

Granuloma elastolítico de células gigantes. Presentación de caso e incidencia en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" en el período Enero 2008-Diciembre 2013.

DAYHANA SANTIAGO RODRIGUEZ

Médico residente segundo año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

ORQUIDEA MEJIA MORROBEL

Médico residente tercer año de dermatología, IDCP-DHBD, Santo Domingo, República Dominicana.

DENIS MARTINEZ

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

NERY CHARLES RAMIREZ

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

Correspondencia: orquideamejia@hotmail.com

Resumen. El granuloma anular elastolítico de células gigantes es una dermatosis infrecuente de etiología desconocida que se ha relacionado con la fotoexposición crónica principalmente en mujeres de fototipo Fitzpatrick del I al III. Aún no está claro si en realidad es un tipo de granuloma anular con predilección de áreas expuestas al sol, o una entidad totalmente independiente. Realizamos una revisión de 24 casos diagnosticados durante el período 2008 al 2013, encontrándose una mayor incidencia en el sexo femenino entre los 45-55 años de edad, siendo las extremidades superiores la parte anatómica más afectada en quienes tenían una ocupación relacionada con excesiva exposición al sol o a altas temperaturas. **Palabras clave:** *Granuloma anular elastolítico de células gigantes, Granuloma actínico, Granuloma de O'Brien.*

Annular elastolytic giant cell granuloma. Review and presentation of cases reported at the Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" from January 2008 to December 2013.

Abstract. Annular elastolytic giant cell granuloma is an infrequent dermatosis of unknown etiology that has been linked to chronic photoexposure mainly in women Fitzpatrick phototype I to III. It is not clear if it really is a type of annular granuloma with predilection in sun-exposed areas or an independent entity. In this investigation we reviewed a total of 24 cases diagnosed during the period 2008 to 2013, finding a higher incidence in females between 45-55 years of age, and the upper limbs the anatomical area most commonly affected in those who had an occupation related to sun exposure or high temperatures. **Keywords:** *annular elastolytic giant cell granuloma, actinic granuloma, O'Brien granuloma.*

INTRODUCCION

El granuloma elastolítico de células gigantes, también llamado granuloma actínico o granuloma de O'Brien, en honor a quien lo describió por primera vez en el año 1975 como lesiones anulares que afectan zonas de piel expuestas al sol. Esta entidad además es conocida con otros nombres, entre ellos: necrobiosis lipóidica atípica de la cara y del cuero cabelludo descrita por Wilson-Jones; granuloma disciforme de la cara de Miescher y granuloma multiforme,¹ refiriéndose todos estos sustantivos a una enfermedad benigna autolimitada, infrecuente, de origen aún impreciso caracterizada por una inflamación granulomatosa de la dermis. Es indistinguible del granuloma anular en áreas fotoexpuestas.^{2,3} El término granuloma anular elastolítico de células gigantes, es la más apropiada denominación ya que refleja de forma sustancial las características histopatológicas de esta controvertida patología, cuyo dilema radica en la duda de encasillarla en un tipo de granuloma anular exclusivo de piel con daño solar crónico, o si referimos a ella, como una entidad totalmente independiente.⁴

Clínicamente se caracteriza por pápulas eritematosas, en la mayoría de los casos numerosas y agrupadas, con depresión central que suelen formar una placa bien delimitada de extensión excéntrica, con

localización en áreas fotoexpuestas, en ocasiones en áreas cubiertas, en estos casos relacionadas con aumento de la temperatura corporal.^{4,5}
Figura 1.



Figura 1. Pápulas eritematosas, numerosas y agrupadas, con depresión central que forman una placa bien delimitada de extensión excéntrica.

Se caracteriza en la histología por pérdida de las fibras elastolíticas y una reacción inflamatoria de células gigantes e histiocitos en el borde de la lesión. Los cambios apreciados en la periferia de la lesión difieren de los del centro. En la periferia solemos encontrar células gigantes, que son mayormente de tipo cuerpo extraño, englobando a fibras elastolíticas, fenómeno conocido como elastoclasia.⁶ Hay un componente variable de linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos. En la zona central, hay una pérdida casi completa de las fibras elastolíticas y elásticas. El colágeno de la dermis es relativamente normal o ligeramente incrementado. A diferencia del granuloma anular y de la necrobiosis lipoidea, generalmente no hay necrobiosis; además no suele encontrarse mucina.^{6,7} Figuras 2-4.

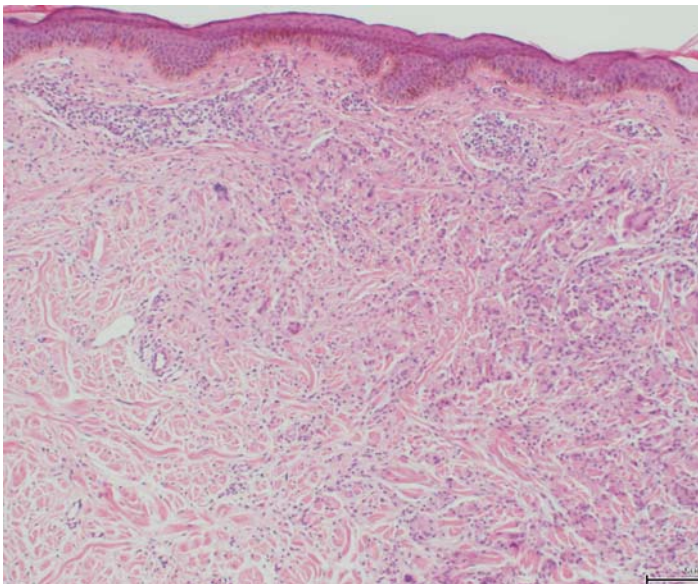


Figura 2. Células gigantes multinucleadas tipo Langhans y tipo cuerpo extraño. HE 10x

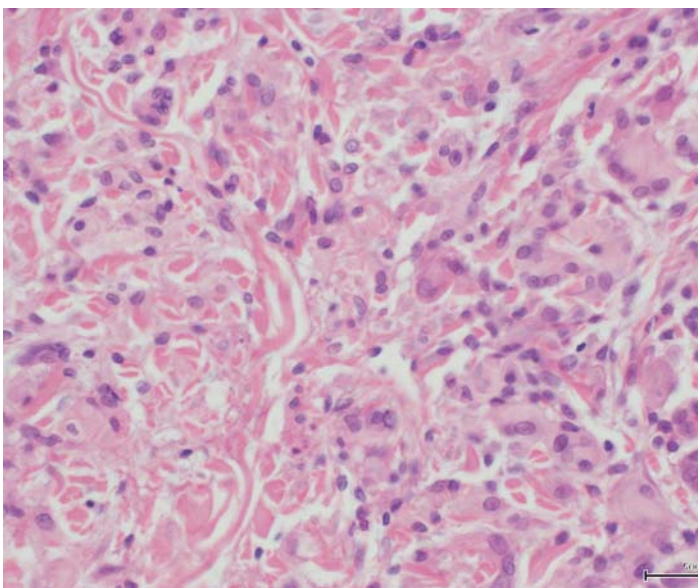


Figura 3. Múltiples histiocitos y células gigantes multinucleadas tipo Langhans y tipo cuerpo extraño acompañado de un infiltrado linfocítico. HE 10x.

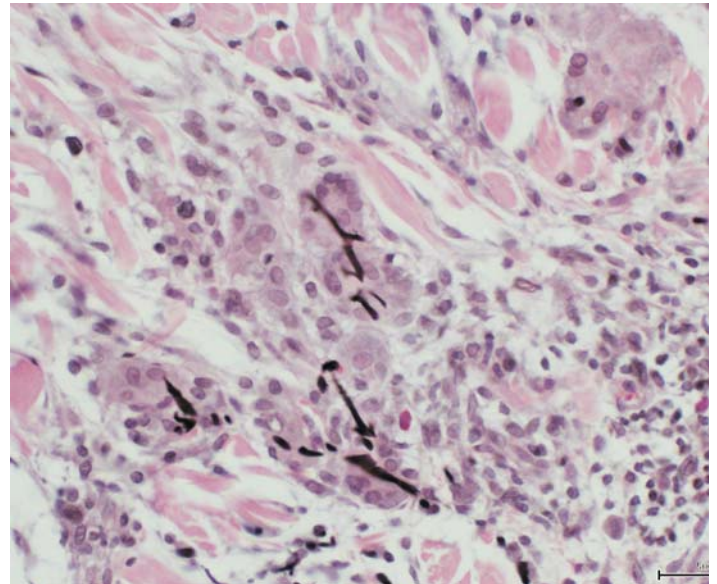


Figura 4. Células gigantes multinucleadas fagocitando fibras elásticas (elastoclasia). 40x.

Es una dermatosis inusual, con pico etario de los 40-70 años de edad, que afecta con mayor frecuencia al sexo femenino, demostrándose en casi la totalidad de los casos su relación con fotoexposición de larga data, con un marcado predominio en pacientes de fototipo bajo.^{3,4,7}

En vista de que nuestro país dispone de características raciales que no se extrapolan con estudios poblacionales de otras naciones, nos mueve la inquietud de determinar si existen modificaciones en las variables propuestas por estudios anteriores, ya que en dichos casos, la población estudiada ha tenido características diferentes; además determinar variables epidemiológicas, como aporte ya que son escasas las publicaciones de esta dermatosis, tomando como muestra a los pacientes registrados con este diagnóstico en el archivo histopatológico del IDCPC-DHBD en el período enero 2008-enero 2013.

CASOS CLINICOS

Caso 1

Paciente femenina de 46 años de edad, fototipo IV Fitzpatrick, procedente y residente en Nagua, provincia María Trinidad Sánchez, quien acude a consulta por dermatosis que afecta tórax anterior, miembros superiores e inferiores de 2 años de evolución, pruriginosa. Como antecedentes personales pertinentes refirió alergia a los antiinflamatorios no esteroideos. Al examen físico se observaron placas anulares, eritematosas de bordes elevados, algunas confluyen entre sí, de tamaño y número variable. Se realizaron pruebas de laboratorio: hemograma, examen general de orina, glicemia, hemoglobina glucosilada, IgE, eritrosedimentación, coprológico, T3, T4 libre, TSH, anti TGO, glucosa 6-fosfato deshidrogenasa, HIV, HBsAg, HVC y VDRL dentro de límites de referencia, negativos y no reactivo respectivamente.

El estudio histopatológico de piel reportó epidermis sin cambios de importancia. En dermis superior existe degeneración mucinosa del colágeno, rodeada por una empalizada de linfocitos e histiocitos y

células gigantes multinucleadas, con proceso de elastofagocitosis. Hierro coloidal revela escasos depósitos de mucina en el centro del granuloma. Se inició tratamiento con Diamino-DifenilSulfona (DDS) 100mg/día V.O., Colchicina 1mg/día V.O., Deflaxacort 30mg/día V.O. (en dosis decreciente), Sulfato ferroso 300mg/día V.O., Hidroxicina 25 mg/día V.O., Tacrolimus 0.1% tópico, Loción protectora solar del IDCP. Una vez instaurado el tratamiento la paciente comenzó a presentar remisión de las lesiones con marcada mejoría de cuadro clínico. Actualmente persisten los bordes elevados en algunas lesiones. *Figura 5*



Figura 5. Placas con centro atrófico de bordes elevados, mal definidas.

Caso 2

Paciente femenina de 68 años de edad, fototipo IV, soltera, ama de casa, procedente y residente en Santo Domingo, quien acude por dermatosis que afecta cuello, espalda y brazo izquierdo de 5 meses de evolución, pruriginosa. Dentro de sus antecedentes personales presenta Diabetes Mellitus tipo 2 de 12 años de evolución tratada con Metformina 850mg/día V.O. Al examen físico se observaron múltiples placas eritematosas redondeadas y ovaladas, con piel de aspecto normal en el centro y bordes netos en números variables. Las analíticas de laboratorio realizadas se encontraron dentro de límites de referencia, negativos y no reactivo respectivamente. La glicemia reportó 194mg/dl. El micológico directo de las lesiones fue negativo. Y la histopatología al igual que en el caso anterior fue concluyente con granuloma anular elastolítico por lo que se inició tratamiento con Diamino-DifenilSulfona (DDS) 100mg/día V.O., Colchicina 1mg/día V.O., Deflaxacort 30mg/día., Tacrolimus 0.1% tópico, Mometasona crema al 2% tópico 2 veces/día y Loción protectora solar del IDCP. Paciente inició tratamiento recientemente por lo que está pendiente valorar su evolución. *Figura 6,7*



Figura 6. Placas redondeadas, con centro hipopigmentado, de bordes eritematosos, elevados y netos.



Figura 7. Placas múltiples eritematosas redondeadas y ovaladas, con piel de aspecto normal en el centro y bordes netos en números variables.

MATERIAL Y MÉTODO

Los casos registrados con diagnóstico de granuloma anular elastolítico de células gigantes en el archivo histopatológico del IDCP-DHBD en el período enero 2008-enero 2013.

En este estudio, se tomaron en consideración las siguientes variables: sexo, edad, fototipo de piel, área anatómica afectada, ocupación, tiempo de evolución y patologías concomitantes.

Para el análisis de los resultados se elaboró una base de datos, que fué procesada a través del programa Microsoft Excel versión 2007, que nos permitió la realización de tablas y gráficos que fueron presentados con un análisis teórico que permitió la realización de la discusión y conclusiones.

RESULTADOS

Encontramos un total de 24 pacientes con diagnóstico de granuloma actínico o elastolítico de células gigantes registrados en el archivo histopatológico de nuestra institución. El rango de edades osciló entre los 40 y 85 años, encontrándose una mayor incidencia en pacientes de 45-55 años de edad, con un porcentaje de 37.5%, siendo la menor incidencia en mayores de 75 años con un porcentaje de 12.5%. (*Tabla 1*).

Tabla No. 1.

Frecuencia del granuloma anular por grupo etario en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" período enero 2008-enero 2013

Edades (años)	Cantidad	%
[45-55]	9	38
[56-65]	8	33
[66-75]	4	17
> 75	3	13
Total	24	100,00

Fuente: Archivo departamento de histopatología del IDCP-DHBD

De los 24 pacientes el 71% fueron del sexo femenino y las áreas afectadas con mayor frecuencia fueron extremidades superiores con un porcentaje de 41.66%, acompañadas en la mayoría de los casos de afectación de tronco. (Tabla 2,3 y Gráfico 1)

Tabla No. 2.

Frecuencia del granuloma anular de acuerdo al género en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" período enero 2008-enero 2013

Sexo	Cantidad	%
Femenino	17	71
Masculino	7	29
Total	24	100.00

Fuente: Archivo departamento de histopatología del IDCP-DHBD

Tabla No. 3.

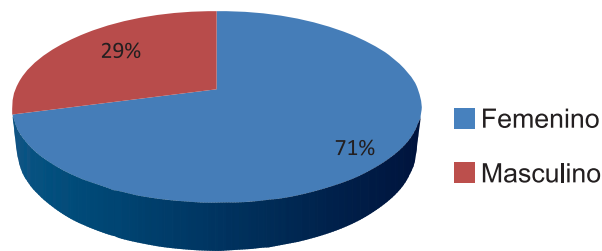
Distribución del área anatómica afectada del granuloma anular en el Instituto Dermatológico Dominicano y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz" período enero 2008-enero 2013

Area afectada	Cantidad	%
Tronco	1	4.17
Extremidades superiores	10	41.67
Extremidades inferiores	0	0.00
Extremidades superiores y tronco	10	41.67
Cara	0	0.00
Tronco y cara	1	4.17
Tronco, cara y extremidades	2	8.33
Total	24	100.00

Fuente: Archivo departamento de histopatología del IDCP-DHBD

Gráfico No. 1

Distribución por género



Fuente: Archivo departamento de histopatología del IDCP-DHBD

En cuanto al tiempo de evolución de la dermatosis, el 41.6% refirió haber tenido de 1-3 meses con el cuadro clínico, solo el 4.1% refirió haber cursado más de 1 año con la lesión.

El 29.16% de los pacientes, tenían una ocupación relacionada con la excesiva exposición al sol, como vendedores ambulantes y choferes de transporte público, mientras que un 54.16% tenía una ocupación relacionada con elevadas temperaturas como las amas de casa que cocinan con mucha frecuencia expuestas a vapores sin ningún tipo de protección; tan solo en un 16%, no se relacionó su profesión con exposición solar o al calor.

DISCUSIÓN

El hecho de detectarse solamente 24 casos en un período de 5 años, nos hace confirmar lo inusual de la patología como se describe en todos los textos relacionados. Todos los pacientes del estudio son fototipos IV, V y VI, esto debido al origen racial de la población estudiada, comprobándose que los fototipos altos no escapan a este padecimiento, a pesar de su prevalencia en pacientes de bajo fototipo.^{4,7}

El grupo etario con mayor incidencia fue el correspondiente a 45-55 años, dato que es corroborado con publicaciones anteriores que afirman que su pico de prevalencia es entre los 40 y 70 años de edad.⁷

El sexo femenino es el afectado con mayor frecuencia (71%), lo que se corresponde con datos arrojados en estudios anteriores.⁷

En cuanto al área afectada, encontramos afectación más frecuente de las extremidades superiores (41.66%), acompañada o no, de afectación de otras áreas anatómicas como cara y tronco, todas éstas, áreas expuestas al sol, lo que se corresponde con las descripciones de todos los textos, que resaltan la característica primordial de esta dermatosis de aparecer en áreas fotoexpuestas.^{7,8,9}

En el 83.32% de los casos, se pudo demostrar una asociación con exposición crónica al sol, o en su defecto con elevadas temperaturas, lo que se corresponde con todas las precedentes publicaciones, que relacionan esta patología con daño actínico.^{9,10}

CONCLUSION

A pesar de que el granuloma anular elastolítico de células gigantes es una dermatosis benigna y autolimitada, refleja un daño solar crónico, por lo que debemos trabajar arduamente en que nuestra población adquiera una cultura de protección solar, creando conciencia en el paciente de la importancia que alberga la misma, reflejándose así una plena manifestación de la medicina preventiva.

El hecho de que en nuestra población prevalezcan los fototipos altos (IV, V, VI), no nos hace inmunes a patologías causadas por las radiaciones solares. En cada población, se hacen necesarios estudios de lugar, ya que de la misma forma que cada grupo varía en sus características, de esta misma manera podrían variar los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bassasvila, umbert, et al. Granuloma actínico, estudio clínico e histológico de cinco casos. Actas dermosifilograficas. Barcelona, España. 2004; 95(7): 451-456.
2. Herrera, Moreno, et al. Dermato patología correlación clínica patológica. 1ra edición .España. 241-246; 400-404.
3. Salomón, Bibach, et al. Granuloma actínico, a propósito de un caso. Archivo argentino dermatológico 2012; 62: 158-161.
4. Abadi, Simón, et al. Granuloma actínico. Trabajos originales. Dermatología Argentina. 2011; 17(1): 47-51.
5. Maya, Hierro, et al. Granuloma anular elastolítico de células gigantes, comunicación de un caso y revisión bibliográfica. Dermatología Rev Mex. 2010; 54(4): 210-214.
6. Weedon et al. Piel patología. Dpto de histopatología. Marban. 1ra edición. Tomo I. Marban libros. 2002.; 176-180.
7. Reyes B, Isa M, Saleta B, et al. Granuloma elastolítico de células gigantes. Revista Dominicana de Dermatología 2011; 38(1) 14-16.
8. Gregoris, Monti, et al. Granuloma actínico de O'Brien. Revista argentina dermatológica. 2009; 90: 86-90.
9. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg I, Austen KF, et al. Dermatología en Medicina General. 4ta edición. Nueva York: McGraw-Hill, 1998: 369-363.
10. Campos, Díaz y col. Granuloma elastolítico anular de células gigantes, a propósito de un caso localizado en áreas no fotoexpuestas. Actas dermosifilograficas. 2006; 97: 533-535.