

ARTICULO ORIGINAL

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual 20459734

Granuloma actínico de O'Brien

O'BRIEN ACTINIC GRANULOMA



Ene - Mar 2009 | Vol. 90 N°1

Artículo Original
Rev. argent. dermatol. 2009; 90 (1): 85 - 91
Publicado en línea 2009, Abril / Published online 2009 April
Granuloma actínico de o'Brien

Autores | Contacto

J A Gregoris *, +J A Monti ** y V Lizarraga ***

* Médico Dermatólogo. Docente de la Cátedra de Dermatología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.

** + Médico Anatómo-Patólogo. Director del Instituto de Patología de Rosario.

*** Médica Dermatóloga.

España 1165, PB (2000) Rosario. Santa Fe.
Tel.: 0341-4244395.

Correspondencia: drjorgegregoris@uolsinectis.com.ar

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

Se comunica un caso de granuloma actínico en una paciente de sexo femenino, caucásica, la cual presentaba concomitantemente arteritis de la temporal y polimialgia reumática. Actualmente se considera que debido a la fisiopatogenia de las tres entidades mencionadas, podría tratarse la primera, de un marcador de las dos restantes.

PALABRAS CLAVE:

Granuloma actínico; Polimialgia reumática; Arteritis de la temporal.

SUMMARY

We present a female, white, with an actinic granuloma, concomitantly with temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. Today it is considered that, due to the pathogenesis of the three entities mentioned before, the first one could be used as a reference for the other two

KEY WORDS:

Actinic granuloma; Polymyalgia rheumatica; Temporal arteritis.

INTRODUCCIÓN

El granuloma actínico, también llamado granuloma elastolítico a células gigantes de O'Brien, es una entidad que ha sido motivo de controversias durante años; fue llamado por muchos autores granuloma anular por su parecido clínico y a veces también histológico. O'Brien en 1975 ¹ después de haber examinado casos rotulados como granuloma anular, necrobiosis lipoídica, sarcoidosis y hasta sífilis, observó que histológicamente algunos de éstos estaban constituidos por un infiltrado de células gigantes, las que absorbían y digerían a las fibras elásticas anormales y propuso considerarlo como una entidad autónoma a la que denominó granuloma actínico.

Las primeras descripciones fueron realizadas por Dowling y Wilson Jones como una necrobiosis lipoídica atípica ².

CONSIDERACIONES GENERALES

Se trata de una lesión de forma anular que va creciendo por la periferia, mediante un borde a veces ligeramente sobreelevado y otras escamoso, que deja en su centro una zona blanquecina y atrófica, la que puede adquirir dimensiones que varían desde los dos o tres centímetros hasta diez o más. Asienta en regiones expuestas a la luz solar: antebrazos, piernas, región del escote y también la cara. En una publicación posterior hecha por Ragaz y Ackerman ³, dichos autores opinan que los casos descritos por O'Brien son verdaderos granulomas anulares, que asientan en regiones de piel danadas por el sol. Sin embargo en un trabajo de 1979, O'Brien insiste en que la entidad es distinta y la posible patogenia sería la acción de las radiaciones lumínicas, produciendo un dano vascular en la piel ⁴. Se han publicado algunos casos en los que se describe atrofia en la parte central, casi siempre en mujeres adultas, ejemplo de ello son las efectuadas por Salvatella y col en 1982 ⁵ y Sánchez y col ⁶.

La evolución de esta enfermedad es lenta, generalmente asintomática y según algunos autores podría considerarse un marcador de otras dos patologías, como son la arteritis de la temporal y la polimialgia reumática.

SE PUEDEN EFECTUAR DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES CON:

- 1° Granuloma anular
- 2° Granuloma anular generalizado
- 3° Sarcoidosis
- 4° Lupus cutáneo subagudo
- 5° Lepra dimorfa
- 6° Algunas raras formas de sífilis secundaria.

TRATAMIENTO:

Los tratamientos tópicos como dipropionato de clobetasol y protectores solares, son los más comúnmente usados por los que en general se obtiene una rápida mejoría, aunque no la desaparición del cuadro. Entre los medicamentos por VO se han usado cloroquina, retinoides, methotrexato, ciclosporina y algunas descripciones sobre el uso de tranilast que es un inhibidor selectivo de la síntesis de colágeno, droga sobre la cual no tenemos experiencia.

CASO CLÍNICO:

Paciente de sexo femenino de 72 años de edad, que consulta por una lesión anular localizada en cara anterior de antebrazo izquierdo, de 10 cm en su diámetro mayor y longitudinal y 5 cm en forma transversal con un centro atrófico (Fig 1); en la periferia presenta pequeñas pápulas de color marrón claro, sobreelevadas, de un año de evolución, asintomática. Refiere que la lesión comenzó con un grupo de pápulas que fueron confluyendo y formando un pequeño círculo que se extendía en forma centrífuga, dejando en el centro una zona más clara.

Toda esta lesión asienta sobre una piel con gran elastosis solar, la paciente presenta un fototipo II con ojos claros y durante mucho tiempo vivió en zona rural. Antecedentes: arteritis de la temporal y polimialgia reumática.

Con el diagnóstico clínico de granuloma anular, efectuamos una toma biopsica en la que incluimos la región central de la lesión, el borde y parte de piel sana. La zona periférica, no afectada por el granuloma presentaba marcada elastosis solar.



Fig 1: vista panorámica de la lesión en antebrazo izquierdo

HISTOLOGÍA:

Histológicamente se pueden observar gran cantidad de células gigantes las cuales han fagocitado a las fibras elásticas, incluso en una fotografía se destaca a una de ellas en pleno proceso de fagocitosis: elastoclasia (Figs 2, 3 y 4). No se observa necrobiosis, ni histiocitos en empalizada como los que corresponden al granuloma anular. Los vasos sanguíneos son de características normales. Por lo descripto y su correlación clínica se arriba al diagnóstico de granuloma elastolítico a células gigantes.

Se efectúa tratamiento con infiltraciones intralesionales de acetónido de triamcinolona y uso de protectores solares, con lo cual comenzamos a notar una disminución del color eritematoso de los bordes hasta su desaparición, persistiendo la región central atrófica.

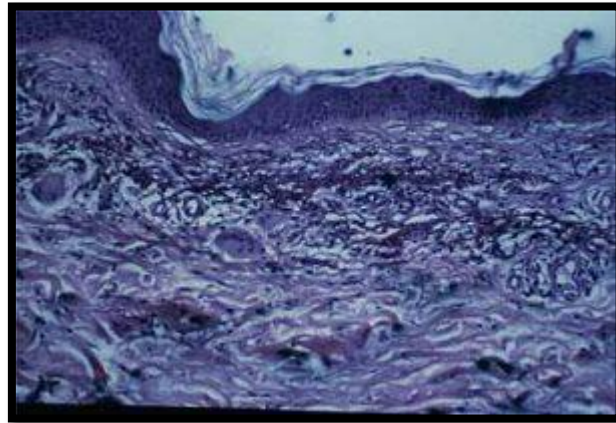


Fig 2: microfotografía a pequeno aumento donde se observan las numerosas células gigantes.

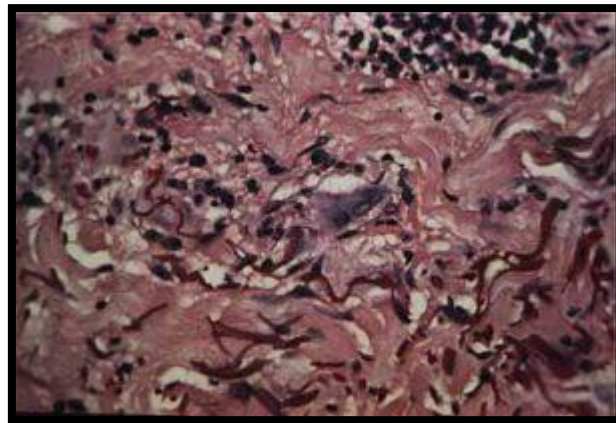


Fig 3: fibras elásticas fagocitadas por células gigantes.

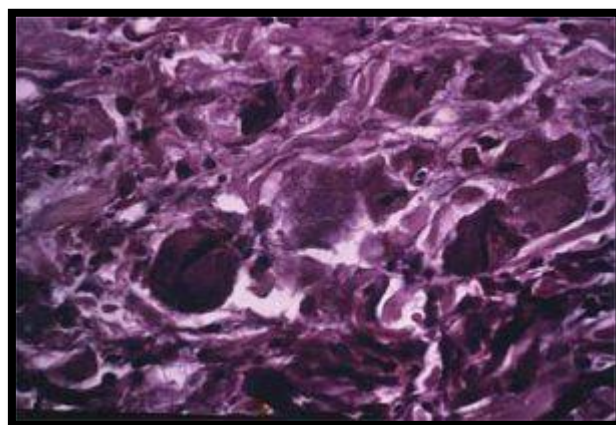


Fig 4: fibra elástica parcialmente fagocitada por una célula gigante.

CONCLUSIONES

El granuloma anular elastolítico a células gigantes es una enfermedad granulomatosa rara de la piel, caracterizada por la fagocitosis de las fibras elásticas por células gigantes multinucleadas. Las lesiones son solitarias o agrupadas en unos pocos parches anulares, con bordes elevados y atrofia central. Las áreas expuestas al sol se ven más comúnmente afectadas por esta entidad. Su patogénesis es todavía controversial ^{7,8}.

Se presenta con una frecuencia mucho mayor en mujeres. Puede ser fácilmente confundido con el granuloma anular, aunque es necesario considerar dentro de los posibles diagnósticos diferenciales a la sífilis y la sarcoidosis. Es importante tenerlo presente ya que como dijimos anteriormente, puede ser un marcador precoz de las dos entidades que nuestra paciente presentaba: arteritis de la temporal y polimialgia reumática. La arteritis a células gigantes coexiste con la polimialgia reumática en más del 50 % de los casos y la histología es similar a la que presenta el granuloma elastolítico. No hemos encontrado datos bibliográficos que puedan avalar esta teoría, pero es interesante considerarlo para los raros casos de granuloma de O'Brien que se presentan.

Respecto del tratamiento, algunos autores refieren que las infiltraciones con triamcinolona y los fotoprotectores no son efectivos, aunque no fue así en nuestro caso. En 1995 Ratnavel y col ⁹ comunicaron un caso, que respondió a la isotretinoína en un paciente de sexo masculino de 75 años de edad, con múltiples lesiones de granuloma actínico.

También se ha obtenido resultado exitoso con cloroquina ¹⁰. Igawa y col publicaron en 1997, un caso de granuloma anular elastolítico a células gigantes en un paciente con anticuerpos a virus de la hepatitis C, que fue tratado con corticoides tópicos y crioterapia con nitrógeno líquido por varios meses, sin obtener resultados satisfactorios. La mejoría del paciente se obtuvo con Dapsone a 50 mg/día; un mes después los márgenes eritematosos de las lesiones palidieron y la infiltración gradualmente fue disminuyendo; al año de tratamiento no se habían observado recurrencias ¹¹.

La ciclosporina A en un paciente varón con múltiples parches anulares en tronco, resultó exitosa a una dosis de 5 mg/kg/día. Como hemos dicho anteriormente el uso de tranilast puede ser una experiencia alentadora.

El interés de la presentación reside en la escasa frecuencia de esta patología y su asociación a arteritis de la temporal y polimialgia reumática.

REFERENCIAS:

1. O'Brien JP. Actinic granuloma. An annular connective tissue disorder affecting sun and heat – damaged (elastotic) skin. Arch Dermatol 1975; III: 460-466.
2. Labrador A, Silva E, Del Sel J, Rodríguez Costa G, González S, Devés A, Allevato M y Cabrera H. Granuloma anular elastolítico de células gigantes. A propósito de dos casos. Dermatol Argent 2006; 12 (1): 33-37.
3. Ragaz A y Ackerman AB. Is actinic granuloma a specific condition? Am J Dermatopath 1979; 1: 43-50.
4. O'Brien JP. Is actinic granuloma a specific condition? Another view; perhaps the concept should be extended. Am J Dermatopath 1979; 1: 51-53.
5. Salvatella N, Moreno A, Sancho F y col. Granuloma actínico. Presentación de tres casos. Med Cut ILA 1982; 10: 299-304.
6. Sánchez GF, Mosto SJ, Gervasi VS y col. Granuloma actínico. Arch Argent Dermat 1984; XXXIV: 269-273.
7. Oz Kaya-Bayazit E, Buyuc Babani N, Baykal C y col. Annular elastolytic giant cell granuloma: sparing of a burn scar and successful treatment with chloroquine. Br J Dermatol 1999; 140 (3): 525-530.
8. Hermes B, Haas N y Czarnetzki BM. Anulares elastolytisches Riesenzell granulom mit Spontanheilungs tendenz. Hautartz 1995; 46 (7): 490-493.
9. Ratnavel RC, Grant JW, Handfield Jones SE y col. O'Brien's actinic granuloma: response to isotretinoin JR Soc Med (England) 1995; 88 (9): 528-529.
10. Igawa K, Maruyama R, Katayama I y col. Anti-oxidative therapy with oral dapsone improved HCV antibody positive annular elastolytic giant cell granuloma. J Dermatol 1997; 24 (5): 328-331.
11. Tsutsui K, Hirone T, Kubo K y Matsui Y. Annular elastolytic giant cell granuloma: response to cydosporin. Am J Dermatol 1994; 21 (6): 426-429.