

# Eritema anular centrífugo

## Presentación de nueve casos y revisión bibliográfica

Adrián Alejandro Schejman, Mónica Susana Maiolino, Patricia Noemí López y José Schejman†

**Resumen:** El eritema anular centrífugo es una dermatosis crónica, de origen desconocido, aunque en algunos casos se lo ha asociado a otros procesos. Es, tal vez, el exponente más importante de los llamados eritemas figurados. No tiene predilección por sexo, edad ni localización. Está constituido por pápulas rosadas, únicas o múltiples, infiltradas, de crecimiento progresivo, que confluyen entre sí, curándose por el centro; se caracteriza por mostrar una figura anular policíclica, en ocasiones múltiple, de anillo incompleto, con un borde de avance característico. Su patrón histológico debe compatibilizarse con la clínica para arribar al diagnóstico. Son múltiples los diagnósticos diferenciales posibles con este proceso. No tiene un tratamiento específico, salvo en los casos en los que se demuestre un agente etiológico definido. Presentamos nueve pacientes diagnosticados clínica e histológicamente y revisamos la bibliografía existente en el tema.

**Palabras clave:** eritemas figurados - eritema anular centrífugo - etiología - diagnósticos diferenciales.

**ABSTRACT:** Erythema annulare centrifugum (EAC) is a chronic dermatosis of unknown origin. However, it has been noted that it is linked to other processes. It is possibly the most significant pattern of the so-called Erythema Figuratum. No bias for either sex and localization is apparent and it may occur at any time throughout life. Pink, infiltrated and either multiple or single papules that slowly enlarge and form a ring as the central area fades are the hallmark of the disease. It shows an incomplete ring of annular polycyclic shape which is sometimes multiple, along with a relevant edge. Histology should be consistent with the clinical presentation for a diagnosis. It has no specific treatment, unless a defined etiologic agent is described. We present nine patients with this clinical and histological diagnosis and we review the current literature.

**Key words:** Erythema Figuratum - Erythema Annulare Centrifugum - Etiology - Differential Diagnosis.

Arch. Argent. Dermatol. 56:129-136, 2006

### INTRODUCCION Y OBJETIVOS

En múltiples ocasiones nos enfrentamos, en nuestra práctica diaria, ante pacientes portadores de múltiples lesiones papulosas o papuloescamosas anulares urticariformes, localizadas o diseminadas universalmente en el tegumento, las cuales nos hacen pensar en una serie de entidades conocidas como eritemas figurados (EF), algunas de las cuales se encuentran asociados íntimamente a neoplasias internas, por lo que nos obliga a estar alerta y permanentemente informados para discriminar correctamente cada una de ellas, dirigiéndonos a la pesquisa etiológica de las mismas. Entre los EF encontramos, además del eritema anular centrífugo (EAC), otros como el eritema necrolítico migratriz, el eritema marginado reumático o el eritema crónico migrato-

rio, mientras que otras patologías no específicamente anulares pueden manifestarse ocasionalmente con este tipo de lesiones (Tabla I). El EAC es una dermatosis infrecuente, de origen desconocido en gran proporción de los casos descritos, aunque también se la ha visto relacionada con otros procesos<sup>1</sup>. De curso crónico y variable, puede dar comienzo en cualquier edad de la vida, con igual frecuencia en ambos sexos y sin una localización predilecta. Según diversos autores, se incluyen bajo esta denominación varias afecciones crónicas anulares y figuradas, entre las cuales podemos encontrar algunas que por sus características clínicas y etiológicas están bien definidas, como el eritema crónico migrans, el eritema gyratum repens o el eritema marginado antes mencionados<sup>2,3</sup>.

Se lo ha visto asociado a procesos micóticos (tinea pedis, ingesta de quesos azules, candidiasis), estreptococcias, moluscos contagiosos, virus Epstein-Barr, síndrome de Sjögren y otros trastornos reumatológicos,

Centro Dermatológico Schejman. Director Médico: Dr. José Schejman.

CUADRO I . CASOS CLINICOS

Caso	Sexo (M/F)	Edad (años)	Nº de Lesiones	Distribución	Prurito	Tratamiento	Observaciones
1	M	27	Unica	Axila	Sí	Antimicóticos	
2	F	29	Múltiples	Miembros inferiores	No	Ninguno	Embarazo 15 semanas
3	F	43	Múltiples	Tronco, extremidades superiores e inferiores	Sí	Loratadina/ betametasona	
4	M	32	Múltiples	Axilas, ingles	Sí	-	
5	F	64	Múltiples	Universal	Sí	Itraconazol 100 mg/día (4 semanas)	ECA ↑
6	M	74	Dos	Ingle derecha	No	Fluconazol 150 mg/sem (4 sem)	CEA 58.2 (vn 52) CEA 4.1(vn 3.4)
7	F	49	Unica	Codo izquierdo	Leve		Ca tiroides extirpado
8	M	54	Múltiples	Muslos y glúteos	Leve	Itraconazol Clobetasol Mebendazol	ExPMF (+) Blastocistis hominis
9	M	57	Unica	Dorso	Leve		FAN (+)1/80 VDRL (+)1/1

ECA: enzima convertidora de angiotensina  
CEA: antígeno carcinoembrionario  
Ex PMF: examen parasitológico de materias fecales  
FAN: factor antinúcleo  
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory

**TABLA I**  
**CLASIFICACION DE LOS PROCESOS QUE PUEDEN CURSAR CON LESIONES ANULARES<sup>1</sup>**

Primarios	Secundarios
Eritema anular centrífugo	Elastoma perforante
Eritema ondulatorio súbito	Penfigoide
Eritema necrolítico migratriz	Dermatitis herpetiforme
Eritema marginado reumático	Herpes gestationis
Eritema crónico migratorio	Eritema polimorfo
Megaleritema infeccioso	Liquen plano
Lupus eritematoso subagudo (LECSA)	Verruga vulgar
Lupus eritematoso neonatal (LENN)	Dermatitis seborreica
Lepra tuberculoide	Urticaria
Lepra borderline	Sarcoidosis
Herpes circinado	Impétigo vulgar
Psoriasis gyrate	Pitiriasis rosada
Psoriasis de Bloch	Lupus vulgar
Pustulosis subcórnea	Tuberculosis verrugosa
Púrpura anular de Majocchi	Sífilis terciaria
Granuloma anular	Síndrome de Sjogren

sarcoidosis, hipersensibilidad a drogas, hipertiroidismo, carcinomas varios, disproteinemias, trastornos hematológicos.

Clásicamente se describen dos formas clínicas, con sutiles diferencias entre sí: la forma superficial o de Brocq, pruriginosa, de bordes escasamente definidos y descamativos, en tanto que la forma profunda o de Darier es asintomática, de bordes precisos e indurados.

Histológicamente se caracteriza por presentar un denso infiltrado linfocítico perivasculares en dermis super-

ficial y media ("en manguito"), a veces asociado a grandes células mononucleares y eosinófilos. En las formas dérmicas o profundas (Darier) la epidermis se halla indemne, pudiendo encontrarse espongiosis en los casos con collarate descamativo (Brocq).

Presentamos nuestra casuística sobre el tema, pacientes en quienes el cuadro se sospechó clínicamente y se confirmó histológicamente. Todos los casos fueron estudiados profundamente, en búsqueda de su probable etiología. Repasamos la historia clínica de cada uno de ellos, la analítica de sus estudios y revisamos la bibliografía existente sobre el tema.

## MATERIAL Y METODOS

Nueve pacientes fueron vistos en nuestra institución, entre marzo de 2002 y marzo de 2005, en los cuales se sospechó clínicamente el diagnóstico de EAC. En todos ellos, en la primera consulta se realizó interrogatorio, examen físico, iconografía de las lesiones más significativas y se solicitó el perfil laboratorial, y en la segunda visita se obtuvo toma biopsia para su posterior estudio histopatológico con hematoxilina y eosina y se investigó sobre los resultados obtenidos en los exámenes.

De ellos, 5 son varones y 4 mujeres, cuya media de edad es 47 años (27 a 74 años). Todos presentaron, al momento de la consulta, múltiples lesiones diseminadas, excepto dos: un varón con una única lesión en axila derecha y una mujer con una lesión en codo izquierdo. En todos los casos la histopatología confirmó el diagnóstico, lo que nos permitió comenzar con la pesquisa



Fig. 1: Caso 1. Lesión única en axila derecha, varios episodios en variada distribución, variante superficial.

etiológica, excepto en el caso 2, quien se encontraba con embarazo en curso y no ha vuelto a consulta.

#### Caso N° 1:

*Enfermedad actual:* varón de 27 años de edad, que comienza en octubre de 2000 con lesión eritematopapulosa anular en región coccígea, levemente pruriginosa, sospechosa de tinea corporis, la cual se trata con fluconazol 150 mg/semana durante 15 días, sin obtenerse mejoría, e involuiona luego espontáneamente. En enero de 2002 reaparece con una lesión similar pero de menores dimensiones, en dorso de mano izquierda. En todos los episodios la dermatosis respeta región palmo-plantar. Se propone realizar biopsia y examen micológico de la misma, involucionando antes de su estudio. En septiembre de 2002 reaparece con una lesión de similares características en axila derecha (Fig. 1), la cual fue biopsiada.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* no muestran significado patológico de interés.

*Histopatología* (Dr. G. Magariños): eritema anular centrífugo.

*Exámenes complementarios:* se solicitó laboratorio incluyendo hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, uremia, glucemia, creatininemia, proteinograma electroforético, anticuerpos antiborrelia, colagenograma, Rx tórax, electrocardiograma y antígeno carcinoembrionario, mostrando todos resultados negativos o dentro de los parámetros normales.

*Evolución y tratamiento:* luego de llegar al diagnóstico, y de no hallar su etiología precisa, se realizaron esquemas antimicóticos orales empíricos (fluconazol 150 mg/semana; itraconazol 100 mg/día, 10 días) en varias oportunidades, con eficacia variable, mostrando pequeñas recidivas con efecto retardado, no habiendo nuevas lesiones en los últimos 3 meses.

#### Caso N° 2:

*Enfermedad actual:* mujer de 29 años de edad, que con-

sulta por presentar lesiones eritematosas figuradas, con bordes de avance precisos y centro descamativo, localizadas en ambas piernas, asintomáticas, de 2 meses de evolución, de comienzo en verano, que aparecen e involucionan espontáneamente luego de 20 días de evolución.

*Antecedentes de enfermedad actual:* ha padecido el mismo episodio el verano pasado, refiriendo que las lesiones fueron de menor tamaño y localizadas en piernas y brazos, respetando palmas y plantas.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* al momento de la consulta cursaba embarazo de 15 semanas, controlada obstétricamente. No presentaba ningún otro antecedente personal ni familiar de interés.

*Exámenes complementarios:* se solicitan exámenes tiroideos, colagenograma, perfil inmunológico, Rx tórax y electrocardiograma y se realiza biopsia, no volviendo a la consulta luego de ésta.

*Histopatología* (Dra. G. Pacheco): eritema anular centrífugo.

*Evolución:* se desconoce como evolucionó la dermatosis debido a que la paciente no ha vuelto a la consulta.

#### Caso N° 3:

*Enfermedad actual:* mujer de 43 años de edad, que presenta múltiples lesiones anulares eritematopapulosa incompletas, de 2 a 5 cm de diámetro, con distribución universal, respetando cara y palmas y plantas, pruriginosas, de varios meses de evolución tórpida.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* no refería ninguno de interés.

*Exámenes complementarios:* hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, uremia, creatininemia, proteinograma electroforético, glucemia, sedimento urinario, perfil tiroideo, colagenograma, electrocardiograma y Rx de tórax dentro de parámetros normales.

*Histopatología* (Dr. G. Magariños): eritema anular centrífugo.

*Tratamiento y evolución:* antihistamínicos y corticoides orales asociados en bajas dosis, con buena evolución y desaparición de las lesiones. La paciente no ha vuelto a la consulta desde entonces. Desconocemos sobre la aparición de recidivas.

#### Caso N° 4:

*Enfermedad actual:* varón de 32 años de edad, que consulta por presentar múltiples lesiones anulares, figuradas, de anillo incompleto, con borde de avance lento, distribuidas en muslos, ingles y brazos, moderado prurito, 3 meses de evolución. Tratado únicamente con anterioridad con antimicóticos locales, sin mostrar respuesta a los mismos.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* no drogas, no tabaco, no alcohol, sin enfermedades relevantes, con controles médicos periódicos. Antecedentes familiares sin particularidades.

*Exámenes complementarios:* sin particularidades.

*Histopatología* (Dra. G. Pacheco): eritema anular centrífugo.



Fig. 2: Caso 5. Distribución universal de lesiones superficiales.

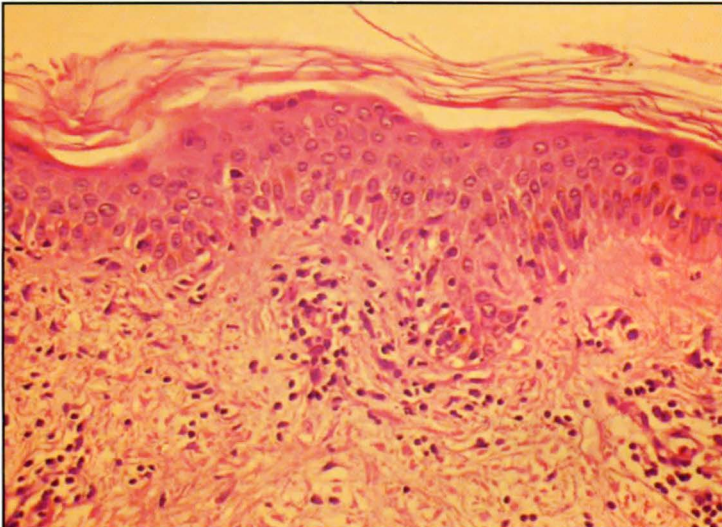
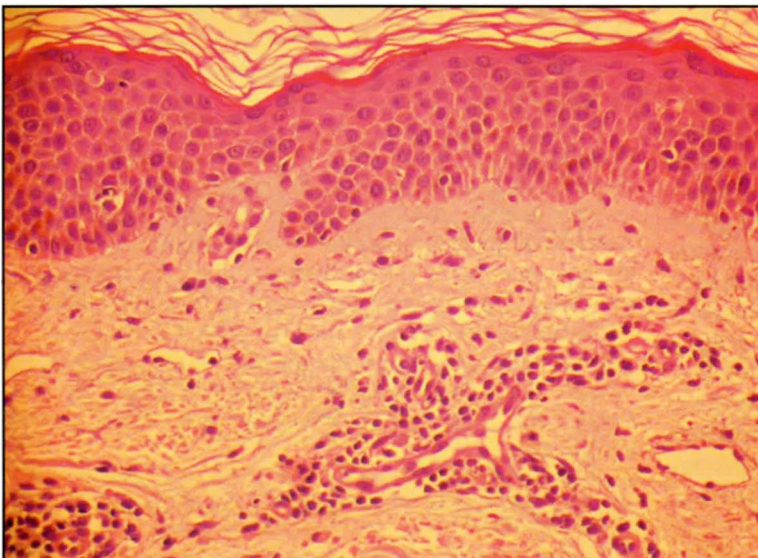


Fig. 3: Histopatología Caso 5. Epidermis con leve aplanamiento de las papilas dérmicas, degeneración focal de células basales asociada a paraqueratosis en dichos focos.



*Tratamiento y evolución:* no ha sido tratado hasta el momento debido a que se encuentra en estudio.

**Caso N° 5:**

*Enfermedad actual:* mujer de 64 años de edad, que consulta por presentar múltiples lesiones con la configuración típica ya descrita (Fig. 2), distribuidas ampliamente en todo el tegumento, respetando región palmo-plantar, con prurito severo, que evoluciona con períodos de exacerbación y remisión espontáneos, de varios meses de evolución.

*Antecedentes personales y heredo-familiares:* no drogas, no tabaco, no alcohol, sin enfermedades de importancia, con controles médicos periódicos. Antecedentes familiares sin particularidades.

*Exámenes complementarios:* la misma rutina solicitada a los otros pacientes no revela datos de interés. Sólo presenta una ECA 51 (VN: hasta 52).

*Histopatología* (Dr. G. Magariños): eritema anular centrífugo (Figs. 3 y 4).

*Tratamiento y evolución:* itraconazol 100 mg/día, 30 días, con involución total de las lesiones, mostrando una pequeña recidiva 90 días luego del mismo, que fue tratada con el mismo esquema.

**Caso N° 6:**

*Enfermedad actual:* varón de 74 años de edad, que consulta por presentar dos lesiones anulares, de anillo completo, con borde de avance lento, localizadas en ingle derecha, pruriginosas, de reciente aparición (Fig. 5).

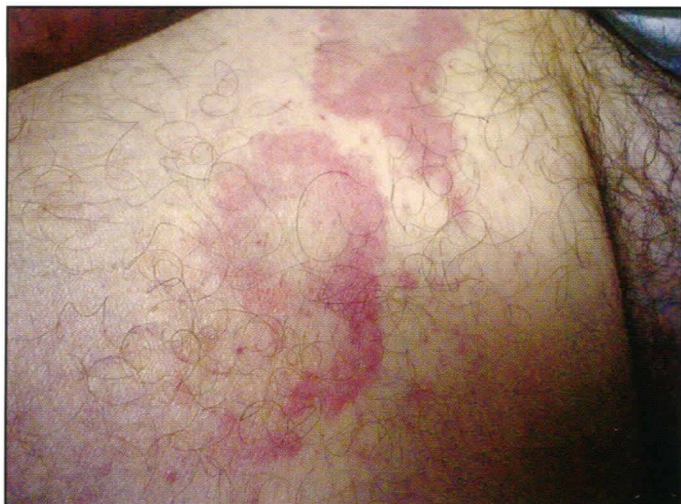
*Antecedentes personales y heredo-familiares:* no tabaco, no alcohol, dislipemia en tratamiento con atorvastatina. Refiere haber padecido otros episodios similares clínicamente y de idéntica localización, de involución espontánea, de 12 a 18 meses de distancia entre ellos. Antecedentes familiares sin particularidades.

*Exámenes complementarios:* hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, uremia, creatinemia, proteinograma electroforético, glucemia, sedimento urinario, perfil tiroideo, collagenograma, electrocardiograma y Rx de tórax, presentando como únicas alteraciones ECA DE 58,2 (VN: 52) y antígeno carcinoembrionario 4,1 (VN: 3,4 en no fumadores).

*Histopatología* (Dr. G. Magariños): eritema anular centrífugo.

*Tratamiento y evolución:* fluconazol 150 mg/semana, 4 semanas; fue suspendido a la 2ª semana por mialgias, causadas por su asociación con atorvastatina.

Fig. 4: Histopatología Caso 5. La dermis exhibe densos infiltrados linfoides perivasculares "en manguito", con compromiso focal a nivel de la interfase.



**Fig. 5:** Caso 6. Dos lesiones en ingles, varios episodios recidivantes en el mismo sitio, variante superficial.



**Fig. 6:** Caso 9. Lesión única en dorso, variante profunda.

Se solicita interconsulta con clínica médica para investigar los datos positivos hallados.

**Caso N° 7:**

*Enfermedad actual:* mujer de 49 años de edad, que consulta por presentar una lesión anular, de anillo completo, con borde de avance lento, indurado y bien definido, localizada en codo izquierdo, levemente pruriginosa, de reciente aparición.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* refiere carcinoma de tiroides extirpado quirúrgicamente y controlado periódicamente. El episodio actual cuenta con un año de evolución.

*Exámenes complementarios:* hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, uremia, creatininemia, proteinograma electroforético, glucemia, sedimento urinario, perfil tiroideo, colagenograma, electrocardiograma y Rx de tórax, sin mostrar alteraciones.

*Histopatología* (Dra. S. García): eritema anular centrífugo. *Tratamiento y evolución:* no ha realizado aún.

**Caso N° 8:**

*Enfermedad actual:* varón de 54 años de edad, que consulta por presentar múltiples lesiones anulares, de anillo completo, con borde de avance lento, localizadas en glúteos y muslos, pruriginosas, de varios años de evolución.

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* no tabaco, no alcohol, obesidad. Refiere haber padecido otros episodios similares clínicamente y de idéntica localización, tratados en varias oportunidades con antimicóticos locales u orales, con gran resistencia de las lesiones. Algunos de los episodios ocurridos involucionaron espontáneamente. Antecedentes familiares: sin particularidades.

*Exámenes complementarios:* hemograma, eritrosedimentación, hepatograma, uremia, creatininemia, proteinograma electroforético, glucemia, sedimento urinario, perfil tiroideo, colagenograma, electrocardiograma y Rx de tórax, examen micológico (-), HIV(-), examen parasitológico (+): quistes blastocistis hominis.

*Histopatología* (Dr. G. Schickendantz): eritema anular centrífugo.

*Tratamiento y evolución:* itraconazol (100 mg/día), clobetasol (local), mebendazol (500 mg/día); se indicaron en distintos episodios, no simultáneamente. Algunos episodios involucionaron en forma espontánea. Tinidazol (vo), luego de lo cual las lesiones involucionaron, sin recidivas durante 24 meses.

**Caso N° 9:**

*Enfermedad actual:* varón de 57 años, que consulta por presentar lesión anular única, de anillo completo, con borde de avance estable, localizada en región interescapular, levemente pruriginosa, de varios años de evolución (Fig. 6).

*Antecedentes personales y heredofamiliares:* no tabaco, no alcohol. Refiere ser éste su único episodio, el cual se mantuvo estable a lo largo de los años, con leves modificaciones. Antecedentes familiares sin particularidades.

*Exámenes complementarios:* se solicita idéntico perfil laboratorial que en anteriores pacientes presentando como únicas alteraciones FAN + 1/80 (VN: 1/40), VDRL + 1/1.

*Histopatología* (Dra. S. García): eritema anular centrífugo. *Tratamiento y evolución:* fluconazol (150 mg/semana), con escasa respuesta. Actualmente se encuentra en tratamiento.

**DISCUSION**

Los "eritemas figurados" corresponden a un grupo de dermatosis que comparten la característica de sus lesiones geográficas, anulares, eritematopapulosas, a veces incompletas, de muy lento crecimiento, en ocasiones pruriginosas. Pero el término eritema anular centrífugo (EAC) lo acuña Darier en 1916<sup>6</sup>, luego de haberse conocido como eritema perstans, eritema gyratum perstans, eritema figuratum perstans, entre otros<sup>2 4 5</sup>.

El EAC es un proceso cuyo mecanismo etiopatogé-

nico es desconocido en la actualidad, considerándose la posibilidad de un origen autoinmune. Su tiempo de evolución puede variar desde escasas semanas a varios años. No muestra clara predilección en cuanto a sexo y raza y la literatura mundial refleja una media de edad de 36 años (en nuestra casuística es de 47 años); aunque si bien es un proceso típico de adultos jóvenes a mediana edad, hay varios trabajos que describen su comienzo neonatal y una evolución de varios años, describiéndose en la misma períodos de rebrote y de involución<sup>7,8</sup>.

Se reconocen dos variantes clínico-histológicas: la primera, profunda o de Darier, ocasionalmente pruriginosa, de bordes firmes y sin escamas; la segunda forma, superficial o de Brocq, de límites imprecisos, asociada frecuentemente a prurito<sup>4,6</sup>. Sin embargo, Weyers et al consideran la variante superficial como la única forma auténtica de EAC, y a la profunda como variante anular de lupus eritematoso tumidus. Generalmente las formas profundas presentan cambios sutiles sugestivos de lupus eritematoso<sup>9</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales deben ser destacados los restantes eritemas figurados<sup>10</sup>, así como otros procesos no pertenecientes a este grupo, pero que facultativamente pueden manifestarse con lesiones similares, como la parapsoriasis, el granuloma anular, la pitiriasis rosada, el liquen plano anular o los linfomas cutáneos. Hsu y col. agregan a éstos otros procesos como la sarcoidosis, el lupus eritematoso cutáneo subagudo, la enfermedad de Hansen y la urticaria, todos en sus variantes anulares o figuradas<sup>11</sup>. No deben olvidarse las metástasis cutáneas de primarios internos (gastrointestinales, mama), carcinomas inflamatorios o erisipelatodes, varias veces simuladores de EAC<sup>12</sup>, así como la vasculitis anular, en este caso relacionada con embarazo<sup>13</sup>.

A propósito de la sarcoidosis, ésta no sólo es descripta como un posible diagnóstico diferencial, por cursar con lesiones anulares similares al EAC, sino también como un proceso asociado al mismo, coexistiendo en un mismo paciente<sup>14,15</sup>.

Esporádicamente el EAC puede tener ocurrencia como fenómeno alérgico en el curso de tiñas tricofíticas<sup>16</sup>. Según Kim y col., se asocia tanto a enfermedad interna como a infección micótica superficial, de allí lo importante de la pesquisa etiológica<sup>17</sup>. En relación a micosis son varios los trabajos publicados, entre ellos las candidiasis, la enfermedad poliglandular autoinmune tipo I (anteriormente conocida como candidiasis mucocutánea crónica), la cual asocia distrofia ungueal, vitiligo y alopecia, nunca antes descrita asociada a EAC<sup>18</sup>, la candidiasis intestinal aislada<sup>19</sup> u otro tipo de infecciones, como las de vías urinarias causada por *Escherichia coli*<sup>20</sup>; ectoparasitosis, como la infestación por *Pthirus pubis*<sup>21</sup>, o virales, como molusco contagioso<sup>22</sup>. Otras publicaciones intentan relacionarlo con formas anulares agudas

**TABLA II**  
**POSIBLES CAUSAS DE EAC, HALLADAS EN LA BIBLIOGRAFIA REVISADA**

<b>Infecciones</b>	Micóticas ( <i>Candida</i> <sup>18,19</sup> , dermatofitos <sup>16,17</sup> ). Bacterianas ( <i>Escherichia coli</i> <sup>20</sup> , estreptococcias, tuberculosis). Virósicas (molusco contagioso <sup>22</sup> , Epstein Barr). Parasitosis (ascaris, tripanosomiasis, pthirus pubis <sup>21</sup> ).
<b>Fármacos</b>	Acido hialurónico <sup>27</sup> Etizolam <sup>28</sup> Amitriptilina <sup>29</sup> Aurothiomalato de sodio <sup>30</sup> Terbinafina <sup>31</sup> Antimaláricos
<b>Embarazo</b> <sup>33,34</sup>	
<b>Trauma quirúrgico</b>	Cirugías pancreatobiliares <sup>36</sup>
<b>Dermatosis autoinmunes</b>	Dermatosis IgA del adulto <sup>37</sup> Dermatitis por progesterona <sup>35</sup>
<b>Procesos linfoproliferativos</b>	Enfermedad de Hodgkin <sup>43,44</sup> Linfoma no Hodgkin CD 30+ <sup>42</sup> Leucemias <sup>45-47</sup> Poliglobulia Mieloma múltiple
<b>Colagenopatías</b>	Policondritis recidivante <sup>38</sup> Síndrome de Sjögren <sup>39,40</sup> Crioglobulinemia mixta
<b>Neoplasias sólidas</b>	Pulmón <sup>41</sup> Próstata Ovario Recto Tiroides Utero
<b>Otros</b>	Sarcoidosis Psoriasis <sup>23-26</sup>

de psoriasis, dándole la denominación de EAC-tipo psoriasis o psoriasis tipo EAC, debido a las dificultades suscitadas para realizar el diagnóstico histológico<sup>23-26</sup>. Entre los fármacos, aisladamente se lo ha visto asociado a ácido hialurónico en el transcurso del tratamiento de osteoartritis<sup>27</sup>, etizolam<sup>28</sup>, a amitriptilina<sup>29</sup>, a aurothiomalato de sodio<sup>30</sup> y a terbinafina<sup>31</sup>. En relación a esto, Mahboob y Haroon recopilan 450 casos de erupción fija por drogas, mostrando que si bien la lesión clásica es circular e hiperpigmentada, otras veces puede simular un EAC<sup>32</sup>. Otras posibles asociaciones descritas son embarazo<sup>33,34</sup>, tal es el caso de nuestro caso 2, la dermatitis autoinmune por progesterona, que se manifiesta como EAC profundo, que fue estudiada in vivo con parches dérmicos, demostrando hipersensibilidad inmediata y retardada, respectivamente y confirmada, más tarde, in vitro, con estudios que implican un posible rol a las citoquinas Th1 dependientes<sup>35</sup>; consecutivo a trauma quirúrgico, entre ellos cirugías pancreatobiliares, aunque esta asociación se encuentra actualmente en discusión<sup>36</sup>;

la dermatosis a IgA del adulto, algo infrecuente, descrita en tres mujeres, en una de las cuales se informa un linfoma de células B de bajo grado de malignidad<sup>37</sup>; la policondritis recidivante, que presenta manifestaciones cutáneas en el 20-50% de los casos, pero el primer caso de EAC relacionado lo publican Ingen-Housz y col.<sup>38</sup>; el síndrome de Sjogren<sup>39 40</sup>; asociado a cáncer de pulmón, como manifestación paraneoplásica<sup>41</sup>.

En relación a procesos linfoproliferativos, hay casos reportados en asociación con linfoma no Hodgkin CD 30+ de células grandes anaplásicas, refiriendo la involución de ambos procesos al instaurarse un esquema quimioterápico combinado y la reaparición de ambos ante la suspensión del mismo. Los dos procesos involucraron nuevamente ante un esquema quimioterápico distinto<sup>42</sup>. También se lo ha visto como forma de presentación de enfermedad de Hodgkin<sup>43 44</sup> o de leucemias agudas<sup>45 46</sup>.

Czechowicz y colaboradores publican el caso de una niña de 3 años, portadora de una leucemia linfocítica aguda, que presenta una infección por *Pseudomona aeruginosa* rápidamente expansiva en su cadera como placa eritematosa anular, sin signos sistémicos, simulando una placa de EAC, la cual pudo ser diagnosticada gracias a la histopatología y a los cultivos de las lesiones cutáneas<sup>47</sup>.

Zackheim y col. realizan una recopilación, en Medline, de todos los casos publicados en la literatura mundial de micosis fungoide (MF), a la que denominan "la gran simuladora"; dicha recopilación, desde 1966 al 2000, encuentra un total de 23 patologías simuladas por la MF. A esta lista los autores suman dos nuevos procesos, la psoriasis y el EAC<sup>48</sup>. En nuestro medio, Centeno y col. publican el tercer caso de MF simuladora de EAC, en un paciente adulto varón<sup>49</sup>.

En cuanto a la terapéutica, y teniendo en cuenta que es un proceso de etiología aún desconocida, aquella puede ser muy variada. Se han visto procesos resistentes a varias alternativas de tratamiento (corticoides, antimicóticos, etc.), siendo otros sensibles y con buena respuesta, pero muy recidivantes. La correcta identificación de la etiología en cada uno de los casos es de vital importancia a fin de evitar esquemas terapéuticos innecesarios. Gniadecki describe un caso de 3 años de evolución resistente a corticoides, antimicóticos y PUVA, con excelente respuesta al calcipotriol tópico<sup>50</sup>. Si bien en nuestra pesquisa hemos hallado datos positivos en algunos pacientes, no podemos certificar la certeza de dicha etiología, pero en aquellos que siguen en control o regresan por presentar recidivas persiste la búsqueda con el fiel convencimiento que en el perseverar se llega al objetivo deseado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bordas Orpinel, X.: Lesiones anulares. *Piel* 1986; 1: 23-30.
2. Dowd, P.M.; Champion, R.H.: Disorders of Blood Vessels. En

- Rook, A.; Wilkinson, D.S.; Ebling, F.J. Textbook of Dermatology on CD-ROM. 6<sup>th</sup> edit. Electronic Version. Blackwells Sc. Ltd.; Oxford; 1999.
3. Mazzini, M.A.: Eritemas figurados crónicos. *Arch Argent Dermatol* 1981; 31: 1-8.
4. Glorio, R.; Haas, R.; Deves, A.; Woscoff, A.: Eritema anular centrifugo. Presentación de un caso y revisión del tema. *Arch Argent Dermatol* 1998; 48: 259-263.
5. Tyring, S.K.: Reactive erythemas: erythema annulare centrifugum and erythema gyratum repens. *Clin Dermatol* 1993; 11: 135-139.
6. Lever, W.; Schaumburg-Lever, G.: Enfermedades eritematosas, papulares y escamosas no infecciosas. En: Lever, W.; Schaumburg-Lever, G.: Histopatología de la Piel, 6<sup>o</sup> Edición. Edit. Intermédica. Buenos Aires; 1988; pág. 129.
7. Bottoni, U.; Innocenzi, D.; Bonaccorsi, P.; Carlesimo, M.; Faina, P.; Richetta, A.; Cugini, P.; Calvieri, S.: Erythema annulare centrifugum: report of a case with neonatal onset. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2002; 16: 500-503.
8. Guillet, M.H.; Dorval, J.C.; Larregue, M.; Guillet, G.: Erythème annulaire centrifuge de Darier à début néonatal avec 15 and de suivi. Efficacité de l'interféron et rôle des cytokines. *Ann Dermatol Venereol* 1995; 122: 422-426.
9. Weyers, W.; Diaz-Cascajo, C.; Weyers, I.: Erythema annulare centrifugum: results of a clinicopathologic study of 73 patients. *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 451-462.
10. Woessner, R.; Treib, J.: Differential diagnosis of Lyme borreliosis. *MMW Fortschr Med* 2003; 145(15): 40-2, 45.
11. Hsu, S.; Le, E.H.; Khoshevis, M.R.: Differential diagnosis of annular lesions. *Am Fam Physician* 2001; 64: 289-296.
12. Reichel, M.; Wheeland, R.G.: Inflammatory carcinoma masquerading as erythema annulare centrifugum. *Acta Derm Venereol* 1993; 73: 138-140.
13. Kelly, R.I.; Cook, M.G.; Marsden, R.A.: Annular vasculitis associated with pregnancy. *Br J Dermatol* 1993; 129: 599-601.
14. Islas, D.; Juárez, Y.: Bloqueo auriculoventricular completo en paciente con lesiones anulares. Sarcoidosis sistémica con afectación cardíaca y pulmonar, eritema anular centrifugo. *Piel* 2002; 17: 273-276.
15. Altomare, G.F.; Capella, G.L.; Frigerio, E.: Sarcoidosis presenting as erythema annulare centrifugum. *Clin Exp Dermatol* 1995; 20: 502-503.
16. Nowicki, R.: Allergic phenomena in the course of dermatomycoses. *Pol Merkuriusz Lek* 2003; 14: 532-534.
17. Kim, K.J.; Chang, S.E.; Choi, J.H.; Shung, K.J.; Moon, K.C.; Koh, J.K.: Clinicopathologic analysis of 66 cases of erythema annulare centrifugum. *J Dermatol* 2002; 29: 61-67.
18. Garty, B.: Erythema annulare centrifugum in a patient with polyglandular autoimmune disease type 1. *Cutis* 1998; 62: 231-232.
19. Schmid, M.H.; Wollenberg, A.; Sander, C.A.; Bieber, T.: Erythema annulare centrifugum and intestinal *Candida albicans* infection---coincidence or connection?. *Acta Derm Venereol* 1997; 77: 93-94.
20. Borbujo, J.; de Miguel, C.; López, A.; de Lucas, R.; Casado, M.: Erythema annulare centrifugum and *Escherichia coli* urinary infection. *Lancet* 1996 Mar 30; 347(9005): 897-898.
21. Bessis, D.; Chraïbi, H.; Guillot, B.; Guilhou, J.J.: Erythema annulare centrifugum induced by generalized Phthirus pubis infestation. *Br J Dermatol* 2003; 149: 1291.
22. Furue, M.; Akasu, R.; Ohtake, N.; Tamaki, K.: Erythema annulare centrifugum induced by molluscum contagiosum. *Br J Dermatol* 1993; 129: 646-647.
23. Vocks, E.; Worret, W.I.; Ring, J.: Erythema annulare

- centrifugum-type psoriasis: a particular variant of acute-eruptive psoriasis. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2003; 17: 446-448.
24. Rotstein, H.: Psoriasis: changing clinical patterns. **Australas J Dermatol** 1996; 37 (Suppl 1): S27-29.
  25. Terunuma, A.; Takahashi, K.; Sakakibara, A.; Aiba, S.; Tagami, H.: Annular psoriasiform eruption with lymphocytic infiltration of the epidermis: a variant of acute psoriasis?. **Dermatology** 1992; 185: 156-159.
  26. Jaimovich, L.; Souza, L.; Abulafia, J.: Psoriasis de tipo eritema anular centrifugo. **Med Cut ILA** 1974; 2: 255-262.
  27. Ioannidou, D.; Krasagakis, K.; Stefanidou, M.; Tosca, A.: Erythema annulare centrifugum and osteoarthritis treated with hyaluronic acid. **Clin Exp Dermatol** 2002; 27: 720-722.
  28. Kuroda, K.; Yabunami, H.; Hisanaga, Y.: Etizolam-induced superficial erythema annulare centrifugum. **Clin Exp Dermatol** 2002; 27: 34-36.
  29. García-Doval, I.; Peteiro, C.; Toribio, J.: Amitriptyline-induced erythema annulare centrifugum. **Cutis** 1999; 63: 35-36.
  30. Tsuji, T.; Nishimura, M.; Kimura, S.: Erythema annulare centrifugum associated with gold sodium thiomalate therapy. **J Am Acad Dermatol** 1992; 27: 284-287.
  31. Wach, F.; Stolz, W.; Hein, R.; Landthaler, M.: Severe erythema annulare centrifugum-like psoriatic drug eruption induced by terbinafine. **Arch Dermatol** 1995; 131: 960-961.
  32. Mahboob, A.; Haroon, T.S.: Drugs causing fixed eruptions: a study of 450 cases. **Int J Dermatol** 1998; 37: 833-838.
  33. Rosina, P.; D'Onglia, F.S.; Barba, A.: Erythema annulare centrifugum and pregnancy. **Int J Dermatol** 2002; 41: 516-517.
  34. Choonhakarn, C.; Seramethakun, P.: Erythema annulare centrifugum associated with pregnancy. **Acta Derm Venereol** 1998; 78: 237-238.
  35. Halevy, S.; Cohen, A.D.; Lunenfeld, E.; Grossman, N.: Autoimmune progesterone dermatitis manifested as erythema annulare centrifugum: Confirmation of progesterone sensitivity by in vitro interferon-gamma release. **J Am Acad Dermatol** 2002; 47: 311-313.
  36. Thami, G.P.; Sachdeva, A.; Kaur, S.; Mohan, H.; Kanwar, A.J.: Erythema annulare centrifugum following pancreatico-biliary surgery. **J Dermatol** 2002; 29: 347-349.
  37. Dippel, E.; Orfanos, C.E.; Zouboulis, C.: Linear IgA dermatosis presenting with erythema annulare centrifugum lesions: report of three cases in adults. **J Eur Acad Dermatol Venereol** 2000; 15: 167-170.
  38. Ingen-Housz, S.; Venutolo, E.; Piquier, L.; Cavalier-Balloy, B.; Dubertret, L.; Flageul, B.: Dermatose a type d' erytheme annulaire centrifuge et polychondrite. **Ann Dermatol Venereol** 2000; 127: 735-739.
  39. Usuda, T.: Recurrent annular erythema—cutaneous manifestation of Sjogren syndrome with anti SS-A (Ro) and anti SS-B (La) antibodies. **Nippon Rinsho** 1995; 53: 2557-2262.
  40. Ruzicka, T.; Faes, J.; Bergner, T.; Peter, R.U.; Braun-Falco, O.: Annular erythema associated with Sjögren's syndrome: a variant of systemic lupus erythematosus. **J Am Acad Dermatol** 1991; 25: 557-560.
  41. Monsieur, I.; Meysman, M.; Noppen, M.; de Greve, J.; Delhove, O.; Velckeniers, B.; Jacobvitz, D.; Vincken, W.: Non-small-cell lung cancer with multiple paraneoplastic syndromes. **Eur Respir J** 1995; 8: 1231-1234.
  42. Ural, A.U.; Ozcan, A.; Avcu, F. et al: Erythema annulare centrifugum as the presenting sign of CD 30 positive anaplastic large cell lymphoma-association with disease activity. **Haematologia (Budap)** 2001; 31: 81-84.
  43. Yaniv, R.; Shpielberg, O.; Shapiro, D.; Feinstein, A.; Ben-Bassat, I.: Erythema annulare centrifugum as the presenting sign of Hodgkin's disease. **Int J Dermatol** 1993; 32: 59-61.
  44. Villette B, Tulliez M.: Erytheme annulaire centrifuge et maladie de Hodgkin. **Ann Dermatol Venereol** 1990; 117: 889-890.
  45. Gundeslioglu, A.O.; Ertas, N.M.; Celebioglu, S.; Hucumenoglu, S.: Erythema annulare centrifugum: an unusual presentation for acute leukemia. **Plast Reconstr Surg** 2004; 113: 798-799.
  46. Zultak, M.; Blanc, D.; Merle, C.; Maingon, P.; Rosenbaum, A.: Erytheme annulaire centrifuge et leucemie aigue myeloblastique. **Ann Dermatol Venereol** 1989; 116: 477-480.
  47. Czechowicz, R.T.; Warren, L.J.; Moore, L.; Saxon, B.: Pseudomonas aeruginosa infection mimicking erythema annulare centrifugum. **Australas J Dermatol** 2001; 42: 57-59.
  48. Zackheim, H.S.; Mc Calmont, T.H.: Mycosis fungoides: the great imitator. **J Am Acad Dermatol** 2002; 47: 914-918.
  49. Centeno, A.; Ruiz Lascano, A.; Kurpis, M.: Presentación de una micosis fungoide como eritema anular centrifugo. **Arch Argent Dermatol** 2004; 54: 109-111.
  50. Gniadecki, R.: Calcipotriol for erythema annulare centrifugum. **Br J Dermatol** 2002; 146: 317-319.

**Dirección postal:**

A.A. Schejman  
 Paunero 1994  
 1663. San Miguel  
 Pcia. de Buenos Aires  
 info@centrodepiel.com.ar