

Paraqueratosis granular axilar

Edgar La Rotta Higuera

Consulta privada. Clínica de la piel. E-mail: vanesayedgar@supercable.net.ve

La paraqueratosis granular intertriginosa (PGI) es una entidad infrecuente en la cual ocurre un defecto en el paso de profilagrina a filagrina manteniéndose los gránulos de queratohialina en el estrato córneo durante la cornificación¹. La causa primaria es desconocida, sin embargo se han propuesto como posibles agentes etiopatogénicos el uso de ropas oclusivas, irritación del área, hiperhidrosis y eczema de contacto. Se han reportado en Estados Unidos alrededor de 40 casos².

Fotos 1 y 2. Paciente con historia de 10 meses de rash intertriginoso axilar con posterior apareamiento bilateral de pápulas que confluyen en placas con predominio en axila izquierda



En 1991, Northcutt y colaboradores la describen por primera vez como paraqueratosis granular axilar y así se denominó por varios años³.

Posteriormente Scheinfeld y Mones en el 2005, revisaron retrospectivamente 363.343 biopsias cutáneas del Instituto de Dermatopatología Ackerman en Nueva York durante un periodo de 5 años. 18 (0.005%) de las 363.343 biopsias presentaban paraqueratosis granular, concluyendo que es una entidad rara localizada preferiblemente en pliegues y no es exclusivamente axilar⁴.

No hay diferencias entre razas o sexo aunque parece ser más frecuente en mujeres.

El grupo etario más común es entre los 40 y 50 años, sin embargo se ha reportado algunos casos en niños^{5,6}.

El diagnóstico diferencial clínico incluye dermatitis neglecta, acantosis nigricante, papulosis bowenoide, papilomatosis confluyente y reticulada, tiña, eritrasma y enfermedad de Paget extramamaria⁷.

Como estudios complementarios puede ser realizado, examen directo con KOH para descartar tiña, estudio de

Foto 3. paraqueratosis granular con hiperplasia psoriasiforme

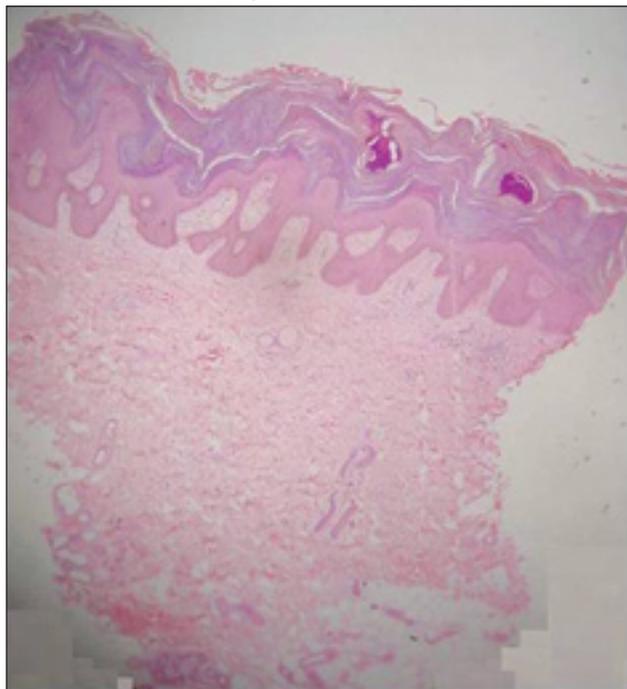


Foto 4. Engrosamiento del estrato córneo con retención de gránulos de queratohialina

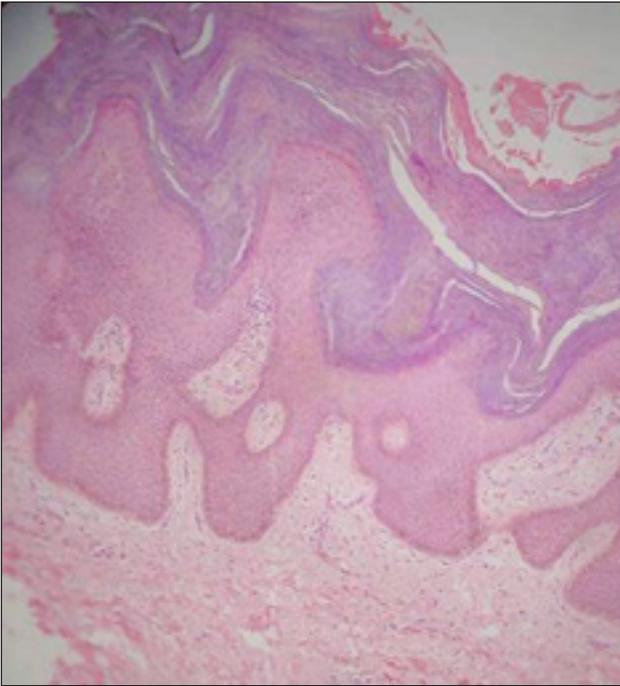
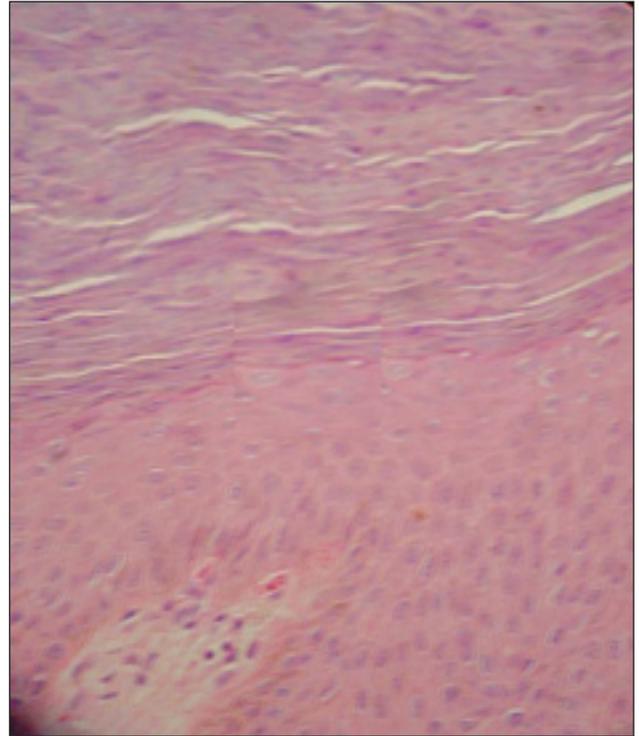


Foto 5. Paraqueratosis y en ocasiones hipergranulosis



fluorescencia con lámpara de Wood para descartar eritrasma y finalmente la biopsia cutánea que nos precisa el diagnóstico definitivo⁸.

Referencias

1. Rodriguez G. [Axillary granularparakeratosis]. *Biomedica*. Dec 2002; 22(4):519-23.
2. Wallace CA, Pichardo RO, Yosipovitch G, Hancox J, Sanguenza OP. Granular parakeratosis: a case report and literature review. *J Cutan Pathol*. May 2003; 30(5):332-5.
3. Northcutt AD, Nelson DM, Tschen JA. Axillary granular parakeratosis. *J Am Acad Dermatol*. Apr 1991; 24(4):541-4.
4. Scheinfeld NS, Mones J. Granular parakeratosis: pathologic and clinical correlation of 18 cases of granular parakeratosis. *J Am Acad Dermatol*. May 2005; 52(5):863-7.
5. Patrizi A, Neri I, Misciali C, Fanti PA. Granular parakeratosis: four paediatric cases. *Br J Dermatol*. Nov 2002; 147(5):1003-6.
6. Giraldi S. Paraqueratose granular: relato de seis casos em crianças. *An Bras Dermatol* Vol 81 Nº 1 Jan/Feb 2006.
7. Resnik KS, Kantor GR, DiLeonardo M. Dermatophyte-related granular parakeratosis. *Am J Dermatopathol*. Feb 2004; 26(1):70-1.
8. Resnik KS, DiLeonardo M. Follicular granular parakeratosis. *Am Dermatopathol*. Oct 2003; 25(5):428-9.

Foto 6. infiltrado linfohistiocitario y vacuolización focal

