Granuloma anular disseminado com apresentação atípica

Generalized granuloma annulare with atypical presentation

Fernanda Melo Müller[1], Raquel Bissacotti Steglich[1], Luana Pizarro Meneghello[1], Paulo Ricardo Martins Souza[2], Renata Elise Tonoli[3]

RESUMO

O granuloma anular disseminado é uma dermatose crônica, autolimitada e de causa desconhecida, que está frequentemente associada a alguma desordem sistêmica. Este tipo de granuloma apresenta-se numa idade mais avançada e com pouca resposta a terapia. Relatamos o caso devido à atipia na morfologia e distribuição das lesões e boa resposta a corticoterapia.

UNITERMOS: Granuloma Anular, Histiócitos, Colágeno.

ABSTRACT

The disseminated granuloma annulare is a self-limited chronic dermatosis of unknown cause, which is often associated with some systemic disorder. This type of granuloma usually presents itself at an older age and with poor response to therapy. We report the case due to the atypical morphology and distribution of lesions and good response to corticosteroid therapy.

KEYWORDS: *Granuloma Annulare, Histiocytes, Collagen.*

INTRODUÇÃO

Inicialmente relatada por Calcott Fox, em 1895, como "erupção anular dos dedos" e, após, descrita por Radeliffe-Crocker, em 1902, o granuloma anular disseminado é uma dermatose crônica, autolimitada e de causa desconhecida, que está frequentemente associada a alguma desordem autoimune, como o diabetes mellitus, artrite reumatoide e desordens mieloproloferativas (1, 2, 3).

RELATO DO CASO

Relatamos o caso de um paciente do sexo masculino de 59 anos, que procurou atendimento por apresentar pápulas escurecidas de superfície elevada no dorso, cotovelo, abdome e pernas que aumentaram centrifugamente nos últimos 6 meses. Ao exame, apresentava placas formadas por diversas pápulas eritemato-acastanhadas com centro deprimido e leve descamação na sua superfície (Figuras 1, 2, 3). Há 5 anos, realizou quimioterapia para um linfoma não Hodgkin de grandes células. Negava hipertensão arterial, diabetes, tabagismo, alcoolismo, uso de medicações, exposição solar intencional, trauma no local das lesões ou infecção prévia ao surgimento das lesões.

O exame anatomopatológico apresentava proliferação de histiócitos com formação de células epitelioides e células gigantes na derme superficial (Figuras 4 e 5). A coloração de Alcian Blue revelou-se positiva em derme reticular, na periferia de granulomas. Apresentava RX de tórax normal e PPD (reação de Mantoux) não reator. Iniciamos tratamento tópico com corticoide de alta potência com grande melhora das lesões.

[1] Médica Residente do Serviço de Dermatologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.
[2] Mestre em Ciências Médicas pela UFRGS. Preceptor dos Serviços de Dermatologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e PUCRS.
[3] Pós-graduada. Residência em Clínica Médica pela UFCSPA. Médica Internista da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.



FIGURA 1 – Pápulas eritematosas com depressão central e leve descamação na superfície.

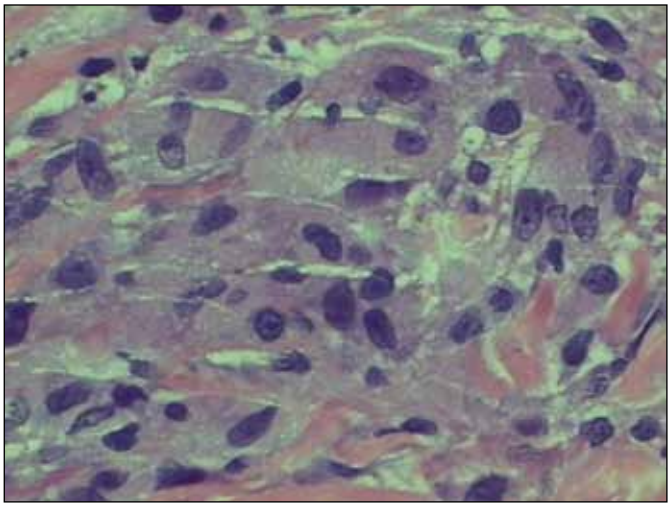


FIGURA 4 – Exame anatomopatológico (HE 10x): proliferação de histiócitos com formação de células epitelioides e células gigantes na derme superficial.



FIGURA 3 – Pápulas eritemato-acastanhadas de superfície elevada no joelho.

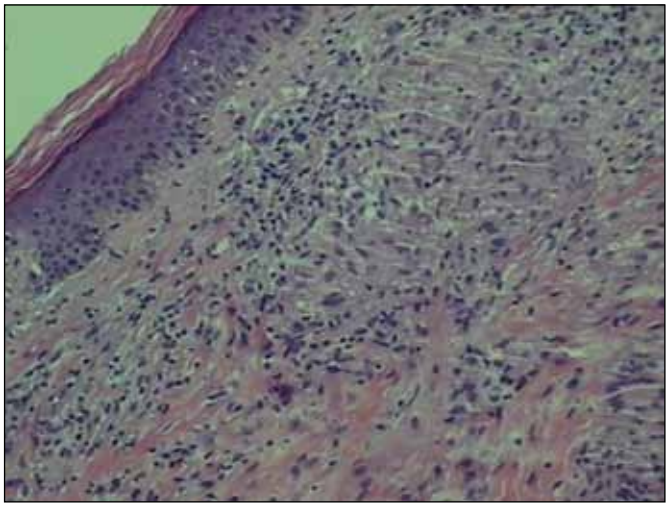


FIGURA 5 – Exame anatomopatológico em maior aumento (HE 40x).



FIGURA 2 – Pápulas eritemato-acastanhadas de superfície elevada no dorso.

DISCUSSÃO

O granuloma anular disseminado ou generalizado apresenta-se clinicamente como centenas a milhares de pequenas pápulas cor da pele, de distribuição simétrica no tronco e extremidades, predominantemente anulares em 67% dos casos e lesões não anulares em 33%, ocasionalmente pruriginosas (1). Representa 15% dos casos de granuloma anular (GA), apresenta-se numa idade mais avançada e tem uma pior resposta a terapia (2, 3). Pode ser desencadeado por trauma, picada de insetos, teste tuberculínico, exposição solar, infecções virais (Epstein-Barr, HIV e herpes zoster), ou ainda aparece sem qualquer razão conhecida (1). Há relatos de GA associado a doenças sistêmicas, como diabetes mellitus, alterações tireoidianas, tuberculose, linfomas, artrite reumatoide e infecção pelo HIV. A doença também pode surgir como reação paraneoplásica granulomatosa a tumores de órgãos sólidos, doença de Hodgkin

e linfoma não-Hodgkin. Nesses pacientes, a apresentação clínica é atípica, com lesões dolorosas, disseminadas ou em locais incomuns de distribuição do GA, como palmas e plantas (3). Li e col. sugerem a investigação de linfomas e outras neoplasias malignas em idosos que apresentem quadros cutâneos atípicos, mas cujo anatomopatológico se assemelhe ao GA clássico (4).

O diagnóstico baseia-se nas manifestações clínicas, entretanto, a biópsia é recomendada nos casos em que as lesões não se apresentam características (4). O exame anatomopatológico revela histiócitos em paliçada circundando tecido necrótico resultante da alteração das estruturas do colágeno (3).

Como diagnósticos diferenciais, temos: líquen plano anular, tineas, micose fungoide, picada de insetos, farmacodermias, sífilis secundária, xantomas, histiocitose não X, sarcoidose, granulomas infecciosos, nódulos reumatoides, sarcoma epitelioide, foliculite perfurante, doença de Kyrle, elastose perfurante serpiginosa, pitiríase liquenoide e varioliforme aguda (3). Há estudos mostrando relação com o complexo de histocompatibilidade humano Bw35 e A29 (3, 4).

A primeira linha de tratamento são os corticosteroides tópicos de alta potência, com ou sem oclusão, ou em injeções intralesionais de corticosteroides. Criocirurgia, PUVA ou UVA1 terapia e laser de CO_2 também podem ser usados. Nos casos graves, podemos usar agentes sistêmicos como a niacinamida, isotretinoína, antimaláricos (cloroquina ou hidroxicloroquina), ciclosporina A, clorambucil e dapsona. Pode haver resolução espontânea dentro de dois anos em 50% dos casos, porém, a taxa de recorrência é de 40%. As lesões recorrentes tendem a ocorrer nos locais originais e 80% delas surgem dentro de 2 anos de evolução da doença (1, 3).

COMENTÁRIOS FINAIS

Relatamos o caso devido à atipia na morfologia e distribuição das lesões em paciente com história prévia de desordem mieloproliferativa que obteve boa resposta a corticoterapia tópica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goon ATJ, Wong SS. A case of recurrent disseminated granuloma annulare. Singapore Med J. 2000;41(8):405-06.
2. Minelli L et al. Diabetes mellitus e afecções cutâneas. An. Bras. Dermatol. 2003;78(6)735-747.
3. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP. Dermatology. United States: Mosby; 2001.
4. Ramos e Silva M, Castro MCR. Fundamentos de Dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2009.

✉ Endereço para correspondência
Renata Elise Tonoli
Rua Itaboraí, 802
90.670-030 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3391-6395
💻 retonoli@hotmail.com

Recebido: 17/11/2011 – Aprovado: 3/5 /2012