



Caso Clínico

HAGA SU DIAGNÓSTICO

Viviana Parra, Marta Aguirre, Ángeles Aredes

Servicio de Dermatología. Hospital Luis Lagomaggiore.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico de contacto: vivianaparra@arnet.com.ar

Caso clínico

Paciente de 25 años de edad, primigesta, cursando la 22^a semana de gestación, con controles periódicos normales.

Refirió la aparición de placas eritematosas en ambas mamas con crecimiento centrífugo de un mes de evolución. Las mismas eran levemente pruriginosas y con descamación periférica. En el momento de la consulta presentó además lesiones similares en ambas manos. (Foto 1-2-3)

Al examen físico se observaron placas eritematosas de borde sobreelevado con fina escama periférica y curación central de aproximadamente 15 centímetros de diámetro mayor. En ambas manos y región paraesternal izquierda presentó lesiones iniciales.

Dentro de los antecedentes patológicos destacó el hallazgo de flujo vaginal blanquecino.

Se solicitó analítica de rutina e inmunológico los que resultaron normales.

Cultivo de secreción vaginal: *Candida albicans*



Foto N°1: Placas eritematosas en pecho

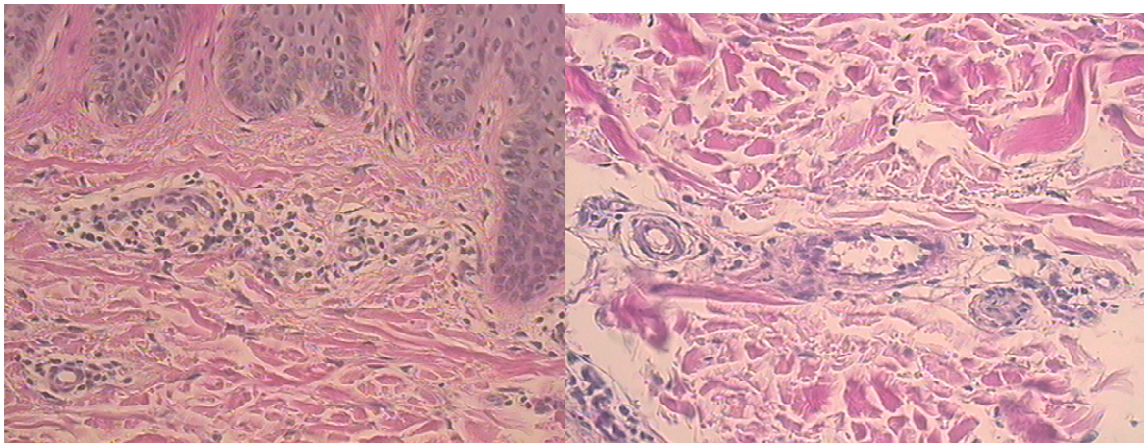


Foto N°2: Borde sobreelevado con curación central



Foto N°3: placas anulares en mano

Se efectuó estudio histopatológico evidenciándose epidermis de características normales y en dermis infiltrado mononuclear perivascular en forma de “manguito”.



¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico:

ERITEMA ANULAR CENTRÍFUGO

Sinónimos: *eritema gyratum*, *eritema perstans*, *eritema gyratum perstans*

Discusión

Colcott-Fox en 1881 describe esta entidad como *eritema gyratum perstans*, posteriormente en 1916, Darier lo denomina eritema anular centrífugo y finalmente Ackerman lo diferencia en dos formas clínicas, superficial y profunda.

El eritema anular centrífugo, se presenta con mayor frecuencia en mayores de 50 años, sin predilección por sexo.

Inicialmente comienza como una pápula infiltrada, eritematosa, con rápido crecimiento centrífugo y curación central.

Las lesiones pueden ser localizadas o generalizadas respetando palmas, plantas, cuero cabelludo y mucosas. No suelen asociarse con manifestaciones sistémicas ni patologías subyacentes, pero de hacerlo, se exacerban con la recidiva de dichas enfermedades.

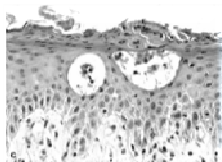
Clínicamente se divide en superficial y profundo. Ambas variantes presentan forma similar de inicio pudiendo durar días o años. La primera, se caracteriza por leve prurito, borde aplanado y descamación en su margen interno. En la profunda, el borde de progresión suele ser más elevado, sin descamación y en general, no pruriginoso.

Su patogenia así como el mecanismo que determina la migración centrífuga de las lesiones se desconoce. Se plantea una reacción de hipersensibilidad a diferentes antígenos como dermatofitos, candida, poxvirus y parásitos. Menos frecuentemente se ha relacionado con la administración de fármacos (sales de oro, penicilinas, diuréticos y antipalúdicos), alimentos (queso azul), procesos endocrinológicos (ciclo menstrual y embarazo) y neoplasias.

Tanto el TNF- α como la IL-2 cumplirían un rol patogénico importante lo que ha sido demostrado mediante la desaparición de las lesiones luego de la administración de interferón.

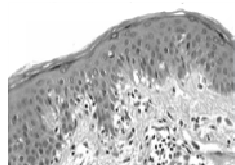
Histopatología

EAC Superficial



- infiltrado linfohistiocitario perivascular leve
- microvesiculación
- espongiosis
- paraqueratosis focal
- células inflamatorias alrededor de vasos sanguíneos: "manguitos perivasculares"

EAC Profundo



- epidermis sin alteraciones
- infiltrado mononuclear alrededor de vasos sanguíneos en dermis media y profunda

Los diagnósticos diferenciales a plantear son dermatitis de contacto, y numular, pitiriasis rosada, psoriasis, micosis fungoides, otros eritemas figurados como eritema gyratum repens, eritema crónico migrans, dermatofitosis, urticaria anular, lupus eritematoso tumidus y linfoma linfocítico, entre otros.

Con respecto al tratamiento, el uso de corticoides tópicos o soluciones de alquitrán ha sido referido como beneficioso. Si existe prurito se pueden utilizar antihistamínicos. El empleo de Interferón α trisemanal durante 6 meses, en determinados pacientes, ha sido satisfactorio.

Comunicamos esta paciente por la infrecuente asociación de eritema anular centrífugo y embarazo. Resaltamos el hallazgo de candidiasis vaginal que podría haber desencadenado el mecanismo inmunopatogénico de esta enfermedad.

Sin embargo, es de destacar algunas publicaciones en las cuales se involucra al embarazo como gatillo disparador de la dermatosis ante la ausencia de otros factores etiológicos.

Referencias bibliográficas

- 1- Weyers W, Diaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema Annulare Centrifugum. Results of a Clinicopathologic Study of 73 Patients. *Am J Dermatopathol* 2003;25: 451-462.
- 2- Darier J. De l'érythème annulaire centrifuge. (érythème papulo-circine´ migrateur et chronique) et de quelques eruptions analogues. *Ann Dermatol Syph.* 1916;6:57–76.
- 3- Furue M, Akasu R, Ohtake N, Tamaki K. Erythema annulare centrifugum induced by molluscum contagiosum. *Br J Dermatol.* 1993;129:646–647.
- 4- Shelley WB. Erythema annulare centrifugum due to candida albicans. *Br J Dermatol.* 1965;77: 383–384.
- 5- Tsuji T, Nishimura M, Kimura S. Erythema annulare centrifugum associated with gold sodium thiomalate therapy. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:284-287.
- 6- Ashurst PJ. Erythema annulare centrifugum due to hydroxychloroquine sulfate and chloroquine sulfate. *Arch Dermatol.* 1967;95:37–39.
- 7- Merrett AC, Marks R, Dudley FJ. Cimetidine-induced erythema annulare centrifugum: no cross-sensitivity with ranitidine. *Br Med J.* 1981;283:698.
- 8- Watanabe T, Tsuchida T, Furue M, et al. Annular erythema, dermatomyositis and Sjögren's syndrome. *Int J Dermatol.* 1996;35:285–287.
- 9- Mahood JM. Erythema annulare centrifugum. A review of 24 cases with special reference to its association with underlying disease. *Clin Exp Dermatol.* 1983;8:383–387.
- 10-Yaniv R, Shpielberg O, Shpiro D, et al. Erythema annulare centrifugum as the presenting sign of Hodgkin's disease. *Int J Dermatol.* 1993;32:59–61.
- 11-Choonhakarn C, Seramethakun P. Erythema annulare centrifugum associated with pregnancy. *Acta Derm Venereol* 1998; 78: 237-238.

12-Rosina P, D'Onghia FS, Barba A. Erythema annulare centrifugum and pregnancy. *Int J Dermatol* 2002; 41: 516-517.

13-Vaughan Jones SA, Black MM. Pregnancy dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1999; 40: 233-241.