CASO CLÍNICO

Granuloma anular diseminado. Experiencia clínica en un paciente adulto

Melany Ayala,* Juan Diez De Medina, Daniela Callisaya***

* *Hospital Tercer Nivel Chuquisaca. Sucre, Bolivia.*
** *Fundación Piel. La Paz, Bolivia.*

Correspondencia:
Melany Liza Ayala Gonzales
melanyayala.95@gmail.com

Palabras claves: Granuloma anular, diseminado, dapsona, minociclina

Cómo citar este artículo:
Ayala M., Diez De Medina J., Callisaya D. Granuloma anular diseminado. Experiencia clínica en un paciente adulto. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 26/2/2025
Fecha de aceptación: 3/3/2026

RESUMEN

El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria y autolimitada, sin etiología clara, caracterizada por lesiones de aspecto nodular que confluyen a placas; existen cinco formas clínicas, siendo la forma diseminada una forma rara. El término granuloma anular diseminado (GAD) hace referencia a más de 10 lesiones en forma característica en todo el cuerpo. Si bien la asociación con dislipidemia no está del todo establecida, es la más frecuente, así como también su relación con neoplasias malignas, fármacos, virus, vacunas, mesoterapia, toxina botulínica y ciertos HLA. El tratamiento es variado e incluye terapia con corticoides intralesionales, tetraciclinas, retinoides sistémicos, vitamina E, dapsona, fármacos biológicos, láser e inhibidores de la JAK-quinasa. Además, la educación alimentaria es muy importante por el nexo que lleva la entidad. Aportamos un nuevo caso a la literatura de granuloma anular diseminado en un paciente masculino resuelto con dapsona y minociclina tras descartar otras posibles causas.

INTRODUCCIÓN

El granuloma anular es una enfermedad inflamatoria no infecciosa, benigna y autolimitada, sin etiología clara, caracterizada por la presencia de lesiones de aspecto nodular que confluyen a placas, más frecuente en el sexo femenino y en menores de 30 años.[1]

Los traumas cutáneos, la radiación ultravioleta, la predisposición genética, la asociación con neoplasias hematológicas como el linfoma no Hodgkin y con tumores sólidos como mama y adenocarcinomas juegan un rol importante en su patogenia. También se ha descrito la asociación de ciertos fármacos como el topiramato, nifedipino, amlodipino, calcitonina, alopurinol, levetiracetam, inhibidores de TNFα (infliximab, adalimumab, etanercept), secukinumab y tocilizumab.

Asimismo, diversos virus como el HIV, Epstein Barr, virus de la hepatitis C, parvovirus B19, virus del herpes simple, SARS-CoV-2 y varicela zóster, también se han visto involucrados. Finalmente, existen casos reportados tras la administración de vacunas, contra el sarampión, rubeola, paperas, neumococo y procedimientos como la mesoterapia, fototerapia y toxina botulínica.[1-4] Dentro de la fisiopatología, la teoría más aceptada es la participación de los linfocitos T, que producen TGF-β e IL-2. La variedad generalizada se relaciona con la participación de los HLA-B*35 y HLA-B*29.[1,2]

Aportamos un nuevo caso a la literatura un granuloma anular diseminado tratado exitosamente con dapsona y minociclina, y compartimos nuestra experiencia clínica.

CASO CLÍNICO

Masculino de 25 años, procedente de la capital de Bolivia (Sucre), sin antecedentes patológicos, acudió a consulta de dermatología por dermatosis de 1 mes de evolución, caracterizada por prurito intenso acompañado de placas infiltradas y arciformes con halo eritematoso y centro pálido, diseminadas en brazos, tórax, abdomen y piernas, la más grande de 15 cm. (Figura 1-5)



Figura 1: Se evidencia dermatosis diseminada en brazos, antebrazos, abdomen y piernas caracterizado por placas diseminadas eritematosas, algunas arciformes.



Figura 2: Placas anulares con centro pálido de distribución arciforme en región torácica y abdominal.



Figura 3: Placas eritematosas de distinto diámetro con centro pálido de distribución anular en antebrazo derecho.



Figura 4: Placas eritematosas de distinto diámetro en región interna de brazo y antebrazo izquierdo.



Figura 5: Placas eritematosas arciformes confluentes en región interna de muslo derecho.

Recibió un pulso de prednisona vía oral (1 mg/kg/día) durante 10 días, con remisión parcial y posterior exacerbación de la enfermedad, ante la sospecha clínica de un granuloma anular, se realizó biopsia de una lesión activa. En la muestra histopatológica, se evidenció degeneración de colágeno, asociado a infiltrado linfocitario con ocasionales histiocitos y leve depósito de mucina, hallazgos compatibles con un granuloma anular. (Figura 6 y 7) Los hallazgos clínicos e histopatológicos concluyeron en un granuloma anular diseminado.

Se solicitaron laboratorios que reportaron hipertrigliceridemia (202 mg/dl). No se pudo realizar la determinación de Glucosa 6 fosfato deshidrogenasa por la ausencia de dicho reactivo requerido para el análisis al momento de la evaluación. Se inició tratamiento con dapsona 100 mg cada día por 12 semanas logrando remisión de la enfermedad. Sin embargo, a los 6 meses se evidenció un brote de las lesiones en brazo izquierdo (Figura 8), mientras que el resto del cuerpo se mantuvo sin recidiva. Debido a limitaciones económicas, se optó por iniciar un tratamiento de mantenimiento con minociclina 100 mg/día. Actualmente, el paciente permanece sin nuevas exacerbaciones. (Figura 9, 10, 11). Además, se realizó educación alimentaria con dieta hipocalórica e hipograsa.

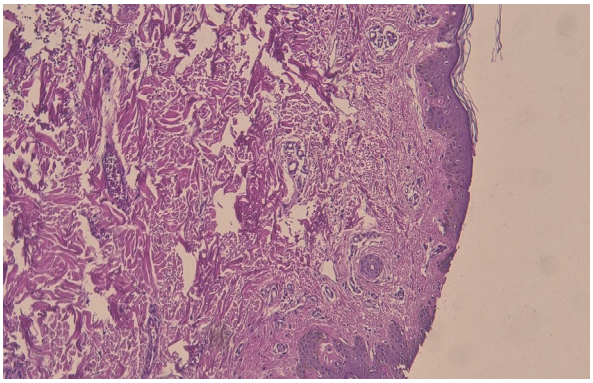


Figura 6: H-E. Epidermis conservada, en dermis se evidencia degeneración de colágeno, asociado a infiltrado linfocitario con ocasionales histiocitos.

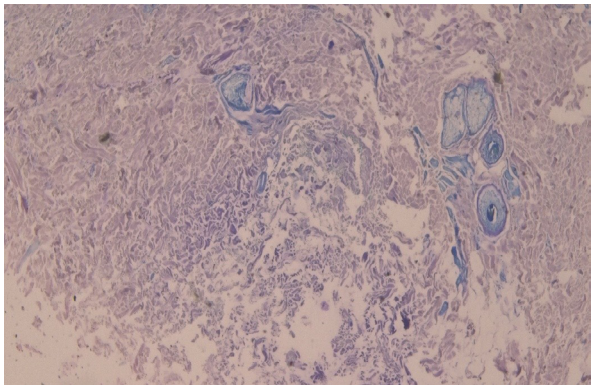


Figura 7: Azul Alcian. Depósito de mucina en dermis.



Figura 8: Fotografía de control a los 6 meses. Se evidencia placa eritematosa infiltrada en región interna de brazo izquierdo.

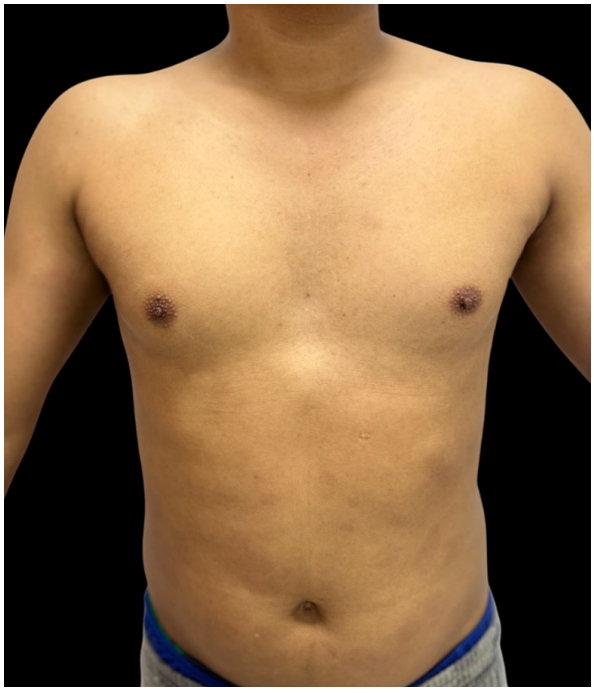


Figura 9: Fotografía de control a los 6 meses. Sin evidencia de dermatosis en abdomen y tórax anterior.



Figura 10: Fotografía de control a los 6 meses. Sin evidencia de lesiones activas en antebrazo derecho.



Figura 11: Fotografía de control a los 6 meses. Sin lesiones activas en muslo derecho.

DISCUSIÓN

El granuloma anular es una entidad rara, que afecta al 1% de la población y que cursa con distintas manifestaciones, existen 5 formas clínicas: la localizada (la más frecuente), diseminada, perforante, subcutánea y la variante en placas. La forma diseminada que es rara y crónica, constituye el 15% de los casos y se caracteriza por más de 10 lesiones distribuidas en todo el cuerpo, éstas se evidencian como nódulos eritematosos o de color piel, coalescentes a placas de distribución anular o arciforme, acompañadas o no de prurito intenso que suelen aparecer en tronco, abdomen y extremidades.[1,3,4] En la biopsia, se puede apreciar una degeneración del colágeno, inflamación reactiva y fibrosis, además de un foco de necrobiosis, rodeado de histiocitos empalizados y mucina (el dato más importante).[4]

Se ha documentado la asociación del GAD con dislipidemia, diabetes mellitus, tiroiditis autoinmune, artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y enfermedad celiaca.[1–3]

El diagnóstico diferencial incluye el dermatofibroma, dermatomiositis, tuberculide papulo-necrótide, Síndrome de Sweet, lepra dimorfa, eritema elevatum diutinum, eritema marginado, sarcoidosis subcutánea, tiña corporis, eritema anular, entre otros.[4,5]

Ningún tratamiento es totalmente eficaz; en un porcentaje se ha observado la remisión de las lesiones biopsia de las mismas, crioterapia o incluso de manera espontánea (Fenómeno de isotropismo). Se ha evidenciado el uso de corticoides tópicos como primera línea terapéutica, así como el uso de triamcinolona intralesional, vitamina E, pentoxifilina, tacrolimus, isotretinoína, ciclosporina, interferón alfa, hidroxicloroquina, dapsona, tetraciclinas, etanercept, láser excímero, todos ellos con nivel de evidencia bajo (nivel D).[1,2,5] Los ésteres de ácido fumárico, representan una opción nueva y prometedora.[6,7] Asimismo existen resultados favorables con terapias inmunomoduladoras como el apremilast, infliximab, metotrexato e inhibidores de la JAK (tópico y oral); aunque ninguna de ellas ha demostrado una curación del 100%. Los tratamientos que muestran un nivel de evidencia B y C son la terapia fotodinámica y la dapsona.[8,9]

Respecto a la dapsona; los datos publicados, mencionan que gran parte de los casos han mejorado tras

una instauración de 4-12 semanas de tratamiento, con una dosis inicial de 100 mg/día. Muchos pacientes se pueden mantener sin recidiva de la enfermedad tras la suspensión del fármaco, aunque todavía no está bien estudiado y se deben considerar sus efectos secundarios (anemia hemolítica y meta-hemoglobinemia), además de tener en cuenta a pacientes con alteraciones hepáticas, renales, gestantes y aquellos con deficiencia de glucosa 6 fosfato-deshidrogenasa o ácido fólico.[10–14]

El manejo del GAD continúa siendo un desafío, y la evidencia indica que la respuesta de la dapsona es controvertida porque los efectos del fármaco pueden no ser duraderos o consistentes. Si bien algunos autores la proponen como un tratamiento, aún hay pocas series descritas que respaldan su uso. Aunque no se dispone un tratamiento definitivo para el GAD, si la dapsona se utiliza de forma adecuada y con controles periódicos, puede ser segura, y en algunos casos lograr la remisión de la enfermedad, sin descartar la posibilidad de recurrencias.[14]

En nuestro caso, el paciente alcanzó una remisión clínica tras 12 semanas de tratamiento con dapsona a 100 mg/día con adecuada tolerancia y sin registro de reacciones adversas. A los 6 meses presentó una recidiva, sin embargo, la continuidad con dapsona no fue posible por limitaciones económicas, por lo que se realizó cambio terapéutico a minociclina, sin documentarse exacerbación del cuadro.

CONCLUSIÓN

Este caso particularmente aporta evidencia clínica que respalda un uso secuencial de dapsona y también de minociclina, de forma asequible para pacientes con recursos económicos limitados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Trejo J., Gonzalez M., Figueroa E., Marín D., Granuloma anular diseminado. Rev Cent Dermatol Pascua 2019; 28 (2): 65-70.
2. Lopez L., Ramos A., Jaidar A. Granuloma anular diseminado con fenómeno de iatropismo. Comunicación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2007. 16 (2).
3. Ortiz L., Quiroz L., Morán A., Loayza E. Granuloma Anular Diseminado: Reporte de caso y revisión de la literatura. 2023. Centro Dermatológico Dr. Uraga; 5 (2):1-8.
4. Joshi TP, Duvic M. Granuloma anular: una revisión actualizada de la epidemiología, la patogénesis y las opciones de tratamiento. Am J Clin Dermatol. 2022; 23(1):37-50.
5. Corigliano M., Achenbach R. Granuloma anular: un desafío diagnóstico y terapéutico. Rev. argent. dermatol. 2012; 93(4).
6. Kul A., De Greef A., Baeck M., Harkemanne E.. Granuloma anular subcutáneo familiar: informe de un caso de dos hermanos. Cureus. 2024; 16(10).
7. Trejo AJR, González GM, Figueroa BE. Dimetilfumarato utilizado como tratamiento eficaz para el granuloma anular diseminado: un estudio de caso inmunohistoquímico. Int J Mol Sci. 2023; 24(17): 1-8.
8. Blum S, Altman D. Treatment of generalized granuloma annulare with apremilast: A report of 2 cases. JAAD. 2019. 24;5(11): 976-978.
9. Saez M., Guarino M., Gijon C., Zato M., Olasolo J. Eficacia de la dapsona en el granuloma anular diseminado: presentación de un caso y revisión de la literatura. Actas Dermosifiliogr. 2008; 99 (1): 64-67.
10. Wang A, Singh K, Ibrahim W, King B, Damsky W. The Promise of JAK Inhibitors for Treatment of Sarcoidosis and Other Inflammatory Disorders with Macrophage Activation: A Review of the Literature. Yale J Biol Med. 2020;93(1):187-195.
11. Mukovozov IM, Kashetsky N, Richer V. Light- and laser-based treatments for granuloma annulare: A systematic review. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2022 Jul;38(4):301-310.
12. Molinelli E, Paolinelli M, Campanati A, Brisigotti V, Offidani A. Metabolic, pharmacokinetic, and toxicological issues surrounding dapsone. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2019 May;15(5):367-379.
13. Wozel G, Blasum C. Dapsone in dermatology and beyond. Arch Dermatol Res. 2014 Mar;306(2):103-24.
14. Hrin M, Bashyam A, Feldman SR. Oral dapsone for the treatment of generalized granuloma annulare: a retrospective case series. J Am Acad Dermatol. 2022;86(4):911-914.

ORCID

Melany Ayala https://orcid.org/0009-0002-8620-2780
Juan Diez De Medina https://orcid.org/0009-0005-9020-7439
Daniela Callisaya https://orcid.org/0009-0003-7577-8204