

Caso clínico

Granuloma elastolítico anular de células gigantes. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía

Edwin Iván Maya Talamantes,* Sagrario Hierro Orozco,** Víctor Jaimes Hernández,*** Lucía Achell Nava***

RESUMEN

El granuloma anular elastolítico de células gigantes se considera una enfermedad rara, es una dermatosis constituida por placas anulares con centro atrófico, hipopigmentado o de características normales y bordes elevados eritematosos; es frecuente encontrar estas lesiones en áreas fotoexpuestas y cubiertas. En el estudio histopatológico se observan: infiltrado granulomatoso formado por histiocitos sin disposición en empalizada, células gigantes multinucleadas, así como elastofagocitos y elastolisis con ausencia de depósito de mucina.

Palabras clave: granuloma anular elastolítico de células gigantes, elastolisis, elastofagocitosis.

ABSTRACT

Annular elastolytic giant cell granuloma is considered a rare disease; it is a dermatosis constituted by annular plaques with atrophic center, hypopigmented or of normal characteristics, with a red elevated border. Lesions usually appear on sun exposed areas but also on non-sun exposed areas. In the histopathology study we observe granulomatous infiltrate formed by histiocytes not disposed in palisade, giant multinucleated cells, elastophagocytes, and elastolysis without mucin deposit.

Key words: annular elastolytic giant cell granuloma, elastolysis, elastophagocytosis.

El granuloma elastolítico anular de células gigantes lo describió Henke en 1979.¹ Es una dermatosis granulomatosa rara, clínicamente muestra placas anulares con centro atrófico y bordes elevados eritematosos; por lo general, afecta áreas fotoexpuestas, pero puede afectar zonas no fotoexpuestas.

Se reporta el caso de un paciente de 50 años de edad con diagnóstico de granuloma elastolítico anular de células

gigantes en áreas no fotoexpuestas, basado en el estudio clínico e histopatológico, con excelente respuesta a la dapsona y al esteroide tópico.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años de edad, originario del estado de Guerrero, con antecedentes de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2. Acudió a consulta del servicio de Dermatología por padecer una dermatosis diseminada en el tronco, el abdomen, las extremidades superiores e inferiores (Figura 1), con placas anulares de 3 a 15 cm de diámetro, aisladas y confluentes con centro eritematoso y borde elevado constituido por múltiples pápulas eritematosas (Figuras 2 y 3). El resto de la exploración dermatológica no reveló datos patológicos. Con evolución del padecimiento de cuatro años, el paciente refirió prurito de moderada intensidad, que fue multitratado principalmente con esteroides tópicos sin resultados satisfactorios.

Los estudios de laboratorio y gabinete mostraron glucosa de 274 mg/dL, los demás exámenes tuvieron parámetros normales.

* Médico residente de segundo año de dermatología.

** Jefa del servicio de Dermatología.

*** Médico adscrito al servicio de Dermatología.
Centro Médico Nacional 20 Noviembre, ISSSTE.

Correspondencia: Dr. Edwin Iván Maya Talamantes. Centro Médico Nacional 20 Noviembre, ISSSTE. Av. Félix Cuevas 540, colonia Del Valle, CP 03229, México, DF.

Recibido: abril, 2010. Aceptado: junio, 2010.

Este artículo debe citarse como: Maya-Talamantes EI, Hierro-Orozco S, Jaimes-Hernández V, Achell-Nava L. Granuloma elastolítico anular de células gigantes. Comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. Dermatol Rev Mex 2010;54(4):210-214.

www.nietoeditores.com.mx



Figura 1. Dermatitis diseminada.



Figura 2. Pápulas eritematosas.

Histopatología

Se realizó biopsia de piel procesada con técnica de parafina y teñida con hematoxilina y eosina, que mostró epidermis



Figura 3. Pápulas eritematosas.

con acantosis e hiperpigmentación de la capa basal; en la dermis media y profunda se observó infiltrado inflamatorio moderadamente denso a expensas de histiocitos y algunos linfocitos. Había numerosas células gigantes multinucleadas, algunas de ellas de tipo Langhans y otras de cuerpo extraño (Figura 4). En una de ellas se pudo identificar un cuerpo asteroide (Figura 5).

Con la tinción de van Gieson se demostró ausencia de fibras elásticas (elastolisis, Figura 6) en las zonas de infiltrado, así como elastofagocitosis por las células gigantes (Figura 7).

La tinción de azul alcian no demostró depósitos de mucina (Figura 8).

DISCUSIÓN

El término granuloma elastolítico anular de células gigantes lo acuñó Henke¹ en 1979, en su revisión describió

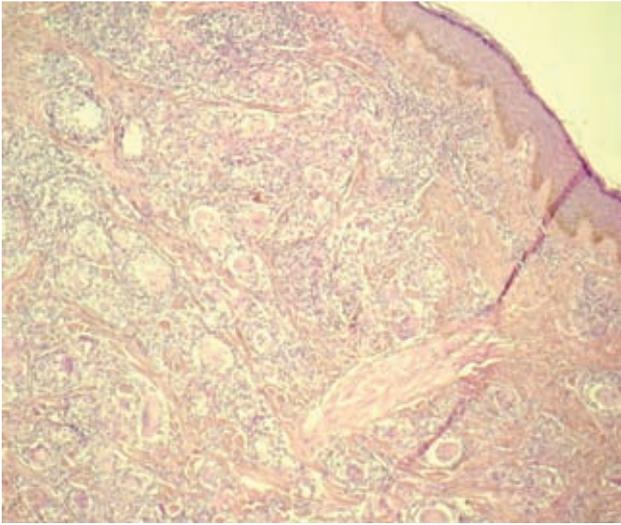


Figura 4. Células gigantes multinucleadas tipo Langhans y de cuerpo extraño.

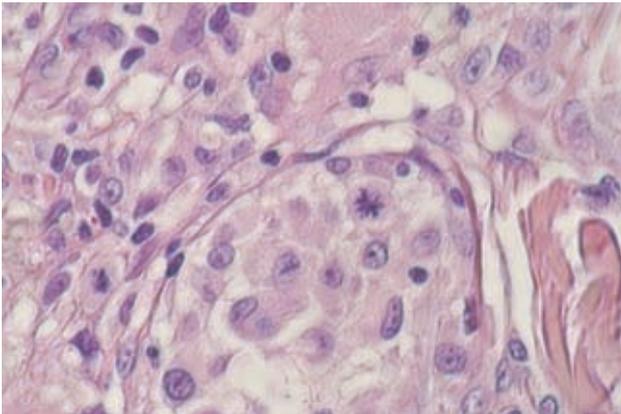


Figura 5. Cuerpo asteroide.

cinco casos con lesiones en la piel cabelluda y otras zonas fotoexpuestas constituidas por placas anulares con bordes eritematosos y centros hipopigmentados. El estudio histopatológico mostró infiltrados de células gigantes multinucleadas con cuerpos asteroideos en su interior, histiocitos, linfocitos, células epitelioides, elastolisis y elastofagocitosis sin necrobiosis, ni depósitos de mucina.

La patogénesis del granuloma elastolítico anular de células gigantes no está bien definida, se piensa que la radiación ultravioleta, el calor y el aumento de temperatura corporal pueden cambiar la antigenicidad de las fibras elásticas y desencadenar una respuesta inmunitaria de tipo celular.² Se han encontrado concentraciones elevadas

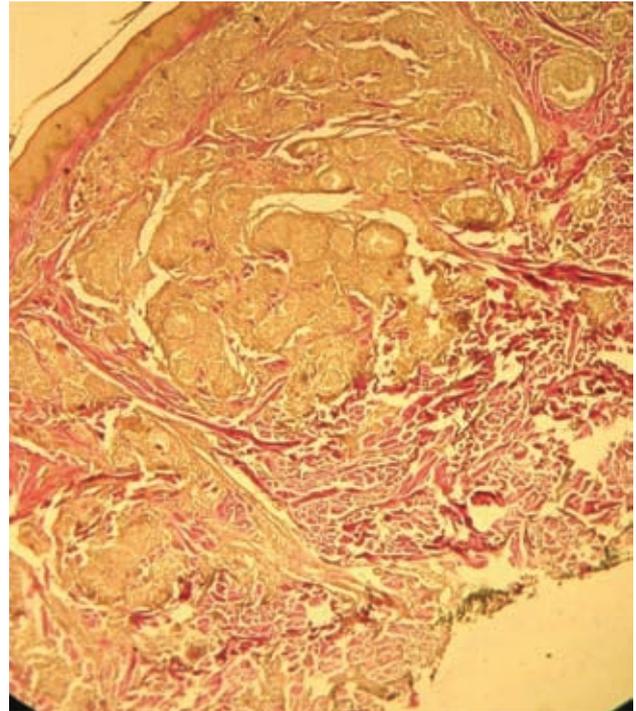


Figura 6. Ausencia de fibras elásticas.

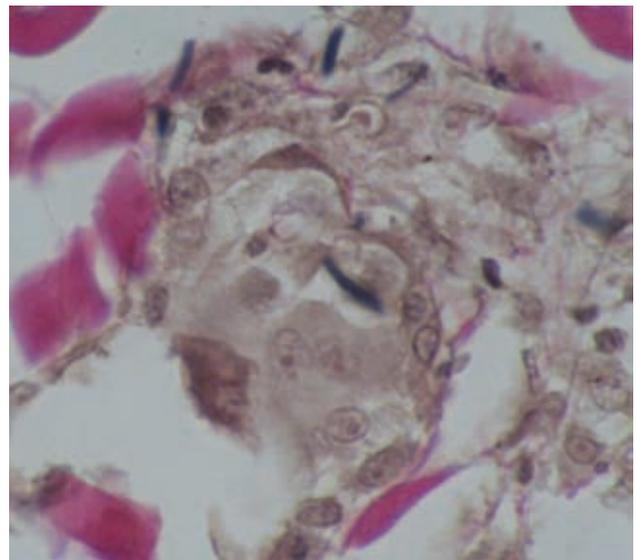


Figura 7. Elastofagocitosis por las células gigantes.

de anticuerpos antiborreliia en estos pacientes sin tener alguna participación en su etiopatogénesis; el paciente de esta comunicación recibió como tratamiento antibióticos y esteroides.³ En este caso se confirmó el diagnóstico por medio de histopatología; en una segunda biopsia, realizada un año y medio después, no se encontraron fibras elásticas,

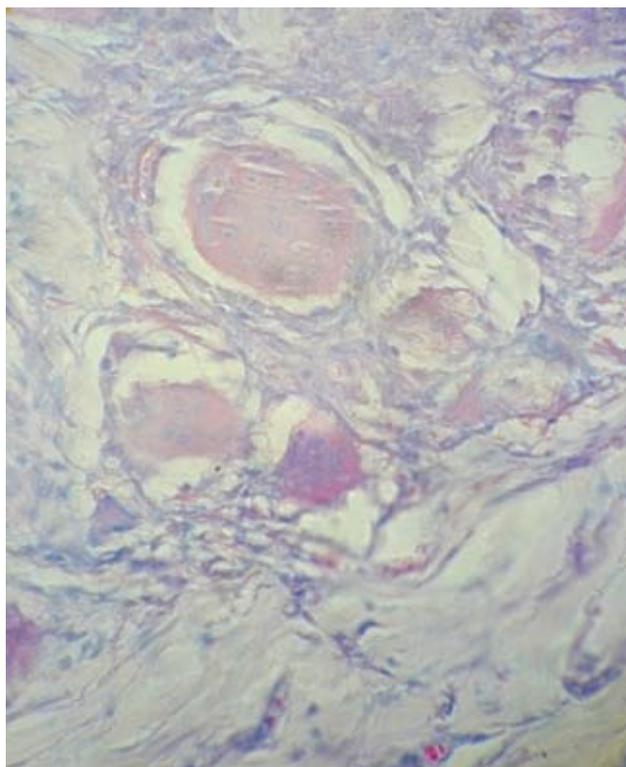


Figura 8. Tinción de azul alcian que no mostró depósitos de mucina.

por lo que se sugiere que el proceso de elastolisis en esta dermatosis es un proceso irreversible.

El granuloma elastolítico anular de células gigantes se reporta en mujeres blancas de edad media, y puede asociarse con diabetes mellitus. Existe el informe de un caso asociado con linfoma cutáneo primario de células T pleomórficas; está en debate si es una relación fortuita o si existe alguna reacción inmunológica entre ambas enfermedades.⁴ Se han comunicado otros casos de asociación de neoplasia y granuloma elastolítico anular de células gigantes, uno de leucemia de células T⁵ y otro de leucemia mielógena aguda.⁶

Desde el punto de vista clínico, el granuloma elastolítico anular de células gigantes se manifiesta por placas anulares eritematosas con bordes elevados y centro con atrofia, hipopigmentado o de características normales en áreas fotoexpuestas, pero también aparece en áreas cubiertas donde la patogénesis se relaciona con aumento de temperatura corporal,⁷ lo que podría explicar en este caso las lesiones en áreas no fotoexpuestas. Además, existe la

presentación clínica donde las lesiones, morfológicamente, son pápulas en áreas fotoexpuestas y no fotoexpuestas, las cuales se consideran lesiones iniciales que no progresan a placas anulares.⁸ Existe en la bibliografía el caso de un paciente con lesiones histopatológicas de granuloma elastolítico anular de células gigantes fuera de la piel (como ganglio linfático, intestino), este paciente también padecía sarcoidosis, lo que sugiere que podría tratarse de dos polos de la misma enfermedad.⁹

Los hallazgos típicos del estudio histopatológico son: infiltrado granulomatoso en la dermis constituido por histiocitos, células gigantes multinucleadas con elastofagocitos y elastolisis, sin depósito de mucina; en ocasiones pueden encontrarse cuerpos asteroides dentro de las células gigantes multinucleadas.

Los principales diagnósticos diferenciales clínicos son: granuloma anular diseminado, granuloma actínico, sarcoidosis.

Existen varios tratamientos reportados principalmente con esteroides sistémicos, tópicos e intralesiones, además de ciclosporina,¹⁰ cloroquina² y dapsona.¹¹ Este último se ha utilizado como tratamiento antioxidativo,¹² su mecanismo de acción inhibe la quimiotaxis de neutrófilos a través del bloqueo de la caderinas. El paciente de esta comunicación recibió tratamiento de 50 mg de dapsona vía oral cada 24 horas más fluocinolona tópica, con respuesta a los seis meses de tratamiento.

REFERENCIAS

1. Hanke CW, Bailin PL, Roenigk HH Jr. Annular elastolytic giant cell granuloma. A clinic pathologic study of five cases and a review of similar entities. *J Am Acad Dermatol* 1979;1:413-421.
2. Ozkaya-Bayazit E, Büyükbabani N, Baykal C, Oztürk A, et al. Annular elastolytic giant cell granuloma: sparing of a burn scar and successful treatment with chloroquine. *Br J Dermatol* 1999;140:525-530.
3. Pock L, Blazková J, Caloudová H, Varjassyová I, et al. Annular elastolytic giant cell granuloma causes an irreversible disappearance of the elastic fibres. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004;18:365-368.
4. Boussault P, Tucker ML, Weschler J, Riaux A, et al. Primary cutaneous CD4+ small/medium-sized pleomorphic T-cell lymphoma associated with an annular elastolytic giant cell granuloma. *Br J Dermatol* 2009;160:1119-1138.
5. Kuramoto Y, Watanabe M, Tagami H. Adult T cell leukemia accompanied by annular elastolytic giant cell granuloma. *Acta Derm Venereol* 1990;70:164-167.
6. Garg A, Kundu RV, Plotkin O, Aronson IK. Annular elastolytic giant cell granuloma heralding onset and recurrence of acute myelogenous leukemia. *Arch Dermatol* 2006;142:532-533.

7. Campos L, Díaz R, Quesada A y col. Granuloma elastolítico anular de células gigantes: a propósito de un caso localizado en áreas no fotoexpuestas. *Actas Dermosifiliogr* 2006;97:533-535.
8. Morita K, Okamoto H, Miyachi Y. Papular elastolytic giant cell granuloma: a clinical variant of annular elastolytic giant cell granuloma or generalized granuloma annulare? *Eur J Dermatol* 1999;9(8):647-649.
9. Kurose N, Nakagawa H, Iozumi K, Nogita T, et al. Systemic elastolytic granulomatosis with cutaneous, ocular, lymph nodal, and intestinal involvement. Spectrum of annular elastolytic giant cell granuloma and sarcoidosis. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:359.
10. Tsutsui K, Hirone T, Kubo K, Matsui Y. Annular elastolytic giant cell granuloma: response to cyclosporin A. *J Dermatol* 1994;21:426-429.
11. Panzarelli A, Camejo O. Granuloma anular elastolítico de células gigantes con buena respuesta a dapsona. *Derm Venez* 2001;39(1):27-29.
12. Igawa K, Maruyama R, Katayama I, Nishioka K. Anti-oxidative therapy with oral dapsone improved HCV antibody positive annular elastolytic giant cell granuloma. *J Dermatol* 1997;24:328-331.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN DERMATOPATOLOGÍA

Servicio de Dermatopatología Hospital General de México, O.D.

Requisitos para presentar la solicitud como candidato al curso de especialización y residencia en **Dermatopatología:**

1. Ser dermatólogo con reconocimiento universitario o estar cursando el último año de la especialidad de Dermatología.
2. Presentar solicitud por escrito dirigida a la Dra. Patricia Mercadillo Pérez, profesora titular del Curso Universitario de la Especialidad en Dermatopatología, Jefa del Servicio de Dermatopatología, Hospital General de México, OD. Tel./fax: 5004-3845 y 5543-3794.
3. Anexar a la solicitud el Curriculum Vitae.
4. Entrevista con el profesor titular del curso. La documentación debe entregarse en el periodo del 1 de septiembre al 30 de octubre del 2010.
5. Se seleccionarán dos candidatos.
6. El curso tendrá una duración de dos años, iniciando el 1 de marzo y concluyendo último día de febrero. El curso es de tiempo completo con una duración diaria de ocho horas.
7. Se extenderá diploma Universitario de la Especialización en Dermatopatología por la Universidad Nacional Autónoma de México.