

Granuloma anular elastolítico de células gigantes

Annular elastolytic giant cell granuloma

Carlos D'App Machado Filho, Simão Cohen, Lúcia Mioko Ito, Renata Mie Oyama Okajima, Mariliza Tiemi Nomura

Disciplina de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC. Santo André. São Paulo. Brazil.

Correspondência:

Mariliza Tiemi Nomura
Rua Dona Carlota, 75
ap. 202 - Santo André - SP - Brazil
CEP: 09040-250
Tel (Fax): (55) 11-49905705
e-mail: marilizanomura@yahoo.com.br

Resumo

Granuloma Anular Elastolítico de Células Gigantes é uma doença cutânea rara, granulomatosa, que se assemelha clinicamente ao granuloma anular, porém é uma entidade separada desta, diferindo no estudo histopatológico. Relata-se um caso de um paciente do sexo masculino, com lesões em antebraços e nuca, cujo diagnóstico foi realizado pelo exame anatopatológico.

(Machado Filho CD, Cohen S, Mioko Ito L, Oyama Okajima RM, Tiemi Nomura M. Granuloma anular elastolítico de células gigantes. Med Cutan Iber Lat Am 2007;35:156-158)

Palavras chave: granuloma anular elastolítico de células gigantes, granuloma actínico, granuloma anular, elastolítico.

Summary

Annular elastolytic giant cell granuloma is a rare granulomatous skin disease, clinically similar to granuloma annular, but with different histopathological aspects. In this article, we report a male patient case, with lesions on his arms and nape, which diagnosis was obtained through anatomopathological exam.

Key words: annular elastolytic giant cell granuloma, actinic granuloma, elastolytic, granuloma annulare.

Granuloma Anular Elastolítico de Células Gigantes é uma doença cutânea rara, granulomatosa, que pertence ao grupo de doenças de desordens nas fibras elásticas da pele e com características clínicas similares ao do granuloma anular[1-3]. Possui patogenia desconhecida e clinicamente apresenta-se como pápulas e placas anulares com bordas eritematosas e atróficas com centro hipopigmentado[1-3]. Crescem centrifugamente e a maioria das lesões são assintomáticas[3].

Relato de caso

Relata-se o caso de um paciente do sexo masculino, 51 anos, branco, aposentado, natural de Minas Gerais, proce-

dente de Diadema-São Paulo, com queixa de feridas nos braços há 2 anos, de aparecimento progressivo das lesões, sem sintomas locais.

Ao exame dermatológico, apresentava placas eritematosas, descamativas, anulares, algumas confluentes, formando aspecto policíclico, totalizando mais de 10 lesões em face extensora de antebraços (Figura 1). Em região cervical posterior direita, apresentava uma única placa eritematosa, com centro normocrômico, levemente descamativa (Figura 2). As lesões apresentavam sensibilidade preservada. Não apresentava acometimento de mucosas ou unhas.

De exames complementares, apresentava hemograma completo e glicemia de jejum normais. Exame micológico



Figura 1. Placas eritematosas, descamativas, anulares, confluentes em face extensora de antebraços.



Figura 2. Placa eritematosa, isolada em região cervical posterior direita.

direto: negativo. Avaliação Oftalmológica: n.d.n.O exame anatopatológico (Figura 3) revelou na derme papilar e reticular, infiltrado inflamatório difuso não empalilhado linfo-histiocitário, com presença de células gigantes multinucleadas com material intracitoplasmático sugestivo de fibra elástica, confirmado pelo método de Verhoeff. Pesquisa de mucina ácida pelo método Alcian Blue negativa. Epiderme retificada.

Comentário

Hanke et al em 1979 descreveu pela primeira vez o termo “granuloma anular elastolítico de células gigantes” (GAECG) para lesões com componente granulomatoso elastolítico, que se apresentavam clinicamente como placas anulares com bordas eritematosas e com hipopigmentação central[1]. Considerou como GAECG lesões previamente chamadas de granuloma actínico de O'Brian, granulomatose disciforme de Mischer e necrobiose lipóidica atípica[1].

A incidência é maior ao redor dos 40-70 anos, mas existem casos reportados em crianças e adolescentes[1, 2, 4, 5].

Harrow et al descreveram dois casos de GAECG em crianças menores de 11 anos[1]. Hermes et al descreveram um caso de GAECG numa menina de 17 anos com lesões em abdome[6]. Boneschi et al descreveu um caso de um menino de 13 anos com GAECG em tronco e extremidades[7].

Limas et al propuseram que doenças metabólicas como Diabetes Mellitus poderiam contribuir para o aparecimento de GAECG e enfatizaram a importância de investigação médica[3].

Há poucos relatos de casos associados com Diabetes Mellitus, não sendo provado nenhuma relação direta com a doença[3].

A patogênese é desconhecida[4, 5]. Ishibashi et al, em 1987, descreveram casos de GAECG em áreas não fotoexpostas e sugeriram como patogênese uma reação imune mediada por células dirigidas contra antígenos de fibras elásticas da derme papilar e reticular superior, levando a elastose e elastofagocitose[8]. Limas et al e Amy et al, mais tarde, viriam apoiar essa teoria de Ishibashi et al[3, 5]. Hermes et al sugeriram na patogênese a influência de fatores antigênicos que seriam temporários, visto que seu caso relatado teve remissão espontânea das lesões[6].

No exame histopatológico, encontra-se na derme superior e média, infiltrado inflamatório não empalhado, granulomatoso de histiócitos e linfócitos, com células gigantes multinuclea-

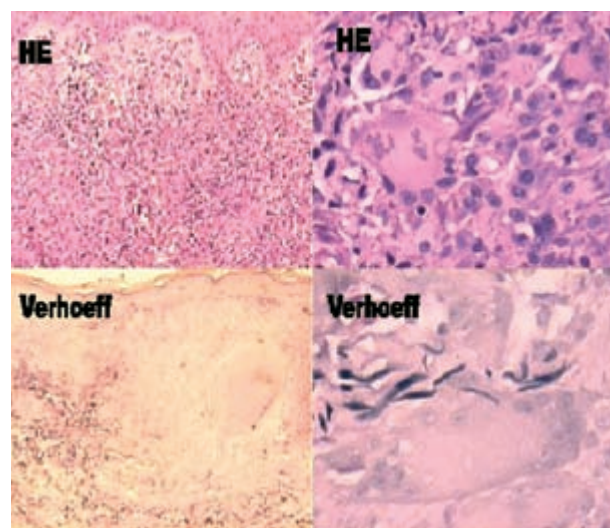


Figura 3. Anatomopatológico mostrando infiltrado não empalhado, com fibras elásticas no interior de células gigantes.



Figura 4. Disminuição das placas eritemato-descamativas em face extensora de antebraços.

das[3]. Presença de fibras elásticas fragmentadas na área granulomatosa e no interior de células gigantes[1, 3-6]. Fibras colágenas conservadas[1, 5, 6]. Não há depósito de mucina ou lipídeos, nem necrose ou necrobiose[1, 3, 5]. A epiderme encontra-se normal ou atrofica[3, 5]. A presença de elastose solar não é condição “sine qua nom”, podendo não ter relação com a reação inflamatória[1].

A imunofluorescência direta encontra-se negativa[4, 5].

Mielke et al descreveram uma nova variante de GAECG: mulher de 40 anos com quadro clínico de lesão reticular (em rede) atrofica nos ombros e V de decote, com histopatológico de GAECG, propondo o termo “GAECG reticular”[9].

Pock et al reportaram um caso de GAECG cujo tratamento foi com prednisona 40 mg/dia com doses decrescentes por 4 semanas, com resolução completa das lesões, mas mantendo a superfície anetodérmica da pele[10]. Os autores relatam que o dano causado pela ausência das fibras elásticas é irreversível[10]. Biópsia realizada um ano e meio após o tratamento mostrava ausência de fibras elásticas e ausência de infiltrado granulomatoso[10].



Figura 5. Regressão completa da placa em região cervical posterior direita.

Boneschi et al descreveram um caso que apresentou melhora com corticosteroide intralesional nas bordas das lesões[7].

Amy et al consideraram que nenhum tratamento é eficaz e citaram os tratamentos já reportados com resultados variáveis: corticóide tópico, intralesional e oral; azitromicina; cloroquina; quinacrina; dapsona; clofazimina; retinóides; ciclosporina; metotrexate; cauterização; crioterapia; PUVA; e excisão cirúrgica[5, 11].

Raramente ocorre remissão espontânea[5].

Em nosso paciente, iniciamos tratamento com corticóide tópico, sem melhora. Subseqüentemente, corticóide oral com redução progressiva da dose em 8 semanas e difosfato de cloroquina por 2 meses associado a retinóide tópico, tendo remissão parcial das lesões (Figuras 4 e 5).

Bibliografia

1. Hanke CW, Bailin PL, Roenigk HM. Annular elastolytic giant cell granuloma. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:413-421.
2. Herron MD, Coffin CM, Vanderhooft SL. Annular elastolytic giant cell granuloma. *Pediatr Dev Pathol* 2002;5:305-309.
3. Limas C. The spectrum of primary cutaneous elastolytic granulomas and their distinction from granuloma annulare: a clinicalpathological analysis. *Histopathology* 2004;44: 277-282.
4. Benjamin KJ, Megan EM, Mrstik BS. Papular elastolytic giant cell granuloma responding to hydroxychloroquine and quinacrine. *Int J Dermatol* 2004;43:946-966.
5. Amy H, Clifton RWJ. Non-infectious granulomas. En: Bologna JL, Joseph LJ, Ronald PR. *Dermatology*. 1a. ed, volume II. Mosby, 2004. Págs. 1465-1467.
6. Hermes MFHU, Virchow-Klinikum B. Annular elastolytic giant cell granuloma with a spontaneous healing tendency. *Hautarzt* 1995;46:490-493.
7. Boneschi V, Brambilla L, Fossati S, Parini F, Alessi E. Annular elastolytic giant cell granuloma. *Am J Dermatopathol* 1988;10:224-228.
8. Ishibashi A, Yokoyama A, Hirano K. Annular elastolytic giant cell granuloma occurring in covered areas. *Dermatologia* 1987;174:293-297.
9. Mielke V, Weber L, Schunter M, Sterry W.. Reticular elastolytic giant cell granuloma. A variant of the annular elastolytic giant cell granuloma. *Hautarzt* 1995;46:259-262.
10. Pock L, Blazková J, Caloudová H, Varjassová I, Konkolová R, Hercogová J. Annular elastolytic giant cell granuloma causes an irreversible disappearance of the elastic fibres. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18:365-368.
11. Tock CL, Cohen PR. Annular elastolytic giant cell granuloma. *Cutis* 1998;62:181-187.