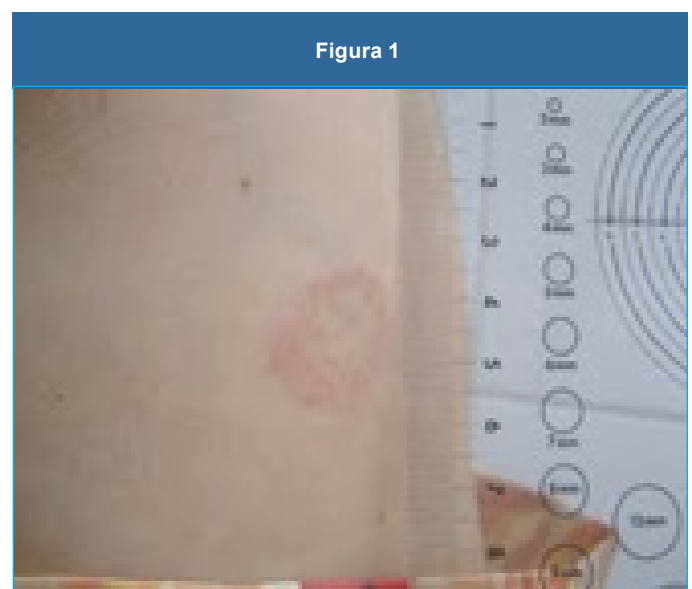


Figura 1

Figura 2



Las lesiones muestran una tendencia a ensancharse centrífugamente. En 50 % de los casos el granuloma anular se presenta como una lesión única.

Es más frecuente en el sexo femenino (relación 2:1).

El tipo más común en niños y adultos jóvenes es el granuloma con lesiones aisladas.

Se ha descrito como una reacción granulomatosa paraneoplásica en caso de tumores de órganos sólidos o linfomas. Aunque poco frecuente, hay que descartar esa asociación en formas de presentación atípica.

La asociación más frecuente es con la diabetes mellitus: diversos estudios lo relacionan hasta en 12 % de los casos, aunque es más frecuente en las formas generalizadas (hasta 21 %). También se ha relacionado con trastornos del tiroides.

Desde el punto de vista histológico, el GA es una dermatitis granulomatosa que se caracteriza por la degeneración focal del colágeno y de las fibras elásticas, depósitos de mucina e infiltrado linfocítico perivascular e intersticial en la dermis superior y media. En 70 % de los casos se observan depósitos de mucina.

El diagnóstico diferencial incluye la tinea corporis, el eritema migratorio de la enfermedad de Lyme, otros varios eritemas (multiforme, elevatum diutinum...), el liquen plano, la sarcoidosis y el GA elastolítico de células gigantes.

La artritis granulomatosa familiar con iritis y

granulomas (síndrome de Blau) conforma un cuadro de carácter autosómico dominante en el que se solapan la sarcoidosis y el GA.

Por lo regular el GA no causa otros síntomas. La erupción cutánea puede provocar prurito leve, aunque en nuestra paciente fue al final bastante insoportable.

Los pacientes generalmente notan un anillo de protuberancias firmes y pequeñas (pápulas) en la parte posterior de los antebrazos, en las manos o en los pies. En algunas ocasiones pueden encontrar muchos anillos. En raras ocasiones, el GA puede aparecer como un nódulo firme bajo la piel de los brazos o de las piernas. En algunos casos, la erupción puede propagarse por todo el cuerpo.

La mayoría desaparecen sin tratamiento al cabo de dos años. Algunas veces, sin embargo, los anillos pueden permanecer durante muchos años. Es común que aparezcan anillos nuevos años más tarde.

Dado que es una patología con pronóstico benigno y frecuentemente autolimitada, es válida la abstención terapéutica y la conducta expectante, sobre todo en la edad infantil.

Se utilizan los glucocorticoides de alta potencia (nivel III y IV) en aplicación directa, con o sin cura oclusiva; la infiltración local de acetónido de triamcinolona es otro de los tratamientos más utilizados. También se han descrito resultados satisfactorios con inhibidores de la calcineurina tópicos (pimecrolimus al 1 % o tacrolimus al 0,1 %, 2 veces al día durante 2-3 meses). En otros pacientes ha sido útil la aplicación de imiquimod durante 6 semanas.

El tratamiento sistémico debe quedar reservado para las formas recalcitrantes y/o generalizadas. Se han utilizado corticoides, antipalúdicos, retinoides, ciclosporina y tratamientos biológicos. En niños se han observado respuestas favorables con cloroquina o hidroxiclороquina (3 y 6 mg/kg/día, respectivamente, durante 3 semanas, seguidos de la mitad de dosis). En otros casos se ha utilizado isotretinoína o etretinato (0,5-1 mg/kg/día), con los que se han obtenido buenas respuestas. También con la ciclosporina (3-4 mg/kg/día) se han conseguido curaciones definitivas. Recientemente se han ensayado diversos tratamientos biológicos (infiximab, etanercept o efalizumab) cuyos resultados son aceptables. Otros tratamientos empleados son sulfonas, clofazimina, vitamina E, nicotinamida y ésteres del ácido fumárico.

También se han empleado la crioterapia para

lesiones localizadas y la fototerapia con UVB de banda estrecha y la fotoquimioterapia (PUVA) para las generalizadas.

BIBLIOGRAFIA

- Fang KS, Lawry M, Haas A. Papules on the hands. Granuloma annulare. Arch Dermatol 2001;137:1647-52.
- Repiso Montero T, Bodet Castillo D, García-Patos Briones V. Granuloma Anular. Piel 2007;22:332-8.
- Babilas P, Schreml S, Landthaler M, Szeimies RM. Photodynamic therapy in dermatology: state of the art. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2010;26:118-32. doi: 10.1111/j.1600-0781.2010.00507.x.
- Álvarez-Pérez A, Gómez-Bernal S, Gutiérrez-González E, Rodríguez-Granados MT, Toribio J. Granuloma annulare photoinduced by paroxetine. Photodermatol Photoimmunol Photomed 2012;28:47-9. doi: 10.1111/j.1600-0781.2011.00632.x.
- Batchelor R, Clark S. Clearance of generalized papularumbilicated granuloma annulare in a child with bath PUVA therapy. Pediatr Dermatol 2006;23:72-4.