

## Caso Clínico

### GRANULOMA ANULAR INTERSTICIAL DISSEMINADO

Eduarda Faísca Barbará<sup>1</sup>, Maria Luiza Barros de Paiva<sup>2</sup>, Ricardo Luis Passos Coelho Filho<sup>3</sup>, Fred Bernardes Filho<sup>4</sup>, Carlos Gustavo Carneiro de Castro<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Graduanda em Medicina/Medical Graduated, Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>2</sup>Médica formada/Medical Graduated, Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis (RJ), Brasil

<sup>3</sup>Médico formado/Medical Graduated, Faculdade de Medicina de Petrópolis, Petrópolis (RJ), Brasil

<sup>4</sup>Pós Graduando de Dermatologia/Graduated in Dermatology, no Instituto de Dermatologia Professor Rubem David Azulay da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (IDPRDA - SCMRJ) - Rio de Janeiro (RJ), Brasil

<sup>5</sup>Especialista/Specialist in Dermatology, pela Sociedade Brasileira de Dermatologia e Associação Médica Brasileira

Trabalho realizado em Clínica Dermatológica Privada / Study performed at a Private Clinic.

**RESUMO** – Relatamos um caso clínico-patológico de uma paciente de 62 anos com diagnóstico de granuloma anular intersticial, cujas lesões possuíam aspecto de pápulas agrupadas, sem atrofia central, distribuídas em membros inferiores, nádegas e dorso. O estudo histopatológico foi fundamental para conclusão diagnóstica uma vez que na avaliação inicial essa doença não estava entre as hipóteses iniciais.

**PALAVRAS-CHAVE** – Adulto; Granuloma anular; Colágeno; Diagnóstico diferencial.

### DISSEMINATED INTERSTITIAL GRANULOMA ANNULARE

**ABSTRACT** – We report a clinicopathological case of a 62-year-old patient with a diagnosis of interstitial granuloma annulare, characterized by grouped papules without central atrophy, distributed in the lower limbs, buttocks and back. Histopathology was essential for diagnostic conclusion, since the initial assessment, the disease was not among the clinical hypotheses.

**KEY-WORDS** – Burns; Medication adherence; Pyoderma gangrenosum; Skin diseases.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

*No conflicts of interest.*

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

*No sponsorship or scholarship granted.*

**Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Maio/May 2013; Aceite/Accepted – Junho/June 2013

#### Correspondência:

Dr. Carlos Gustavo Carneiro de Castro  
Rua Voluntários da Pátria, 445 - Sala 702  
Botafogo - Rio de Janeiro (RJ) – Brasil.  
Tel: +55 21 2226-3928  
E-mail: ap\_cgcc@yahoo.com.br

## Caso Clínico

### INTRODUÇÃO

O granuloma anular (GA) é uma dermatose granulomatosa benigna e geralmente autolimitada, cujas causas ou mecanismos fisiopatogênicos ainda não estão completamente definidos. Predomina em crianças e indivíduos abaixo dos 30 anos, havendo predileção pelo sexo feminino (2:1), porém nos pacientes HIV soropositivos predomina no sexo masculino.

Sua apresentação clínica clássica é uma pápula levemente eritematosa com crescimento centrípeto formando uma placa anular com borda papulosa. Outras formas morfológicas incluem: localizada, disseminada, linear, nodular, pustular, perfurantes, liquenóide e subcutânea. Numerosas micropápulas, bem como pápulas liquenóides têm sido raramente relatadas na literatura. Os vários tipos de GA compartilham achados histológicos semelhantes que se caracterizam por colágeno necrobiótico associado a um infiltrado linfocítico e um número variável de células gigantes multinucleadas na derme superficial e média. Além disso, três padrões histopatológicos podem ser encontrados: granulomas necrobióticos, forma intersticial/incompleta e granulomas do tipo sarcóidico ou tuberculóide. Na forma intersticial/incompleta, os achados histopatológicos são sutis, havendo aumento do número de linfócitos e histiócitos, localizados na região perivascular e entre os feixes de colágeno, embora não exista necrobiose.

Apresentamos as características clínicas e histopatológicas de um raro caso de granuloma anular intersticial e alertamos a importância lembrar este diagnóstico.

### RELATO DE CASO

Paciente feminino, 62 anos, negra, relatou surgimento de lesões associadas a prurido de caráter intermitente e mais intenso à noite na face posterior dos membros inferiores, com oito meses de evolução. Fez uso de medicações tópicas e anti-histamínicos, sem melhora. Evoluiu com lesões de mesmo aspecto nas nádegas e, há três meses, notou lesões semelhantes na região lombar. Na história patológica pessoal não apresentava comorbidades, uso de medicações e alergias.

O exame dermatológico evidenciou pápulas agrupadas medindo cerca de 5mm, de consistência endurecida, localizadas nas coxas, nádegas (Fig. 1) e região lombar esquerda (Fig. 2). Não apresentava esclerose nem linfonodomegalia. Foram aventadas as seguintes hipóteses: escabiose, sífilis secundária e molusco contagioso. Exames realizados: hemograma, ureia, creatinina, lipidograma, hepatograma, glicemia e função tireoidiana sem alterações. Foi realizada biópsia de uma lesão que evidenciou infiltrado inflamatório com grandes histiócitos em paliçada e linfócitos na região perivascular e necrobiose do colágeno na derme reticular (Figs. 3, 4 e 5). Associando os aspectos clínicos aos achados histopatológicos, estabeleceu-se o diagnóstico de granuloma anular intersticial disseminado. Inicialmente foi proposto tratamento com corticoide tópico, entretanto o paciente não retornou para reavaliação, não sendo possível avaliar a eficácia terapêutica.

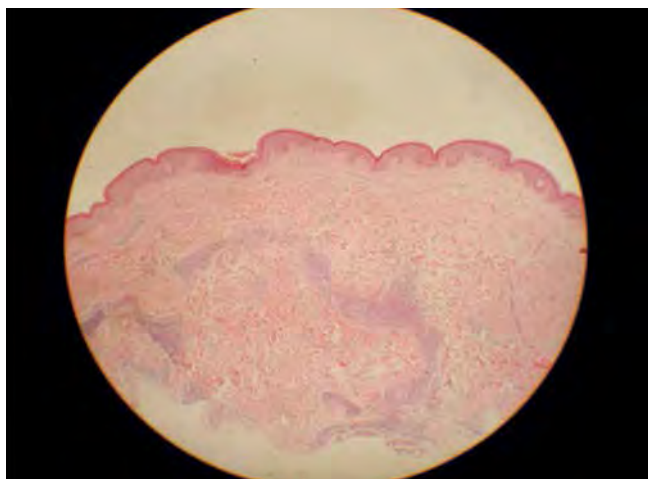


Fig. 1 - Pequenas pápulas eritematosas nas nádegas.

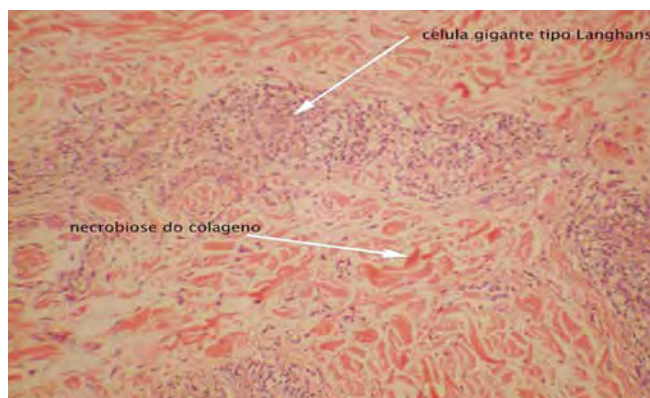


Fig. 2 - Pequenas pápulas no dorso do paciente. As lesões são muito pequenas para assumirem a forma anular.

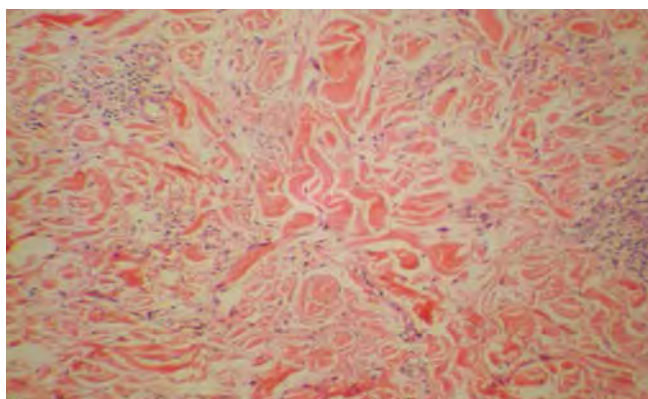
## Caso Clínico



**Fig 3** - Granuloma Anular. Infiltrado inflamatório com grandes histiócitos em paliçada e alteração do colágeno na derme reticular (chamada de necrose do colágeno) (H&E, 40x).



**Fig 4** - Granuloma Anular. Foco necrobiótico e raras células gigantes tipo Langhans (H&E, 100x).



**Fig 5** - Granuloma paliçada. Inflamação ao redor de vasos, espessamento das paredes vasculares e foco de necrose (200x).

### DISCUSSÃO

Apesar de a etiologia exata ainda não ter sido elucidada, uma grande variedade de estímulos tem sido implicada como fator desencadeante (Tabela 1). Diversos relatos associam o GA com doenças sistêmicas como diabetes mellitus, alterações tireoidianas, rinite alérgica, tuberculose, linfomas, artrite reumatoide, uveíte e infecção pelo HIV. No caso em tela, os exames laboratoriais solicitados excluíram doença sistêmica associada.

**Tabela 1** - Estímulos descritos como possíveis desencadeadores do granuloma anular.

- Picadas de insetos
- PPD
- Tireoidite
- Radiação ultravioleta
- Vitamina D
- Ingestão de alopurinol
- Infecções: vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus Epstein-Barr (EBV), hepatite C e varicela zoster

O diagnóstico se baseia nas manifestações clínicas, entretanto a biópsia pode ser recomendada nos casos em que as lesões não se apresentem características, como no caso clínico em questão. Para o diagnóstico diferencial de GA, devem ser consideradas a forma clínica e a localização das lesões, incluindo assim diversas dermatoses, tais como eritema anular centrífugo, erythema elevatum diutinum, erythema marginatum, erythema migrans, infiltrado linfocítico de Jessner, xantomas, mucinose papulosa, líquen plano, sífilis secundária, molusco contagioso, sarcoidose, reticulo-histiocitoma,

**Tabela 2** - Tratamento do granuloma anular.

**Sistêmico:** isotretinoína oral, pentoxifilina, nicotinamida, salicilatos, iodeto de potássio, niacinamida, AAS, DDS, cloroquina, hidroxicloroquina, clorambucil, ciclosporina, metotrexato, salicilatos, colchicina, etretinato, corticosteroides.

**Tópico:** 5-fluoracil, tretinoína, antralina, imiquimod, corticosteroides oclusivos, vitamina E

**Intralesional:** corticosteroide, interferon-beta

Excisão cirúrgica, eletrocoagulação

PUVA, crioterapia, laser

## Caso Clínico

amiloiose, entre outras. No caso apresentado, as hipóteses aventadas foram fundamentadas na particularidade clínica, queixa de prurido e topografia das lesões.

Casos localizados ou assintomáticos normalmente não necessitam de tratamento, no entanto, por razões estéticas e psicológicas, as modalidades terapêuticas empregadas abrangem: tratamento clínico, cirúrgico ou físico (Tabela 2). O índice de sucesso varia da resolução completa à total falta de resposta.

Pelo nosso caso representar uma forma clínica incomum de granuloma anular e também para relembrar da importância de incluí-lo entre os diagnósticos diferenciais no dia a dia ambulatorial faz-se importante sua publicação.

### BIBLIOGRAFIA

1. Burns DA. Necrobiotic Disorders. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C, editors. Rook's Textbook of Dermatology. 8<sup>th</sup> ed. London: Wiley Blackwell; 2010. p. 60.1-12.
2. Fagundes PP, Pinto AS, Pinto PA, Valente NY, Tebcherani AJ. Xantoma eruptivo com aspecto histopatológico inusitado simulando granuloma anular - Relato de caso. An Bras Dermatol. 2009; 84(3):289-92.
3. Dornelles SI, Poziomczyk CS, Boff A, Köche B, Dornelles MA, Richter GK. Granuloma anular perforante generalizado. An Bras Dermatol. 2011; 86(2):327-31.
4. Tanyildizi T, Akarsu S, Ilknur T, Lebe B, Fetil E. Disseminated eruptive interstitial granuloma annulare mimicking lichen nitidus. Eur J Dermatol. 2011; 21(4):644-5.
5. Wada DA, Perkins SL, Tripp S, Coffin CM, Florell SR. Human herpesvirus 8 and iron staining are useful in differentiating Kaposi sarcoma from interstitial granuloma annulare. Am J Clin Pathol. 2007; 127(2):263-70.
6. Soub CR, Rochael MC, Cuzzi T. Granuloma Anular: distribuição tecidual dos dendrócitos dérmicos fator XIIIa+, das células dérmicas trombomodulina+ e de macrófagos CD68+. An Bras Dermatol. 2003; 78(3):289-98.
7. Costa AP. Necrobiose lipóidica e granuloma anular. In: Ramos-E-Silva M, Castro MC. Fundamentos de Dermatologia. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010. p.1357-1365.