

CASOS CLÍNICOS

Eritema anular centrífugo asociado a sífilis

Erythema annulare centrifugum associated with syphilis

Felicitas Kahn Duffau¹, Agostina Ognio¹, Eliana Giangualano², Sandra García³ y María Verónica Rossi⁴

RESUMEN

El eritema anular centrífugo es una dermatosis inflamatoria crónica recurrente de etiología desconocida, caracterizada clínicamente por pápulas eritematosas de distribución anular. Se describen numerosas causas, entre las que se destacan las infecciones. Un estudio exhaustivo del paciente es fundamental para descartar causas secundarias y

realizar un tratamiento específico. Se presenta el caso clínico de una paciente de 23 años con eritema anular centrífugo probablemente asociado a sífilis.

Palabras clave: eritema anular centrífugo, sífilis.

Dermatol. Argent. 2023; 29(1): 40-42

ABSTRACT

Erythema annulare centrifugum is a recurrent, chronic, inflammatory cutaneous disease, of unknown etiology, characterized by annular erythematous papules. Several precipitating factors have been identified, being the infection causes one of the most common. An exhaustive study of the patient is essential in order to recognize secondary causes and to

be able to carry out specific treatment. We present a 23-year-old patient with a superficial annular erythema probably induced by syphilis.

Key words: erythema annulare centrifugum, syphilis.

Dermatol. Argent. 2023; 29(1): 40-42

¹ Médica Residente

² Médica Jefa de Residentes

³ Médica Dermatopatóloga

⁴ Jefa de la Unidad de Dermatología

Servicio de Dermatología, Hospital de Trauma y Emergencia Dr. Federico Abete, Malvinas Argentinas, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: Felicitas Kahn Duffau

E-mail: felicitaskahnduffau@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 20/1/2023

Fecha de trabajo aceptado: 12/4/2023

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 23 años, sin antecedentes de relevancia, consultó al Servicio de Dermatología por presentar una dermatosis pruriginosa, localizada en el tronco y los miembros superiores, de un mes de evolución. En el examen físico se constató la presencia de placas arciformes con bordes eritematosos sobreelevados y centro pálido (Fotos 1 y 2). No tenía compromiso de mucosas, adenopatías palpables ni síntomas sistémicos.

Ante la sospecha clínica de eritema figurado, sífilis secundaria y pitiriasis rosada atípica, se solicitó un laboratorio general con serologías para VIH, hepatitis B y C,

y sífilis, y se realizó una biopsia cutánea en sacabocados para el estudio histopatológico, que mostró infiltrados linfoides perivasculares superficiales y profundos, con escaso compromiso de los anexos ecridos, vinculables a un eritema figurado (Fotos 3 y 4). Se obtuvo una VDRL de 32 DILS y una prueba de aglutinación de partículas de *T. pallidum* positiva. El cuadro se interpretó como eritema anular centrífugo asociado (EAC) a sífilis latente indeterminada. Se indicó penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular en tres dosis, con mejoría del cuadro clínico a los 5 días de iniciado el tratamiento.



FOTOS 1 y 2: Placas arciformes con límites eritematosos sobreelevados y centro pálido en los brazos y el abdomen.

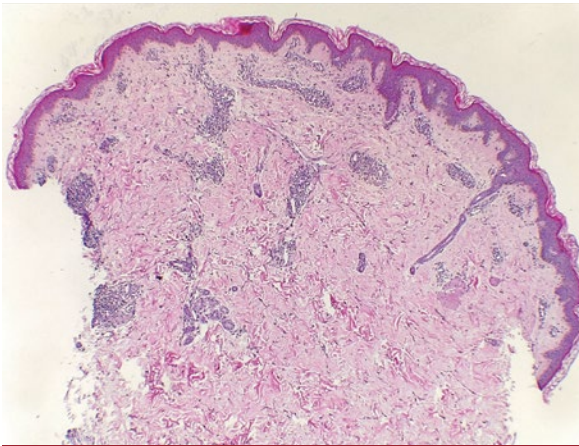


FOTO 3: Infiltrados linfoides perivascuales superficiales y profundos (HyE, 4X).

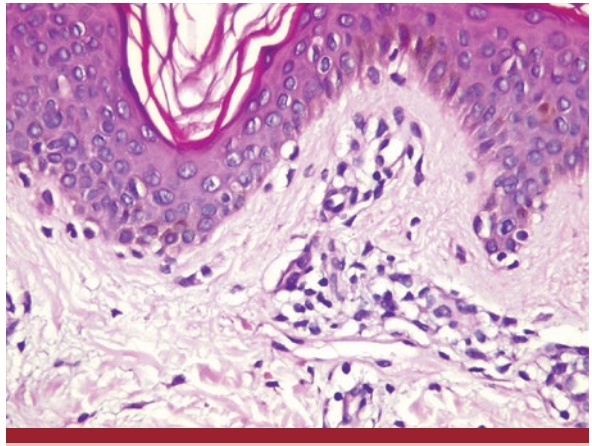


FOTO 4: Detalle de los infiltrados linfoides y eritrocitos extravasados (HyE, 40X).

COMENTARIOS

El EAC es una dermatosis inflamatoria crónica recurrente de etiología desconocida. Se trata de una patología poco frecuente, con igual incidencia en ambos sexos que, si bien puede aparecer a cualquier edad, predomina en la quinta década de la vida¹⁻⁴.

Hay diversas teorías acerca de su etiología; la mayoría argumenta que se trata de una reacción de hipersensibilidad a los antígenos que se reconocen como extraños. La causa exacta aún se desconoce y en la mayoría de los casos es un trastorno idiopático, ya que no se detecta el agente causal^{1,3,4}.

Se describen numerosas entidades asociadas: enfermedades infecciosas como molusco contagioso, dermatofitosis, infecciones por el virus de Epstein-Barr; consumo de fármacos como hidroclorotiazida, espironolactona, amitriptilina; endocrinopatías; trastornos autoinmunitarios; embarazo; sarcoidosis; enfermedad de Crohn²⁻⁶ y neoplasias; se denomina PEACE (*paraneoplastic erythema annulare centrifugum eruption*) cuando se presenta como parte de un síndrome paraneoplásico³.

Inicialmente, se manifiesta con pápulas eritematosas que evolucionan a placas de crecimiento centrífugo con aclaramiento central, lo que conforma el patrón anular característico. Tiene un rápido crecimiento, a razón de 2-3 mm por día, y alcanza hasta 10 cm de diámetro^{1,2,4}. Se localiza predominantemente en el tronco, glúteos y muslos, y respeta por lo general el cuero cabelludo, palmas, plantas y mucosas¹⁻³. No suele asociarse a manifestaciones sistémicas⁴. Existen dos variantes: la superficial o clásica, caracterizada por bordes mínimamente elevados acompañados de descamación fina en el margen interno y prurito, y la profunda, que se diferencia de la primera por la presencia de bordes sobreelevados que no son descamativos ni pruriginosos²⁻⁴.

El principal hallazgo anatomopatológico en la forma superficial es un infiltrado perivascular de predominio linfocítico en la dermis superficial, dispuesto en manguito. Además, se acompaña de paraqueratosis y espongiosis si se realiza la biopsia del borde descamativo. En la forma profunda, el infiltrado afecta tanto la dermis superficial como la profunda^{1,2,4}.

Los diagnósticos diferenciales son numerosos e incluyen la tiña corporal y la psoriasis anular para la variante superficial; la urticaria anular, la micosis fungoide y el lupus tumidus para la profunda, y la sífilis secundaria para ambas, dada la amplia variabilidad de su presentación clínica^{2,4}.

En cuanto a la sífilis, su histología es polimorfa, y puede evidenciar infiltrados de células plasmáticas, dermatitis psoriasiforme, y patrón liquenoide o granulomatoso^{4,10,11,13}.

El diagnóstico se basa en la clínica y la histopatología, y es fundamental la realización de estudios complementarios para encontrar la posible causa subyacente^{1,3,4}.

El tratamiento del EAC idiopático tiene como objetivo el alivio sintomático y la resolución de las lesiones cutáneas. Se utilizan principalmente corticosteroides tópicos, corticosteroides sistémicos en casos seleccionados y antihistamínicos orales si hay prurito. Existe evidencia del uso empírico de antibióticos y

antifúngicos en casos idiopáticos, con buenos resultados, debido a las numerosas enfermedades infecciosas asociadas¹⁻⁴. En caso de resistencia a los tratamientos convencionales, como alternativas se plantea el empleo de tacrolimus tópico, calcipotriol, fototerapia UVB de banda angosta, metronidazol tópico, etanercept subcutáneo e interferón alfa subcutáneo^{1-4,7-9}. Cuando se trata de un EAC causado por un trastorno subyacente, el tratamiento de este produce la remisión del cuadro¹⁻⁴.

El interés de esta presentación radica en dar a conocer un caso de una patología infrecuente en una paciente con diagnóstico simultáneo de sífilis y EAC. Se han publicado comunicaciones de sífilis secundaria que imita esta entidad¹⁰⁻¹³.

Sin embargo, en el presente caso el resultado de la anatomía patológica era compatible con EAC, lo que dio lugar a la posibilidad de que la infección por *Treponema pallidum* fuera la causa subyacente de este, y no una sífilis secundaria que lo simulaba clínicamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaminsky A. Eritemas figurados. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:88-109.
2. Giraldo AP, Arango A. Eritemas figurados. *Rev Asoc Colomb Dermatol.* 2014;22:189-199.
3. McDaniel B, Cook C. *Erythema annulare centrifugum*, [Internet], StatPearls Publishing, enero 2022 [Consultado diciembre 2022], PMID:29494101.
4. España A. Eritemas figurados. En: Bologna J, Schaffer J, Cerro-ni L. *Dermatología.* 4ª ed. Elsevier; 2018:320-324.
5. Mandel VD, Ferrari B, Manfredini M, Giusti F, et al. Annually recurring erythema annulare centrifugum: a case report. *J Med Case Rep.* 2015;9:236.
6. Chu CH, Tuan PK, Yang SJ. Molluscum contagiosum-induced erythema annulare centrifugum. *JAMA Dermatol.* 2015;151:1385-1386.
7. Minni J, Sarro R. A novel therapeutic approach to erythema annulare centrifugum. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:134-135.
8. Reuter J, Braun-Falco M, Termeer C, Bruckner-Tuderman L. Erythema annulare centrifugum Darier. Successful therapy with topical calcitriol and 311 nm-ultraviolet B narrow band phototherapy. *Hautarzt.* 2007;58:146-148.
9. Gniadecki R. Calcipotriol for erythema annulare centrifugum. *Br J Dermatol.* 2002;146:317-319.
10. Liu ZH, Chen JF. Unusual huge erythema annulare centrifugum presentation of second syphilis. *QJM.* 2014;107:231-232.
11. Cotterman C, Eckert L, Ackerman L. Syphilis mimicking tinea imbricata and erythema annulare centrifugum in an immunocompromised patient. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:165-167.
12. Mansouri S, Mai S, Senouci K, Hassam B. Secondary syphilis resembling erythema annulare centrifugum. *BMJ Case Rep.* 2019;12:e230301.
13. Wong G, Li J, Mohamed M, Williams R, et al. A large annular scaly plaque. *Aust J Gen Pract.* 2018;47:783-784.