



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Placas anulares bilaterales en manos y antebrazos



Bilateral Annular Plaques on the Hands and Forearms

Caso clínico

Hombre de 56 años sin antecedentes clínicos de interés, que consulta por la aparición de lesiones levemente pruriginosas de 8 meses de evolución localizadas en el dorso de ambos antebrazos. El paciente negaba la aplicación de cualquier producto en la zona afectada y no refería ningún posible desencadenante.

Exploración física

A la exploración física se observaban grandes placas eritematosas de borde levemente sobrelevado y centro deprimido, afectando el dorso de ambos antebrazos y manos. Las lesiones tenían una morfología anular y curiosamente respetaban la zona del reloj en la muñeca izquierda (fig. 1).

Se realizaron pruebas epicutáneas con la batería estándar GEIDAC y pruebas estándar de fotoparche que resultaron negativas.



Figura 1

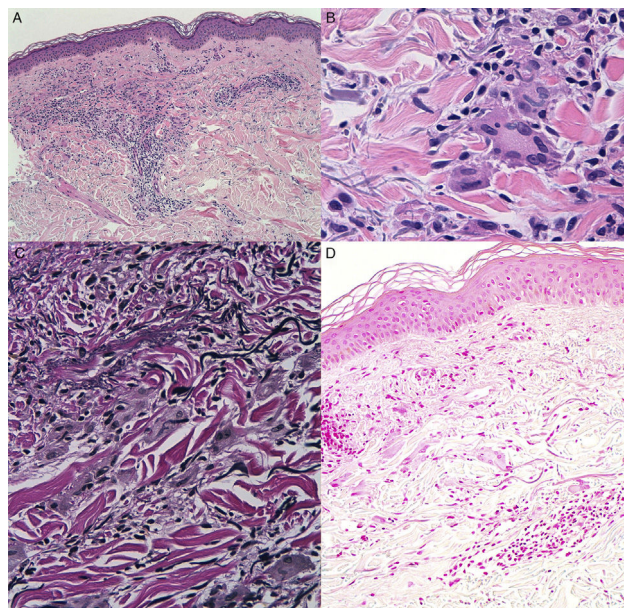


Figura 2 A y B. Hematoxilina eosina $\times 4$ y $\times 40$ respectivamente. C. Tinción de Verhoeff-van Gieson $\times 40$. D. Azul alcian $\times 20$.

Histopatología

Se realizó una biopsia tipo *punch* del borde de una de las placas, observándose una epidermis sin alteraciones significativas. En la dermis superficial y media se observó un infiltrado granulomatoso y perivascular superficial constituido por células mononucleares y células gigantes multinucleadas. En el citoplasma de estas células se objetivó la presencia de numerosas fibras elásticas fragmentadas, que se hacían más evidentes con la tinción de Verhoeff-van Gieson. No se observó la presencia de mucina ni de degeneración del colágeno (fig. 2).

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Granuloma elastolítico anular de células gigantes (granuloma actínico).

Tratamiento y evolución

Se indicó tratamiento con corticoides tópicos de mediana potencia asociado a fotoprotección, con mejoría parcial de las lesiones tras 3 meses de aplicación.

Comentario

El granuloma elastolítico anular de células gigantes (GEACG), también denominado granuloma actínico o granuloma de O'Brien, es una enfermedad granulomatosa poco frecuente caracterizada por la presencia de células gigantes multinucleadas fagocitando fibras elásticas anómalas, fenómeno conocido como elastofagocitosis. Clínicamente se caracteriza por afectar principalmente a mujeres entre 50-70 años, con fototipo bajo y signos de daño actínico crónico. Las lesiones suelen comenzar como pápulas eritematosas que posteriormente evolucionan a placas anulares de borde sobreelevado y mínima atrofia central. Estas predominan en las zonas fotoexpuestas como la cara, el escote, los antebrazos y las piernas¹.

La patogenia de esta entidad es aún desconocida, aunque se postula una posible reacción autoinmune dirigida contra las fibras elásticas que determinaría una respuesta inflamatoria granulomatosa con la formación de granulomas². Se ha descrito su asociación con diversos procesos tales como la diabetes mellitus, los medicamentos, el hipotiroidismo, la tiroiditis, los linfomas, la polimialgia reumática y la arteritis de la temporal, entre otros.

Se desconoce actualmente si existe alguna relación entre el GEACG y estos procesos.

En la histopatología se pueden observar 3 zonas bien definidas que reflejan esta posible patogenia. Una zona periférica, externa al borde de las placas caracterizada por una dermis papilar con elastosis actínica y sin la presencia de células gigantes multinucleadas ni granulomas. Esta zona correspondería a la zona de avance de la lesión, con fibras elásticas antigénicas que aún no han inducido una reacción inflamatoria. Una zona intermedia o activa que se corresponde clínicamente con el borde de las lesiones y donde se observan fibras elásticas fragmentadas, fenómenos de elastofagocitosis y formación de granulomas. Y por último, una zona central caracterizada por la ausencia de fibras elásticas y escasas células inflamatorias, que se correspondería con una zona postinflamatoria residual³.

El principal diagnóstico diferencial se plantea con el granuloma anular (GA) localizado en áreas fotoexpuestas. De hecho, desde su primera descripción ha habido cierta controversia sobre si el GEACG es una entidad nosológica

distintiva o una variante del GA con elastofagocitosis⁴. Aun cuando ambos procesos pueden ser idénticos desde el punto de vista clínico, los estudios histológicos apoyan la idea de que se trata de entidades diferentes. En el caso del GEACG la reacción granulomatosa se localiza principalmente en la dermis superficial y no se observa mucina, mientras que en el GA los granulomas se distribuyen por la dermis superficial y media formando una empalizada que rodea una zona de colágeno degenerada con mucina en su interior⁵.

Aun cuando existen casos con remisión espontánea el GEACG suele tener un curso crónico y recidivante. Se han descrito múltiples opciones de tratamiento, incluyendo protectores solares, esteroides tópicos, sistémicos o intralesionales, cloroquina, dapsona, metotrexato, anticuerpos monoclonales contra el factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) o el uso de retinoides a dosis bajas por vía oral. Todos ellos presentan resultados variables⁶⁻⁸.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bassas-Vila J, Umbert P, Iglesias M, Creus L. Granuloma actínico. Estudio clínico e histológico de cinco casos. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:451-5.
2. O'Brien JP, Regan W. Actinically degenerated elastic tissue is the likely antigenic basis of actinic granuloma of the skin and of temporal arteritis. *J Am Acad Dermatol*. 1999;40:214-22.
3. O'Brien JP. Actinic granuloma. The expanding significance. An analysis of its origin in elastotic (aging) skin and a definition of necrobiotic (vascular), histiocytic, and sarcoid variants. *Int J Dermatol*. 1985;24:473-90.
4. Ragaz A, Ackerman BA. Is actinic granuloma a specific condition? *Am J Dermatopathol*. 1979;1:43-50.
5. Al-Hoqail IA, Al-Ghamdi AM, Martinka M, Crawford RI. Actinic granuloma is a unique and distinct entity: A comparative study with granuloma annulare. *Am J Dermatopathol*. 2002;24:209-12.
6. Lazzarini R, Rotter A, Farias DC, Muller H. O'Brien's actinic granuloma: An unusually extensive presentation. *An Bras Dermatol*. 2011;86:339-42.
7. Campos-Muñoz L, Díaz-Díaz RM, Quesada-Cortés A, Hernández-Cano N, Martín-Díaz MA, Regojo-Zapata RM, et al. [Annular elastolytic giant cell granuloma: A case report located in non-sun exposed areas]. *Actas Dermosifiliogr*. 2006;97:533-5.
8. Greb JE, Goldminz AM, Rosmarin D. Adalimumab for the treatment of actinic granuloma. *Dermatol Ther*. 2017;30:1-2.

E. Rozas-Muñoz*, J.F. Mir-Bonafé y E. Serra-Baldrich

Servicio de Dermatología, Hospital de la Sant Creu i Sant Pau, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: docrozaz@yahoo.com (E. Rozas-Muñoz).