

Paraqueratosis granular axilar unilateral de inicio macular

Unilateral axilar granular parakeratosis

César Iván Varela-Hernández¹, Ricardo A. Rueda-Plata²

1. Médico dermatólogo; profesor, Sección de Dermatología, Universidad del Valle, Cali, Colombia
2. Médico dermatólogo, dermatopatólogo; docente, Departamento de Patología, Universidad del Valle, Cali, Colombia

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer con paraqueratosis granular axilar unilateral cuyo cuadro clínico se inició con la forma macular y tuvo resolución completa.

Se discute brevemente la fisiopatología, y se llama la atención sobre la presentación inicial con máculas y no con pápulas o placas, como es lo habitual. Las máculas podrían corresponder a una forma inicial o a una variante clínica de la enfermedad. La paciente recibió queratolíticos tópicos con resolución de las lesiones.

PALABRAS CLAVE: paraqueratosis, queratina, axila

SUMMARY

A case of unilateral axillar granular parakeratosis in a woman is presented. A macular hyperpigmented lesion was the initial clinical presentation and resolved completely. The physiopathology and unusual macular presentation are discussed. The macules could correspond to an initial form or a clinical variant of the disease. The patient received topical keratolytics with resolution of the lesions.

KEY WORDS: parakeratosis, keratin, axilla

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 56 años, natural y procedente de Cali, de ascendencia anglosajona, de profesión secretaria ejecutiva, soltera, sin hijos, conviviente con su madre, que consultó por un cuadro clínico de tres meses de evolución consistente en pequeñas máculas puntiformes, algunas menores de 3 mm de diámetro, de color café claro que se tornaron más oscuras, localizadas en la cara interna del tercio proximal del brazo izquierdo y la axila del mismo lado. Varias máculas evolucionaron a pápulas de color café oscuro especialmente en la axila, con superficie áspera, entre 3 y 4 mm de diámetro e intensamente pruriginosas. Usaba muy poco desodorante en forma de crema y se depilaba con hoja de afeitar. Refirió ser alérgica

Correspondencia:

César Iván Varela-Hernández

Email:

cesar.varela@correounivalle.edu.co
civareladermatologo@hotmail.com

Recibido: 25/03/17

Aceptado: 04/02/18

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

a los antiinflamatorios no esteroides, al ácido acetilsalicílico y a la pirazolona.

En el examen físico se observó una mujer de apariencia general sana, de fototipo II, que presentaba cerca de 30 máculas de color café claro, redondas y ovaladas, de 1 a 3 mm de diámetro y muchas de ellas foliculares, en la cara interna del tercio superior del brazo izquierdo (**figura 1**).

En la fosa axilar izquierda, se observaron múltiples pápulas redondeadas de color café oscuro, con diámetro de 1 a 3 mm, de bordes bien definidos, netos, de superficie áspera y con aspecto queratósico, en su mayoría,



Figura 1. Inicio de la enfermedad con lesiones maculares

telio; en la dermis había un leve infiltrado linfocítico perivascular superficial (**figura 3**). Los cambios histopatológicos se extendían a los infundibulos foliculares, con gran hiperqueratosis y paraqueratosis, y con retención de gránulos de queratohialina (**figura 4**).

Se inició tratamiento tópico con una emulsión-loción hidratante a base de urea al 5 % y lactato de sodio al 8%, dos veces al día, con lo que se resolvieron completamente las pápulas en un mes. Entonces, se suspendió el tratamiento y las máculas desaparecieron en los siguientes cuatro meses. Después de seis años de seguimiento no ha presentado recidiva.

DISCUSIÓN

La paraqueratosis granular es una anomalía benigna

claramente foliculares. Algunas de ellas propendían a agruparse linealmente, siguiendo los pliegues naturales y conformando placas hasta de 1,5 cm de largo por 0,3 cm de ancho, con tendencia a confluir en el polo superior del hueco axilar (**figura 2**). Presentaba poco vello axilar.

Con las impresiones diagnósticas de paraqueratosis axilar, pénfigo vegetante o liquen plano, se tomó biopsia por sacabocado de una de las lesiones papulares, en la que se evidenció importante hiperqueratosis con una gruesa capa paraqueratósica y abundante retención de gránulos de queratohialina en las capas altas del epi-

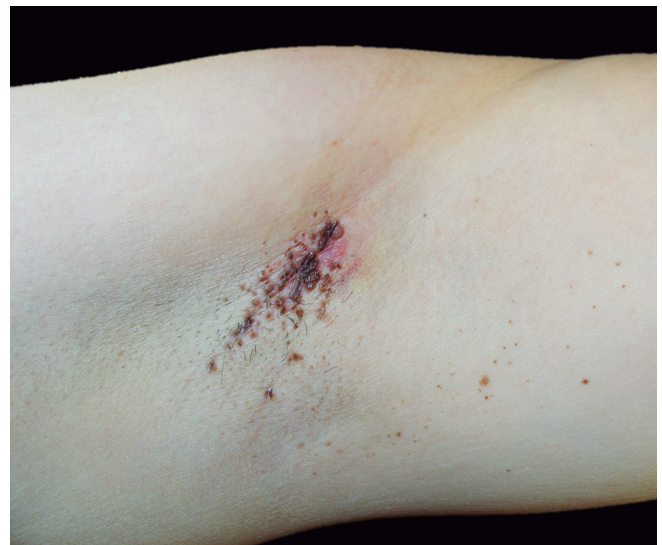


Figura 2. Progresión de máculas a pápulas y placas

de etiología desconocida e infrecuente, producto de la alteración de la queratinización que origina engrosamiento de la epidermis a expensas de la capa córnea, con retención de gránulos de queratohialina en el estrato espinoso. Se caracteriza clínicamente por la aparición de pápulas eritematosas o de color café, pequeñas y de superficie queratósica, aisladas o con tendencia al agrupamiento en placas lineales ⁽¹⁻³⁾.

Fue descrita por Northcutt, et al., en 1991, en cuatro pacientes con compromiso axilar ⁽⁴⁾. Posteriormente, fue descrita en otras áreas corporales intertriginosas, así como en el cuero cabelludo, la cara, el abdomen, las ingles, la vulva, el periné, los glúteos y las rodillas⁽⁵⁻⁸⁾. La mayoría de los casos reportados se han presentado en mujeres adultas de mediana edad y en ancianos, en pieles claras u oscuras ⁽⁹⁾. No obstante, en el 2002 se describió el primer caso en un niño y, desde entonces,

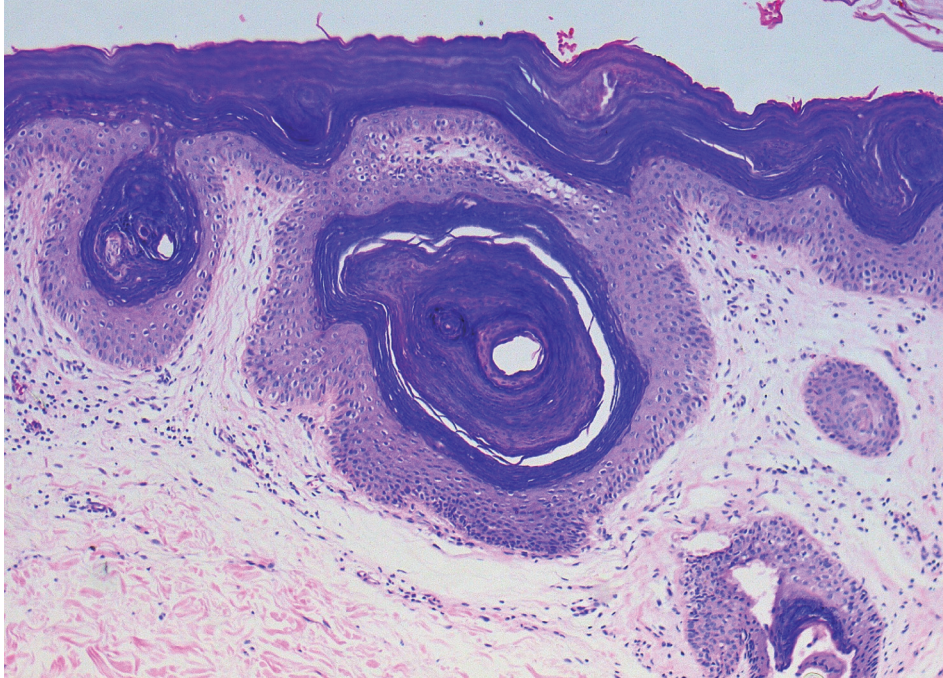


Figura 3. Importante hiperqueratosis con retención de gránulos de queratohialina en el espesor del estrato córneo y afectación de los infundíbulos foliculares. En la dermis, hay un leve infiltrado linfocítico perivascular superficial. Hematoxilina y eosina, 10X.

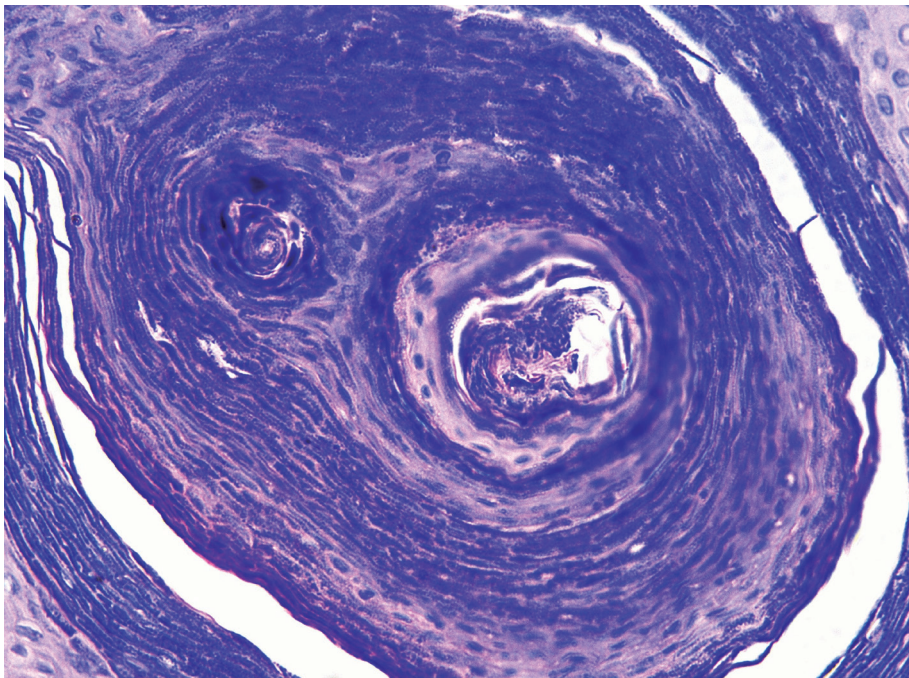


Figura 4. Detalle de un infundíbulo folicular con importante hiperqueratosis y paraqueratosis, en su gran mayoría representada por retención de gránulos de queratohialina. Hematoxilina y eosina, 40X.

se han reportado otros casos ⁽²⁾. En los niños es más frecuente en las ingles y en las zonas de presión de los pañales, pudiendo ser estos un factor desencadenante. La etiología de la paraqueratosis granular es aún incierta, pero dadas las localizaciones de preferencia, se cree que existen elementos ambientales en pacientes quizá predispuestos, que pueden estar implicados como desencadenantes al comprometer la barrera dermoepidérmica, lo que altera la proliferación y la maduración de la epidermis ⁽²⁾. Como mecanismo de producción de las lesiones, se ha planteado un defecto en el paso de la proflagrina a filagrina ⁽⁹⁾.

En los adultos, los elementos para la higiene personal, como desodorantes, antitranspirantes en barra o roll-on, talcos, perfumes, cremas y jabones, en especial cuando se usan en exceso, han sido involucrados como factores desencadenantes, y, en los niños pequeños, los pañales ^(2,3,9). Akkaya, et al., describieron siete niños con paraqueratosis granular. Seis de ellos presentaban dermatitis atópica y se les estaban administrando varios productos tóxicos; al suspenderlos, las lesiones de paraqueratosis granular mejoraron hasta desaparecer; esto sugiere que la dermatitis atópica –por alterar la barrera dermoepidérmica– favorece la aparición de los cambios de paraqueratosis granular ⁽²⁾.

La histopatología de la paraqueratosis granular se caracteriza por paraqueratosis, retención de gránulos de queratohialina y engrosamiento de la capa córnea. El examen citológico del material obtenido mediante raspado de las lesiones, también es una herramienta diagnóstica útil y rápida ⁽²⁾.

Entre los diagnósticos diferenciales, se deben tener en cuenta: el pénfigo vegetante, la enfermedad de Darier, la psoriasis inversa, la candidiasis, el eritrasma, la dermatosis neglecta, la dermatitis seborreica, el pénfigo de Hailey-Hailey, la queratosis seborreica, la pseudoacantosis nigricans, la dermatitis por contacto, la tiña negra, el eczema numular, y la enfermedad de Bowen⁽⁹⁻¹¹⁾.

CONCLUSIONES

Con el presente caso se llama la atención sobre el inicio de la paraqueratosis granular en forma de máculas puntiformes, algunas menores de 3 mm, con posterior evolución a las pápulas tradicionalmente descritas. En la revisión bibliográfica, no se encontraron reportes sobre este tipo de inicio de la enfermedad.

Se necesita la observación y el reporte de más casos, para determinar si esta manifestación inicial en máculas indica una variante de la paraqueratosis gra-

nular o corresponde a una forma más de iniciarse la misma enfermedad.

REFERENCIAS

1. Ding CY, Liu H, Khachemoune A. Granular paraqueratosis: A comprehensive review and a critical reappraisal. *Am J Clin Dermatol*. 2015;16:495-500.
2. Akkaya AD, Oram Y, Aydin O. Infantile granular paraqueratosis: Cytologic examination of superficial scrapings as an aid to diagnosis. *Pediatr Dermatol*. 2015;32:392-6. doi: 10.1111/pde.12444
3. González-de Arriba M, Vallés-Blanco L, Polo-Rodríguez I, Rosales-Trujillo B, Ortiz-de Frutos FJ, Rodríguez-Peralto JL, et al. Paraqueratosis granular. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:355-7.
4. Northcutt AD, Nelson DM, Tschien JA. Axillary granular paraqueratosis. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24:541-4.
5. Disorders of epidermal maturation and keratinization. En: Weedon D, editor. *Skin pathology*. Second edition. London: Churchill Livingstone; 2002. p. 304.
6. Mehregan DA, Vandersteen P, Sikorski L, Mehregan DR. Axillary granular paraqueratosis. *J Am Acad Dermatol*. 1995;33:373-5.
7. Mehregan DA, Thomas JE, Mehregan DR. Intertriginous granular paraqueratosis. *J Am Acad Dermatol*. 1998;39:495-6.
8. Metze D, Rutten A. Granular paraqueratosis - a unique acquired disorder of keratinization. *J Cutan Pathol*. 1999;26:39.
9. Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP, editors. *Dermatology*. Second edition. Barcelona: Mosby Elsevier; 2008. p. 147-8.
10. Galvis W, Jaramillo-Ayerbe F, Soto CI. Paraqueratosis granular en niños. *Rev Asoc Colomb Dermatol*. 2012;20:192-5.
11. Rodríguez G. Paraqueratosis granulosa de la axila. *Biomédica*. 2002;22:519-23.