

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulos perlados unilaterales en hélix y antehélix

Ricardo Ruiz Villaverde y Mari Cruz Martín Sánchez

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

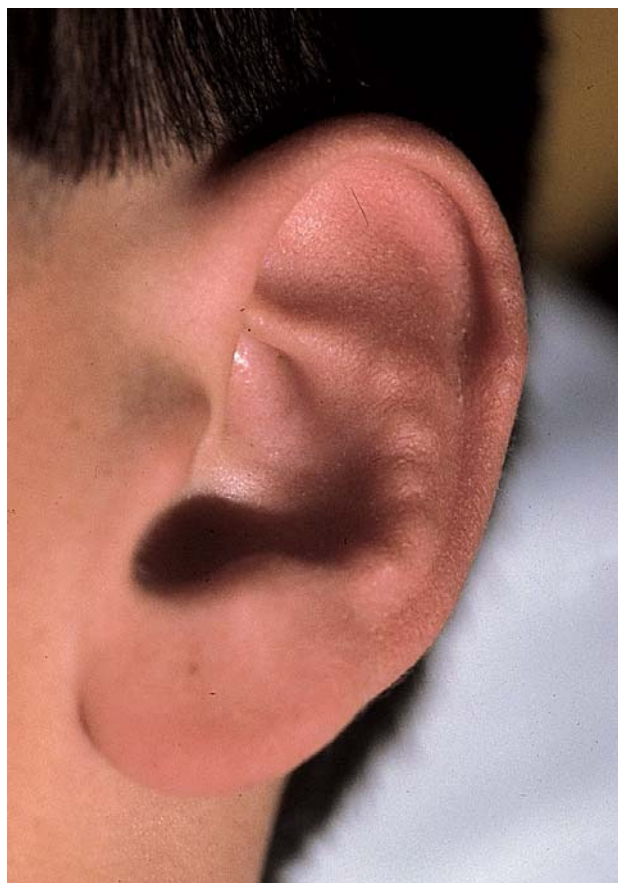


Figura 1. Aspecto clínico de los nódulos en antehélix del pabellón auricular.

Paciente de 12 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude remitido por su pediatra por presentar desde hace 2 meses unas lesiones cutáneas en el hélix y el antehélix del pabellón auricular izquierdo que no le ocasionan ningún tipo de sintomatología y que él atribuye a un golpe mientras jugaba.

Exploración

En el hélix y el antehélix del pabellón auricular izquierdo se aprecian elementos papulonodulares en número de 5-6, de 0,4 cm de diámetro cada uno, que siguen

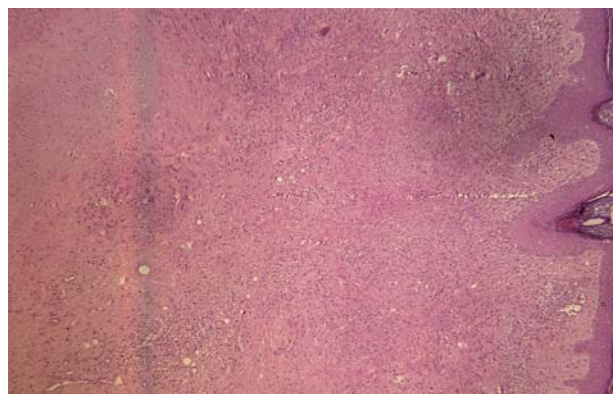


Figura 2. Granuloma con la típica morfología en empalizada en dermis superior.

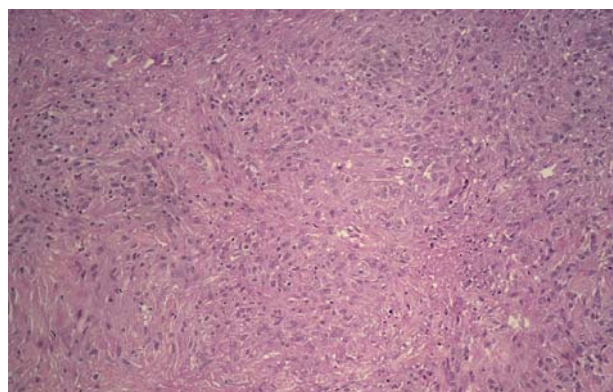


Figura 3. Detalle del infiltrado del granuloma.

una disposición lineal cubiertos por piel normal (fig. 1). En la palpación se nota un discreto grado de infiltración y no se desplazan sobre planos profundos. No se palpan adenopatías locorreionales.

Pruebas complementarias

Los estudios de laboratorio solicitados no ofrecieron anomalías significativas, con cifras de glucemia y perfil lipídico dentro de los valores normales.

Histopatología

El estudio histológico demuestra la existencia de un granuloma rodeado por histiocitos con la típica morfología en empalizada con focos necrobióticos circunscritos en la dermis superior y media con fibras atróficas de colágeno (fig. 2).

Correspondencia: Dr. R. Ruiz Villaverde.
Dr. López Font, 10, 5.º A4. 18004 Granada.

DIAGNÓSTICO

Granuloma anular.

Evolución

Cuando el paciente fue citado a revisión en el plazo de un mes, durante el que tan sólo se le prescribió una crema hidratante, las lesiones habían desaparecido.

COMENTARIO

El granuloma anular es un proceso inflamatorio benigno de la piel de etiología desconocida y autolimitado que se presenta con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes y con casi el doble de frecuencia en mujeres. Fue descrito inicialmente en 1895 por Colcott-Fox¹ como erupción anular en los dedos y denominado en 1902 por Radcliffe-Crocker como granuloma anular².

La etiología del granuloma anular sigue todavía sin conocerse, aunque diversas hipótesis tratan de explicar la causa que determina la existencia de focos de necrobiosis alrededor de los que se forman granulomas en empalizada. Algunos estudios refieren un mecanismo de hipersensibilidad retardada en la formación del granuloma anular, mientras que otros inciden en la existencia de fenómenos de vasculitis de pequeños vasos o liberación de enzimas lisosomiales³. En cualquier caso, hay muchos factores que lo desencadenan: traumatismos, picaduras de insectos, intradermorreacciones, exposición a la luz solar, PUVAterapia, reacciones medicamentosas (vitamina B₁₂), tuberculostáticos, sales de oro, infecciones virales por virus del género *Herpesviridae*⁴, etc. Sigue siendo controvertida la relación de este proceso con la diabetes, fundamentando dicha asociación en la presencia de haplotipo B8⁵, aunque parece ser algo más sólida en el caso del granuloma anular diseminado, si bien algunos autores⁶ no han observado diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes formas clínicas.

Se distinguen cuatro formas típicas de granuloma anular: *a) localizado*: es la variedad más frecuente y aparece en las primeras décadas de la vida como múltiples pápulas de coloración violácea o de piel normal de morfología anular que adoptan un diámetro comprendido entre uno y 5 cm, y se sitúan en el dorso de manos y los pies y las caras dorsales y laterales de los dedos. Su aparición en los pabellones auriculares apenas se describe en la bibliografía⁷; *b) generalizada*: en cualquier lugar de la superficie cutánea, si bien el tronco se afecta con mayor frecuencia y su evolución suele ser más larga. Se ha relacionado con el haplotipo HLA-Bw35; *c) perforante*: en estos casos hay una eliminación transepidérmica del colágeno alterado a través de una pequeña umbilicación central sobre la que se observa la costra o tapón queratósico, y *d) subcutánea*: aparece sobre todo en niños como nódulos subcutáneos indolores localizados de preferencia en piernas y nalgas o en manos y cabeza sin fenómenos de artritis acompañante. También se le conoce como nódulos seudorreumatoideos de la infancia.

El hallazgo histológico fundamental es el granuloma en empalizada. Se trata de una zona central de colágeno degenerado de tono eosinófilo por su contenido en fibri-

na rodeado por un infiltrado linfohistiocitario. En ocasiones, la presencia de mucina en la zona central le confiere un aspecto basófilo, lo que puede demostrarse con tinciones de azul de toluidina que permiten detectar mucopolisacáridos ácidos.

El granuloma anular en la infancia no presenta peculiaridades específicas. Hay un ligero predominio del sexo femenino y la forma clínica más frecuente es la forma localizada, que suele representar casi el 85% de los casos. Se ha señalado que las formas localizadas son más frecuentes en niños y adultos jóvenes, mientras que las formas generalizadas son más frecuentes en los adultos. Las localizaciones donde se suelen presentar con más frecuencia son dorso de las manos y los pies y en los miembros inferiores (nalgas, muslo, pierna y tobillo). Es conveniente resaltar que en la serie presentada por Suárez et al⁸ en 1992, detectaron una hipercolesterolemia en el 10% de los pacientes estudiados, por lo que recomiendan la determinación de valores séricos de lípidos en los pacientes que presentan granuloma anular.

Hay múltiples opciones terapéuticas para el granuloma anular, aunque la eficacia de cada una de ellas no está probada⁹⁻¹¹: corticoides (tópicos, sistémicos e intralesionales), crioterapia, aspirina, salicilatos, yoduro potásico, antipalúdicos, citostáticos, etc. Los resultados del tratamiento son difíciles de valorar debido a la elevada frecuencia de resolución espontánea, por lo que, dada la naturaleza benigna del proceso, una alternativa razonable es la abstención terapéutica. Puede explicarse al paciente que se trata de un proceso benigno y que existe la posibilidad de que el proceso se autorresuelva. La escarificación de las lesiones también se ha utilizado como forma de tratamiento, ya que en muchos casos, así como en el que nosotros presentamos, la realización de biopsia para confirmar el diagnóstico parece contribuir a su resolución.

Diagnóstico diferencial

En este caso es pertinente realizar el diagnóstico diferencial con los siguientes procesos¹²:

Condrodermatitis nodularis helicis. Se presenta en forma de nódulos inflamatorios dolorosos muy sensibles al tacto, que aparecen sobre todo en la región del hélix de etiología desconocida. Suele afectar a varones entre los 40-70 años. Se considera que está desencadenada por traumatismos exógenos y frío, aunque en su fisiopatología se está intentando implicar las alteraciones vasculares.

Tofo gotoso. Aparece como pequeños nódulos blancos o perlados (perlas gotosas), situados en el borde libre del hélix. Los depósitos cutáneos de uratos aparecen como concreciones redondeadas visibles a través de la epidermis adelgazada y pueden llegar a ulcerarse. En el estudio histológico se observan depósitos de urato sódico en el tejido conectivo de la dermis y tejido celular subcutáneo rodeados por granulomas de tipo cuerpo extraño.

Carcinoma basocelular. No es infrecuente encontrar carcinomas basocelulares en los pabellones auriculares. Se inician como pequeñas lesiones nodulares de superficie translúcida con finas telangiectasias en su superficie, que con el paso del tiempo se ulceran en la parte central, mientras que los bordes presentan el típico aspecto perlado. Cuando no se acomete tratamiento quirúrgico en estadios precoces puede extenderse en profundidad hasta el cráneo causando gran destrucción y llegando a ser de difícil control. Desde el punto de vista histológico se caracteriza por la existencia de células basaloideas en empalizada en la periferia de los nódulos tumorales con una disposición interior más irregular. El tumor suele estar separado del tejido conectivo estromal por una hendidura que se constituye como un importante criterio diagnóstico histológico.

Xantomas tuberoeruptivos. Se distribuyen de forma simétrica en codos, rodillas, pies y en pabellones auriculares con menor frecuencia. Son nódulos de color amarillento, semiesféricos, que pueden alcanzar un tamaño considerable (según la localización). Son de crecimiento lento y raramente involucionan espontáneamente. Son característicos de dislipemias que cursan con valores altos de colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad, lo que indica un mayor riesgo de enfermedad coronaria.

Seudoquistes auriculares. Formaciones pseudoquísticas benignas asintomáticas no inflamatorias que aparecen en el pabellón auricular en la porción superior del hélix, la fosa triangular y la fosa escafoidea como resultado de la acumulación de líquido seroso en una cavidad que se forma en el interior del cartílago por degeneración del mismo. Su principal característica histológica es la ausencia de recubrimiento epitelial, aunque en algunos casos aparece envuelta en tejido de granulación.

Nódulos cálcicos del borde de las orejas. Nódulos duros, blanquecinos, que raramente se ulceran, dispuestos en forma de cuentas de rosario en el borde libre del hélix, que parecen estar relacionados con alteraciones locales como la perniosis o tras episodios de congelación.

Xantogranuloma juvenil. Tumor histiocitario benigno de aparición en la infancia y que tiene tendencia a la regresión espontánea. Suele ser único y se presenta como nódulo eritematoso que blanquea a la vitropresión. En la histopatología destaca la presencia de un infiltrado dérmico de histiocitos, linfocitos y eosinófilos. En ocasiones asistimos a la presencia de células de Touton. La localización visceral es posible, aunque altamente infrecuente, y es rara, aunque está descrita, su asociación a enfermedades del tipo neurofibromatosis, enfermedad de Niemann-Pick, leucemia mieloide crónica, urticaria pigmentosa y diabetes mellitus. Involucionan en un período comprendido entre 1 y 5 años.

Juvenil Spring Eruption. Es una erupción fotolumínica que aparece en niños entre 5 y 12 años caracterizada por la presencia de pápulas eritematosas que surgen sobre los pabellones auriculares y evolucionan a vesículas y costras. Pueden curar con pocas o ninguna cicatriz. En ocasiones coexiste con poliadenitis cervical y presenta una histología común con el eritema polimorfo *minor*.

BIBLIOGRAFÍA

- Colcott Fox T. Ringed eruption of the fingers. Br J Dermatol 1895;7:91-7.
- Radcliffe-Crocker H. Granuloma annulare. Br J Dermatol 1902;14:1-5.
- Unamuno P, Fernández López E, García Silva J. Pápulas en las manos de un varón con infección por el VIH.
- Smith MD, Downie JD, Di Constanzo D. Granuloma annulare. Int J Dermatol 1997;36:326-33.
- Muhlemann M, Williams DRR. Localized granuloma annulare is associated with insulin-dependent diabetes mellitus. Br J Dermatol 1984;111:325-9.
- Peñas PF, Jones-Caballero M, Fraga J, Sánchez Pérez J, García Díez A. Perforating granuloma annulare. Int J Dermatol 1997;36:340-8.
- Mills A, Chetty R. Auricular granuloma annulare. A consequence of a trauma? Am J Dermatopathol 1992;14:431-3.
- Suárez J, Navarro L, Gilaberte Y, Torrelo A, Barrantes VL, Mediero IG, et al. Granuloma anular en la edad pediátrica. Actas Dermosifiliogr 1992;83:272-6.
- Dabski K, Winkelmann RK. Generalized granuloma annulare: clinical and laboratory finding in 100 patients. J Am Acad Dermatol 1989;20:39-47.
- Andersen BL, Verdich J. Granuloma Annulare and diabetes mellitus. Br J Dermatol 1979;4:31-7.
- Orbelin P, Revuz J. Granuloma annulare. Quelles thérapeutiques. Ann Dermatol Vénereol 1989;116:519-21.
- Domp Martin A. Nodules of the external ear. Ann Dermatol Vénereol 1999;126:261-6.