

Tema 41

ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO

Dres. A. Moreno, A. Jucglà y X. Bordas

CONCEPTO

Dermatosis caracterizada por la aparición de lesiones anulares de crecimiento centrífugo que persisten en el tiempo.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia del eritema anular centrífugo es desconocida. En la mayor parte de los pacientes no se encuentra relación con ningún agente desencadenante aunque ocasionalmente se ha descrito asociado a infecciones, tumores malignos, discrasias hematológicas o drogas.

CLASIFICACIÓN

- Forma clásica.
- Forma superficial.

DESCRIPCIÓN CLÍNICA

Se trata de lesiones de configuración anular, configurando anillos completos o segmentos de arco en número variable. Las lesiones se inician como una pápula que pronto se desvanece por el centro estableciéndose un borde activo que se expande centrífugamente. Pueden ser de gran tamaño, llegando a alcanzar los 10 cm y se localizan preferentemente en el tronco y en la porción proximal de las extremidades. Las lesiones son eritematosas y muestran un borde de crecimiento que en ocasiones es discretamente elevado y prominente (variedad “profunda”) (Fig. 1) mientras que en otras ocasiones apenas es palpable y muestra como un anillo interno de fina descamación (variedad superficial) (Fig. 2).

La característica más importante de las lesiones

es su tendencia al crecimiento centrífugo aunque pueden permanecer estacionarias durante tiempo. La enfermedad puede persistir durante años, con resolución espontánea de algunas lesiones y aparición de nuevas lesiones anulares.

Característicamente las lesiones son asintomáticas, y sólo ocasionalmente los pacientes refieren prurito.

CLAVES CLÍNICAS DIAGNÓSTICAS

- Lesiones anulares con predominio de localización en el tronco o porción proximal de extremidades.
- Crecimiento centrífugo.
- Asintomáticas o con discreto prurito.

DESCRIPCIÓN HISTOLÓGICA

Las biopsias de lesiones de eritema anular centrífugo se caracterizan por la presencia de un infiltrado dérmico perivascular que afecta la dermis superficial y media (Fig. 3). Las células inflamatorias se localizan alrededor de los vasos bien delimitadas de la dermis más lejana adoptando un patrón en manguito (Fig. 4). Las paredes vasculares no muestran alteraciones, sin evidencia de daño endotelial ni criterios sospechosos de vasculitis.

El infiltrado está constituido exclusivamente por células mononucleares fundamentalmente linfocitos. La aparición de células de la inflamación aguda descarta histológicamente el diagnóstico.

La epidermis no muestra alteraciones.

Los cambios más expresivos se observan en las biopsias del borde de crecimiento. Las muestras obtenidas del centro de las lesiones muestran una gran atenuación del patrón inflamatorio que se transforma en una leve dermatitis perivascular inespecífica.



Figura 1. Eritema anular centrífugo. Variedad profunda, con bordes de avance infiltrados al tacto.



Figura 2. Eritema anular centrífugo. Variedad superficial; observese en anillo interno de descamación.

Las biopsias de las formas superficiales muestran un leve infiltrado perivascular inespecífico. En la zona correspondiente al borde de crecimiento se observa, además, leve espongiosis con formación de alguna vesícula y paraqueratosis en la superficie.

CLAVES DEL DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO

- Infiltrados linfoides dérmicos en manguito.

- Epidermis normal.
- Formas superficiales: infiltrado leve inespecífico, espongiosis focal en el borde de crecimiento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Otros eritemas figurados de crecimiento centrífugo tales como el Eritema Gyrtatum Repens (asociado a procesos malignos) o el Eritema Crónico Migratorio (que se comentará posteriormente).

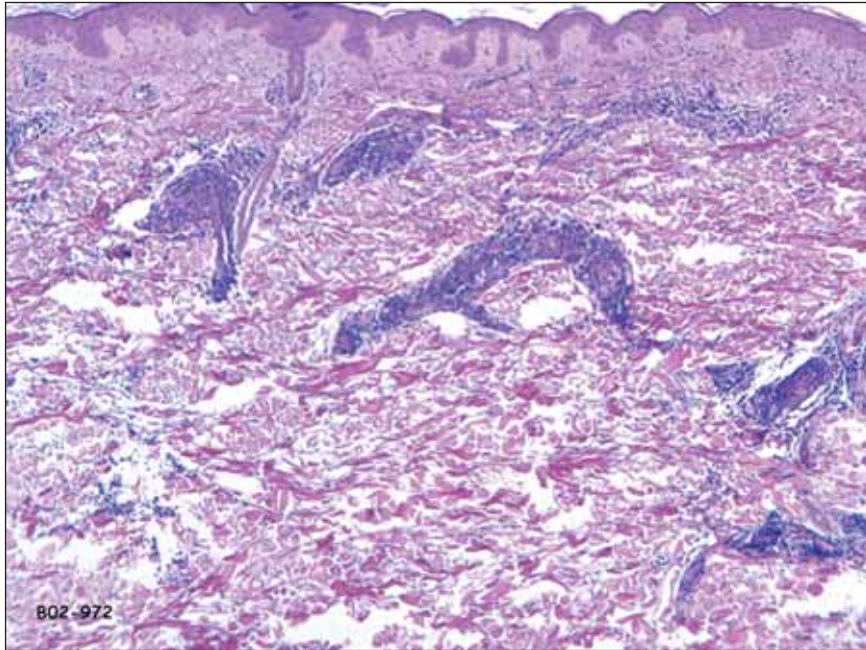


Figura 3. Imagen a bajo aumento, epidermis normal. Infiltrados dérmicos perivasculariales superficiales.

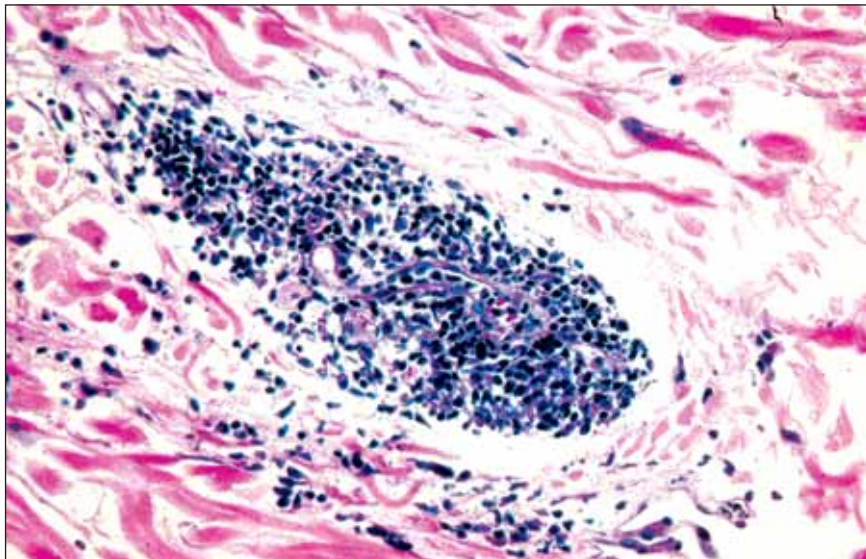


Figura 4. Detalle del infiltrado linfoide perivascular en manguito.

Sífilis. Puede plantear diagnóstico diferencial histológico por la tendencia perivascular de los infiltrados. Sin embargo, las lesiones clínicas son muy diferentes y no plantean ningún problema de diagnóstico diferencial. Histológicamente hay un componente de plasmáticas en el infiltrado así como lesión vascular con hinchazón endotelial.

TRATAMIENTO

No existe tratamiento específico. En raras ocasiones puede determinarse un proceso asociado cuya corrección condicione la resolución de las lesiones. En los casos con descamación o prurito pueden útiles los corticoides tópicos.