

Eritema anular eosinofílico

Eosinophilic annular erythema

Javier Solé¹, Alejandra Anabel Panizzardí², Félix Vigovich³, José Casas⁴ y Margarita Larralde⁵

RESUMEN

El eritema anular eosinofílico (EAE) es una enfermedad benigna, recurrente, caracterizada por la presencia de lesiones urticarianas anulares en ausencia de eosinofilia periférica. Histológicamente se reconoce un infiltrado eosinofílico perivasculár. Presentamos el caso de un paciente con brotes recurrentes de lesiones figuradas erite-

matosas, con distribución preferencial en los cuatro miembros y con hallazgos histológicos compatibles con esta entidad.

Palabras clave: eritema anular eosinofílico, síndrome de Wells.

Dermatol. Argent. 2016, 22 (4):207-210

ABSTRACT

Eosinophilic annular erythema is a benign recurrent disease characterized by the presence of urticarial annular lesions in the absence of peripheral eosinophilia. Histologically it is characterized by perivascular eosinophilic infiltrate. We present a patient with recurrent

outbreaks of figurative erythematous lesions mainly distributed in members with a characteristic histology.

Key words: eosinophilic annular erythema, Wells syndrome.

Dermatol. Argent. 2016, 22 (4):207-210

¹ Médico de planta. Servicio de Dermatología

² Residente de 3er año. Servicio de Dermatología

³ Médico de planta. Servicio de Patología

⁴ Médico consultor del Servicio de Anatomía patológica

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología
Hospital Alemán, CABA, Argentina

Contacto del autor: Alejandra Anabel Panizzardí

E-mail: anabel_panizzardí@yahoo.com.ar

Fecha de trabajo recibido: 9/11/2015

Fecha de trabajo aceptado: 26/12/2016

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Un varón de 43 años consultó al servicio de Dermatología por una erupción recurrente de placas eritematosas anulares y semicirculares de límites sobre-elevados y centro claro, de distribución generalizada, que afectaba principalmente las rodillas, el dorso de los pies, la palma, y el frente y el dorso de la mano izquierda (Fotos 1 y 2). Algunas de las lesiones eran pruriginosas y dolorosas. La dermatosis llevaba más de un mes de evolución. El laboratorio informó 10.900 glóbulos blancos con un 2,9% de eosinófilos (316 valor absoluto). El resto de los valores se encontraba dentro del rango normal. En el estudio histopatológico de la

biopsia de la palma se observó piel acral con acantosis y espongiosis epidérmica, dermis con moderado infiltrado inflamatorio perivasculár con numerosos eosinófilos (Fotos 3 y 4). Teniendo en cuenta las características clínicas, histológicas y de laboratorio, se presumió el cuadro como perteneciente a un EAE. Dadas la recurrencia de las lesiones y la sintomatología, se realizó un ciclo con meprednisona en dosis de 8 mg durante 10 días. Sin embargo, las lesiones recurrieron antes del mes de finalizados los corticosteroides, por lo que se propuso iniciar el tratamiento con hidroxiclороquina 200 mg/día. El paciente no regresó a los controles posteriores.



FOTO 1: Palma izquierda. Lesión anular de centro claro y límite eritematoso sobrelevado.



FOTO 2: Dorso del pulgar. Se observa una placa eritematosa con un centro sutilmente deprimido y más claro.

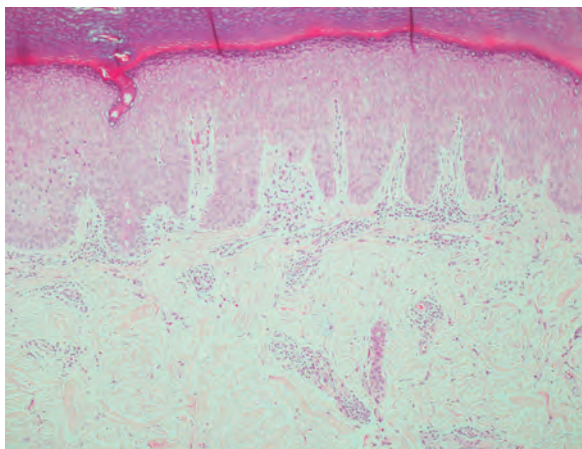


FOTO 3: Biopsia de la palma izquierda. Histopatología (HyE), 40x. Se observan acantosis y espongiosis epidérmica. En la dermis, moderado infiltrado inflamatorio perivascular “en manguitos”.

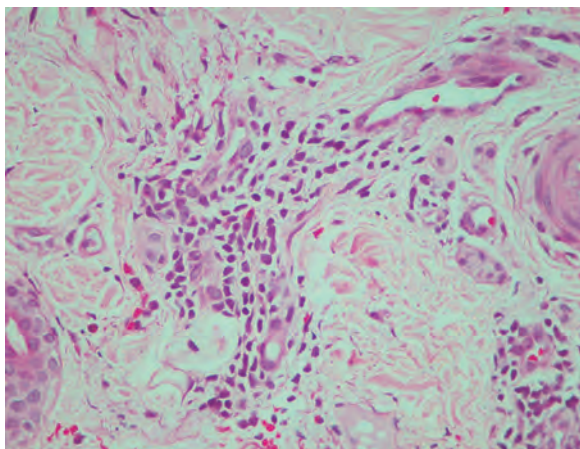


FOTO 4: Histopatología (HyE), 100x. En la dermis se observa un moderado infiltrado inflamatorio perivascular “en manguitos”, con numerosos eosinófilos.

COMENTARIOS

Peterson y Jarratt¹, en 1981, fueron los primeros en describir el eritema anular eosinofílico en la infancia (EA EI). La primera descripción en una paciente adulta data del año 2000, realizada por Kahofer, quien observó a una mujer con lesiones figuradas eritematosas y eosinofilia tisular en ausencia de figuras en llamas en la histopatología y de eosinofilia en la sangre periférica². La causa de esta dermatosis no está definida. En el caso del EA EI, se propone la reacción de hipersensibilidad a un antígeno desconocido como posible desencadenante.

Se caracteriza por la presencia de brotes recurrentes de placas anulares o policíclicas, a veces pruriginosas, que afectan principalmente los miembros y el tronco. No suele haber síntomas asociados y los brotes finalmente remiten después de meses o años. El estudio histopatológico evidencia un infiltrado eosinofílico perivascular³.

Algunas comunicaciones de casos alertan sobre la asociación de esta dermatosis con enfermedades neoplásicas.⁴ Si bien estas lesiones responden a los corticosteroides sistémicos, recaen rápidamente al suspenderlos, por lo que se han propuesto como alternativas la hidroxiquina, la dapsona y la fototerapia⁵⁻⁷.

No hay consenso acerca de la clasificación de esta entidad. Si bien al principio se la propuso como una nueva dermatosis, algunos autores sostienen que se trata de una forma de presentación del síndrome de Wells, caracterizado histológicamente por el infiltrado difuso de eosinófilos en la dermis y, con el tiempo, la degeneración de las fibras colágenas, con las consiguientes figuras en llama⁸.

Rongioletti *et ál.* describieron los casos de dos pacientes adultos con clínica sugestiva de eritema anular eosinofílico que fueron sometidos a biopsias sucesivas en las que, finalmente, se demostraron las figuras en llamas. A partir de estos hallazgos, sugirieron la posibilidad de que la entidad sea una forma inicial del síndrome de Wells⁸. Un estudio multicéntrico prospectivo, que evaluó la presentación clínica y la histología en diferentes estadios de lesiones anulares con eosinofilia tisular, concluyó que hay una estrecha relación entre ambas enfermedades. Esta conclusión se basó en el hallazgo histológico de figuras en llamas en las lesiones más antiguas del EAE. Además, se observó que la eosinofilia periférica es un hecho fluctuante en estas entidades⁹.

En el paciente del caso analizado, la dermatosis fue encuadrada con el nombre de eritema anular eosinofílico teniendo en cuenta las características clínicas e histológicas (con ausencia de figuras en llama) y el número normal de eosinófilos en la sangre periférica. Si consideramos que el EAE puede ser parte de un espectro dentro del síndrome de Wells, sería conveniente continuar con el seguimiento clínico e histológico de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peterson A, Jarratt M. Annular erythema of infancy. *Arch Dermatol* 1981;117:145-148.
2. Kahofer P, Grabmaier E, Aberer E. Treatment of eosinophilic annular erythema with chloroquine. *Acta Derm Venereol* 2000;80:70-71.
3. Sempau L, Larralde M, Luna PC, Casas J *et ál.* Eosinophilic annular erythema. *Dermatol online J* 2012;18:8-10.
4. Iga N, Otsuka A, Kaku Y, Miyachi Y, *et ál.* Eosinophilic annular erythema limited on the palms and the soles and possi-

- bly associated with thymoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016;30:1213-1214.
5. Thomas L, Fatah S, Nagarajan S, Natarajan S. Eosinophilic annular erythema: successful response to ultraviolet B therapy. *Clin Exp Dermatol* 2015;40:883-886.
 6. Manriquez J, Berroeta Mauriziano D, Andino-Navarrete R, Vera-Kellet C. Eosinophilic annular erythema: complete clinical response with dapsone. *Int J Dermatol* 2015;54(4):e96-98.
 7. Mebazaa A, Kenani N, Ghariani N, Denguezli M, et al. Eosinophilic annular erythema responsive to chloroquin. *Europ J dermatol* 2009;19:84-85.
 8. Rongioletti F, Fausti V, Kempf W, Rebora A, et al. Eosinophilic annular erythema: An expression of the clinical and pathological polymorphism of Wells syndrome. *J Am Acad Dermatol* 2011;65:135-137 Letters.
 9. Khalawany EIM, Mutairi AI, Sultan M, Shaaban D. Eosinophilic annular erythema is a peculiar subtype in the spectrum of Wells syndrome: a multicentre long-term follow-up study. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013;27:973-979.

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ MITOS Y VERDADES. Tratamiento de la dermatitis atópica

Florencia Quadrana y Mariela Di Doménico

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, CABA, Argentina

1. Los corticosteroides tópicos son más eficaces que los inhibidores de la calcineurina para el tratamiento de las exacerbaciones de la dermatitis atópica.

MITO: los inhibidores de la calcineurina (tacrolimus y pimecrolimus) son tan efectivos como los corticosteroides tópicos, pero presentan un mayor costo e incidencia de efectos adversos, por lo que se elige a los corticosteroides como tratamiento de primera línea.

Broeders JA, Ahmed Ali U, Fischer G. Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials (RCTs) comparing topical calcineurin inhibitors with topical corticosteroids for atopic dermatitis: A 15-year experience. *J Am Acad Dermatol* 2016;75:410-419.

2. El dupilumab es un nuevo fármaco recientemente aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica refractaria a otros tratamientos.

MITO: el dupilumab es un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de IL-4 e IL-13, que cumple un papel fundamental en la fisiopatología de esta enfermedad. En un ensayo clínico contra placebo una dosis de 300 mg/semana durante 12 semanas demostró una disminución del 72% en el *EASI score* y franca mejoría del prurito. Si bien es un fármaco prometedor, todavía no fue aprobado para este uso.

Gooderham M, Lynde CW, Papp K, Bourcier M, et al. Review of systemic treatment options for adult atopic dermatitis. [en línea] *J Cutan Med Surg* 2016 [consulta: 15 de septiembre de 2016]
Laufer F, Ring J. Target-oriented therapy: Emerging drugs for atopic dermatitis. *Expert Opin Emerg Drugs* 2016;21:81-89.

3. La ciclosporina se considera el tratamiento de primera línea contra la dermatitis atópica severa.

VERDADERO: la ciclosporina demostró mayor eficacia en el tratamiento de la dermatitis atópica severa frente a otros tratamientos sistémicos. A diferencia de los corticosteroides por vía oral, no presenta efecto rebote tras la suspensión y la remisión es más estable. La azatioprina y el metotrexato se consideran drogas de segunda y tercera línea respectivamente.

Schmitt J, Schäkel K, Fölster-Holst R, Bauer A, et al. Prednisolone vs. ciclosporin for severe adult eczema. An investigator-initiated double blind placebo-controlled multicentre trial. *Br J Dermatol* 2010;162:661-668.

Roekevisch E, Spuls PI, Kuester D, Limpens J, et al. Efficacy and safety of systemic treatment for moderate-to-severe atopic dermatitis: a systemic review. *J Allergy Clin Immunol* 2014;133:429-438.