

DERMATOSIS ACANTOLITICA TRANSITORIA

Reporte de dos Casos

Dra. María Cristina Ranalli R.*
 Dra. María Enriqueta Miquilarena**
 Dr. Hugo Naranjo A.***
 Dra. Saba Meneses****

RESUMEN

Se presentan dos casos de Dermatitis Acanolítica Transitoria (D.A.T.) o enfermedad de Grover, patología infrecuente pero interesante debido a su semejanza clínica e histológica con otras afecciones dermatológicas. Uno de los pacientes respondió al tratamiento con esteroides sistémicos. El otro tuvo una evolución autolimitada. Se realiza un comentario general sobre la enfermedad y diagnósticos diferenciales.

SUMMARY

Two cases of Transient acantholytic dermatosis or Grover's disease, a not frequent but interesting pathology because of its clinical and hystologic appearance with other dermatologic diseases. One patient had a good response with systemic steroid therapy. The other one had a self limited course. A general comment about this entity and its main differential diagnosis is stressed.

PALABRAS CLAVES: Dermatitis acantolítica transitoria, acantolisis, disqueratosis, Enfermedad de Darier, Enfermedad de Hailey-Hailey.

INTRODUCCION

La D.A.T. o enfermedad de Grover fue primero descrita en 1970 (1) como una erupción de pápulas o papulovesículas que usualmente ocurre en el tronco y muslos de personas adultas mayores de 40 años y pueden ser intensamente pruriginosas. Es una enfermedad cutánea benigna autolimitada que usualmente se resuelve en dos meses pero se han descrito casos hasta de dos años de duración (2-3).

La etiología de la D.A.T. es especulativa pero reportes previos implican una prolongada exposición a la luz solar, el calor y la sudoración como factores precipitantes (3-4-5). La exposición actínica se ha implicado en muchos casos (6) y en otros no ha sido demostrada. Paradójicamente la D.A.T. ha respondido a fotoquimioterapia (7). Ha ocurrido en pacientes con cáncer e inmunosupresión en tratamiento con radiaciones ionizantes lo cual puede ser análogo a los reportes

previos con radiaciones ultravioleta (8-9). No ha sido asociada con malignidad interna.

CASO 1

Paciente masculino de 42 años nacido y residiendo en La Guaira (Distrito Vargas), consulta por presentar placas eritematosas pruriginosas en cuero cabelludo, cara, cuello y tronco de siete días de evolución. El examen físico reveló la presencia de placas eritematosas, edematosas y papulovesículas en cuero cabelludo, cara y cuello (fotos 1-2). Placas costrosas aisladas y confluentes de 1 a 3 cm y papulovesículas en tronco anterior (foto 2) y posterior (foto 3). Se planteó el diagnóstico clínico de Lupus Eritematoso vesículo-ampollar y se inició tratamiento con Prednisona 1 mg/kg/día. La biopsia de piel tomada de una lesión vesicular del tronco evidenció epitelio parcialmente necrótico, acantótico con formación de tapones córneos. Areas de acantolisis con grupos

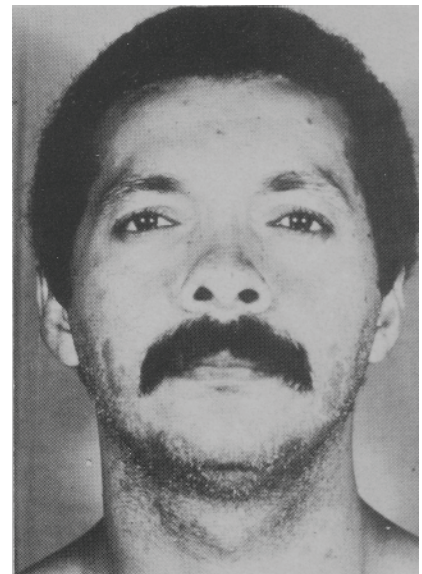


Foto N° 1
 Caso 1. Papulovesículas en cara y cuello.

de células eosinofílicas con núcleos hiper cromáticos alargados. En dermis: Vasos dilatados ingurgitados, algunos

* Médico Residente de Postgrado. Servicio de Dermatología. Hospital Central de las FF.AA. Caracas. Médico
 ** Adjunto. Servicio de Dermatología. Hospital Central de las FF.AA. Caracas.
 *** Médico Jefe. Servicio de Dermatología. Hospital Central de las FF.AA. Caracas.
 **** Médico Adjunto. Servicio de Dermatología. Hospital Corpoven. San Tomé. Eco. Anzoátegui.



Foto N° 2

Caso 1. Placas costrosas aisladas y confluentes. Papulovesículas en tronco anterior.

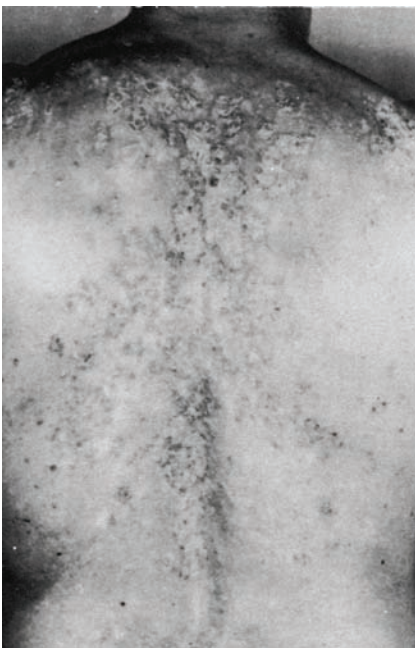


Foto N° 3

Caso 1. Placas costrosas aisladas y confluentes. Papulovesículas en tronco posterior.

con abundantes glóbulos rojos en su interior. Infiltrado celular constituido por linfocitos e histiocitos alrededor de vasos y anexos (fotos 4-5); diagnóstico: D.A.T. La inmunofluorescencia directa fue negativa. Los estudios he-

matológicos de rutina normales. Anticuerpos antinucleares, células LE: negativas. Complemento sérico: CH50, C₃, C₄: normales. Se disminuye la dosis de prednisona progresivamente hasta omitirla al tener el diagnóstico de D.A.T. Duración de la enfermedad: un mes. El paciente permanece asintomático en controles sucesivos durante seis meses.

CASO 2

Femenina de 52 años de edad que inicia su enfermedad el 5 de junio de 1988 al presentar prurito y escasas vesículas en miembros superiores, tórax y región lumbar. Entre sus antecedentes personales refiere haber presentado cuadro similar hace ocho meses que se diagnostica por facultativo como pénfigo vulgar y recibe tratamiento con prednisona y azatioprina con lo que mejora en un mes. Al examen físico tenemos una paciente de piel morena en la que se aprecian pápulas eritematosas y escasas vesículas de 0,3 cm de diámetro en tórax, abdomen, región lumbar, antebrazos y muslos (foto 6). Se practicó una rutina de laboratorio que incluye hematología completa, V.S.G., urea, creatinina, glicemia, V.D.R.L., examen de orina y heces que estaba en límites normales. Test de Tzanck reveló múltiples mononucleares con escasos polimorfonucleares. La biopsia de piel tomada de una de las vesículas evidenció un epitelio adelgazado con acantolisis lacunar extensa que ocupa parte del epitelio. En áreas del epitelio la ampolla aparenta ser intraepidérmica y en otras subepidérmica. Infiltrado difuso mononuclear perianexial y perivascular. Diagnóstico: D.A.T. (fotos 7-8). Evolución: Se indica antihistamínicos del tipo de la terfenadina dos veces al día con mejoría a las dos semanas de tratamiento. Se encuentra asintomática hasta su último control, ocho meses después del inicio de su enfermedad.

COMENTARIOS

Algunos reportan la D.A.T. como una enfermedad común (10). Debe ser considerada su posibilidad diagnóstica en pacientes mayores de 40 años con lesiones papulares o papulovesiculares en el tronco (2).

Las características clínicas de la D.A.T. son frecuentemente sutiles y el



Foto N° 4

Caso 1. 10X epitelio parcialmente necrótico, acantolítico con formación de tapones torneos. Áreas de acantolisis. En dermis infiltrado celular inflamatorio.

diagnóstico requiere un alto índice de sospecha. La D.A.T. puede ser confundida con acné, dermatitis seborreica, miliaria rubra o foliculitis (2). Cuando existe mayor prurito puede parecerse a la escabiosis (2) y la dermatitis herpetiforme (11). La D.A.T. puede semejar las manifestaciones clínicas vesiculoampolares del lupus eritematoso subagudo y agudo (12). Cuatro patrones histológicos puede verse en la epidermis. Dos o más de estos patrones pueden encontrarse en la misma muestra. El primero de estos cambios histológicos es una disqueratosis acantolítica que recuerda la enfermedad de Darier (2). Sobre la zona de clivaje que se encuentra en la capa basal hay células acantolíticas y disqueratóticas así como paraqueratosis. Una enfermedad de Darier de aparición tardía es inusual ya que se inicia antes de los 40 años en el 93 de los casos y menos del 2% se inicia después de los 60 años (1-13).

El segundo patrón histológico es similar al pénfigo vulgar (2). Hay zonas de clivaje suprabasal focales, discreta acantolisis subyacente y no hay disqueratosis. Clínicamente la D.A.T. difiere del pénfigo vulgar (14).

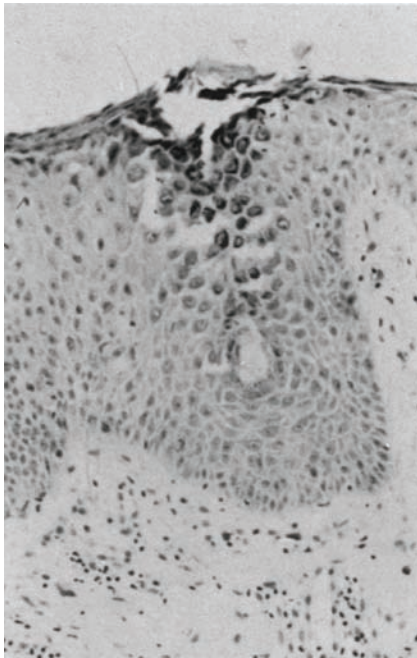


Foto N° 5.

Caso 1. 40X área de acantólisis con grupos de células eosinofílicas con núcleo hiper cromático alargado en dermis infiltrado células constituido por linfocitos e histiocitos alrededor de vasos y anexos.

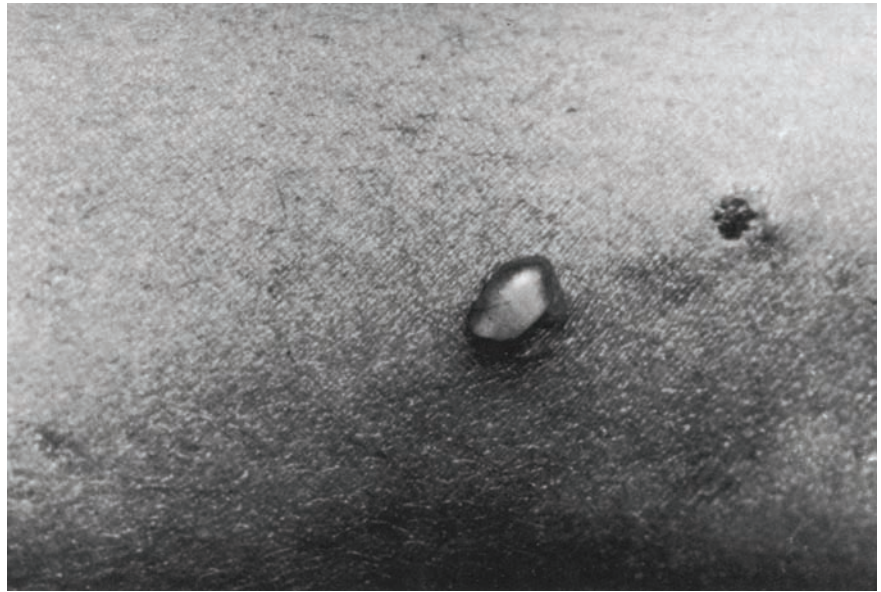


Foto N° 6. Acercamiento de una de las vesículas de región lumbar.



Foto N° 7.

Caso 2. 10X epitelio adelgazado con acantólisis lacunar extensa que ocupa parte del epitelio. Infiltrado difuso mononuclear.

El tercer patrón histológico semeja la enfermedad de HaileyHailey (15). Además de zonas de clivaje suprabasal hay acantólisis acentuada a lo largo de todo el estrato espinoso. La ausencia de antecedentes familiares de pénfigo benigno familiar, así como la tendencia de las lesiones individuales a involucrar áreas intertriginosas o la tendencia a la cronicidad y la recurrencia nos obliga a descartar esta afección (1).

El cuarto patrón histológico es básicamente espongiótico. Se observan focos de espongiosis que contienen células acantolíticas. Puede verse edema intracelular (2-16). Con este patrón histológico el diagnóstico se orienta más hacia D.A.T. La D.A.T. es la única enfermedad donde puede verse la asociación de acantólisis con espongiosis al microscopio óptico (2).

Hay otras enfermedades donde la acantólisis y los cambios disqueratóticos son hallazgos ocasionales o incidentales, tales como queratosis actínicas (17), disqueratoma verrugoso de Szymanski (18) (queratosis folicular de Graham y Helwig (19)), varios ne-

vus epiteliales (20), eritrodermia ictiosiforme congénita (21-22) o liquen estriado (23). Clínicamente la D.A.T. se diferencia de estas enfermedades.

CONCLUSION

La D.A.T. es una dermatosis benigna poco frecuente en la consulta dermatológica.

El diagnóstico histológico es difícil y la diferenciación definitiva, ex-

cepto ante la presencia de un patrón espongiótico acantolítico, requiere la colaboración de los datos clínicos.

La D.A.T. debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las enfermedades acantolíticas.

BIBLIOGRAFIA

1. Grover R.W.: Transient Acantholytic dermatosis. Arch. Derm. 101: 431-435, 1977.
2. Chalet M., Grover R.W., Ackerman A.B.:

Transient acantholytic dermatosis. A reevaluation. Arch. Derm. 113: 431-435, 1977.

3. Heaphy M.R., Tucker S.P., Winkelman R.K.: Benign papular acantholytic Dermatitis. Arch. Derm. 112: 814-821, 1976.

4. Huch, Michel B., Farber E.M.: Transient acantholytic dermatosis: A skin disorder related to heat and sweating. Arch Derm 121: 1439-1441, 1985.

5. Fawcett H.A., Miller J.A.: Persistent acantholytic dermatosis related to actinic damage. Br. J. Dermatol 109: 349-354, 1983.

6. Heenan P.J., Quirk C.J.: Transient acantholytic dermatosis. Br. J. Dermatol. 102: 515-520, 1980.

7. Paul B.S., Arndt K.A.: Response of transient acantholytic dermatosis to photochemotherapy. Arch. Derm. 120: 121-122, 1984.

8. Hum T.D., Graleau G.E.: Transient acantholytic dermatosis and immunocompromised febrile patients with cancer. Arch. Derm. 123: 238-240, 1987.

9. Held J.L., Bank D., Grossman Marc E.: Grover's disease provoked by ionizing radiation. Unpublished data. J. Am. Acad. Derm. 19: 137-138, 1988.

10. Waisman M., Stewart J.J., Walker A.E.: Bullous Transient acantholytic dermatosis. Arch. Derm. 112: 1440-1441, 1976.

11. Katz S. y Marks J.: Dermatitis herpetiforme. Fitzpatrick T., Eisen A., Wolff K.: Dermatología en medicina general. Ed. Panamericana. 2a. edición. 1979. Tomo 1. 396-399.

12. Sontheimer R., et al: Subacute cutaneous lupus erythematosus. Arch. Derm. 115: 1409-1415, 1979.

13. Grover R.W.: Transient Acantholytic Dermatitis: Electron microscopic study of the Darier type. J. cutaneous pathol. 2: 111-127, 1975.

14. Jordan R.E.: Pénfigo. Fitzpatrick T., Eisen A., Wolff K.: Dermatología en medicina general. Ed. Panamericana. 2a. edición. 1979, tomo 1, 381-392.

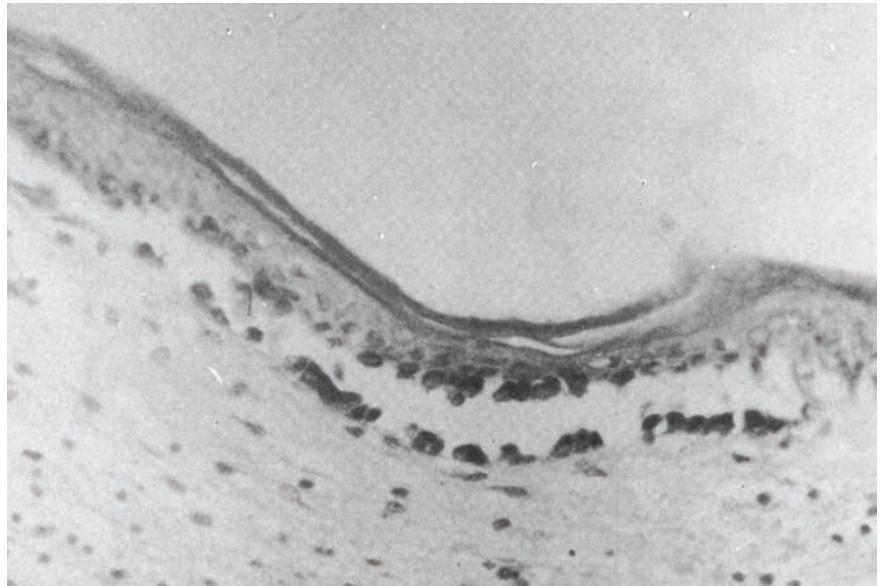


Foto N° 8

Caso 2. 40X acercamiento del área de acantólisis.

15. Grover R.W.: Transient acantholytic dermatosis Electron microscopic study. Arch. Derm. 104: 26-37, 1971.

16. Lever W.F.: Enfermedades ampollares y vesiculares no infecciosas. Histopatología de la piel. Ed. Interamericana. 5a. edición, 1979, 101-104.

17. Ackerman A.B., Reed R.J.: Epidermolytic Variant of solar keratosis. Arch. Derm. 107: 104-108, 1973.

18. Lever W.F. Tumores y quistes de la epidermis. Histopatología de la piel. Ed. Interamericana. 5a. edición. 1979. 412-413.

19. Graham J.H. and Helwig E.B.: Isolated

dyskeratosis follicularis. Arch. Derm. 77: 377-389, 1958.

20. Lever W.F.: Tumores y quistes de la epidermis. Histopatología de la piel. Ed. Interamericana. 5a. edición. 1979. 400-401.

21. Ackerman A. B.: Histopathologic concept of epidermolytic hyperkeratosis. Arch. Derm. 102: 253-257, 1970.

22. Ackerman A.B.: Focal acantholytic dyskeratosis. Arch. Derm. 106: 702-706, 1972.

23. Lever W.F.: Enfermedades eritematosas, papulosas y escamosas no infecciosas. Histopatología de la piel. Ed. Interamericana. Sa. edición. 1979, 134-135.

NOTICIAS DERMATOLÓGICAS

El IX Congreso Bolivariano y el V Congreso Ecuatoriano de Dermatología se realizará en Quito, Ecuador, del 7 al 12 de octubre de 1990. Los temas oficiales serán:

Micosis profundas.

Hansen.

Educación dermatológica.

Leishmaniasis.

El XII Congreso Iberoamericano de Dermatología patrocinado por el CILAD se realizará en Guadalajara, México, entre los días 30 de noviembre y 5 de diciembre de 1991.

X Congreso Argentino de Dermatología del 17 al 20 de agosto de 1990, en Buenos Aires, Argentina. Director: Dr. Ricardo L. Galímberti, Hotel Alvear Palace, Av. Alvear 1891. Buenos Aires, Argentina.

Cumbre mundial de Sida y E.T.S. del 3 al 6 de abril de 1990 en Río de Janeiro, Teléfonos: 283.2277 283.6633.