

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v69i2.10458>

Placas anulares en un paciente con inmunosupresión crónica

Annular plaques in a patient with chronic immunosuppression.

Manuel Gahona,¹ Daniela Meléndrez Vásquez,² Aura Catherine Rodríguez Estupiñán³

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 52 años, quien consultó por un cuadro de 12 meses de evolución de lesiones en el tórax anterior, permanentes, de carácter progresivo, pruriginosas en sus bordes, por lo que había recibido tratamiento con terbinafina oral y clotrimazol tópico durante tres meses, sin mejoría. Refirió antecedente de infección por VIH desde hacía 19 años, actualmente en tratamiento con tenofovir, emtricitabina, atazanavir y ritonavir, con carga viral indetectable según estudios de laboratorio de control virológico recientes.

En el examen físico, se encontraron, en el tórax y el abdomen, extensas placas eritematosas de configuración anular con descamación en su borde interno (**Figura 1**). Se consideró el diagnóstico probable de eritema anular centrífugo y se tomó una biopsia de piel, cuyo reporte fue de hiperqueratosis en cesta, paraqueratosis con infiltrado linfocitario perivasculoso y periinfundibular asociado con extravasación de eritrocitos. **Figura 2**

Con estos hallazgos se prescribió tratamiento con clobetasol en emulsión al 0.05% cada 12 horas durante un mes, con lo que se evidenció alivio completo.

DISCUSIÓN

Los eritemas figurados son un conjunto de enfermedades que cursan con erupciones cutáneas de configuración anular, arciforme, circinada

¹ Médico residente de Dermatología.
² Médica residente de Dermatología.
Pontificia Universidad Javeriana
³ Médica dermatóloga, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-8074-5376>
<https://orcid.org/0000-0003-0018-3196>

Recibido: agosto 2024

Aceptado: octubre 2024

Correspondencia

Manuel Gahona
mgahona@javeriana.edu.co

Este artículo debe citarse como:
Gahona M, Meléndrez-Vásquez D, Rodríguez-Estupiñán AC. Placas anulares en un paciente con inmunosupresión crónica. Dermatol Rev Mex 2025; 69 (2): 318-320.

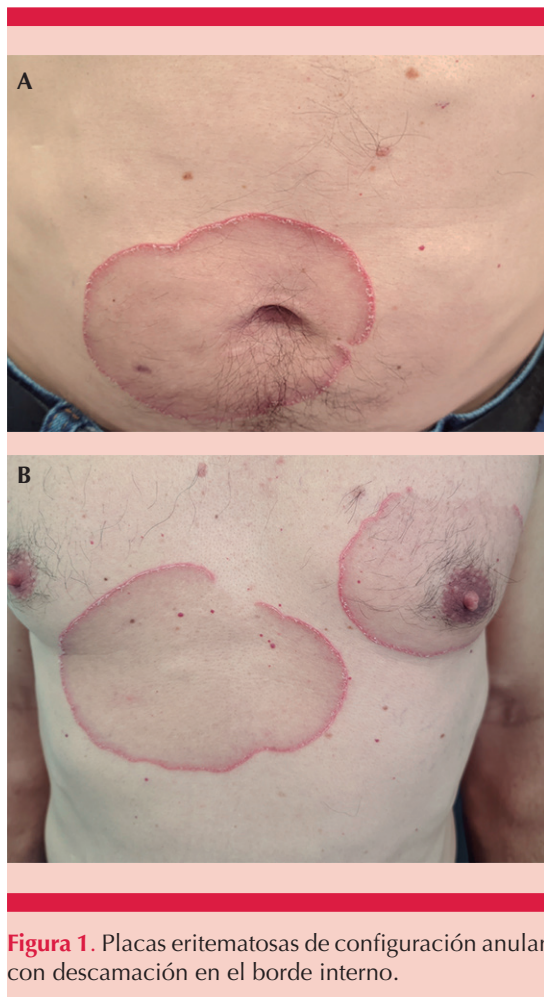


Figura 1. Placas eritematosas de configuración anular con descamación en el borde interno.

o policíclica.¹ Con este término se agrupan enfermedades como el eritema anular centrífugo, el eritema crónico migrans y el eritema gyratum repens, que comparten hallazgos histopatológicos sutiles, lo que podría generar dificultades para su confirmación diagnóstica. Existen otras dermatosis que también pueden manifestarse con lesiones anulares; sin embargo, tienen características clínicas e histopatológicas específicas, por lo que no se incluyen en el término de eritemas figurados, como el granuloma anular, la psoriasis anular y el lupus eritematoso subagudo anular.²

El eritema anular centrífugo es una dermatosis inflamatoria infrecuente de curso crónico

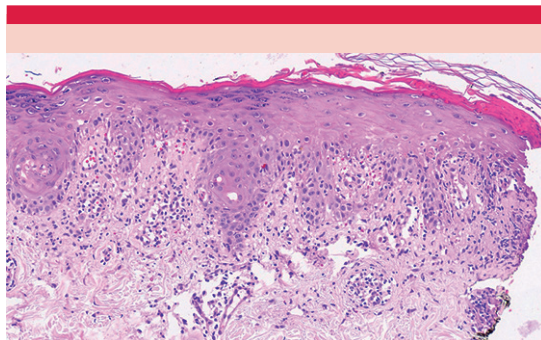


Figura 2. Biopsia de piel (H&E x40): hiperqueratosis en cesta asociada con paraqueratosis con infiltrado linfohistiocitario perivascular y periinfundibular y extravasación de eritrocitos.

y recidivante.³ En 1916 lo describió Darier; posteriormente Ackermann describió sus dos formas: superficial y profunda; la descamación es un dato clínico importante para diferenciarlas.² Su incidencia se desconoce, afecta predominantemente a adultos con edad media de manifestación entre 40 y 50 años, como el paciente del caso.^{2,3}

Existe una interacción entre mediadores inmunológicos (INF- γ , TNF- α , IL-1), células inflamatorias (linfocitos Th1) y antígenos que favorecen la aparición de esta enfermedad. Esta interacción puede desencadenarse a partir de una gran diversidad de factores: neoplasias (leucemias, linfomas, cáncer de seno), infecciones crónicas (dermatofitos, tuberculosis, infección por *Candida* y VIH), medicamentos (piroxicam, espironolactona, cimetidina), alimentos, embarazos y la menstruación. También se ha asociado con sarcoidosis, estrés, hepatopatías y cirugías.^{3,4}

Hace poco se describió un caso de eritema anular centrífugo asociado con infección por COVID-19;⁵ sin embargo, en muchos casos no se logra encontrar un factor predisponente.⁴

En términos clínicos, se manifiesta con máculas y pápulas eritematosas que tienen un crecimiento centrífugo, con aclaramiento central, que confluyen formando placas anulares, policíclicas o arcuatas, que predominan en el tronco, los glúteos o los muslos y muestran un desplazamiento de 2-3 mm por día.

Suele no afectar las plantas y las mucosas.⁶ Las lesiones individuales pueden prolongarse por días o semanas y curarse espontáneamente, mientras pueden aparecer otras nuevas.⁷ La variante superficial, clásica, tipo Wende se distingue por descamación en el borde interno, mientras que el profundo tiene un borde infiltrado urticariforme, sin descamación y un aclaramiento central.⁴

En la histología se caracteriza por hallazgos inespecíficos, paraqueratosis, infiltrado de linfocitos e histiocitos en la dermis media e inferior, así como en el plexo vascular superficial y espongirosis.⁷ La forma profunda, tipo Darier, se distingue por la ausencia de descamación y prurito.^{3,7} En la histología se caracteriza por infiltrado inflamatorio mononuclear en la dermis profunda, poca espongirosis y rara vez hay focos de paraqueratosis.³

El tratamiento debe enfocarse en el control del factor desencadenante. Debido a que en la mayoría de los casos se desconoce la causa, debe darse tratamiento sintomático y clínico con corticosteroides tópicos y sistémicos, antihistamínicos y antimicrobianos.³

CONCLUSIONES

El eritema anular centrífugo es una enfermedad de alivio espontáneo que puede durar desde unas pocas semanas hasta varias décadas.⁷ Por lo general, el eritema anular centrífugo se cura después de tratar la enfermedad subyacente.¹ La enfermedad tiene buen pronóstico, pero las lesiones tienden a recurrir a lo largo de meses o años, y la mayoría de los casos finalmente se curan de manera espontánea.⁴

REFERENCIAS

1. Kaminsky A. Eritemas figurados. *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100 Suppl 2: 88-109.
2. Ríos-Martín JJ, Ferrándiz-Pulido L, Moreno-Ramírez D. Aproximación al diagnóstico dermatopatológico de las lesiones figuradas. *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102 (5): 316-324. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2010.12.009>
3. Munirah Bulqini R, Tabri F, Djawad K. Erythema annulare centrifugum: a rare case report. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat* 2021; 30 (3): 109-111.
4. Giraldo AP, Arango A. Eritemas figurados. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2014; 22: (3): 189-99.
5. Montesinos-Jiménez IJ, Leal-Guevara LV, Martínez-Pérez L. Eritema anular centrífugo en un paciente con COVID-19. *Dermatol Rev Mex* 2022; 66 (2): 257-263. <https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v66i2.7631>
6. Ackerman AB, Chongchitnant N, Sánchez J, et al. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases. Figureate erythemas* 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1997.
7. Kazandjieva A, Bogdanov G, Bogdanov I, et al. Figureate annulare erythemas. *Clin Dermatol* 2022; 3: 368-375. <https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2023.07.005>