

# PIEL

## FORMACION CONTINUADA EN DERMATOLOGIA

[www.elsevier.es/piel](http://www.elsevier.es/piel)



### Caso clínico

## Onicomicosis por *Scopulariopsis brevicaulis* y carcinoma de pene: dos asociaciones peculiares de eritema anular centrífugo

### ***Scopulariopsis brevicaulis onychomycosis and carcinoma of the penis: Two peculiar associations of erythema annulare centrifugum***

Benigno Monteagudo<sup>a,\*</sup>, Miguel Cabanillas<sup>a</sup>, Óscar Suárez-Amor<sup>a</sup>, Aquilina Ramírez-Santos<sup>a</sup>, Javier Pérez-Valcárcel<sup>b</sup> y Cristina de Las Heras<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol, A Coruña, España

El eritema anular centrífugo (EAC) es una entidad incluida en el grupo de los eritemas figurados. Clínicamente se caracteriza por placas eritematosas que crecen de forma centrífuga adquiriendo una morfología anular o arciforme. Las lesiones pueden ser localizadas o generalizadas, principalmente en las nalgas y el área proximal de extremidades. Suelen respetar el cuero cabelludo, la cara, el área palmo-plantar y las mucosas<sup>1-3</sup>.

Clásicamente se ha dividido en superficial y profundo, con ciertas diferencias tanto en su clínica como en su histopatología. El EAC superficial se presenta como placas eritematosas pruriginosas, poco elevadas y con descamación fina en su margen interno. Su histopatología muestra en la epidermis paraqueratosis focal y espongiosis e infiltrado linfohistiocitario dérmico leve alrededor de los vasos del plexo vascular superficial. La variedad profunda presenta lesiones asintomáticas más sobreelevadas y no descamativas con un infiltrado mononuclear perivascular «en manguito» en la dermis media y profunda<sup>1,4</sup>.

Aunque su etiopatogenia es desconocida, se especula que sea una reacción de hipersensibilidad frente a diferentes antígenos<sup>1,2</sup>. En este artículo queremos comentar dos casos de eritema anular centrífugo, uno asociado a onicomicosis por *Scopulariopsis brevicaulis* y otro a carcinoma de pene vistos recientemente en nuestro servicio.

### Casos clínicos

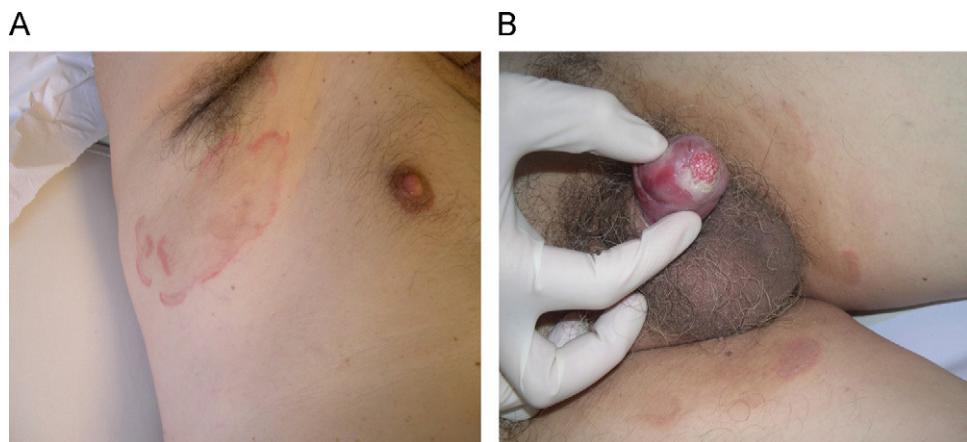
#### Caso 1

Varón de 75 años de edad, con los antecedentes personales de diabetes mellitus tipo II e hipercolesterolemia, que consultó por una erupción cutánea pruriginosa de 4 meses de evolución constituida por placas eritematosas circinadas o arciformes, con descamación en el margen interno del borde de progresión, localizadas en axila derecha e ingles (fig. 1). También presentaba desde hacía más de 1 año áreas de eritroleucoplasia y un tumor carnoso excrecente infiltrado a la palpación en glande (fig. 1B).

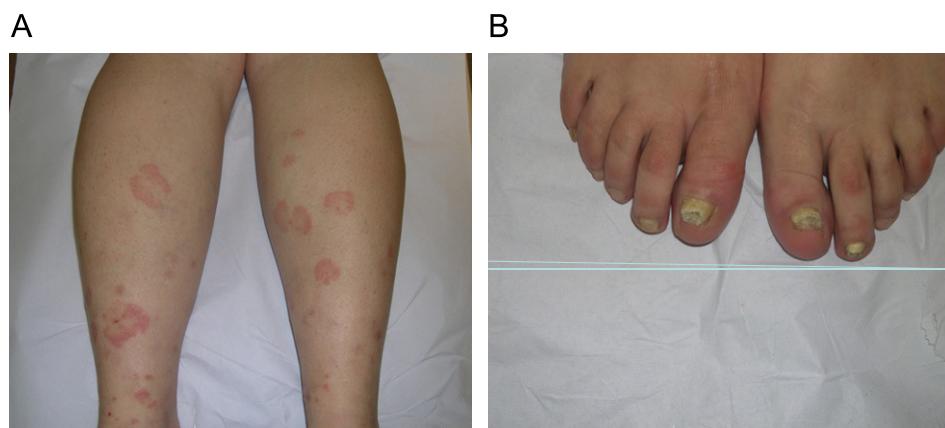
Se realizaron distintas pruebas complementarias, entre ellas factor reumatoide (FR), niveles de anticuerpos antinucleares (ANA), serología de *Borrelia burgdorferi* y estudio micológico de escamas, que resultaron normales o negativas. El estudio histopatológico de la lesión inguinal derecha mostró en dermis un infiltrado linfohistiocitario perivascular y en epidermis espongiosis leve y paraqueratosis focal con la técnica de ácido periódico de Schiff (PAS) negativa. El examen microscópico del tumor de glande demostró un carcinoma epidermoide de pene. El paciente no acudió a las revisiones programadas posteriores a la intervención quirúrgica de la neoplasia.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benims@hotmail.com (B. Monteagudo)



**Figura 1 – A)** Placas anulares de borde eritematoso localizadas en axila derecha. **B)** En glande, tumor carnoso excrecente y áreas de eritroleucoplasia. Placas arciformes, con descamación fina en el margen interno de su borde, en ambas ingles.



**Figura 2 – A)** Placas arciformes de borde eritematoso y sobreelevado localizadas en cara posterior de piernas. **B)** Uñas del primer dedo de pie derecho y primer y segundo dedo de pie izquierdo de coloración amarillenta e hiperqueratosis subungueal.

#### Caso 2

Mujer de 52 años de edad sin antecedentes personales de interés, remitida a nuestro servicio para valoración de unas lesiones asintomáticas en extremidades inferiores de 2 años de evolución. También refería afectación progresiva de las uñas de ambos pies en los últimos 10 años. A la exploración se apreciaron múltiples placas arciformes de borde eritematoso y sobreelevado localizadas en cara posterior de ambas piernas y tercio proximal de muslo izquierdo (fig. 2A). También se observó coloración amarillenta e hiperqueratosis subungueal de las uñas del primer dedo de pie derecho y primer y segundo dedo de pie izquierdo (fig. 2B).

Se realizó estudio histopatológico de una de las lesiones de cara posterior de pierna derecha que evidenció una epidermis sin alteraciones y a nivel de dermis discreto edema así como la presencia de un infiltrado inflamatorio linfocitario de disposición preferentemente perivascular. La técnica de PAS fue negativa.

Los estudios complementarios que incluían hemograma, bioquímica, FR, niveles de ANA, anti-antígenos nucleares extraíbles, fracciones C3 y C4 del complemento, hormona estimulante de la tiroides, proteinograma, cuantificación de inmunoglobulinas, serología para hepatitis B, hepatitis C,

sífilis, virus de inmunodeficiencia humana, *B. burgdorferi* y estudio micológico de escamas de una lesión de cara posterior de pierna izquierda fueron normales o negativos. En el cultivo de muestra de uña de pie se aisló *S. brevicaulis*. Se pautó de forma pulsátil itraconazol oral 400 mg al día, una semana al mes, durante 4 meses. Se obtuvo mejoría de la afectación ungueal y resolución de las lesiones cutáneas.

#### Comentario

La mayor parte de los casos de EAC son idiopáticos. En ocasiones se asocia a procesos tan diversos como infecciones (virus de Epstein-Barr, virus varicela zóster, virus de inmunodeficiencia humana, virus herpes simple, *molluscum contagiosum*, *Rickettsia* y parásitos como *Giardia lamblia* y *Ascaris*), fármacos (por ejemplo diuréticos, cimetidina, finasteride, amitriptilina, ampicilina, espironolactona, antipalúdicos y sales de oro), alimentos, embarazo, sarcoidosis, enfermedades hematológicas (policitemia vera, trombocitemia, crioglobulinemia y síndrome hipereosinofílico), procesos endocrinológicos (hipotiroidismo o hipertiroidismo), enfermedades autoinmunes (como policondritis recidivante, artritis reumatoide, enfermedades ampollosas, enfermedad poliglandular autoinmune tipo I

y síndrome de Sjögren), dermatitis de contacto, colelitiasis y estrés<sup>1-4</sup>.

No es raro encontrar como desencadenante una infección fungica. Aunque hay casos descritos de candidiasis, sobre todo se tratan de dermatofitosis y más concretamente *tinea pedis*<sup>1,3</sup> (podría considerarse una reacción «ide»<sup>5</sup>). No hemos encontrado ningún artículo donde la causa del EAC sea una onicomicosis por *Scopulariopsis brevicaulis*. El EAC es una dermatosis paraneoplásica y por tanto la erupción puede desaparecer tras tratar la neoplasia y reaparecer en una recidiva<sup>6</sup>. Fundamentalmente son tumores hematológicos como linfomas o leucemias<sup>7</sup>. Al igual que en nuestro caso se han publicado casos de pacientes con tumores sólidos: carcinoma de colon, mama, tiroides, pulmón, nasofaringe, ovario o próstata<sup>1</sup>. En estos estaría indicado hacer una biopsia dado que las metástasis cutáneas adoptan una expresividad clínica variable<sup>8</sup> pudiendo simular procesos benignos como un EAC<sup>9</sup>.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con procesos que cursan con lesiones eritematosas anulares como el eritema *gyratum repens*, el eritema crónico migratorio, las metástasis, *tinea corporis*, el infiltrado linfoцитario de Jessner, el lupus eritematoso túmido, los linfomas, los seudolinfomas, las vasculitis leucocitoclásicas, la sífilis secundaria, la micosis fungoide, la sarcoidosis, el granuloma anular, las formas anulares de la psoriasis y la urticaria aguda anular<sup>10,11</sup>.

Las lesiones de EAC pueden regresar espontáneamente en pocas semanas o meses. De existir se trata el proceso asociado, y si fuese necesario se administran corticoides tópicos asociados, si hay prurito, a antihistamínicos orales<sup>11</sup>.

En los últimos años se ha generado cierta controversia sobre si el EAC es una entidad clínico-patológica específica. En un primer momento se sugirió que el término EAC debería reservarse para la variedad superficial, al ser la única que se podría distinguir por sus características clínicas e histológicas<sup>4</sup>. Recientemente se ha señalado que el EAC es un patrón reactivo clínico, y no una entidad clínico-patológica específica, que englobaría principalmente tres grupos de enfermedades: 1) lupus eritematoso sobre todo el túmido; 2) dermatitis espongiosa (eccema subagudo o crónico, dermatitis de

estasis y pitiriasis rosada irritada), y 3) seudolinfoma (en su mayoría asociados a infección por *Borrelia*)<sup>10,11</sup>.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## B I B L I O G R A F Í A

1. Kim KJ, Chang SE, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum. *J Dermatol*. 2002;29:61-7.
2. Martín JM, Ramón D, Molina I, Monteagudo C, García L, Alonso V, et al. Eritema anular centrífugo e hipotiroidismo. *Actas Dermosifiliogr*. 2003;94:417-9.
3. Blanes M, Silvestre JF. Placa eritematodescamativa anular en el muslo. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:673-5.
4. Weyers W, Diaz-Cascajo C, Weyers I. Erythema annulare centrifugum: results of a clinicopathologic study of 73 patients. *Am J Dermatopathol*. 2003;25:451-62.
5. Monteagudo Sánchez B, León Muñoz E, Cabanillas González M, Novo Rodríguez AI, Ordóñez Barrosa P. Dermatofitides faciales. *An Pediatr (Barc)*. 2008;68:411-2.
6. Morán Estefanía M, Fernández Blasco G. Eritemas reactivos paraneoplásicos. *Monogr Dermatol*. 2002;15:331-7.
7. Carlesimo M, Fidanza L, Mari E, Pranteda G, Cacchi C, Veggia B, et al. Erythema annulare centrifugum associated with mantle B-cell non-Hodgkin's lymphoma. *Acta Derm Venereol*. 2009;89:319-20.
8. Monteagudo Sánchez B, Cabanillas González M, Pérez Fernández A, de la Cámara Gómez J, Campo Cerecedo F. Metástasis cutáneas zosteriformes de mesotelioma pleural maligno. *Rev Clin Esp*. 2009;209:262-3.
9. Lee HJ, Chang SE, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Koh JK. Metastatic gastric carcinoma presenting as an erythema annulare centrifugum-like lesion. *J Dermatol*. 2008;35:186-7.
10. Ziemer M, Eisendle K, Zelger B. New concepts on erythema annulare centrifugum: a clinical reaction pattern that does not represent a specific clinicopathological entity. *Br J Dermatol*. 2009;160:119-26.
11. Kaminsky A. Eritemas figurados. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(Supl. 2):88-109.