

LESIONES ANULARES: UN DESAFIO DIAGNÓSTICO

Cristina Ferreras^{*,1}, Marisa Rodrigues* and Daniel Gonçalves*

*Pediatrics department, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto, Portugal.

ABSTRACT: Las lesiones cutáneas figuradas son muy frecuentes en la práctica diaria, y en la mayoría de las ocasiones requieren una adecuada correlación clínica para llegar a un diagnóstico correcto. Presentamos el caso de una niña de 8 años, observada en varias ocasiones por una lesión en el muslo, con progresión centrífuga y aumento progresivo. Inició antibioterapia por sospecha de eritema migrans, pero por no existir mejoría se colocó la hipótesis diagnóstica de eritema granular centrífugo, iniciando tratamiento con corticoides tópicos y mejoría gradual. En conclusión, el diagnóstico diferencial de las lesiones dermatológicas anulares puede ser desafiante, con necesidad de seguimiento y acompañamiento de estos pacientes.

KEYWORDS lesión anular, eritema migrans, eritema anular centrífugo

Caso clínico

Los autores presentan el caso de una niña de 8 años, sin antecedentes de interés y vacunada correctamente. Presentaba desde hacía una semana, una lesión en el muslo derecho, con progresión centrífuga, con aumento progresivo en los 3 últimos días (Figura 1). Sin fiebre u otra sintomatología. No se observa picadura de insecto. Habían estado recientemente de vacaciones en áreas urbanas, no en áreas rurales ni forestales.

Por este motivo ya había consultado a otro médico, que había prescrito flucloxacilina oral. Por agravamiento de la lesión con aumento del diámetro y aparecimiento de unas pápulas en los 4 miembros fue a nuestro servicio de urgencia. Al examen objetivo presentaba una lesión centrífuga en el muslo derecho, con 9 cm de diámetro y pequeñas pápulas en los miembros superiores e inferiores. Por sospecha clínica de eritema migrans, fue pedida la serología de *Borrelia* e inició doxiciclina. El resultado de las serologías fue negativo. Fue nuevamente observada en consulta externa de pediatría y de dermatología cinco días después, manteniendo la lesión sin aparente mejoría (Figura 2). Por este motivo se colocó un nuevo diagnóstico diferencial: el eritema anular centrífugo, motivo por el cual inició corticoides tópicos con mejoría gradual como se pudo constatar 15 días después en consulta. Realizó estudio analítico completo para exclusión de patología asociada, con seguimiento en la consulta de pediatría, sin otros problemas y sin otras secuelas.



Figura 1: Lesión centrífuga en el muslo derecho en el muslo en la primera observación en nuestro centro

Copyright © 2021 by the Bulgarian Association of Young Surgeons

DOI:10.5455/IJMRCR.lesiones-anulares-613

First Received: January 30, 2021

Accepted: February 24, 2021

Associate Editor: Ivan Inkov (BG);

¹Cristina Ferreras, Pediatrics department, Centro Hospitalar Universitário de São João, Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto, Phone number: +351968686022,

E-mail: cristinaferreras87@gmail.com

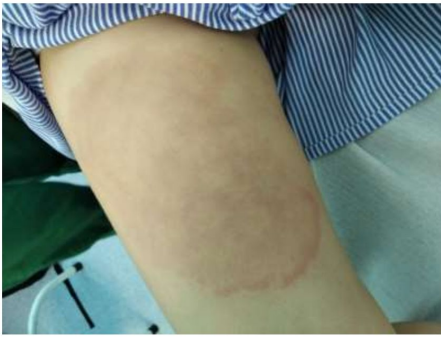


Figura 2: Lesión en el muslo en la observación en consulta, con aumento del diámetro.

Discussion

El eritema migrans es la lesión patognomónica de la fase localizada temprana de la enfermedad de Lyme o borreliosis. Está presente en el 90% de los casos infantiles. Aparece en el lugar de la picadura de garrapata, aunque no siempre se encuentra presente el insecto. La lesión presenta a una forma anular de crecimiento centrifugo que se expande hasta formar una lesión circular eritematosa, surge en la mayoría de los casos a los 7-14 días. Típicamente no presenta bordes sobreelevados, vesículas ni escamas, Puede asociar prurito y sensación hiperestésica, raramente es dolorosa¹. En el inicio de la enfermedad, puede existir una ausencia de una respuesta inmune medible por su precocidad, no siendo necesaria la confirmación microbiológica. El diagnóstico del eritema migrans es clínico, sin necesidad de realizar estudios complementarios. Los testes serológicos tienen poca sensibilidad en pacientes con eritema migrans durante la fase aguda (resultados positivos en solo 25 a 40% de los pacientes sin evidencia de diseminación) y los resultados falsos negativos siguen siendo comunes (ocurren hasta en el 50% de los casos) [1,3]. La historia de mordedura previa por garrapata es altamente sugestiva del diagnóstico, pero sólo es reportada en la historia clínica en 30-40% de los casos. Si no es reconocida y tratada en esta fase inicial, se disemina y avanza la enfermedad, por lo que es importante su sospecha ante un exantema compatible, teniendo en cuenta que una serología positiva no indica necesariamente enfermedad y una serología negativa no excluye la enfermedad³. Ante una sospecha debe ser iniciado tratamiento con doxiciclina oral durante 2 semanas. Sin tratamiento, las lesiones pueden llegar a atingir grandes dimensiones, pero generalmente resuelven en un período de semanas o meses [1,2].

El diagnóstico diferencial de esta lesión puede ser el eritema anular centrifugo, cuyo cuadro característico suele ser lesiones maculopapulares o papulares, que, en nuestro caso, solo aparecieron en la segunda observación, que acaban por formar placas en las que se aclara la región central hasta adquirir una morfología anular. Es una enfermedad cutánea poco común de causa desconocida, que en la mayoría de los pacientes tiende a la involución. Se le ha relacionado con enfermedades sistémicas, infecciones y neoplasias malignas, sin haberse demostrado claramente esta asociación, como ocurrió en nuestro caso [4,5].

Conclusion

Las lesiones cutáneas figuradas son muy frecuentes en la práctica diaria, y en la mayoría de las ocasiones requieren una adecuada correlación clínica para llegar a un diagnóstico correcto. El diagnóstico diferencial de las lesiones dermatológicas anulares puede ser desafiante.

Disclosures

The authors have no funding or conflicts of interest to disclose.

Author Contributions

All the authors consulted the patient described in the paper. Cristina Ferreras and Marisa Rodrigues were responsible to write the paper. Daniel Rodrigues revised the manuscript. All authors have seen and approved the final manuscript as submitted and take full responsibility for the manuscript.

References

1. Shapiro D. Lyme Disease. *N Engl J Med.* 2014 Aug 14; 371(7): 684
2. Tibbles CD, Edlow JA. Does this patient have erythema migrans? *JAMA.* 2007;297:2617-27
3. Steere AC, McHugh G, Damle N, Sikand VK. Prospective study of serologic tests for Lyme disease. *Clin Infect Dis.* 2008;47:188-95
4. Mir A, Terushkin V, Fischer M, Meehan S. Erythema annulare centrifugum. *Dermatol Online J.* 2012;18:21-21
5. Kim KJ, Chang SE, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, Koh JK. Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum. *J Dermatol.* 2002;29:61-67