

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v67i1.8554>

## Eritema anular eosinofílico: comunicación de una afección rara en adultos

### *Eosinophilic annular erythema: A case report of a rare entity in adults.*

Alberto Enrique Vengoechea-Guerrero,<sup>1</sup> Héctor Alejandro Cantú-Maltos,<sup>2</sup> Angélica María Cortázar-Azuaje,<sup>1</sup> Yonatan Armendáriz-Barragán,<sup>1</sup> Diana Carolina Palacios-Narváez,<sup>2</sup> Claudia Ileana Sáenz-Corral,<sup>3</sup> María Elisa Vega-Memije<sup>3</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** El eritema anular eosinofílico es una afección raramente descrita, de la que se desconoce su causa, pero se ha vinculado con borreliosis crónica, enfermedad tiroidea autoinmunitaria y carcinoma renal. Se distingue por pápulas eritematosas que se expanden centrífugamente formando placas anulares y que histológicamente se manifiesta con infiltrado inflamatorio perivascular superficial por linfocitos y eosinófilos. Típicamente se observa en edades pediátricas, los reportes en edad adulta son excepcionales.

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 63 años de edad, quien manifestó una dermatosis de un año de evolución diseminada al tronco y las extremidades, consistente en placas pruriginosas eritematoescamosas, con borde sobreelevado y centro ligeramente hiperpigmentado. En el estudio histopatológico se evidenció infiltrado inflamatorio por linfocitos y eosinófilos, con disposición perivascular e intersticial, por lo que por correlación clínico-patológica se diagnosticó eritema anular eosinofílico.

**CONCLUSIONES:** El eritema anular eosinofílico es una afección poco frecuente en la edad adulta, por lo que se requiere el estudio histopatológico y su correlación con la clínica, con el fin de diferenciarlo de otras dermatosis que muestran configuración anular, ya que la respuesta terapéutica puede verse afectada de no tener el diagnóstico correcto. Al ser una enfermedad de baja prevalencia, no se ha identificado su causa, por lo que sería recomendable hacer búsqueda de factores genéticos, epigenéticos o ambos que pudieran estar asociados.

**PALABRAS CLAVE:** Eritema; eosinófilos; adulto.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Eosinophilic annular erythema is a rarely described disease, with unknown etiology, that has been associated to chronic borreliosis, autoimmune thyroid disease, and renal carcinoma. It is characterized by erythematous papules that expand centrifugally, forming annular plaques, and histologically, it presents a superficial perivascular inflammatory infiltrate by lymphocytes and eosinophils. It typically occurs in pediatric ages, reports in adulthood are exceptional.

**CLINICAL CASE:** A 63-year-old male patient presented with a dermatosis for 1 year, spread to the trunk and extremities, consisting of pruritic erythematous and squamous plaques, with a raised border and a slightly hyperpigmented center. The histopathological study showed inflammatory infiltrate by lymphocytes and eosinophils, with perivascular and interstitial disposition. The diagnosis of eosinophilic annular erythema was made with clinical-pathological correlation.

**CONCLUSIONS:** Eosinophilic annular erythema is a rare entity in adulthood, which requires a histopathological study and its clinical correlation, in order to differentiate it from other dermatoses that present annular configuration, since the therapeutic response

<sup>1</sup> Residente del servicio de Dermatología.

<sup>2</sup> Residente del servicio de Dermatopatología.

<sup>3</sup> División de Dermatología. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México.

**Recibido:** diciembre 2021

**Aceptado:** febrero 2022

#### Correspondencia

Yonatan Armendáriz Barragán  
natanoy95@gmail.com

**Este artículo debe citarse como:** Vengoechea-Guerrero AE, Cantú-Maltos HA, Cortázar-Azuaje AM, Armendáriz-Barragán Y, Palacios-Narváez DC, Sáenz-Corral CI, Vega-Memije ME. Eritema anular eosinofílico: comunicación de una afección rara en adultos. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (1): 75-79.

*may be compromised with misdiagnosis. As it is a low prevalence disease, its cause has not been identified, so it would be advisable to search for genetic and/or epigenetic factors that could be associated.*

**KEYWORDS:** Erythema; Eosinophils; Adult.

## ANTECEDENTES

El eritema anular eosinofílico es una afección poco frecuente, benigna, de causa desconocida.<sup>1</sup> En términos clínicos, se caracteriza por la aparición de placas eritematosas de configuración anular, descamación escasa variable, con brotes crónicos y recurrentes.<sup>2</sup> En el estudio histopatológico de las lesiones se observa infiltrado inflamatorio denso a nivel perivascular e intersticio con abundantes eosinófilos. Se cuestiona en la actualidad si esta enfermedad se relaciona con el síndrome de Wells o eritema anular de la infancia.<sup>3</sup> Comunicamos el caso de un adulto con esta afección no asociada con alguna enfermedad hasta el momento, que, como se ha reportado en la bibliografía, ha tenido buena respuesta con corticosteroides tópicos con alivio de las lesiones en esquemas cortos de tres semanas de aplicación.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años, quien tenía el antecedente de 2 años con tiña de los pies tratada con terbinafina a dosis de 250 mg VO cada 24 horas durante 3 meses, con tratamiento satisfactorio y sin recurrencias. No consumía otros medicamentos. Refirió el padecimiento de un año de evolución, con aparición de una dermatosis diseminada al tronco, las ex-

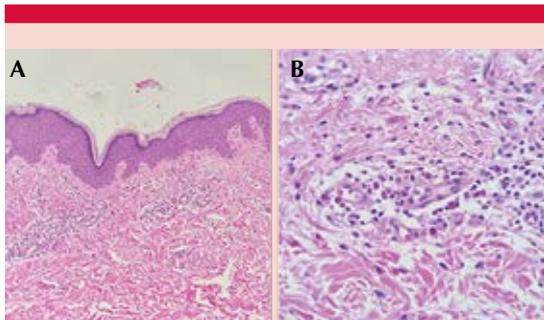
tremidades superiores e inferiores, consistente en pápulas eritematosas que iban creciendo centrípetamente con borde ligeramente sobreelevado con un collarete de descamación fina en su borde interno y un centro ligeramente hiperpigmentado color gris claro (**Figura 1**). El paciente refirió que las placas eran ligeramente pruriginosas y llegaban a crecer desde 2 hasta 20 cm, y tras varias semanas sanaron sin dejar cicatriz. Se realizó biopsia de piel, identificando un infiltrado perivascular superficial e intersticial constituido por linfocitos y eosinófilos (**Figura 2**). Se hizo compatibilidad, por relación clínico-patológica, con eritema anular eosinofílico. Se indicó tratamiento tópico con corticosteroides con valerato de betametasona 0.1% en esquema de tres semanas cada 24 horas sobre las lesiones, con alivio del cuadro. Sin embargo, el paciente perdió el seguimiento con nuestro servicio, por lo que no se conoce si hubo mantenimiento de la respuesta.

## DISCUSIÓN

Inicialmente descrito en niños en 1981 por Peterson y Jarratt, el eritema anular eosinofílico se trata de un proceso benigno de alivio espontáneo, pero de causa desconocida.<sup>1</sup> Clásicamente se han descrito varios factores asociados con el eritema anular, pero en su variante eosinofílica no se han detectado factores desencadenantes.<sup>4</sup>



**Figura 1.** Dermatitis diseminada al tronco y las extremidades, constituida por una placa con eritema dispuesto en forma anular asociado con centro grisáceo y descamación en el borde interno de la placa de aspecto característico.



**Figura 2.** Estudio histopatológico, tinción H/E. Se observa a 10x (A) un infiltrado perivascular superficial sin alteraciones epidérmicas y que a mayor acercamiento a 40x (B) se evidencia que el infiltrado inflamatorio está constituido por linfocitos y eosinófilos, con disposición perivascular e intersticial.

En términos clínicos, se caracteriza por lesiones inicialmente papulares, de localización en el tronco o las extremidades, que van creciendo lentamente en plazo de varias semanas para adoptar una morfología anular o circinada, mostrando un borde con descamación interna, con episodios de remisiones y exacerbaciones.<sup>4</sup> Algunos reportes de casos han mostrado que la descamación es de características pitiriasiformes.<sup>5</sup> El diagnóstico del eritema anular eosinofílico se establece con la correlación clínico-patológica, ya que ésta se manifiesta en el espectro de las erupciones anulares en piel, entre las cuales están: eritema anular centrífugo, urticaria anular, granuloma anular, las dermatofitosis y el lupus eritematoso subagudo, entre otros.<sup>4</sup>

El diagnóstico de eritema anular eosinofílico en un adulto lo describieron en el año 2000 Kahofer y colaboradores<sup>6</sup> y hay algunas publicaciones que sugieren asociación con enfermedades infecciosas como la borreliosis crónica, enfermedad tiroidea autoinmunitaria y carcinoma renal.<sup>5</sup>

En términos histopatológicos, esta afección se caracteriza por un infiltrado inflamatorio perivascular superficial por linfocitos y eosinófilos, sin afectación epidérmica o con cambios epidérmicos en hasta el 50% de los pacientes (como espongiosis leve, degeneración vacuolar focal y leve, montículos de paraqueratosis o hiperqueratosis).<sup>7</sup> Uno de los principales diagnósticos

diferenciales del eritema anular eosinofílico es el síndrome de Wells, conocido también como celulitis eosinofílica, del que se diferencia por su infiltrado de tipo perivascular e intersticial, acompañado de edema y figuras en llama.<sup>8,9</sup> Otros autores también han clasificado estas enfermedades dependiendo de si: sólo hay linfocitos (por ejemplo, eritema anular centrífugo), neutrofílico-eosinofílico (por ejemplo, eritema anular de la infancia, eritema marginado reumático y en el que también se incluye el eritema anular eosinofílico), con granulomas (por ejemplo, granuloma anular, sarcoidosis) o con células plasmáticas (sífilis secundaria).<sup>10</sup> En el **Cuadro 1** se especifican las características clíni-

**Cuadro 1.** Diagnósticos diferenciales clínicos e histológicos de lesiones figuradas

Diagnósticos diferenciales	Características clínicas	Características histológicas
Eritema anular eosinofílico <sup>4</sup>	Lesiones papulares que crecen y se disponen en placas anulares con borde de descamación interno. Curso recurrente y remitente	Infiltrado inflamatorio con linfocitos y eosinófilos de predominio perivascular
Celulitis eosinofílica (síndrome de Wells) <sup>4</sup>	Variabilidad clínica: lesiones vesiculoampollosas, placas urticariales o anulares, placas similares a celulitis infecciosa. Curso recurrente y remitente	Edema, infiltrado inflamatorio con abundantes eosinófilos difusos en dermis, figuras en llama
Urticaria anular (multiforme) <sup>10</sup>	Urticaria aguda de predominio en niños, secundaria a infecciones víricas, bacterianas o consumo de fármacos	Edema intersticial y perivascular con dilatación vascular y escaso infiltrado inflamatorio mixto
Eritema anular de la infancia <sup>10</sup>	Lesiones eritematosas anulares o circinadas en niños menores de un año	Infiltrado inflamatorio linfocitario con eosinófilos
Eritema marginado reumático <sup>10</sup>	Manifestación de fiebre reumática. Erupción anular o policíclica de predominio en el tronco y la parte proximal de las extremidades	Infiltrado inflamatorio perivascular neutrofílico con leucocitoclasia
Eritema anular centrífugo <sup>10</sup>	Máculas y pápulas urticariales que crecen centrífugamente con aclaramiento central	Infiltrado inflamatorio perivascular superficial y profundo de predominio linfocitario
Granuloma anular <sup>10</sup>	Placa anular o arciforme con borde firme y aclaramiento central. De alivio espontáneo	Forma intersticial y en empalizada (histiocitos alrededor de una zona de colágeno degenerado). Infiltrado inflamatorio linfocitario o histiocítico
Sarcoidosis <sup>10</sup>	Variabilidad clínica: puede manifestarse como placas coalescentes con apariencia anular o serpiginosa	Granulomas sarcoidales. Escaso infiltrado linfocitario. Cuerpos asteroides, cuerpos de Schaumann, cristales de calcio
Sífilis secundaria <sup>10</sup>	Variabilidad clínica: puede manifestarse con placas anulares	Infiltrado inflamatorio dérmico con linfocitos y células plasmáticas. Espiroquetas con tinciones especiales o inmunohistoquímica

cas e histológicas de los principales diagnósticos diferenciales del eritema anular eosinofílico. Es importante la diferenciación con estas afecciones debido a las diferentes opciones de tratamiento de estos pacientes; por ejemplo, en unos sería más útil el tratamiento con corticosteroides y en otros lo serían los antipalúdicos.

El caso expuesto reúne las características clínico-patológicas del eritema anular eosinofílico, destacando que se trata de un paciente de la séptima década de la vida, distinto a lo reportado por la bibliografía, donde se ha descrito ser un padecimiento más prevalente en niños. Además, este caso, en comparación con reportes previos, no estaba relacionado con el consumo de fármacos o con algún otro factor, por lo que podría pensarse en factores genéticos o epigenéticos aún no dilucidados.

## REFERENCIAS

1. Thomas L, Fatah S, Nagarajan S, Natarajan S. Eosinophilic annular erythema: successful response to ultraviolet B therapy. *Clin Exp Dermatol* 2015; 40: 883-6. DOI: 10.1111/ced.12668.
2. Karataş Toğral A, Seçkin D. Eosinophilic annular erythema: A late but complete response to hydroxychloroquine. *Australas J Dermatol* 2017; 58 (3): 228-230. DOI: 10.1111/ajd.12445.
3. Peterson AO, Jarratt M. Annular erythema of Infancy. *Arch Dermatol* 1981; 117 (3): 145-8.
4. Lopez-Pestaña A, Tuneu A, Lobo C, Zubizarreta J, et al. Eritema anular eosinofílico. *Actas Dermosifilogr* 2004; 95 (5): 302-4.
5. Heras MO, Muñoz NP, Sancho MI, Millet PU. Eosinophilic annular erythema in adults: report of two cases and review of the literature. *An Bras Dermatol* 2017; 92 (5 suppl 1): 65-68. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20176373.
6. Kahofer P, Grabmaier E, Aberer E. Treatment of eosinophilic annular erythema with chloroquine. *Acta Derm Venereol* 2000; 80: 70-1. DOI: 10.1080/000155500750012685.
7. Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH. *McKee's pathology of the skin: with clinical correlations*. 4th ed. ed. Elsevier/Saunders, 2012: 1803.
8. Rodríguez-Díaz E, Álvarez-Cuesta C, Blanco-Barrios S, Galache-Osuna C, et al. Dermatitis eosinofílicas (I). *Actas Dermosifilogr* 2003; 94: 65-79.
9. Rodríguez-Díaz E, Álvarez-Cuesta C, Blanco-Barrios S, Galache-Osuna C, et al. Dermatitis eosinofílicas (II). *Actas Dermosifilogr* 2003; 94: 131-43.
10. Ríos- Martín JJ, Ferrándiz-Pulido L, Moreno-Ramírez D. Aproximación al diagnóstico dermatopatológico de las lesiones figuradas. *Actas Dermosifilogr* 2011; 102 (5): 316-324. DOI: 10.1016/j.ad.2010.12.009.

## AVISO IMPORTANTE

Ahora puede descargar la aplicación de **Dermatología Revista Mexicana**.

Para consultar el texto completo de los artículos deberá registrarse una sola vez con su correo electrónico, crear una contraseña, indicar su nombre completo y especialidad. Esta información es indispensable para saber qué consulta y cuáles son sus intereses y poder en el futuro inmediato satisfacer sus necesidades de información.

La aplicación está disponible para Android o iPhone.

