

CASO CLÍNICO PATOLÓGICO

REVISTA ARGENTINA DE DERMATOLOGÍA

Propiedad de la Asociación Argentina de Dermatología

ISSN 1851-300X | Número de Propiedad Intelectual RE-2023-29115831

GRANULOMA ACTÍNICO: REPORTE DE UN CASO

ACTINIC GRANULOMA: A CASE REPORT



ABRIL - JUNIO 2022 | Vol. 103 N°2

Caso clínico patológico

Rev. argent. dermatol. 2022; 103 (2): 54 -61.

Publicado en línea 2023, Marzo / Published online 2023 March

Granuloma actínico: reporte de un caso

Autores | Contacto

**Autores: Aramendia EM¹, Mariasch PG²,
Eidilstein DA², Kirilovsky PE², y Díaz D³**

- ¹Médico Residente de dermatología. Clínica de la piel, Neuquén capital. Argentina
- ²Médico Especialista en dermatología. Clínica de la piel, Neuquén capital. Argentina
- ³Médico Dermatólogo/Médico patólogo. Laboratorio Norpatagónico de patología, Neuquén capital. Argentina

**Clínica de la Piel. Martin fierro 452. Neuquén (8300). Argentina www.clinicapiel.com.ar
Email autor: emaramendia@gmail.com**

Recibido: 26/07/2021

Recibido 1°Corrector: 21/01/2023

Recibido 2° corrector: 05/03/2023

Aceptado para su Publicación: 09/03/2023

Los autores declaramos no poseer ningún tipo de conflicto de interés

RESUMEN

El granuloma actínico es una dermatosis granulomatosa poco frecuente, que se observa en adultos de mediana edad con antecedentes de fotoexposición. Su patogénesis no es clara; siendo la teoría más aceptada la radiación solar como factor disparador.

Se caracteriza por placas anulares con atrofia central y bordes eritematosos elevados que son similares a los observados en el granuloma anular.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 71 años, con placas anulares en antebrazos compatibles con granuloma actínico.

Se comunica el caso por lo infrecuente de esta entidad y se realiza una revisión bibliográfica.

ABSTRACT

Actinic granuloma is a rare granulomatous dermatosis, seen in middle-aged adults with a history of photoexposure. Its pathogenesis is not clear; the most accepted theory being solar radiation as a triggering factor.

It is characterized by annular plaques with central atrophy and raised erythematous borders that are similar to those seen in granuloma annulare.

The clinical case of a 71-year-old patient with annular plaques on the forearms compatible with actinic granuloma is presented.

The case is reported due to the infrequent nature of this entity and a bibliographical review is carried out.

INTRODUCCIÓN:

El granuloma actínico (GA) fue descrito por primera vez en 1975 por John O'Brien. Es una rara dermatosis granulomatosa caracterizada por placas anulares con atrofia central y márgenes eritematosos elevados, localizadas en áreas fotoexpuestas. Afecta a personas de mediana edad con antecedentes de exposición solar intensa.¹

El GA es un trastorno relativamente raro y se desconoce su patogenia exacta.

Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta se encuentran: tiña corporis, sarcoidosis y granuloma anular. El diagnóstico se confirma con la histopatología. Aunque no existe un tratamiento específico para GA, se han probado varios agentes terapéuticos con variados resultados.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 71 años de edad, hipertensa, que consulta por dermatosis ligeramente pruriginosa compuesta por placas eritematosas con fina escama en su superficie, de configuración anular, de bordes elevados, con centro levemente atrófico; por sectores confluyen formando placas más grandes, localizadas en ambos antebrazos y dorso de manos (Figura 1). La paciente trae un estudio micológico con resultado positivo para *Microsporium*. Se inició tratamiento con fluconazol 150 mg por semana, durante 4 semanas asociado con clotrimazol tópico. No se observó mejoría clínica.



Figura 1: Placas eritematosas anulares con fina escama, bordes elevados, con centro atrófico, formando placas grandes en antebrazos y dorso de manos.

Se realizó una biopsia por punch para estudio histopatológico que mostró a nivel dérmico reacción granulomatosa dérmica constituida por numerosas células gigantes multinucleadas, sueltas y agrupadas (sin corona linfocitaria). No se observa necrosis caseosa (Figura 2). Con técnica especial de Grocott no se aprecian elementos micóticos. Con técnica de Orceína para fibras elásticas se aprecia elastofagocitosis en células gigantes (Figura 3).

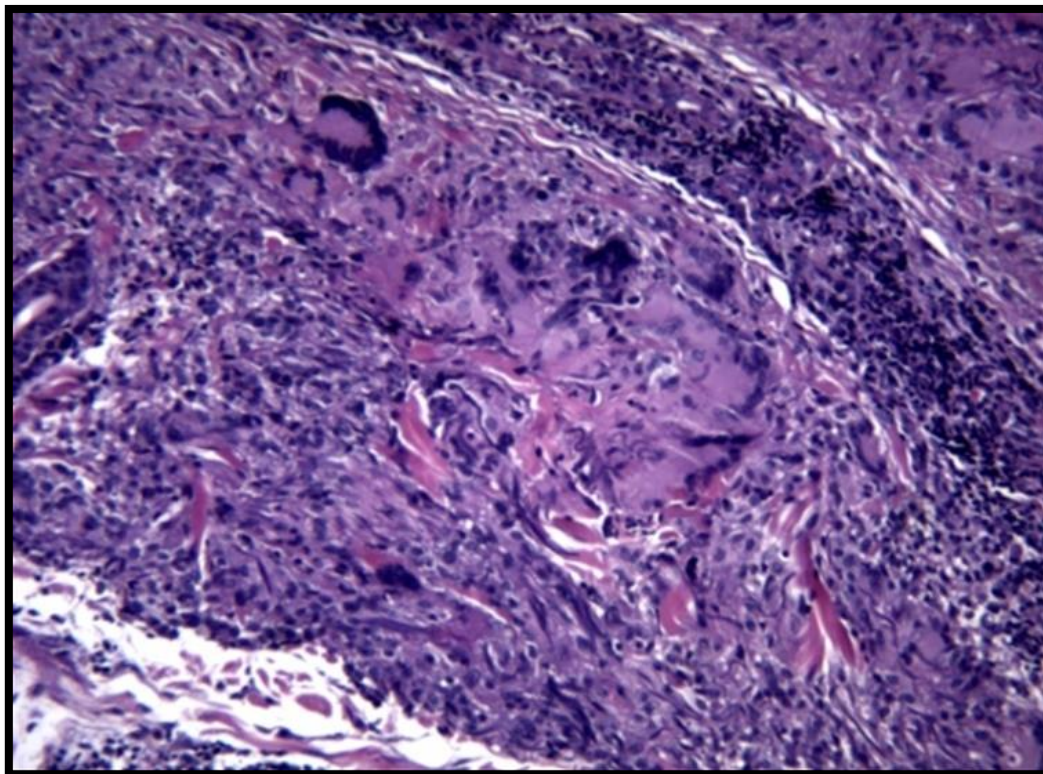


Figura 2 HE-10x: A nivel dérmico reacción granulomatosa dérmica compuesta por células gigantes multinucleadas sin corona linfocitaria ni necrosis caseosa.

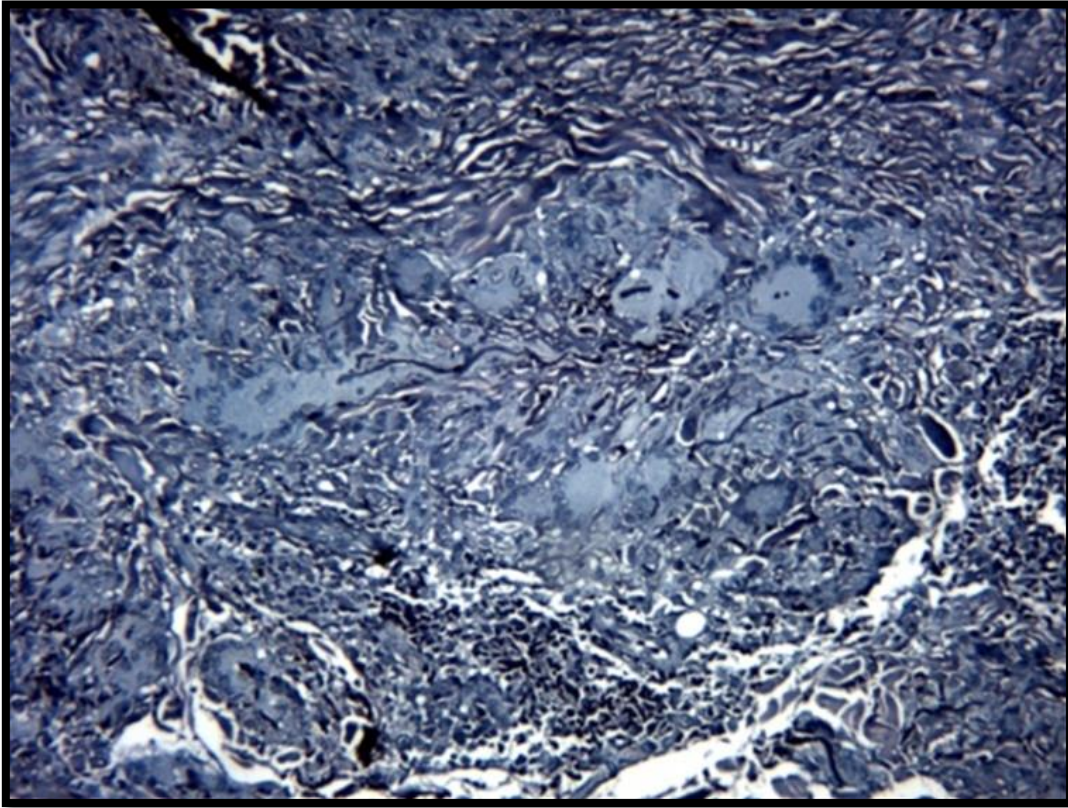


Figura 3 Orceína-10x: Elastofagocitosis en células gigantes

Basados en la clínica y la histopatología se arribó al diagnóstico de granuloma actínico. Se inicia tratamiento con clobetasol ungüento semana por medio e infiltraciones con triamcinolona mensuales, junto con fotoprotección estricta, observándose buena respuesta clínica, sin progresión de las lesiones (Figura 4).



Figura 4: Persisten las placas, con menor infiltración.

DISCUSIÓN

El granuloma actínico (GA) fue descrito por J.P. O'Brien en 1975 como un fenómeno de reparación del tejido conectivo elastótico dañado por el sol y/o el calor. Realizó una minuciosa descripción histológica, afirmando que se trata de una entidad relacionada con el granuloma anular, pero con características propias que permiten distinguirlo de otros granulomas, presentándolo como una entidad independiente. El granuloma anular no muestra elastofagocitosis y sí presenta depósitos de mucina, necrobiosis y granulomas en empalizada.²

Desde entonces ha recibido múltiples denominaciones, tales como granuloma de O'Brien, necrobiosis lipóidica atípica de la cara y del cuero cabelludo, granuloma disciforme de la cara de Miescher, granuloma multiforme, entre otros.

Es un trastorno relativamente raro que se observa con mayor frecuencia en adultos de mediana edad, de piel clara, con antecedentes de exposición excesiva al sol. Tiene un ligero predominio por el sexo femenino. Su prevalencia actual sigue siendo incierta.

Se desconoce la patogenia de la enfermedad sin embargo se cree que la elastosis solar es un factor desencadenante.³ Las fibras elásticas dañadas se consideran como los estímulos antigénicos que desencadenan el proceso inflamatorio humoral y celular, que conduce a la reparación del tejido conectivo dañado por el sol.

En 1979 Henke et al., describieron al Granuloma elastolítico anular de células gigantes (GEACG) como un cuadro clínico e histológicamente similar, salvo por no estar limitada a áreas de exposición solar.⁴

Tanto el granuloma actínico como el granuloma anular elastolítico de células gigantes correspondería, de acuerdo a las diversas bibliografías, a una misma entidad salvo por el detalle que las lesiones clínicas no se limitan a áreas fotoexpuestas, pero su histopatología no difiere. No son entidades diferentes como exponen los autores.⁵

El GA se presenta típicamente como placas anulares con márgenes eritematosos elevados y atrofia o hipopigmentación central, en cara, cuello, pecho y extremidades superiores. Las lesiones pueden iniciar como pápulas eritematosas y luego expandirse de manera centrífuga y fusionarse en placas anulares o lineales asintomáticas.^{1,6}

El diagnóstico diferencial incluye: Granuloma anular clásico, Tiña corporis, Liquen anular, Sarcoidosis, y otras enfermedades granulomatosas infecciosas, pero se pueden distinguir fácilmente por los hallazgos histopatológicos y de laboratorio.

El estudio histopatológico del GA muestra un proceso inflamatorio granulomatoso limitado a la dermis superficial. El rasgo histopatológico característico del GA son las células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, que fagocitan las fibras elásticas degeneradas, un proceso conocido como elastofagocitosis.⁷

Se han descrito cuatro patrones histológicos de GA: Histiocítico, de Células gigantes, Necrobiótico o vascular y Sarcoidal.

La variante histiocítica consiste predominantemente en histiocitos dispersos cerca de fibras elásticas. El patrón de células gigantes es el patrón original, que inicialmente consiste en un pequeño granuloma que se vuelve anular a medida que avanza hacia el tejido elastótico cercano. La variante necrobiótica o vascular, consiste en áreas de necrosis isquémica en el borde granulomatoso que avanza. Por último, la variante sarcoide a menudo muestra estroma atrófico, fibrosis y una reacción inflamatoria persistente. De los cuatro patrones, el de células gigantes y necrobiótico parecen ser patrones más comunes en mujeres que en hombres.³

En el caso de la paciente presentada, la histopatología correspondería a un patrón de GA de células gigantes.

El tratamiento del GA incluye: corticosteroides tópicos e intralesionales, terapia PUVA, antipalúdicos, ciclosporina, metotrexato y crioterapia. Los informes de casos y los estudios observacionales han demostrado resultados variables con estas modalidades de tratamiento.⁸⁻¹²

Existe un reporte de caso en el cuál un paciente fue tratado con tetraciclinas obteniéndose buena respuesta clínica.⁹ Se ha informado remisión espontánea en algunos casos.

CONCLUSIÓN

El GA es una rara dermatosis que tiene una presentación clínica similar a otras enfermedades granulomatosas por lo que implica un desafío no sólo diagnóstico sino terapéutico, debido a que no existen resultados consistentes con las modalidades de tratamiento actuales.

REFERENCIAS:

1. Fernando M. Stengel y colaboradores. Granuloma actínico (O'Brien) Arch. Argent. Dermatol. 2002. 52:57-65.
2. Garcia BMT, Ferrando RJF, Garcia RR, Pose LP, Maten PA. Granuloma anular elastolítico de células gigantes en área fotoexpuesta. Med Cutan Iber Lat Am 2018; 46 (3): 228-230.
3. Gutierrez-Gonzalez E, Gomez-Bernal S, Alvarez-Perez A, Sanchez-Aguilar D, Toribio J. Elastolytic giant cell granuloma: clinic-pathologic review of twenty cases. Dermatol Online J. 2013;19(10):3. PMID: 24139362
4. Wang C-Y, Pujol RM, Lee W-H, Su W-P. Annular elastolytic granuloma: a clinicopathologic study of 15 cases and a literature review. Dermatol-Sinica. 1996;14:51-64.
5. Practical, Conceptual or Educational Notes. Dermatol Pract Concept 2013;4(3):4.
6. Coutinho ID, Ramo LI, Brites MM et al. O'Brien actinic granuloma:
7. a case report and brief review of literature. Indian J. Dermatol.
8. 2015; julio-agosto 60 (4): 391–3. PMID: 26288411 PMCID:PMC: 4533541 DOI: 10.4103/0019-5154.160493
9. Lazzarini R, Rotter A, Farias DC, Muller H. O'Brien's actinic granuloma: an unusually extensive presentation. An Bras Dermatol. 2011;86 (2):339-42.
10. Reisenauer A, White KP, Korcheva V, White CR. Non-infectious granulomas. In: Bologna JL, Schafferr JV, editors. Dermatology. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012. p. 1557–74.
11. George M. Jeha BS, Kathryn Olivier Lockett MD, and Lauren Kole MD. Actinic granuloma responding to doxycycline. JAAD. Case reports. Volume 6, Number 11. 2020; 1132-1134. PMID: 33134452 PMCID:PMC 7591335 DOI: 10.1016/j.jdc.2020.08.034
12. Yaghoob R, Ranjbari N, Feily A. Actinic granuloma. Dermatol Pract Concept. 2014;4(3):31-32. DOI: 10.5826/dpc.0403a04
13. 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(3):209-212. PMID: 12140436. DOI: 10.1097/00000372-200206000-00004
14. Parikh SA, Que SKT, Holmes WD, et al. Infiltrated papules on the trunk and headaches: a case of actinic granuloma and a review of the literature. Int J Womens Dermatol 2015;1(3):131-135. PMID:28491976 IDPM.PMC5418885 DOI: 10.1016/j.ijwd.2015.06.001