



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Vera Sáez-Benito, M.^a Cristina; Romagosa Sánchez-Monge, Belén; de Dios Javierre, Bárbara
Granuloma anular en un lactante sano

Pediatría Atención Primaria, vol. XXII, núm. 88, 2020, Octubre-Diciembre, pp. 383-386

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366669842010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Granuloma anular en un lactante sano

M.^a Cristina Vera Sáez-Benito, Belén Romagosa Sánchez-Monge, Bárbara de Dios Javierre

Pediatras. CS de Fraga. Huesca. España.

Publicado en Internet:
2-diciembre-2020

M.^a Cristina Vera Sáez-Benito:
mcveras@salud.aragon.es

Palabras clave:

- Granuloma anular
- Granuloma anular subcutáneo

Resumen

El granuloma anular es una enfermedad cutánea benigna, inflamatoria y autolimitada, que se localiza generalmente en el cuero cabelludo, las nalgas, las manos o las extremidades. Su etiología es desconocida y no se ha demostrado ninguna asociación con enfermedades sistémicas. Debido a su tendencia a la resolución espontánea, el tratamiento a menudo no es necesario. Presentamos el caso de un niño de 23 meses con la variante clásica de dicha enfermedad.

Granuloma annulare in a healthy infant

Key words:

- Granuloma annulare
- Subcutaneous granuloma annulare

Abstract

Granuloma annulare is a benign, inflammatory and self-limited cutaneous disease located usually at scalp, buttocks, hands or extremities. Its etiology is unknown and no link with systemic diseases has been found. Due to its tendency to spontaneous resolution, treatment often is not necessary. We report the case of a 23-month-old child with classic variant.

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria, benigna, de curso crónico y autoinvolutiva, que se caracteriza por la aparición de pápulas de disposición anular. Su localización habitual es en la porción distal de las extremidades inferiores, seguidas por glúteos, manos y cuero cabelludo. La causa del granuloma anular es desconocida, aunque se ha relacionado con diferentes desencadenantes y patologías. Aunque no requiere tratamiento, dado que es una afección asintomática y autorresolutiva, se han descrito múltiples opciones terapéuti-

cas, siendo los corticoides (tópicos o intralesionales) la primera de ellas.

CASO CLÍNICO

Lactante de 23 meses que presenta desde hace dos meses lesiones asintomáticas en la cara anterior de la pierna izquierda. No existe ningún antecedente infeccioso ni de vacunación recientes, tampoco ingesta de medicamento ni alergias conocidas. Como antecedentes familiares de interés destacan: diagnóstico reciente en la madre de pso-

riasis; abuela materna, tía y madre del niño, hipotiroideas.

En la exploración presenta varias lesiones eritematosas y redondeadas, en forma de anillo sobrelevado con un diámetro máximo de 1,5 cm en zona pretibial, dorso del pie (Fig. 1).

Dada la sospecha inicial de infección micótica, se pauta tratamiento tópico antifúngico. Ante la ausencia de mejoría y la aparición de lesiones iguales en antebrazo y empeine izquierdos (Figs. 1 y 2) se realiza interconsulta a Dermatología, siendo etiquetado como cuadro compatible con granuloma anular.

Se pauta tratamiento corticoideo tópico (betametasona valerato 1 mg/g: 2 veces al día, 2 semanas) y se realiza analítica sanguínea con los siguientes resultados: bioquímica general con perfil hepático, iones y función tiroidea: normales. Marcadores de enfermedad celíaca y niveles IgA: normales. Ferritina <6 µg/l y 25-hidroxivitamina D 24 µg/l (insuficiencia).

Ante dichos resultados, se inicia tratamiento con hierro oral y vitamina D₃ durante seis meses, con normalización posterior (ferritina 40 µg/l y 25-hidroxivitamina D 35 µg/l).

Las lesiones desaparecen por completo a las tres semanas del inicio del tratamiento corticoideo tópico y hasta la fecha no ha presentado recidivas.

Figura 1. Granuloma anular en zona pretibial y dorso del pie



Figura 2. Granuloma anular en cara anterior del antebrazo



DISCUSIÓN

El granuloma anular es una dermatosis inflamatoria, granulomatosa idiopática, benigna, de curso crónico y autoinvolutiva, que se caracteriza por las pápulas de disposición anular. Se han reportado variantes con distintas características clínicas, siendo las más frecuentes: localizado o clásico, generalizado, subcutáneo, perforante y las variantes en parches y la pustulosa folicular¹⁻⁴.

Clínicamente se presenta como lesiones papulosas, normocoloreadas, no descamativas, duras a la palpación, de 1 a 5 mm de diámetro, agrupadas, que se desarrollan lenta y progresivamente³.

El granuloma anular subcutáneo es una variante poco común, que se presenta casi exclusivamente en niños, generalmente entre los dos y los cinco años de edad, con predominio en el sexo femenino. Se presenta como una lesión nodular (única o múltiple) de 6 mm a 3,5 cm de diámetro, de consistencia firme, a menudo asintomática, localizada en

dermis profunda e hipodermis y sin signos inflamatorios acompañantes^{2,3}.

Su localización habitual es en la porción distal de las extremidades inferiores (especialmente el área pretibial), como en el caso presentado, seguidas por glúteos, manos y cuero cabelludo (siendo típica la afectación del occipucio). Otras localizaciones son las extremidades superiores a nivel del antebrazo, codo, dedos y palmas de las manos, afectando raramente la zona periorbicular²⁻⁴.

Hasta en el 25% de los casos de granuloma anular subcutáneo pueden existir concomitantemente lesiones de la variante clásica, caracterizada por pápulas de color piel, violáceas o eritematosas, que confluyen en un semicírculo o círculo completo, generando una lesión anular^{3,4}.

La causa del granuloma anular es desconocida. Ha sido 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 frecuentes. También se ha descrito su asociación a cuadros infecciosos (virus de Epstein-Barr, hepatitis C, herpes zóster, verrugas vulgares, virus de la inmunodeficiencia humana, estreptococos, tuberculosis). Asimismo, se ha publicado en relación con vacunaciones de tétanos y difteria, inmunización con bacilo de Calmette-Guérin y test de la tuberculina (Mantoux), ingestión de medicamentos, exposición solar y alteraciones en la reacción inmune mediada por células^{1,3,4}.

En cualquier caso, todas estas asociaciones representan casos aislados y de dudosa valoración¹.

Pero, sin duda, la asociación más estudiada y referida en la literatura médica es con la diabetes. Existen trabajos a favor y en contra. Parece que la mayoría de los casos relacionados con la diabetes son formas generalizadas en adultos. Existe un estudio en niños donde los autores encuentran valores séricos bajos de insulina en pacientes con granuloma anular con más de cinco lesiones, 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 granuloma anular, no se encontraron casos de diabetes *mellitus*, aunque no se investigó la posibilidad de anomalías en la prueba de sobrecarga oral de glucosa¹.

En algunos casos de granuloma anular hay un claro componente hereditario, y se ha descrito en gemelos y en varios miembros de una misma familia¹. Se ve un aumento de la prevalencia de HLA BW35 y A29, lo que sugiere una predisposición genética⁴.

Se han descrito algunos hallazgos de laboratorio, tales como alteraciones en la curva de la glucosa, elevación de los lípidos séricos, anticuerpos antinucleares o hipergammaglobulinemia, aunque los casos infantiles suelen ocurrir en ausencia de enfermedad⁴.

El diagnóstico diferencial suele plantearse con entidades como lesiones postraumáticas, tumores, eritema nodoso, nódulos reumatoides, liquen plano anular, eritema anular centrífugo, sarcoidosis subcutánea, sarcoma epitelioides, xantomas tendinosos, quistes dermoides e infecciones granulomatosas profundas²⁻⁴.

Con respecto al pronóstico, la enfermedad es autorresolutiva. En la mayoría de los casos, las lesiones desaparecen en un periodo de semanas a dos años. Un 40% de los casos de granuloma anular suelen recidivar, pero las lesiones recurrentes por lo general involucionan antes que las originales. No hay diferencias en cuanto al comportamiento pronóstico en las diferentes formas clínicas de granuloma anular, aunque la forma generalizada suele ser más crónica, tarda más en involucionar y con tendencia a la recurrencia de las lesiones^{1,2,4}.

La exéresis-biopsia aportará el diagnóstico definitivo. Las diferentes formas clínicas del granuloma anular comparten una histología similar, siendo característica la presencia de un núcleo central de degeneración fibrinoide de colágena con mucina rodeada de histiocitos en empalizada y células inflamatorias, especialmente linfocitos y ocasionalmente eosinófilos¹⁻³.

Aunque el granuloma anular no requiere tratamiento, dado que es una afección asintomática y

autorresolutiva, se han descrito múltiples opciones terapéuticas. La primera opción terapéutica es el uso de corticoides tópicos (como el clobetasol al 0,05% utilizado dos veces al día), como en el caso presentado, o intralesionales¹⁻⁴.

Otras opciones terapéuticas tópicas son: imiquimod al 5%, crioterapia, infiltración de triamcinolona o yoduro de potasio, electrocoagulación, terapia laser electrocoagulación y PUVASOL¹⁻⁴.

Asimismo, existen distintas referencias de tratamientos orales (empleados fundamentalmente en las formas generalizadas) como pentoxifilina, niacinamida, nicotinamida, yoduro potásico, dapsona, antipalúdicos, clorambucilo, retinoides orales, clorambucil, isotretinoína, isoniazida, sulfonas, inmunomoduladores e inmunosupresores^{1,2,4}.

Se han publicado casos que demuestran como terapéutica eficaz en el granuloma anular generalizado la fototerapia con psoraleno y radiación ultravioleta A, y la administración tópica y oral de vitamina E^{1,4}.

Algunas lesiones desaparecen tras la realización de la biopsia, pero no es el tratamiento de elección dado que las lesiones tienden a involucionar espontáneamente⁴.

CONFLICTO DE INTERESES

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vera Casaño A. Granuloma anular en la infancia. *Piel*. 2007;22:181-5.
2. Tarazona Casany I, Ibáñez Pradas V, Lázaro Santander R. Nódulos subcutáneos en la infancia: granuloma anular subcutáneo. *Cir Pediatr*. 2002;15:130-1.
3. Reyes-Baraona F, Hasbún P, González S, Zegpi MS. Granuloma anular subcutáneo: reporte de un caso. *Rev Chil Pediatr*. 2017;88:652-5.
4. Carbonero Celis MJ, López Moreira OM, Fernández-Crehuet Serrano P, Umbría Jiménez S. Granuloma anular en la infancia. *Vox Paediatrica*. 2008;16:18-9.