

Eritema gyratum repens idiopático: Presentación de un caso en una mujer joven

Javier Melgosa¹, Eva María Sánchez¹, Héctor Gégundez¹, Tania Díaz²

¹Médico Interno residente, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, España.
²Doctor, y médico adjunto, Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia, España

Trabajo no recibió financiamiento. Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 29 de agosto de 2020, aceptado el 8 de marzo de 2021.

Correspondencia autor:

Javier Melgosa Ramos
Email: javimelgo2017@gmail.com

RESUMEN

El eritema gyratum repens es una dermatosis muy infrecuente incluida dentro del abanico diagnóstico de las lesiones figuradas. Aparece sobre todo en varones entre la sexta y séptima décadas de vida. Clásicamente se ha relacionado con neoplasias, sobre todo de pulmón, esófago y mama. Sin embargo, en los últimos años se ha visto que aproximadamente el 30% de los casos no son paraneoplásicos, pudiendo deberse a fármacos, enfermedades reumáticas, manifestaciones atípicas de procesos cutáneos, e incluso ser idiopáticos, por lo que es importante realizar un adecuado proceso diagnóstico para filiar la etiología, y considerar un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos el caso de una mujer de 40 años con lesiones eritematosas anulares concéntricas sugestivas de eritema gyratum repens, del tipo idiopático tras el correspondiente estudio diagnóstico.

Palabras claves: eritema gyratum repens; eritema figurado; eritema gyratum idiopático

ABSTRACT

Erythema gyratum repens is an unusual dermatosis included within the group of figurate lesions. It usually appears in men at the age of sixty or seventy. Classically it has been related to neoplasms, especially of the lung, esophagus and breast, however recently it has been seen that 30% of cases are not paraneoplastic approximately, and might be caused by drugs, rheumatologic diseases, atypical presentation of common skin diseases, and also it could be idiopathic, so it is important to carry out an adequate diagnostic process to determine the etiology, and to consider a broad differential diagnosis. We present the case of a 40-year-old woman with concentric annular erythematous lesions suggestive of idiopathic erythema gyratum repens after the diagnostic process

Key words: erythema gyratum repens; figurate erythema, idiopathic erythema gyratum.

El eritema gyratum repens es una dermatosis muy infrecuente incluida dentro del espectro de las lesiones figuradas. Clásicamente afecta a varones adultos y se ha caracterizado por ser una entidad paraneoplásica, sin embargo, estudios llevados a cabo en los últimos años demuestran que en un amplio porcentaje de casos puede ser idiopático, o incluso deberse a otros procesos cutáneos, fármacos, trastornos reumatológicos etc. Se presenta el caso de una mujer joven sin antecedentes de interés, y en la que tras un estudio exhaustivo en búsqueda de patología neoplásica y de otra índole, se llegó al diagnóstico de eritema gyratum repens idiopático, resolviendo las lesiones esporádicamente en aproximadamente dos meses.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 40 años que acude por presentar lesiones cutáneas de crecimiento rápido en abdomen y extremidades inferiores desde hace tres días. El cuadro se presentó a las pocas horas de un paseo campestre, durante el que sufrió picaduras de mosquitos. Las lesiones eran escasamente pruriginosas, sin síntomas sistémicos ni constitucionales acompañantes. Como único antecedente destacaba seguimiento periódico en ginecología a raíz de endometriomas ováricos que fueron extirpados vía laparoscópica hace varios años. No tenía animales domésticos en el domicilio. No refirió ingesta reciente de fármacos, alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes dermatológicos relevantes. En la explo-

ración física presentaba en ambos miembros inferiores y región suprapúbica, lesiones anulares eritematosas concéntricas no descamativas con aspecto de “madera veteadada”. La región facial estaba respetada. No se observaron lesiones atribuibles a otras dermatosis. No tenía adenopatías palpables, ni afectación mucosa (Figuras 1 y 2).

Con la sospecha de eritema gyratum, se realizó una biopsia, no obstante, se solicitó una serología de borrelia burdogferi por la historia de picaduras, y de cara a cubrirla se pautó tratamiento con doxiciclina 100 mg cada doce horas catorce días en espera de los resultados.

A los pocos días el informe anatomopatológico arrojó un cultivo bacteriológico negativo y una dermatitis linfocitaria perivascular superficial, con algunos neutrófilos y eosinófilos acompañantes, escasa afectación epidérmica, no signos de vasculitis y ausencia de células plasmáticas, apoyando el diagnóstico de eritema gyratum repens, y descartando otros procesos cutáneos.

Para filiar la etiología se solicitó una serología de COVID-19, VIH 1 y 2, hepatitis B y C que fueron negativas; hemograma, bioquímica básica, coagulación, LDH, y proteinograma con valores dentro de la normalidad, marcadores tumorales Ca 125 de 50 UI/ml (normal 0- 35 UI/ml); CEA, Ca 19.9, Ca 15.3, BHCG, alfafetoproteína, SCC y enolasa, todos dentro de la normalidad, ANA negativo a 1/80, función tiroidea normal y un TAC cervical, torácico, abdominal y pélvico; junto con ecografía mamaria en los que no se encontraron hallazgos sugestivos de malignidad, no logrando filiar una causa del mismo. A los quince días desde la primera visita las lesiones progresaron (Figura 3), posteriormente desaparecieron por si solas en menos de dos meses. Dado ausencia de neoplasias en el estudio inicial se propuso control en 6-8 meses para nuevo cribado de neoplasias.

DISCUSIÓN

El eritema gyratum repens o enfermedad de Gammel^{1,2} es una entidad muy infrecuente que se engloba dentro del grupo de los eritemas figurados. Afecta normalmente a personas adultas, siendo aproximadamente el doble de frecuente en varones que en



Figura 1
Lesiones anulares concéntricas en miembros inferiores.



Figura 2
Lesiones anulares concéntricas en miembros inferiores (visión cercana).



Figura 3
Evolución de las lesiones a los 15 días del diagnóstico y tratamiento con doxiciclina oral.

mujeres³. La clínica típica consiste en la presencia de lesiones anulares eritematosas concéntricas con aspecto de madera veteadada^{3,4} en ocasiones con cierto componente descamativo.² El crecimiento de las lesiones es de tipo centrífugo y rápido, pudiendo pre-

sentar cambios notorios incluso en escasas horas.⁵ Las lesiones se localizan principalmente en el tronco y en la parte proximal de extremidades; la presencia de prurito es rara, pero puede estar presente.⁴

En aproximadamente el 70% de los casos se trata de una entidad paraneoplásica relacionada sobre todo con tumores pulmonares, esofágicos y de mama, entre otros; y en la mayoría de ocasiones precede 4 a 9 meses el desarrollo de los mismos, aunque también puede aparecer de forma concomitante o a posteriori. Sin embargo, hasta el 30% de casos no se relacionan con neoplasias^{5,6}, siendo idiopáticos, asociados a dermatosis (psoriasis, pitiriasis rubra pilaris, ictiosis etc.), asociados a consumo de fármacos como interferón alfa pegilado y azatioprina⁷ conectivopatías como el síndrome de CREST y la artritis reumatoide, entre otros.^{5,6}

El diagnóstico clínico puede apoyarse en el examen histopatológico, que aunque no presenta datos patognomónicos, sí que puede ayudar en el diagnóstico diferencial; entre los hallazgos encontramos paraqueratosis focal, espongirosis variable, y a nivel de dermis papilar un infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario. En ciertas ocasiones a través de inmunofluorescencia directa pueden detectarse depósitos de IgG y C3 a nivel de membrana basal. La patogenia exacta se desconoce, pero entre las hipótesis más aceptadas para el desarrollo de las lesiones

paraneoplásicas (las más frecuentes), es la puesta en marcha de una respuesta inmune desencadenada por ciertos componentes del tumor.²

Además de la necesidad de filiar la causa de este cuadro, es necesario establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades, sobre todo con el eritema anular centrífugo, en el que las lesiones habitualmente son diferentes y el desarrollo es más lento;⁸ el eritema migratorio ocasionado por *Borrelia burgdorferi*, 2 a 5 semanas tras picadura de garrapata; el lupus eritematoso anular, en el que la biopsia juega un papel importante, algunas variantes de micosis fungoide, la urticaria vasculitis, la pitiriasis rosada y la tiña imbricada, entre otros.^{8,9} (Tabla 1)

El tratamiento de esta entidad es el de la enfermedad de base, por lo que es importante filiar la posible causa; junto a la anamnesis, exploración física y pruebas dirigidas, es necesario descartar la presencia de una posible neoplasia concomitante. Además de las pruebas guiadas por sintomatología, será necesaria la realización de entre otras, analítica con marcadores tumorales y pruebas de imagen centradas en la región torácica como radiografía de tórax, mamografía y tomografía computarizada. En caso de no detectar neoplasias ni otra causa, en los a priori idiopáticos, estaría indicado el control periódico de estos pacientes de cara a cribar posible neoplasia de aparición en los meses posteriores al diagnóstico.^{2,3}

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de las lesiones figuradas

DERMATOSIS	FISIOPATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	TRATAMIENTO
Eritema gyratum	Desconocida. ¿Autoinmune?	Paraneoplásicos (70%) Fármacos, infecciones, conectivopatías, idiopático (30%)	Tratamiento del tumor o enfermedad de base Cribado de neoplasias
Eritema anular centrífugo	Desconocida. ¿Reacción de Hipersensibilidad?	Idiopático, fármacos, gestación, alteraciones tiroideas etc.	Corticoides, fototerapia, actitud expectante
Tiña imbricada	Infecciosa	Dermatofitos	Antifúngicos
Pitiriasis rosada atípica	Desconocida. ¿Postinfecciosa?	VHS 6 y 7	Actitud expectante, eritromicina, aciclovir
Eritema crónico migrans	Infecciosa tras picadura de garrapata	<i>Borrelia Burgdorferi</i>	Doxiciclina o cefalosporinas 3ª generación

REFERENCIAS

1. Gammel JA. Erythema gyratum repens; skin manifestations in patient with carcinoma of breast. *AMA Arch Derm Syphilol.* 1952; 66(4):494-505.
2. Votquenne N, Richert B. Erythema Gyratum Repens. *JAMA Dermatol.* 2020; 156(8):912.
3. Tchernev G, Atanasova Chokoeva A, Georgieva Vidolova N, Ivanova B, Mangarov H, Nikolovska D, Patterson JW. Erythema gyratum repens: a pathogenetic mystery and therapeutic challenge. *Wien Med Wochenschr.* 2017; 167(5-6):117-19.
4. De La Torre-Lugo EM, Sánchez JL. Erythema gyratum repens. *J Am Acad Dermatol.* 2011; 64(5): e89-90.
5. Galán-Gutiérrez M, Martínez-Peinado CM, Ruiz-Villaverde R. Erythema gyratum repens: Not always a paraneoplastic disease. *Rev Clin Esp.* 2014; 214(7):425-7.
6. Rongioletti F, Fausti V, Parodi A. Erythema gyratum repens is not an obligate paraneoplastic disease: a systematic review of the literature and personal experience. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; 28(1):112-5.
7. Rongioletti F, Fausti V, Parodi A. Erythema gyratum repens induced by pegylated interferon-a for chronic hepatitis C. *Arch Dermatol.* 2012; 148(10):1213-4.
8. Ríos-Martín JJ, Ferrándiz-Pulido L, Moreno-Ramírez D. Approaches to the dermatopathologic diagnosis of figurate lesions. *Actas Dermosifiliogr.* 2011; 102(5):316-24.
9. Dermitsu T, Sasaki K, Lida E, Azuma R, Umemoto N, Kakurai M, et al. Urticarial vasculitis presenting as erythema gyratum repens-like eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2009; 23:215-7.