

Granuloma anular papular umbilicado

Papular umbilicated granuloma annulare

María Daniela Berben¹, Marianela Digilio², Rubén Spinner³, Griselda Poppi⁴ y Daniel Feinsilber⁵

RESUMEN

El granuloma anular (GA) es una enfermedad granulomatosa benigna de relativa frecuencia. Sus diferentes presentaciones clínicas incluyen las formas localizada, generalizada, perforante, subcutánea, en parches, papular y lineal. Se ha propuesto que el GA papular umbilicado, un subtipo distintivo de GA, es la forma intermedia entre el GA papular y el perforante. Presentamos el caso de un paciente con un GA papular umbilicado,

con lesiones típicas en el dorso de las manos y con respuesta favorable al tratamiento indicado.

Palabras clave: granuloma anular, granuloma anular papular umbilicado, enfermedad granulomatosa.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 51-53

ABSTRACT

Granuloma annulare (GA) is a benign and rare granulomatous disease. Its different clinical presentations include localized, generalized, perforating, subcutaneous, patched, papular and linear forms. It has been proposed that papular umbilicated GA, a distinctive subtype of GA, is the intermediate form between the papular and perforating GA. We present a patient with papular umbilicated GA, with typical clinical

features limited to the back of the hands and a favorable response to indicated treatment.

Key words: granuloma annulare, papular umbilicated granuloma annulare, granulomatous disease.

Dermatol. Argent. 2018, 24 (1): 51-53

¹ Médica Cursista de Tercer Año, Carrera de Especialista en Dermatología, Universidad de Buenos Aires

² Médica Dermatóloga

³ Médico Dermatólogo de Planta

⁴ Médica Especialista en Anatomía Patológica

⁵ Jefe de la División de Dermatología

División Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: María Daniela Berben

E-mail: daniela_berben@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 14/12/2016

Fecha de trabajo aceptado: 29/6/2017

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Un varón de 25 años, sin antecedentes personales ni familiares de relevancia, concurrió a la consulta por presentar una dermatosis localizada en ambas manos, de aproximadamente 2 años de evolución.

En el examen físico dermatológico presentaba múltiples pápulas firmes, algunas eucrómicas y otras hipopigmentadas, de 2-3 mm de diámetro, asintomáticas, ubicadas en el dorso de las manos, principal-

mente en las prominencias óseas. En algunas de ellas se observaba, además, umbilicación y descamación central (Foto 1).

Se realizó una biopsia de piel y en el estudio histopatológico se observó una epidermis adelgazada y, en la dermis papilar, la presencia de un granuloma en empalizada con degeneración central del colágeno, rodeado de un infiltrado linfocitario (Fotos 2 y 3).

Con estos hallazgos histológicos, correlacionados con la clínica del paciente, se llegó al diagnóstico de granuloma anular (GA), variante papular umbilicado.

Se efectuó tratamiento con clobetasol crema al 0,05% (una vez por día) durante 2 meses, con excelente respuesta (Foto 4).



FOTO 1: Múltiples pápulas firmes y asintomáticas en el dorso de las manos. Algunas presentan umbilicación y descamación central.

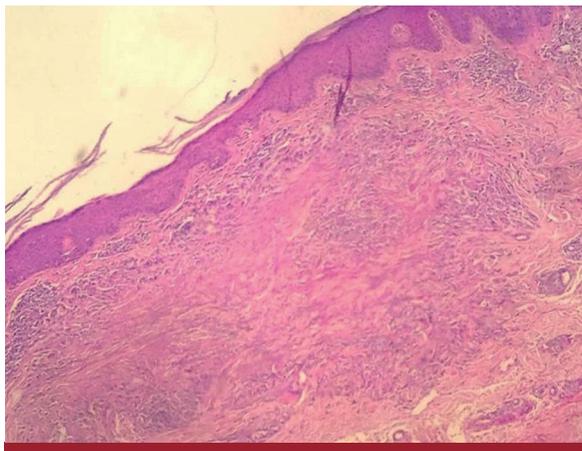


FOTO 2: Granuloma anular. Visión panorámica (HyE, 40X).

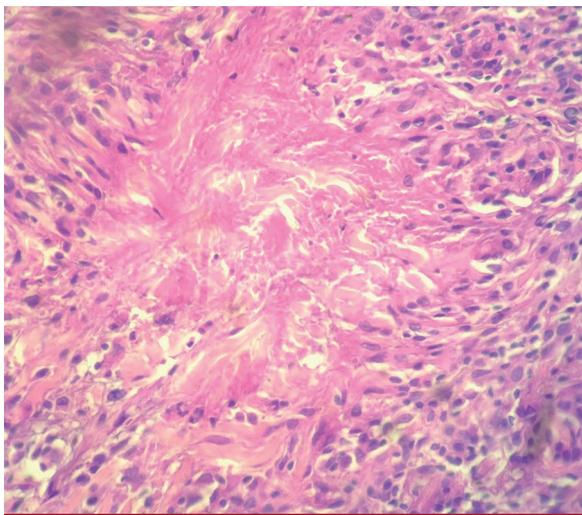


FOTO 3: En la dermis papilar se observa un granuloma en empalizada con degeneración central del colágeno, rodeado de un infiltrado linfohistiocitario (HyE, 100X).



FOTO 4: Evolución a los 2 meses del inicio del tratamiento.

COMENTARIOS

El granuloma anular (GA) es una dermatosis granulomatosa benigna, frecuente en los niños y los adolescentes, con múltiples manifestaciones clínicas que incluyen las formas localizada, generalizada, perforante, subcutánea, en parches, papular y lineal¹⁻³.

El GA papular umbilicado fue descrito por primera vez por Lucky *et al.*^{1,4}. Esta variedad, que representa un 5% de todos los casos de GA^{1,3}, es más frecuente en las mujeres (relación mujer/hombre de 2/1)^{2,5} y más común en los niños y los adultos jóvenes^{1,3,5}.

Aunque la etiología del GA se desconoce, pequeños traumas, infecciones virales (herpes zóster, parvovirus y HIV, entre otras), picaduras de insectos, escabiosis, prueba de la tuberculina, exposición solar y PUVA se describieron como probables factores desencadenantes³⁻⁶.

Clínicamente, esta variante de GA presenta pápulas firmes, asintomáticas o con un leve prurito o dolor, con color de piel normal o hipopigmentadas, de aproximadamente 1-3 mm de diámetro que, en su evolución, pueden desarrollar una umbilicación central característica, con presencia o no de una costra en su superficie. Se cree que la umbilicación central sería el resultado de la degeneración focal de colágeno; sin embargo, a diferencia del GA perforante, no suele encontrarse histológicamente una perforación del tejido conjuntivo degenerado. Por este motivo, se ha propuesto que el GA papular umbilicado constituye una forma intermedia entre el GA papular y el perforante¹⁻⁴.

Las lesiones se ubican con mayor frecuencia en el dorso de las manos y los dedos (zona de microtraumas), como ocurrió en el paciente del caso analizado, y más rara vez en los codos y otras partes del cuerpo^{3,5,7}. De modo excepcional, la afección puede ser generalizada y afectar el tronco y los miembros, según se describió en un niño de 11 años³.

El estudio histopatológico es necesario para realizar el diagnóstico. En él se observan, en la dermis, granulomas en empalizada con degeneración central del colágeno, presencia de mucina e infiltrado linfohistiocitario, sin células epitelioideas. La epidermis suprayacente se presenta

adelgazada, con paraqueratosis y sin una perforación real, como ya se destacó¹⁻⁵. En el caso analizado, la histología fue típica, lo que permitió confirmar la sospecha clínica.

Los diagnósticos diferenciales son múltiples e incluyen diversas entidades, como molusco contagioso, verruga plana, mucinosis papular, exantemas virales o por fármacos, sarcoidosis papular, liquen plano, liquen nítido, calcinosis cutis, osteoma *perforans*, enfermedad de Kyrle, elastosis perforante serpiginosa, foliculitis perforante y colagenosis perforante reactiva^{1,2,4,5,8}.

Dado que se ha registrado mayor incidencia de tiroiditis autoinmune en los pacientes que presentan la variedad localizada del GA, se recomienda investigar esa asociación⁹.

Las lesiones cutáneas pueden ser autorresolutivas o persistir durante años^{1,6,8}. Esto podría deberse a que el antígeno que activa las células de Langerhans —encargadas de desencadenar la respuesta inflamatoria— persistiría de manera indefinida y, así, perpetuaría la actividad del sistema inmunitario⁶.

El tratamiento puede ser innecesario en los pacientes con enfermedad localizada y asintomática. Sin embargo,

hay casos sintomáticos y otros, como el comentado, en los que el paciente desea tratarse por motivos estéticos. Se han empleado múltiples terapias, todas basadas en comunicaciones de casos aislados, series pequeñas y estudios retrospectivos. Para la enfermedad localizada, se describe con mayor frecuencia el uso de corticosteroides tópicos de alta potencia con un régimen de aplicación diaria durante 4 a 6 semanas, con oclusión o sin ella, medicación elegida para el caso presentado. Los glucocorticoides intralesionales son otra alternativa. La crioterapia ha demostrado ser efectiva, pero produce discromía como efecto secundario. Otras terapias utilizadas, principalmente en los casos de enfermedad generalizada, incluyen yoduro de potasio, dapsona, cloroquina, hidroxicloroquina, isotretinoína, PUVA, terapia fotodinámica y anticuerpos contra el factor de necrosis tumoral alfa, como infliximab, tacrolimús, pimecrolimús e imiquimod, entre otros. Sin embargo, no todos se emplearon en la variante de GA papular umbilicado. Cabe destacar que la eficacia de estos tratamientos no está bien establecida; por lo tanto, se necesitan estudios aleatorizados y controlados para definirla^{3,5,8,9}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tobon MX, Tovar A, Rodríguez G. Granuloma anular papular umbilicado en un adolescente. *Rev Med* 2012;20:115-117.
2. Lucky AW, Prose NS, Bove K, White WL, et al. Papular umbilicated granuloma annulare. A report of four pediatric cases. *Arch Dermatol* 1992;128:1375-1378.
3. Batchelor R, Clark S. Clearance of generalized papular umbilicated granuloma annulare in a child with bath PUVA therapy. *Pediatric Dermatol* 2006;23:72-74.
4. Cho E, Cho SH, Lee JD. Unusual presentations of papular umbilicated granuloma annulare. *J Dermatol* 2011;38:402-404.
5. Hu SW, Kaplan J, Patel RR, Kamino H. Trauma-related papular granuloma annulare. *Dermatol Online J* 2013;19:16-19.
6. Abulafia J, Vignale R. Granuloma anular. Estudio inmunohistoquímico para células de Langerhans S-100 y dendríticas interdigitantes dérmicas fascina+. *Arch Argent Dermatol* 2007;57:165-169.
7. Arredondo Ossa MI, Londoño García A, Restrepo Molina R. Enfermedades con eliminación transepidérmica. *Rev Asoc Col Dermatol* 2008;16:185-195.
8. Larralde M, Correa N, Calb I, Poppi G. Granuloma anular perforante diseminado. *Dermatol Argent* 2002;8:82-85.
9. Thornsberry LA, English JC 3rd. Etiology, diagnosis, and therapeutic management of granuloma annulare: an update. *Am J Clin Dermatol* 2013;14:279-290.