

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Nódulos subcutáneos en los codos

Patricia García Morrás y Pablo Lázaro Ochaita

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.



Figura 1. Nódulos subcutáneos en codos.

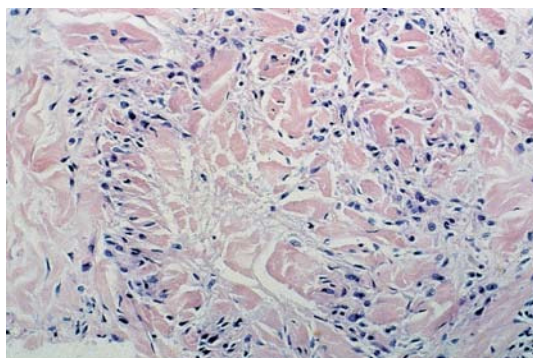


Figura 3. Granuloma compuesto por histiocitos en empalizada en la periferia, con mucina, degeneración del colágeno y neutrófilos centrales (H-E).

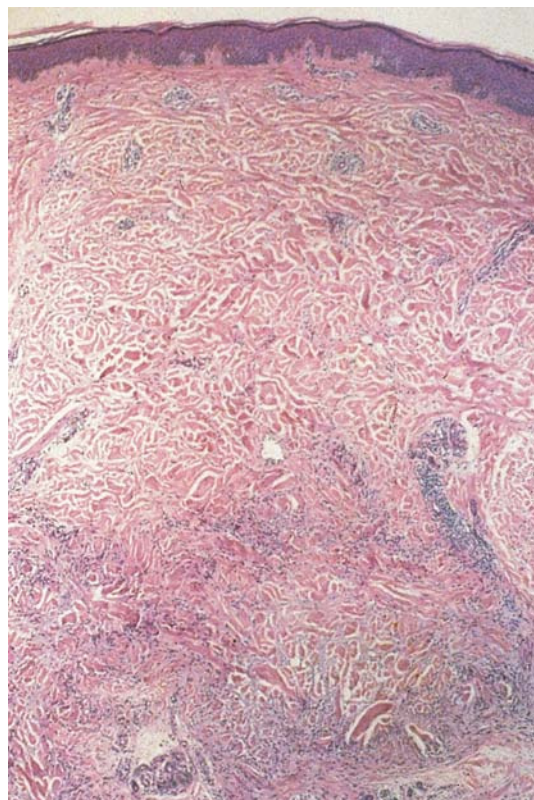


Figura 2. Infiltrado inflamatorio superficial y profundo, con granulomas en la dermis inferior (H-E).

Mujer de 33 años que refería fiebre reumática a los 8 años como único antecedente de interés.

Enfermedad actual

Consultaba por presentar desde hacía un año y medio lesiones no dolorosas de aparición progresiva en ambos codos. No refería síntomas asociados ni molestias articulares.

Exploración

En la exploración se apreciaban módulos subcutáneos en ambos codos, de consistencia dura y del color de la piel normal o ligeramente eritematosos, no adheridos a los planos profundos y bien delimitados (fig. 1). El resto de la exploración física era normal.

Correspondencia: Dra. P. García Morrás.
Servicio de Dermatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
Doctor Esquerdo, 46. 28007 Madrid.

Pruebas complementarias

En las pruebas complementarias destacaban un título de anticuerpos antistreptolisina O (ASLO) de 203 y un mínimo descenso de C3 y C4. El factor reumatoide y los anticuerpos antinucleares (ANA) fueron negativos. El resto de la analítica, que incluía hemograma, coagulación, bioquímica, orina y sedimento, velocidad de sedimentación globular (VSG), proteinograma y cuantificación de inmunoglobulinas en suero, fue rigurosamente normal. La serología para virus de la hepatitis B y C fue negativa.

Histopatología

La biopsia de un nódulo del antebrazo izquierdo mostraba en la dermis reticular media y profunda áreas de necrobiosis del colágeno que se acompañaban de depósitos basófilos de mucina y estaban rodeadas de un infiltrado formado por linfocitos, histiocitos y alguna célula gigante multinucleada. En el resto de la dermis y en la epidermis no se hallaron alteraciones (figs. 2 y 3).

DIAGNÓSTICO

Granuloma anular subcutáneo.

COMENTARIO

El granuloma anular (GA) es una dermatosis inflamatoria benigna descrita por Colcott Fox en 1895¹. Su causa es desconocida, aunque se ha asociado a infecciones (estreptocócicas y virales), picaduras de insectos, realización de Mantoux, traumatismos y exposiciones solares².

Se da con mayor frecuencia en el sexo femenino (2:1) y la mayoría de los casos son diagnosticados en las tres primeras décadas de la vida³.

Existen cuatro formas clínicas de GA: localizado, generalizado, perforante y subcutáneo, con similares hallazgos histopatológicos. El GA localizado es la forma más típica y frecuente⁴. El granuloma anular subcutáneo es una variedad poco frecuente que predomina en los niños. Ha sido descrito en la bibliografía con diferentes nombres, como nódulo reumatoide benigno, nódulo seudorreumatoide, nódulo subcutáneo aislado o granuloma subcutáneo en empalizada^{1,4,5}.

Esta variedad se caracteriza por nódulos dérmicos profundos o subcutáneos, de pequeño tamaño y crecimiento rápido, únicos o múltiples, localizados preferentemente en las extremidades, los glúteos, el cuero cabelludo y la región periorbitaria⁶. Son lesiones del color de la piel o ligeramente eritematosas, sin presentar ulceración ni dolor. En el 25% de los casos pueden existir lesiones típicas de GA³.

El estudio histopatológico muestra uno o varios focos de degeneración del colágeno y la mucina, con histiocitos dispuestos en empalizada en su periferia⁷⁻¹¹.

El diagnóstico requiere historia clínica, exploración física general y pruebas complementarias que descarten una enfermedad sistémica. El diagnóstico de certeza viene dado por la biopsia.

No precisa tratamiento, dada la naturaleza benigna y autorresolutiva del cuadro. En ocasiones, la práctica de una biopsia parece precipitar la desaparición de las lesiones. Hay recidiva en el 40% de los casos.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial clínico puede plantearse con todas las dermatosis que cursen con nódulos subcutáneos, entre las que cabe destacar:

Leishmaniasis. La presencia en la piel de lesiones nodulares puede ocurrir tanto en la leishmaniasis cutánea como en la visceral. En el curso de la leishmaniasis cutánea las lesiones se ulceran y cubren por una costra central. El diagnóstico se establece mediante el hallazgo de los parásitos en el tejido¹².

Sarcoidosis. Podemos encontrar lesiones cutáneas inespecíficas, como el eritema nudoso, y específicas, como máculas, pápulas, nódulos o placas. Los nódulos sarcoideos suelen presentarse preferentemente por el tronco y las extremidades, normalmente son eritematosos o eritematovioláceos, indoloros, de consistencia

dura y se localizan en la dermis profunda o hipodermis. La biopsia muestra granulomas no caseificantes sin corona linfocitaria¹³.

Xantomas. Se producen por la infiltración de histiocitos cargados de lípidos en la piel, el tejido subcutáneo o los tendones. Los xantomas tendinosos, una variedad nodular de los xantomas, son los que pueden confundirse con el granuloma anular subcutáneo; se caracterizan por nódulos de tamaño variable, duros y no adheridos a la dermis, cubiertos por piel de color normal. La histología es típica, con la presencia de células espumosas¹⁵.

Leucemias y linfomas. La afección cutánea producida por las leucemias y los linfomas se da aproximadamente en un 10-50% de los pacientes. Como en la sarcoidosis, distinguimos lesiones cutáneas específicas, constituidas por infiltrados de células tumorales, e inespecíficas. Las lesiones cutáneas específicas aparecen en forma de máculas, pápulas, nódulos o tumores, y es el estudio histopatológico el que aporta el diagnóstico definitivo¹⁴.

El diagnóstico diferencial histológico se plantea con aquellos procesos que cursan con necrobiosis del colágeno, como son:

Nódulos reumatoides. Aparecen aproximadamente en el 20% de los pacientes con artritis reumatoide, normalmente junto a las articulaciones⁹. Histopatológicamente muestran áreas de necrobiosis del colágeno en dermis y/o tejido celular subcutáneo, rodeadas por histiocitos en empalizada, junto con linfocitos, neutrófilos, mastocitos y células gigantes multinucleadas. A diferencia del granuloma anular, las áreas de necrobiosis son más homogéneas y eosinofílicas, y frecuentemente se encuentran depósitos de fibrina. La ausencia de mucina es un dato de gran utilidad para diferenciarlo del granuloma anular¹¹.

Necrobiosis lipóidica. Asociada en el 65% de los casos a diabetes mellitus, se localiza típicamente en las extremidades inferiores, aunque también puede aparecer en los antebrazos, las manos o el tronco. El estudio histopatológico muestra también áreas de necrobiosis del colágeno en la dermis profunda, generalmente más extensas y peor definidas que en el granuloma anular. Otras diferencias que se encuentran con frecuencia son la presencia de cambios vasculares más pronunciados, mayores depósitos lipídicos y un mayor número de células gigantes multinucleadas. Normalmente no existen depósitos de mucina¹¹.

Nódulos de la fiebre reumática. Actualmente son poco frecuentes, debido a la baja prevalencia de la fiebre reumática. Aparecen generalmente en niños, y con frecuencia están asociados a otras manifestaciones de la enfermedad. Suelen ser asintomáticos y localizados de forma simétrica sobre prominencias óseas, especialmente en los codos. La biopsia revela uno o varios focos

de necrosis fibrinoide del colágeno en el tejido celular subcutáneo, rodeados por células inflamatorias, en ocasiones dispuestas en empalizada¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Felner EI, Steinberg JB, Weinberg MD. Subcutaneous granuloma annulare: a review of 47 cases. *Pediatrics* 1997;100:965-7.
2. Miketa JP, Prigoff MM. Granuloma annulare: a case presentation of the typical and subcutaneous forms. *J Foot Ankle Surg* 1993;32:34-7.
3. Barron DF, Cootauco MH, Cohen BA. Granuloma annulare. A clinical review. *Lippincotts Prim Care Pract* 1997;1:33-9.
4. Davids JR, Kolman BH, Billman GF, Krous HF. Subcutaneous granuloma annulare: recognition and treatment. *Journal of Pediatric Orthopaedics* 1993;13:582-6.
5. Salomon RJ, Gardepe SF, Woodley DT. Deep granuloma annulare in adults. *Int J Dermatol* 1986 25:109-12.
6. Martín Moreno L, Jiménez Reyes J, Palomo Arellano A, Ruffin Villaoslada J, Castro Torres A, Martín Jiménez L, et al. Subcutaneous granuloma annulare. A propos of two cases. *An Esp Pediatr* 1985;23:605-8.
7. Patterson JW. Rheumatoid nodule and subcutaneous granuloma annulare. A comparative histologic study. *Am J Dermatopathol* 1988;10:1-8.
8. Argent JD, Fairhurst JJ, Clarke NMP. Subcutaneous granuloma annulare: four cases and review of the literature. *Pediatr Radiol* 1994;24:527-9.
9. Yu GV, Farrer AK. Benign rheumatoid nodule versus subcutaneous granuloma annulare: a diagnostic dilemma –are they the same entity? *J Foot Ankle Surg* 1994;33:156-66.
10. Muhlbaue JE, Boston MA. Granuloma annulare. *J Am Acad Dermatol* 1980;3:217-30.
11. Strutton G. The granulomatous reaction pattern. En: Weedon D, editor. *Skin Pathology*. 1st ed. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1996; p. 161-84.
12. Klaus SN, Frankenburg S. Leishmaniasis and other protozoan infections. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Kath SI, et al, editors. *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999; p. 2609-19.
13. Sharma OP. Sarcoidosis of the skin. En: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editors. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 1999; p. 2099-106.
14. Braverman IM. Leukemia and allied disorders. En: Braverman IM, editor. *Skin signs of systemic disease*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998; p. 131-47.
15. Braverman IM. Endocrine and metabolic diseases. En: Braverman IM, editor. *Skin signs systemic disease*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1998; p. 438-91.