

Granuloma actínico

Actinic granuloma

José Gabriel Abadi,* Ariel Simón Blaustein,** Claudia Tiberio,*** Graciela Lozano****

RESUMEN

El granuloma actínico es una rara afección de la piel que se desarrolla en general en áreas expuestas al sol. Su patogénesis no es clara. La teoría más aceptada es la implicancia de la radiación solar como factor disparador. Típicamente la enfermedad se presenta en individuos mayores de 30 años con historia de exposición solar. Se manifiesta con lesiones anulares de bordes elevados y atrofia central, asintomáticas, con poca tendencia a la involución. Se han probado múltiples terapéuticas con éxito variado. Esta entidad poco frecuente fue descrita por primera vez en 1975 por O'Brien.

Presentamos dos pacientes con granuloma actínico. El primero correspondió a una mujer de 83 años de edad con una lesión en pómulo izquierdo. El segundo a un varón de 70 años con una gran lesión que se extendía desde el epigastrio hasta las clavículas (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):47-51).

Palabras clave:

*granuloma actínico,
granuloma anular
elastolítico de células
gigantes.*

ABSTRACT

Actinic granuloma is a rare skin disorder usually developing upon sun-exposed areas. While its pathogenesis is unclear, the accepted hypothesis maintains that solar radiation is the triggering factor. Typically the disease develops in individuals over 30 years of age with a history of sun exposure, showing annular lesions with raised borders and central atrophy, asymptomatic, with little tendency to regression. Multiple therapies have been tested with variable response. This uncommon entity was described for the first time in 1975 by O'Brien.

We present two patients with actinic granuloma. The first one corresponded to an 83 years-old woman with a lesion on the left cheek. The second one was a 70 years-old male with a large lesion that extended from the epigastrium to the collar bones (*Dermatol. Argent.* 2011; 17(1):47-51).

Key words:

*actinic granuloma,
annular elastolytic giant
cell granuloma.*

Fecha de recepción: 11/6/2010 | Fecha de aprobación: 20/8/2010

*Médico de planta

**Jefe del Servicio

***Médica de planta

****Jefa del Servicio de Histopatología

Servicio de Dermatología, Hospital Central de San Isidro, Bs. As., Argentina

Correspondencia: José Gabriel Abadi | e-mail: gabriel_abadi@hotmail.com

Introducción

El granuloma actínico fue descrito por primera vez en 1975 por O'Brien, en una serie de 19 casos. La describió como una dermatosis caracterizada por pápulas o placas anulares, con un borde liso, sin escama y con un centro hipopigmentado ligeramente atrófico. Las lesiones se localizaban sobre piel dañada por el sol y/o por el calor, en pacientes adultos mayores de 30 años, y podrían persistir por años.¹ Microscópicamente estas lesiones presentaban un infiltrado compuesto principalmente por células gigantes de cuerpo extraño, en relación estrecha con fibras elásticas, con poco o nada de mucina sin necrobiosis ni granulomas en empalizada.¹



Foto 1: Placa anular eritematosa, en mejilla izquierda.

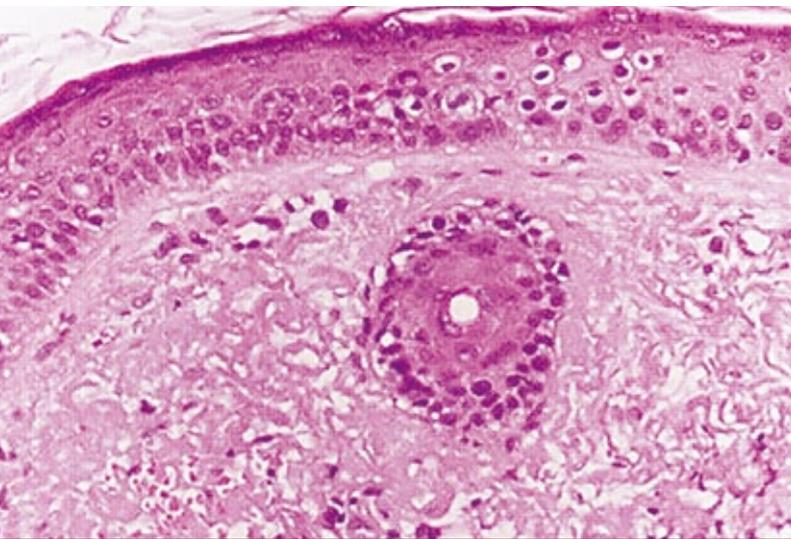


Foto 2: Evidencia una epidermis hipoatrófica, prominente fibroelastosis actínica. Daño actínico.

En 1979 Hancke *et al.*² propusieron el término granuloma anular elastolítico de células gigantes para describir una reacción inflamatoria crónica, localizada, consistente en placas anulares. Con esta denominación incluyeron a la necrobiosis lipoídica atípica, granulomatosis disciforme de Miescher y el granuloma actínico.

Para Ackerman y Ragaz³ el granuloma actínico presenta clínica e histología de granuloma anular, negándole entidad propia y agrupándola como una variedad de granuloma anular en áreas fotoexpuestas. Creemos que esta polémica no resuelta, oculta el hecho de que clínicamente el granuloma actínico no siempre es evidente y entonces el diagnóstico surge después de la biopsia. Presentamos dos casos en que el diagnóstico se obtuvo mediante la histología sin la sospecha clínica previa.

Casos clínicos

Caso 1

- Paciente de sexo femenino, de 83 años, sin antecedentes personales de importancia. Consultó por presentar una placa anular eritematosa, de bordes mal definidos, con centro discretamente atrófico de 2 cm de diámetro mayor, asintomática, en área cigomática izquierda, con un tiempo de evolución de 6 meses. Acompañada de pápulas eritematosas satélites (foto 1). Los exámenes complementarios eran normales. Se realizó una biopsia del borde, con tinción de hematoxilina-eosina, donde se evidenció una epidermis hipoatrófica con borramiento de las crestas interpapilares, prominente fibroelastosis actínica y daño actínico en la dermis papilar (foto 2).

Caso 2

- Varón de 70 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial mal controlada, en tratamiento habitual con enalapril 10 mg/día. Nos consultó por presentar una lesión de 3 meses de evolución. En la exploración física se apreciaba una mácula que se extendía desde epigastrio hacia ambas clavículas, bordeando el cuello, alcanzando la parte alta de la espalda. Los bordes eran eritematosos, difusos, que palidecían a la presión, con telangiectasias y un área central con hipopigmentación y ligera atrofia. La lesión era asintomática. Previo a nuestra consulta realizó tratamiento con ketoconazol vía oral por 20 días sin cambios (fotos 3 y 4). Los exámenes complementarios: ERS 20 mm 1º hora, hematuria (15-20 hematíes por campo.). Este hallazgo no pudo ser aclarado, porque pese a que el paciente fue enviado al Servicio de Clínica Médica no efectuó la consulta ni regresó a nuestro Servicio. El resto del laboratorio era normal. Se practicaron dos biopsias, con tinción de hematoxilina-eosina: en una se evidenció granulomas inespecíficos rodeado de material fibroelástico en la dermis, con daño actínico. En la otra, fibroelastosis actínica englobada por macrófagos (elastofagocitosis) (fotos 5 y 6).

- En ambos casos clínicos se realizó la Técnica de Verhoeff-van Gieson, donde se observó mejor la fragmentación de fibras elásticas. El diagnóstico fue consistente con granuloma actínico.

Comentarios

El granuloma actínico es una entidad poco frecuente, con incidencia máxima entre los 40-70 años, aunque existen casos en pacientes más jóvenes.² Clínicamente comienza de manera insidiosa, como una pápula eritematosa, que progresa a una placa anular de varios centímetros de diámetro. El borde de la placa es liso, perlado, con una ligera elevación, de unos 2 a 5 mm. Rara vez se pueden evidenciar escamas. El anillo se expande excéntricamente en forma lenta, mientras que la región central retrograda a un aspecto clínico normal o con ligera atrofia.⁴ Puede existir hipopigmentación como secuela. Las zonas más frecuentes de localización son las fotoexpuestas, como la cara, el cuello, los brazos y en menor proporción el tronco, aunque no es una característica excluyente. Por su condición asintomática, aunque puede presentar un prurito leve, en la mayoría de los pacientes la enfermedad puede progresar a extensas placas. Pueden durar meses, años o de manera indefinida, aunque hay casos comunicados de resolución espontánea con áreas atróficas residuales o con apariencia de piel normal,⁵ como en uno de nuestros casos.

El diagnóstico diferencial clínico más importante es el granuloma anular clásico, pero no hay hallazgos morfológicos confiables para diferenciar el granuloma actínico del granuloma anular sobre criterios semiológicos solamente. Los diagnósticos diferenciales para ambos paciente fueron: poiquilodermia vascular atrófica, telangiectasia macular eruptiva perstans y rosácea granulomatosa.

Las características histopatológicas son demostradas mejor por una biopsia obtenida del borde elevado de la placa anular. Se pueden evidenciar tres zonas:

1. Zona periférica: inmediatamente por fuera del borde, con elastosis actínica en la dermis papilar, sin granulomas.
2. Zona anular: reacción granulomatosa, en dermis superficial se encuentra un infiltrado granulomatoso linfohistiocitario con células gigantes multinucleadas en relación con fibras elásticas fragmentadas (elastolisis) y en el interior de las células gigantes (elastofagocitosis).
3. Zona central: dermis desprovista de fibras elásticas, con fibras colágenas conservadas.

La epidermis puede estar normal o con ligera atrofia. Y por último, en ninguna zona se encuentra necrobiosis, poco o nada de depósito de mucina ni histiocitos en empalizada.^{1,5} La presencia de elastosis solar no es una condición excluyente, y puede no tener relación con el proceso inflamatorio.² Con la Técnica de Verhoeff-van Gieson se puede evidenciar



Foto 3: Gran mácula anular en cara anterior del tórax.

mejor la fragmentación de fibras elásticas en estrecha relación y en el interior de las células gigantes multinucleadas. La mayoría de las publicaciones no incluye el diagnóstico clínico previo, con el cual se procede a la biopsia de los casos presentados. Histológicamente el diagnóstico diferencial es con la necrobiosis lipoídica y con el granuloma anular.

Encontramos sólo tres publicaciones en las que se plantea el diagnóstico presuntivo antes de tener la histología. Los diagnósticos diferenciales fueron; carcinoma basocelular, granuloma anular, eritema anular centrífugo, dermatitis purpúrica de Majocchi, tinea corporis y sarcoidosis cutánea.⁶⁻⁸ Destacamos de nuestro segundo caso la localización, las telangiectasias y la gran extensión de la lesión. Encontramos un caso muy similar publicado por Meadows.⁸

¿Cuándo pensar en granuloma actínico?

1. En pacientes añosos.
2. En aquellos que presentan daño actínico importante.
3. En lesiones anulares de la cara cuando no podemos acercar un diagnóstico cierto.

Ragaz y Ackerman³ iniciaron esta polémica, por encontrar histología no específica, y propusieron incluirlo como ejemplo de granuloma anular en piel con daño solar, a pesar de los criterios propuestos por O'Brien y Hanke en sus respectivas publicaciones.

Al-Hoqail y col.⁹ han publicado un estudio en el que comparan las características histológicas del granuloma actínico y del granuloma anular en áreas de piel fotoexpuestas y no



Foto 4: Misma lesión de foto 3 que se extiende a las clavículas y parte alta de la espalda.

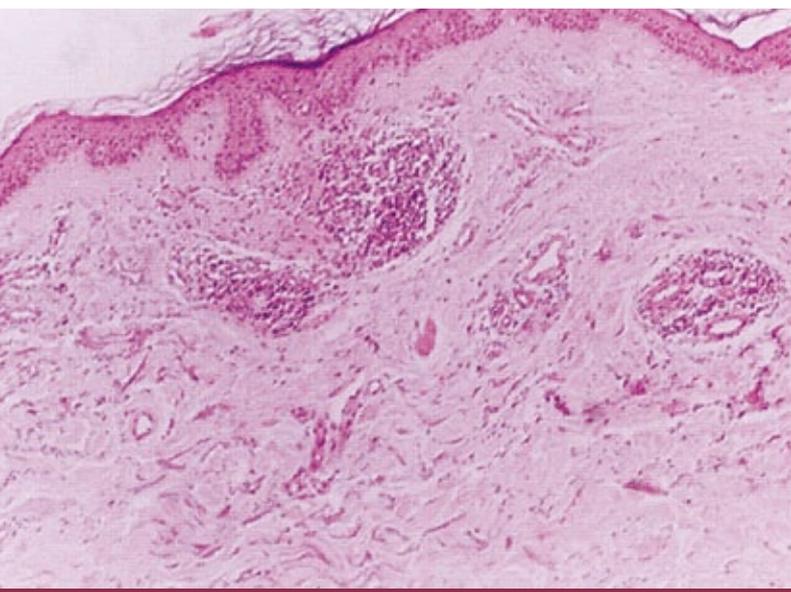


Foto 5: Granulomas inespecíficos rodeados de material fibroelástico con daño actínico.

fotoexpuestas. Estos autores encontraron la presencia uniforme y abundante de células gigantes multinucleadas en los casos de granuloma actínico, una característica comunicada en otros estudios.^{4,10} Otra característica fue la ausencia de mucina en el granuloma actínico y el aumento de la misma en el granuloma anular. El tipo de granuloma que predominaba en las muestras del granuloma actínico correspondía a granuloma sarcoideo, sin encontrar granuloma en empalizada, que sí predominaba en el granuloma anular. También describieron que el granuloma actínico se localiza en general en dermis superficial, mientras que el granuloma anular localiza en dermis superficial y profunda y finalmente no

se observó elastofagocitosis ni pérdida de fibras elásticas en ningún caso de granuloma anular, aunque estén o no en áreas fotoexpuestas, a diferencia de lo que se observaba en el granuloma actínico.⁹

Por medio de una tinción indirecta para inmunoperoxidasa, McGrae¹⁰ evidenció que las células gigantes del granuloma actínico eran intensamente positivas para la lisozima, y débilmente positivas o negativas para los histiocitos mononucleares; por el contrario, en el granuloma anular, los histiocitos presentaban una intensa reactividad para la lisozima. En nuestro país, en 2002, Stengel *et al.*,¹¹ basándose en una revisión y presentación de cinco casos; proponen incluirlo dentro de las variantes de granuloma anular, conservando su nombre “granuloma actínico” por presentar aspectos clínicos, histopatológicos y evolutivos que les permiten distinguirlos del granuloma anular clásico.

La patogenia no es bien conocida; una de las teorías más aceptadas supone una reacción granulomatosa, donde la radiación actínica dañaría puntualmente al tejido elástico y este tejido se convertiría en el antígeno que induciría al sistema inmunológico local, por medio de anticuerpos o mediado por células, que conducen a la elastosis y elastofagocitosis.¹² Se han recomendado múltiples modalidades terapéuticas: incluyendo los corticoides tópicos e intralesionales, agentes inmunomoduladores, hidroxicloquina y retinoides tópicos y orales.¹³ Todos han sido utilizados pero ninguno resultó eficaz.

En el caso 1, hubo resolución espontánea sólo con protegerse del sol luego de 8 meses de evolución, mientras que en el caso 2, presentó mejoría parcial con corticoides tópicos y el paciente se negó a realizar otro tratamiento.

Nuestra impresión es que por sus características clínicas e histológicas el granuloma actínico debe ser considerado como una entidad separada y no como una variante de granuloma anular. No obstante hacen falta series de pacientes que puedan aseverar esta afirmación.

Bibliografía

1. O'Brien J.P. Actinic Granuloma. An annular connective tissue disorder affecting sun- and heat-damaged (elastotic) skin, *Arch. Dermatol.*, 1975, 111:460-466.
2. Hanke C.W. Bailin P.L., Roenigk H.M. Annular elastolytic giant cell granuloma. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1979, 1:413-421.
3. Ragaz A., Ackerman B. Is actinic granuloma a specific condition? *Am. J. Dermatopathol.*, 1979, 1:43-50.
4. Redondo J. Granuloma actínico. A propósito de 3 casos, *Med. Cut. I. L.*, 1990, 18:318-322.
5. Sánchez G.F., Mosto S.J., Gervasi V.S., Lococo L. Granuloma actínico, *Arch. Argent. Dermatol.*, 1984, 34:269-273.
6. Davin Lim, Joe Triscott. O'Brien's actinic granuloma in association with prolonged doxycycline phototoxicity, *Australas J. Dermatol.*, 2003, 44:67-70.
7. Stein J., Fangman B., Strober B. Actinic granuloma. *Dermatol*

- Online J., 2007 13-19. <http://dermatology.edlib.org/131/cases/NYUCases/051606_1.html> Fecha de consulta: septiembre 2009.
8. Meadows K., O'Reilly M., Harris R., Petersen M. Erythematous Annular Plaques in a Necklace distribution, *Arch. Dermatol.*, 2001, 137:1647-1652.
 9. Al-Hoqail I., Al-Ghamdi A., Martinka M., Crawford R. Actinic granuloma is a unique and Distinct Entity: a comparative study with granuloma annulare, *Am. J. Dermatopathol.*, 2002, 24:209-212.
 10. McGrae J. Jr. Actinic Granuloma. A clinical, Histopathologic, and immunocytochemical Study, *Arch. Dermatol.*, 1986, 122:43-47.
 11. Stengel F., Monti L., Sladewski S. Granuloma actínico (O'Brien), *Arch. Argent. Dermatol.*, 2002, 52:54-65.
 12. Bassas J., Umbert P., Iglesias M., Creus L. Granuloma actínico. Estudio clínico e histopatológico de cinco casos. *Actas dermosifiliogr*, 2004, 95:451-455.
 13. Stefanaki C., Panagiotopoulos A., Kostakis P., Stefanaki K. et al. Actinic granuloma successfully treated with acitretin, *Int. J. Dermatol.*, 2005, 44:163-166.

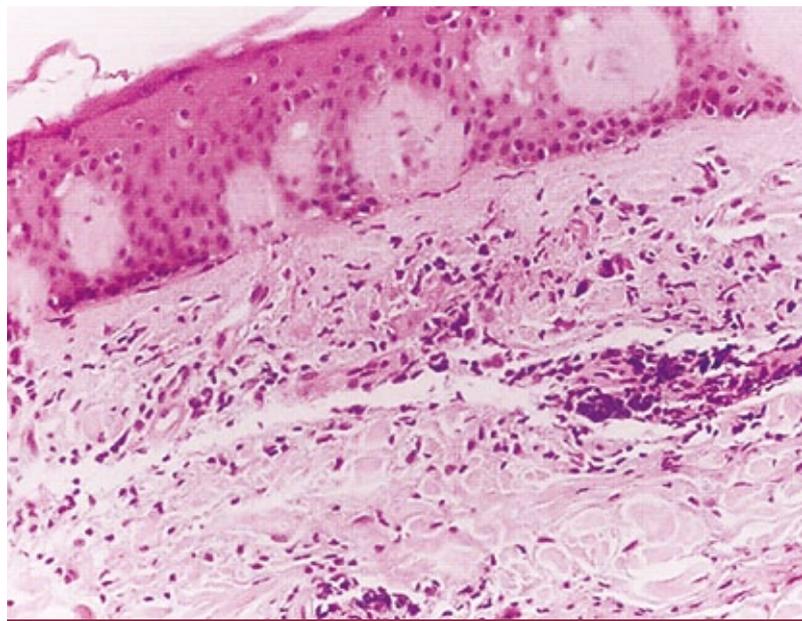


Foto 6: Fibroelastosis actínica englobada por macrófagos.

* PERLAS DERMATOLÓGICAS

Identificando pacientes con probabilidad de tener dermatitis atópica: desarrollo de un algoritmo piloto. Farage M.A., Bowtell P. y Katsarou A. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2010, 11:211-215.

El objetivo fue desarrollar un algoritmo rápido para predecir si los individuos más susceptibles a reacciones a ciertos productos cosméticos pueden tener dermatitis atópica.

Se confeccionó y suministró un cuestionario de 9 ítems sobre la sensibilidad de la piel autopercibida y categorías de productos asociados con reacciones de la piel a dos grupos de pacientes de una clínica dermatológica: uno con diagnóstico clínico de DA activa y un grupo control de pacientes con alteraciones dermatológicas no vinculadas con la DA.

En conclusión, el concepto del algoritmo predictivo puede ser usado en programas de seguimiento posmarketing para evaluar el posible estado de los consumidores que denuncian problemas frecuentes o persistentes vinculados con un producto.

Enfermedades granulomatosas no infecciosas de la piel y sus enfermedades sistémicas asociadas: una actualización basada en la evidencia respecto de interrogantes clínicos importantes. Balestreire Hawryluk E., Izikson L., J.C. English III. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2010, 11:171-181.

Las enfermedades granulomatosas no infecciosas de la piel constituyen un amplio grupo de afecciones inflamatorias reactivas distintivas que comparten importantes similitudes. Como un grupo, ellas son relativamente difíciles de diagnosticar y distinguir, tanto clínica como histológicamente. Muchas de estas alteraciones tienen asociaciones con enfermedades sistémicas que impactan sobre el pronóstico general del paciente.

En esta puesta al día se ofrece una discusión de los conceptos emergentes y controversias en este campo, presentados a través de respuestas basadas en la evidencia a siete interrogantes clínicos importantes en relación con granulomas "en empalizada" y granulomas epitelioides.

Manejo óptimo de la dermatitis asociada a incontinencia en el anciano. Gray M. *Am. J. Clin. Dermatol.*, 2010, 11:201-210.

La dermatitis asociada a incontinencia (DAI), a veces referida como "dermatitis perineal", es una inflamación de la piel asociada con exposición a la orina o a la materia fecal.

Tradicionalmente, DAI ha recibido poca atención como una alteración distinta, y en ocasiones se confunde con el estadio I o II de las úlceras por presión. Sin embargo, un modesto pero en crecimiento cuerpo de investigación está comenzando a suministrar datos sobre la epidemiología, etiología y patofisiología de la DAI. Se aportan características clínicas, diagnósticas, de prevención y de tratamiento para esta entidad.



1



2



3