

Placas eritematoamarronadas múltiples en rostro

Múltiple erythematous brownish plates in face

María Julia Blanzari,¹ Mabel Jimena Nocito,² Mariana Beatriz Papa³ y Andrés Guidi⁴

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad sin antecedentes personales patológicos que consultó a nuestro servicio por presentar múltiples lesiones en rostro de 4 años de evolución. Al examen físico se constataron pápulas y placas de 3 mm a 1 cm de diámetro de color rojo pardo, con aperturas foliculares prominentes, bordes regulares bien delimitados, asintomáticas, localizadas en frente y mejillas.

Se realizó histología de una de las lesiones, en la que se encontró una epidermis sin alteraciones y un infiltrado denso polimorfo compuesto en gran parte por leucocitos, neutrófilos y eosinófilos, y algunos histiocitos, linfocitos y células plasmáticas, en el tercio superior de la dermis, respetando folículos y la unión dermoepidérmica.

Los vasos mostraron dilatación, cariorrexis y numerosos focos de hemorragia.

Se inició tratamiento con infiltraciones intralesionales con betametasona y cloroquina VO 100 mg c/12 horas. Debido a que clínicamente no se obtuvo buena respuesta, se cambió por triamcinolona intralesional, 5 mg/ml cada 15 días, asociado a tacrolimus al 0,1% ungüento tópico dos veces por día, con lo que se logró una evolución favorable (*Dermatol. Argent.*, 2015, 21 (1): 67-70).

Fecha de recepción: 17/04/2014 | **Fecha de aprobación:** 03/10/2014

Abreviaturas

GF: granuloma facial

IL: interleuquina

VO: vía oral

¹ Médica residente de 2º año de Dermatología, posgrado de la Universidad Católica de Córdoba

² Médica de planta de Dermatología de la Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola de Córdoba

³ Jefa del Servicio de Dermatología de la Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola de Córdoba

⁴ Médico de planta de Anatomía Patológica de la Clínica Universitaria Privada Reina Fabiola de Córdoba

Correspondencia: María Julia Blanzari. juliablanzari@hotmail.es

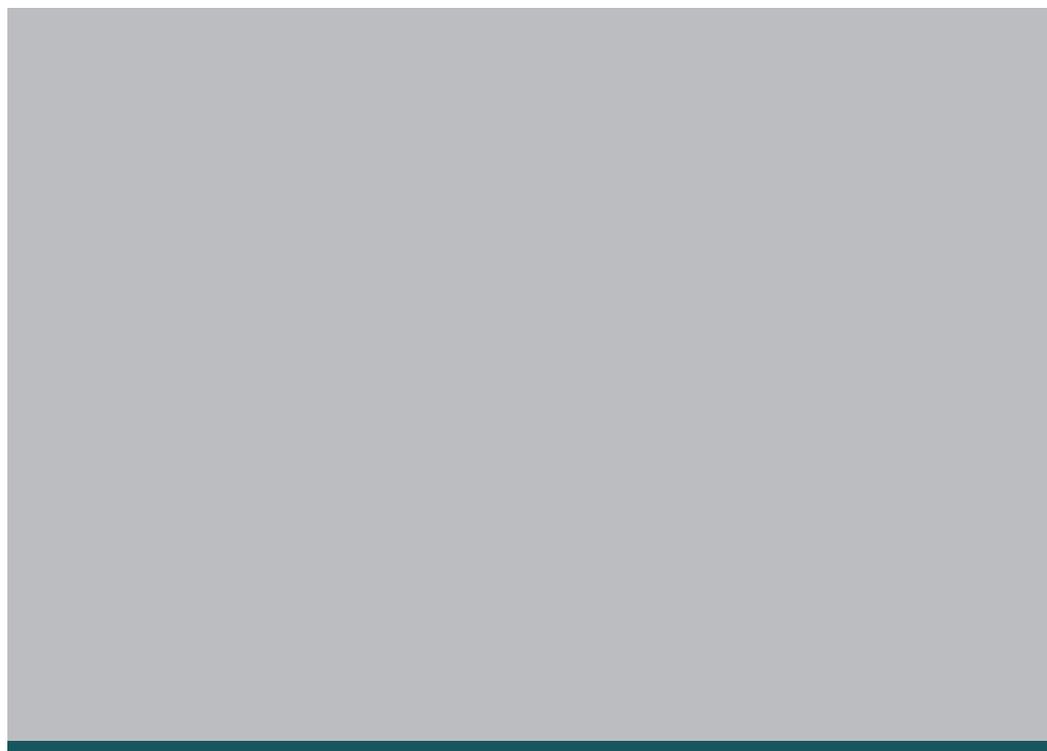


FOTO 1. Pápulas y placas eritematoamarronadas múltiples de entre 2 y 5 mm en rostro.



FOTO 2. Lesiones eritematoamarronadas con dilatación folicular.

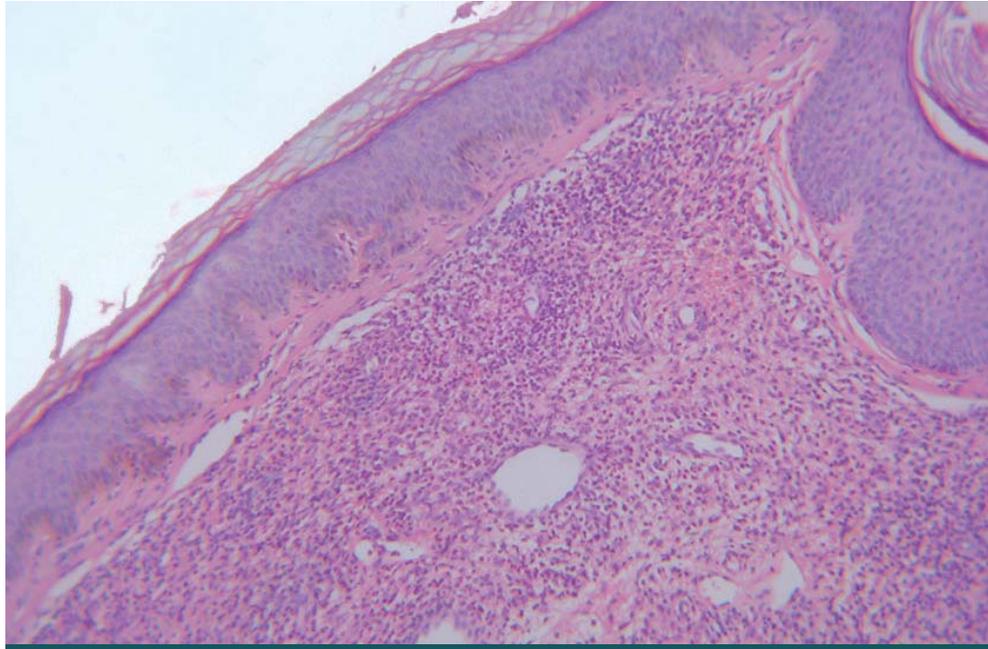


FOTO 3. Epidermis conservada, zona de Grenz e infiltrado inflamatorio mixto (HyE, 10x).

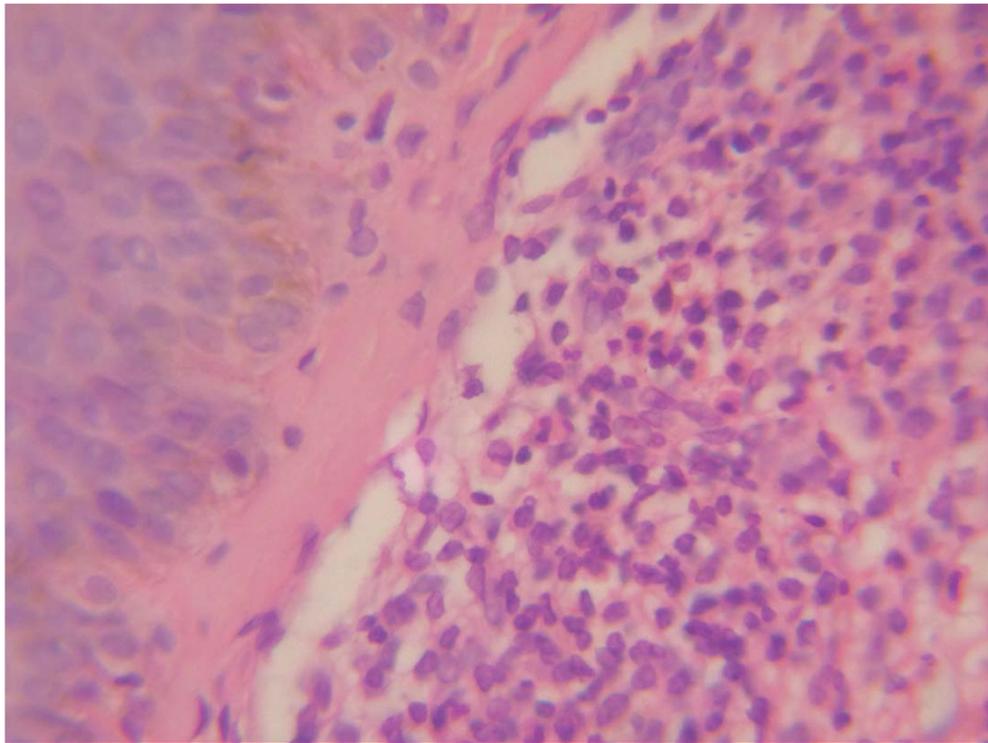


FOTO 4. Infiltrado inflamatorio con presencia de neutrófilos, histiocitos y eosinófilos (HyE, 40x).

Diagnóstico

Granulomas faciales múltiples.

Discusión

El granuloma facial (GF) es una dermatosis eosinofílica poco frecuente de etiología desconocida. Representa una forma de vasculitis leucocitoclástica localizada, generalmente en el rostro.¹ Afecta en mayor proporción a hombres en edad media de la vida. Se ha descrito en todas las razas pero predomina en la blanca.²

Típicamente se presenta como una lesión única en el rostro, representada por una pápula o placa eritematosa o eritemato amarronada, asintomática o con prurito leve. La localización varía, con una frecuencia del 37% en nariz, el 22% en región preauricular, el 22% en mejillas y el 4% en pabellones auriculares. Se han comunicado casos esporádicos de localización extrafacial, principalmente en hombros, brazos y dorso.^{2,3}

Su etiología es desconocida pero se propone la participación de los rayos ultravioletas como desencadenantes, ya que suele aparecer en sitios fotoexpuestos.⁴ No presenta asociaciones sistémicas ni se acompaña de alteraciones en el laboratorio. El diagnóstico se confirma por la histología, con una epidermis conservada, la región subepidérmica sin alteraciones (zona de Grenz) y un intenso infiltrado inflamatorio mixto, compuesto por linfocitos, neutrófilos, histiocitos y numerosos eosinófilos. Completan el cuadro signos de vasculitis leucocitoclástica en los vasos dérmicos. Suelen observarse eritrocitos extravasados y depósitos de hemosiderina, responsables de la coloración amarronada que pueden presentar las lesiones.⁴

Tojo *et al.* realizaron un estudio inmunohistoquímico del GF, y encontraron dentro del infiltrado inflamatorio mixto macrófagos CD163+ en áreas de vasculitis (inductores de citoquinas proinflamatorias como la IL 23) y linfocitos del subtipo T CD3+, CD4+ y CD8+, estos últimos también granulisina+. Además, destacaron la presencia de sólo pocos linfocitos reguladores Foxp3 high+. Todas estas células intervendrían en la formación de las lesiones, aunque resta aún aclarar la fisiopatogenia.⁵

Los diagnósticos diferenciales incluyen sarcoidosis, linfoma y pseudolinfoma, lupus tímido y el carcinoma basocelular. Las lesiones extrafaciales son difíciles de distinguir del eritema elevatum et diutinum.^{3,6}

La dermatoscopia puede ayudar en el diagnóstico, evidenciando áreas desestructuradas blanco-grisáceas intercaladas con estrías blanquecinas, aperturas foliculares y vasos lineales de disposición paralela con poca arborización.⁶

El GF es relativamente resistente al tratamiento. Los corticoides intralesionales (triamcinolona 2,5-5 mg/ml) representan la primera opción de tratamiento. También están descritos dapsona, clofazimina, PUVA y criocirugía. Más recientemente se han publicado varios casos con buena respuesta al láser de colorante pulsado y CO₂. El tacrolimus ungüento al 0,1% ha sido usado por varios autores con muy buena respuesta.³ Este último inhibiría las citoquinas proinflamatorias responsables de la formación del GF como las IL2, IL4, IL5 y el INF- γ y estimularía otras inhibitorias como la IL10.⁵

Bibliografía

1. Jedlicková H., Feit J., Semrádová V. Granuloma faciale successfully treated with topical tacrolimus: a case report, *Acta Dermatol. Venerol. Alp. Pannonica Adriat.*, 2008, 17: 34-36.
2. Teixeira D. A., Estrozi B., Lanhez M. Granuloma faciale: a rare disease from a dermoscopy perspective, *An. Bras. Dermatol.*, 2013, 88: 97-100.
3. Pérez Robayna N., Rodríguez García C., González Hernández S., Sánchez F. *et al.* Successful response to topical tacrolimus for a granuloma faciale in an elderly patient, *Dermatology*, 2009, 219: 359-360.
4. Madan V. Recurrent granuloma faciale successfully treated with carbon dioxide laser, *J. Cutan. Aesthet. Surg.*, 2011, 4: 156-157.
5. Tojo G., Fujimura T., Kambayashi Y., Kikuchi K. *et al.* Successful treatment of granuloma faciale with topical tacrolimus: a case report and immunohistochemical study, *Case Rep. Dermatol.*, 2012, 4: 158-162.
6. Lallas A., Sidiropoulos T., Lefaki I., Tzellos T. *et al.* Photoletter to the editor: Dermoscopy of granuloma faciale, *J. Dermatol. Case Rep.*, 2012, 30, 6: 59-60.