



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/630 - Granuloma anular en paciente diabético

E.M. Romero Rodríguez^a, J. García Cintas^a, A. Linares Ruiz^b y J. López Moreno^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 68 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2. Acude a nuestra consulta por la presencia desde hace dos semanas de una lesión anular, de periferia eritemo-papulosa y centro aparentemente normal, no descamativa, en el dorso de la mano. No exposición a agentes tóxicos. No traumatismo previo. No otra sintomatología previa de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. En el dorso de la mano se aprecia lesión anular de 4 cm de diámetro, con periferia eritematosa y centro con epitelización sin alteraciones morfológicas. No descamativo. No se aprecian lesiones en el resto de superficie corporal.

Juicio clínico: Orientación diagnóstica: granuloma anular en paciente con diabetes mellitus tipo 2. Tratamiento: pauta de corticoides y próxima revisión en 10 días.

Diagnóstico diferencial: Las formas maculosas de granuloma anular son muy similares desde el punto de vista clínico a la atrofodermia de Pasini y Pierini. Las lesiones con grandes focos de necrosis plantean diagnóstico diferencial con necrobiosis lipoídica. Granuloma anular profundo y nódulo reumatoide son indistinguibles clínica e histológicamente. Probablemente se trata del mismo proceso.

Comentario final: El granuloma anular es una enfermedad degenerativa del colágeno dérmico con reacción histiocitaria granulomatosa peculiar. Para algunos autores, el evento primario del granuloma anular es la lesión degenerativa del colágeno. La presencia de lesiones ultraestructurales incipientes en áreas aparentemente normales apoya esta opción. La respuesta histiocitaria tendría un carácter reactivo secundario. La exploración física, junto con una buena anamnesis son fundamentales en su diagnóstico. Los corticoides tópicos y los corticoides intralesionales son utilizados en pacientes con lesiones poco numerosas. El tratamiento con PUVA y el etretinato pueden ser útiles en casos con lesiones más extensas. Otros tratamientos como la sulfona o la hidroxicloloroquina también se han mostrado útiles en algunos pacientes.

Bibliografía

1. Camacho F. Dermatitis endocrinas. En: Armijo M, Camacho F. Tratado de Dermatología. Grupo Aula Médica. 1998:967-79.

Palabras clave: Granuloma anular. Piel. Dermatitis. Diabetes.