

LA PIEL EN LA PRÁCTICA DIARIA

Granuloma anular en la infancia

Ángel Vera Casaño

Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. España.

El granuloma anular (GA) es una dermatosis inflamatoria, idiopática, benigna y autoinvolutiva que se caracteriza por las pápulas de disposición anular, de ahí su nombre. Colcott Fox lo describió en el año 1895 y lo denominó «erupción anular de los dedos»¹, y posteriormente Radcliffe-Crocker, en 1902, le dio su actual nombre².

Aunque no es una entidad propia de la infancia, es más frecuente en niños que en adultos. Afecta más al sexo femenino, en una proporción 2:1³.

Hay 4 formas clínicas: localizada, generalizada, subcutánea y perforante. Todas ellas comparten una histología similar con un infiltrado de histiocitos que se disponen en empalizada alrededor de una zona central de colágeno degenerado con depósitos de mucina.

ETIOPATOGENIA

La causa del granuloma anular es desconocida, a pesar de las muchas especulaciones y asociaciones referidas durante años en la literatura.

Se lo ha relacionado con picaduras de insectos y traumatismos, especialmente en niños, en quienes las lesiones en las rodillas, la zona pretibial y el dorso de las manos son frecuentes⁴.

También se ha descrito su asociación a cuadros virales, con aparición de lesiones en casos de infección por el virus de Epstein-Barr⁵, hepatitis C⁶, herpes zoster⁷, verrugas vulgares⁸ e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana⁹. Asimismo se ha publicado en rela-

ción con vacunaciones de tétanos y difteria¹⁰, inmunización con BCG^{11,12} y test de la tuberculina (Mantoux)¹³.

En cualquier caso, todas estas asociaciones representan casos aislados y de dudosa valoración.

Pero sin duda la asociación más estudiada y referida en la literatura es con la diabetes. Existen trabajos a favor y en contra, y el tema tampoco queda claro, si bien parece que la mayoría de los casos relacionados con la diabetes son formas generalizadas en adultos^{14,15}. Existe un estudio en niños donde los autores encuentran valores séricos bajos de insulina en pacientes con granuloma anular con más de 5 lesiones¹⁶, por lo que podría estar justificado estudiar la glucemia y la concentración de insulina en pacientes con múltiples lesiones. Sin embargo, en otro estudio llevado a cabo en el Hospital del Niño Jesús de Madrid, en el que se estudió a 66 niños con GA, no se encontraron casos de diabetes mellitus, aunque no se investigó la posibilidad de anomalías en la prueba de sobrecarga oral de glucosa¹⁷.

En algunos casos de granuloma anular hay un claro componente hereditario, y se ha descrito en gemelos¹⁸ y en varios miembros de una misma familia¹⁹.

CLÍNICA

Las diferencias resumidas de estas distintas variantes de GA se describen en la tabla I.

Granuloma anular localizado

Es la variedad más frecuente (75-80%). Su incidencia es mayor en niños y adultos jóvenes.

Las lesiones se caracterizan por pápulas que se agrupan tomando una disposición anular (fig. 1) o semicircular, ya que en ocasiones no se ve el anillo totalmente cerrado. Suelen ser del color de la piel o pueden tener un tono rojizo o violáceo. Las lesiones son asintomáticas y

TABLA I. Diferencias clínicas de las variantes de granuloma anular

	LOCALIZACIÓN	CLÍNICA	EVOLUCIÓN
Localizado	Zonas distales de extremidades	Lesión anular o semicircular	Autoinvolutivo
Generalizado	Tronco	Maculopápulas diseminadas no anulares	Crónico
Subcutáneo	Zona pretibial, cuero cabelludo	Nódulos subcutáneos, duros, no inflamatorios	Autoinvolutivo
Perforante	Extremidades y tronco	Pápulas umbilicadas	Autoinvolutivo



Figura 1. Granuloma anular localizado.

Correspondencia: Dr. A. Vera Casaño.
Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya.
Amador de los Ríos, 19. 29018 Málaga. España.
Correo electrónico: averac@meditex.es



Figura 2. Granuloma anular de los párpados.



Figura 3. Lesiones eritemato-parduscas no anulares en granuloma anular diseminado.

autoinvolutivas. El tiempo que tardan en desaparecer es variable, de pocos meses a 2 años, y no son raras las recurrencias. La localización más común es el dorso de las manos, pero también son frecuentes en codos, rodillas, dorso de pies, zona pretibial y nalgas. No obstante, cualquier área del tegumento cutáneo puede afectarse, incluidos la cara, el cuero cabelludo y los pabellones auriculares²⁰. Una localización es casi exclusiva de la infancia: los párpados. Esta localización, aunque infrecuente, hay que tenerla presente, ya que muchas veces queda sin diagnosticar por el dermatólogo, como lo demuestra el hecho de que haya más publicaciones de GA de los párpados en revistas de oftalmología que en publicaciones dermatológicas^{21,22}. En los párpados el granuloma anular aparece en forma de pápulas sueltas sin adoptar la típica forma anular (fig. 2). Al igual que en otras localizaciones, las lesiones tienden a desaparecer espontáneamente.

Granuloma anular generalizado

Esta variante supone un 10-15% de los casos de granuloma anular. Es la única forma de GA que es más frecuente en adultos que en niños. Se considera esta forma clínica cuando aparecen más de 10 lesiones. Lo más ca-

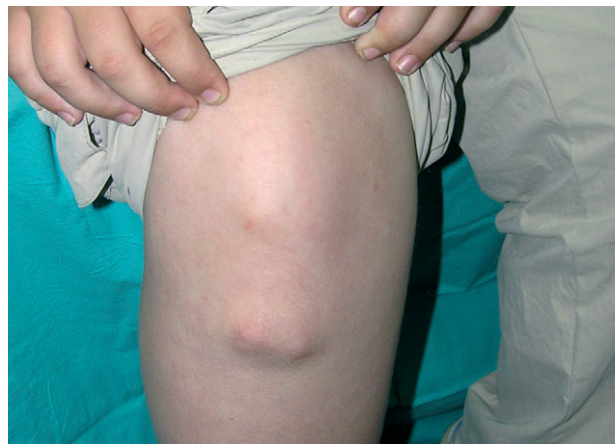


Figura 4. Granuloma anular subcutáneo en región pretibial.



Figura 5. Granuloma anular subcutáneo en dedos de manos.

racterístico es que las lesiones se localicen en el tronco, aunque las zonas distales también pueden afectarse (fig. 3). Clínicamente podemos encontrar máculas, pápulas o micropápulas, que pueden ser rosadas, eritematovioláceas o de tonalidad marrón, y es raro que adopten la típica configuración anular, que aparece en la forma localizada.

Granuloma anular subcutáneo

Es una forma menos frecuente, supone un 3-5%. Es una variante clínica casi exclusiva de la infancia. La mayoría de los casos se dan en niños entre 2 y 6 años de edad. Se ha descrito un caso presente ya en el nacimiento²³. Clínicamente se caracteriza por nódulos subcutáneos no inflamatorios, de un tamaño entre 1 y 5 cm. Son de consistencia dura y del color de la piel o ligeramente rosados. Se localizan en piernas, antebrazos, dorso de manos y pies y cuero cabelludo. La localización en cuero cabelludo, excepcional en las otras formas clínicas de GA, es relativamente común en la forma subcutánea²⁴. El GA subcutáneo también se ha descrito en la zona periocular²⁵ y las palmas de las manos²⁶. De los 6 casos que hemos visto en nuestra consulta de dermatología pediátrica, 4 se localizaban en las piernas (fig. 4), uno en los dedos de la mano (fig. 5) y otro en la espalda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3222074>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3222074>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)