

## Granuloma anular elastolítico de células gigantes. Informe de caso.

### **BIELKA REYES**

Médico residente 3<sup>er</sup> año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

### **MARIEL ISA**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

### **BERTHA SALETA**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

### **DENNIS MARTÍNEZ**

Médico dermatólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

### **NERYS RAMÍREZ**

Médico patólogo, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

Correspondencia a: bielka\_reyes@hotmail.com

**Resumen.** El granuloma anular elastolítico de células gigantes (GAECG) se caracteriza por placas anulares y eritematosas con centro atrófico e hipopigmentado, localizadas predominantemente en áreas fotoexpuestas. En la histopatología presentan características que la clasifica como una entidad propia y diferente del granuloma anular. Presentamos el caso de una mujer de 66 años de edad, con GAECG con remisión de lesiones pero recidiva de las mismas al suspender tratamiento. **Palabras claves:** *granuloma anular, elastolítico, elastofagocitosis.*

### **Annular Giant Cell Elastolytic Granuloma. Case Report.**

**Abstract.** The annular elastolytic giant cell granuloma (AEGCG) is a rare entity characterized by erythematous annular plaques with hypopigmentation and atrophy in the central part of the lesions, commonly over sun-exposed areas. It has especial histopathological features and is different of granuloma annular. We report a 66 year-old female with AEGCG who had remission of her lesions but relapse when treatment is stopped. **Key words:** *annular granuloma, elastolytic, elastophagocytosis.*

### **INTRODUCCIÓN**

El granuloma anular elastolítico de células gigantes, es una patología granulomatosa cutánea, poco frecuente y de curso crónico. En el 1975, O' Brien lo denominó como granuloma actínico, concepto que fue discutido en el 1979 por Hanke y cols. quienes describieron varios pacientes con lesiones similares, negando el origen exclusivo actínico de la lesión y propusieron acuñar el término de granuloma anular elastolítico de células gigantes, que es el más utilizado en la actualidad.<sup>1, 2</sup>

Esta entidad se ha descrito más frecuentemente en mujeres de edad media, tez blanca, y en áreas fotoexpuestas, siendo la cabeza, cuello y brazos los sitios más reportados, aunque se han descrito casos en zonas cubiertas; se han obtenido resultados variables ante diferentes modalidades terapéuticas.<sup>1, 4</sup>

### **CASO CLÍNICO**

Femenina de 66 años de edad, fototipo 3, procedente de El Seibo y residente en Santo Domingo, ama de casa, quien acude a consulta por presentar dermatosis que afecta cara, espalda, codos y antebrazos, de 3 meses de evolución, pruriginosa. Como antecedentes personales refiere Hipertensión arterial de varios años de evolución, tratada con amlodipina 5 mg/día V.O.

Al examen físico se evidencian lesiones múltiples constituidas por placas eritematosas, algunas infiltradas, de bordes irregulares, de tamaño variable, papuloides, no dolorosas a la palpación. Como diagnósticos diferenciales se consideran: granuloma anular, síndrome de Sweet y eritemas figurados. *Figuras 1 y 2.*



*Fig. 1. Múltiples placas eritematosas, algunas con aspecto infiltrado, de bordes irregulares y de diferentes tamaños.*



*Fig. 2. Placas con centro hipopigmentado, bordes papuloides, eritematosos e irregulares.*

Se le realizan pruebas de laboratorio: examen general de orina, hemograma, glicemia, Inmunoglobulina E, eritrosedimentación, coprológico, T3, T4 libre, TSH, anti TGO, G-6-fosfato deshidrogenasa, reportados dentro de valores de referencia.

Se realiza estudio histopatológico que reporta: epidermis normal, el dermis muestra a diferentes niveles focos de degeneración mucínica del colágeno, rodeados de histiocitos no dispuestos en empalizadas y células gigantes multinucleadas. Tinción de PAS y Hierro coloidal negativas. *Figuras 3 -6.*

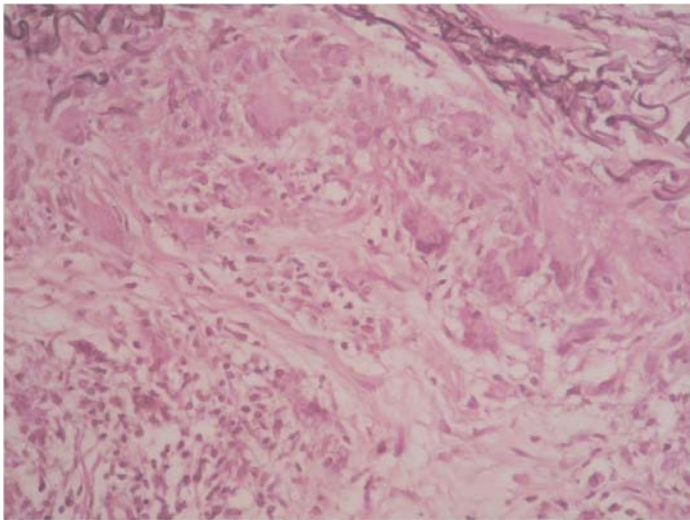


Fig. 3. En dermis se aprecia granuloma constituido por histiocitos formando empalizada y células gigantes multinucleadas. HE 10x.

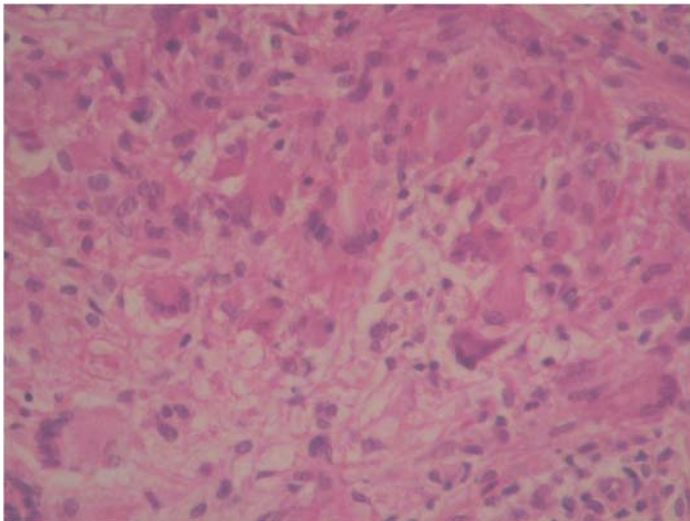


Fig. 4. Se observan células gigantes multinucleadas algunas fagocitando material basofílico. HE 40x.

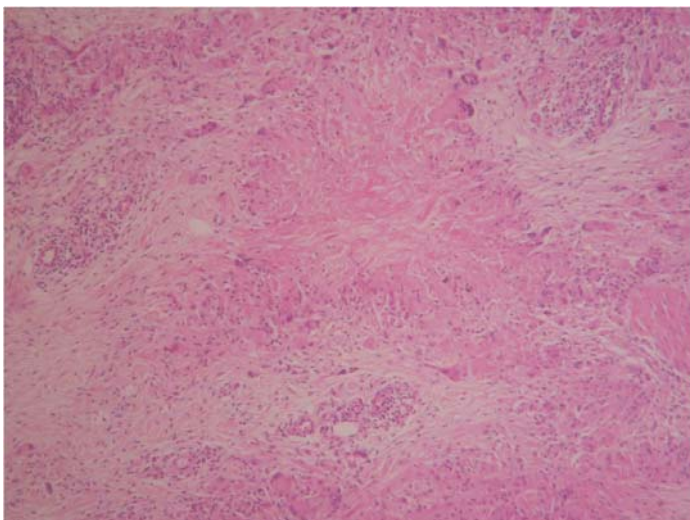


Fig. 5. Se aprecia ausencia de fibras elásticas dentro de los granulomas. PINKUS 40x.

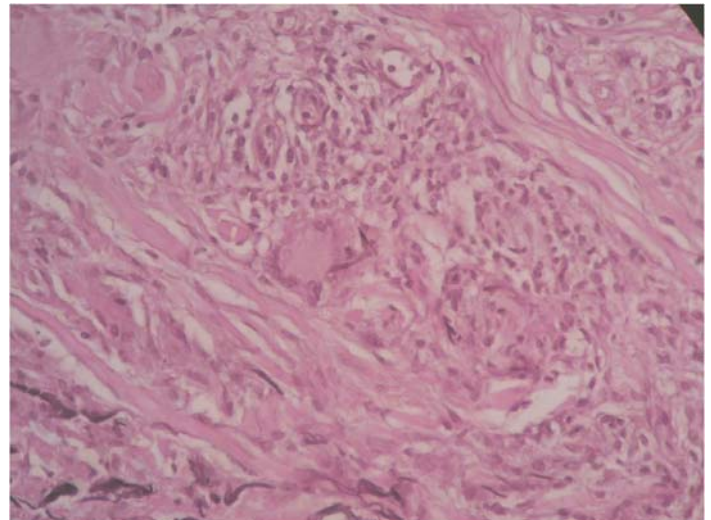


Fig. 6. Detalle de las células gigantes multinucleadas fagocitando fibras elásticas. PINKUS 40x.

Se inicia tratamiento a base de prednisona 20 mg/día V.O. (dosis decreciente), diamino-difenil sulfona (DDS) 100 mg/día V.O., colchicina 1 mg/día V.O., sulfato ferroso 300 mg/día V.O. Una vez instaurado el tratamiento la paciente comenzó a presentar remisión de las lesiones, con marcada mejoría de cuadro clínico. Se realizó chequeo periódico de inicio cada 15 días y disminución progresiva de dosis de prednisona y DDS. Al suspender el esteroide, luego de 3 meses de tratamiento presentó involución completa del cuadro clínico por lo que se suspende medicación. Al mes realiza nueva recaída, con aparición de las lesiones en los lugares iniciales; se decide instaurar igual esquema terapéutico durante 3 meses más obteniendo nuevamente involución completa. Actualmente la paciente cursa con 6 meses en observación, con chequeos periódicos cada 2 meses, sin evidencia de nuevas lesiones.

#### DISCUSIÓN

El granuloma anular elastolítico de células gigantes pertenece a un grupo de patologías con desorden en las fibras elásticas de la piel que presentan características clínicas similares a las del granuloma anular, pero con rasgos histopatológicos característicos que la clasifican como una entidad propia y diferente.<sup>5, 6</sup>

La incidencia de la patología es mayor entre los 40 y 70 años de edad, como es el caso de nuestra paciente, aunque existen casos reportados en adolescentes entre 11 y 17 años<sup>5, 7</sup>. La etiología es aún desconocida pero se ha asociado a trastornos metabólicos como la diabetes mellitus, fototoxicidad por doxiciclina<sup>6, 8</sup>; sin embargo, la exposición solar intensa y el aumento de la temperatura, son los factores que se han postulado como modificadores de la antigenicidad de las fibras elásticas, que aceleran una reacción inmune celular<sup>2, 9, 10</sup>.

En nuestro caso la paciente trabajó durante muchos años bajo los efectos del sol en labores de agricultura, lo cual podría estar asociado a la génesis de la enfermedad. La presencia de un infiltrado granulomatoso, sin formación de imagen en empalizada, compuesto de linfocitos, histiocitos y células gigantes multinucleadas en dermis superficial, disminución de fibras elásticas e inclusión de algunas de éstas en las células multinucleadas (elastofagocitosis), y la ausencia de necrobiosis y de depósito de mucina, confirman el diagnóstico, tal como reportó nuestro caso.<sup>2, 11</sup>

#### CONCLUSIÓN

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el granuloma anular, el eritema anular centrífugo, la necrobiosis lipóidica, la sarcoidosis, la sífilis, la tuberculosis, la lepra e infecciones por hongos.<sup>1, 2</sup>

Se han implementado diferentes modalidades terapéuticas pero ninguna de ellas totalmente eficaz, a saber: corticoides tópicos, intralesionales y sistémicos, cloroquina, clofazimina, quinacrina, azitromicina, ciclosporina, acitretino, metotrexato, crioterapia, PUVA terapia, excisión quirúrgica y dapsona<sup>12,13</sup>. En 1997 Igawa K y cols reportaron la terapia antioxidativa oral con dapsona como efectiva para el tratamiento de GAECG<sup>14</sup>. En el 2001 se reportó un caso con optimización en la respuesta terapéutica combinando dapsona y esteroides intralesionales.<sup>1</sup>

En nuestra paciente la combinación de esteroides, DDS y colchicina no han curado completamente la enfermedad, lo que demuestra que no existe una terapia totalmente eficaz, sin embargo, la ha mantenido bajo control sin aparición de nuevas lesiones y con estabilidad de la misma.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Panzarelli A, Camejo O, Granuloma anular elastolítico de células gigantes con buena respuesta a Dapsona, *Dermatología Venezolana* Vol. 9, NO 1, 2001.
2. Campos A, Díaz R, Quesada A, Granuloma anular elastolítico a propósito de un caso localizado en áreas no fotoexpuestas, *Actas Dermosifiliográficas* 2006; 97:533-5.
3. Machado C, Cohen S, Mioko L, Granuloma anular elastolítico de células gigantes, *Medicina Cutánea Iberoamericana Lat Amer* 2007; 35(3):156-158.
4. Sengupta S, Das J, Gangopadhyay A, Annular elastolytic giant cell granuloma with penile involvement, *Indian Journal of dermatology* 2006;51(1): 44-6.
5. Hanke CW, Bailin PL, Roenigk HM. Annular elastolytic giant cell granuloma. *J Am Acad Dermatol* 1979; 1:413-421.
6. Limas C. The spectrum of primary cutaneous elastolytic granulomas and their distinction from granuloma annulare: a clinical pathological analysis. *Histopathology* 2004; 44:277-282.
7. Hermes MFHU, Virchow-Klinikum B. Annular elastolytic giant cell granuloma with a spontaneous healing tendency. *Hautarzt* 1995; 46:490-493.
8. Lim DS, Triscott J. O'Brien's actinic granuloma in association with prolonged doxycycline phototoxicity. *Australas J Dermatol*. 2003; 44:67-70.
9. Ishibashi A, Yokoyama A, Hirano K. Annular elastolytic giant cell granuloma occurring in covered areas. *Dermatologia* 1987; 174:293-297.
10. Ozkaya-Bayazit E, Buyukbabani N, et al. Annular elastolytic giant cell granuloma: sparing of a burn scar and successful treatment with chloroquine. *Br J Dermatol* 1999; 140: 525-30.
11. Pestoni C, Pereiro M Jr, Toribio J. Annular elastolytic giant cell granuloma produced on an old burn scar and spreading after a mechanical trauma. *Acta Derm Venereol*. 2003; 83:312-3.
12. Amy H, Clifton RWJ. Non-infectious granulomas. En: Bologna JL, Joseph LJ, Ronald PR. *Dermatology*. 1a. edition, Mosby, 2004; 3: 1465-1467.
13. Tock CL, Cohen PR. Annular elastolytic giant cell granuloma. *Cutis* 1998; 62:181-187.
14. Igawa K, Maruyama R et al. Anti-oxidative therapy with oral dapsone improved HCV antibody positive annular elastolytic giant cell granuloma. *J Dermatol* 1997; 24: 328-31.