

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i3.8859>

Paraqueratosis granular

Granular paraqueratosis.

Rosa Margarita Mayorga-Ríos,¹ Georgina Sierra-Silva,² Ricardo Torres-Delgadillo,¹ María de las Mercedes Hernández-Torres³

Resumen

ANTECEDENTES: La paraqueratosis granular es un trastorno adquirido de queratinización relacionado con alérgenos y humedad. Se manifiesta con pápulas hiperqueratósicas, hiperpigmentadas en áreas de pliegues, en su mayor parte en menores de 2 años y en mujeres de 20 a 40 años. En términos clínicos puede parecerse a otras afecciones frecuentes en esa zona, por lo que el diagnóstico es histopatológico; el hallazgo clave son los gránulos de queratohialina en queratinocitos del estrato córneo.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 50 años con lesiones inguinales y prurito de un mes de evolución. Fue tratado con itraconazol oral y miconazol tópico durante el mismo periodo sin mejoría, por lo que acudió a consulta dermatológica; en la exploración física se observaron pápulas queratósicas aisladas y algunas agrupadas formando una placa, además de algunas pústulas. Al sospecharse pénfigo benigno familiar, se decidió tomar biopsia, el resultado histopatológico fue paraqueratosis granular. Se trató con esteroide tópico de baja potencia con remisión de las lesiones.

CONCLUSIONES: La sospecha clínica de paraqueratosis granular debe darse ante la existencia de pápulas queratósicas; sin embargo, debe tenerse en cuenta que puede tener otra morfología, como este caso en el que se encontraron pústulas además de las pápulas queratósicas.

PALABRAS CLAVE: Paraqueratosis; pápulas hiperpigmentadas; inguinal.

Abstract

BACKGROUND: Granular parakeratosis is an acquired allergen and moisture related keratinization disorder. It manifests with hyperkeratotic, hyperpigmented papules in areas of folds, mostly in children under 2 years of age and in women 20-40 years old. Clinically it can resemble other frequent entities in that area, so the diagnosis is histopathological.

CLINICAL CASE: A 50-year-old male patient with groin lesions of one month's evolution. He was treated with oral itraconazole and topical miconazole during the same period without improvement, so he went to a dermatology clinic; physical examination revealed isolated keratotic papules and some grouped together forming a plaque, in addition to some pustules. As familial benign pemphigus was suspected, it was decided to take a biopsy; the histopathological result was granular parakeratosis. He was treated with a low potency keratolytic steroid with remission of the lesions.

CONCLUSIONS: Clinical suspicion of granular parakeratosis should be given in the presence of keratotic papules; however, it should be taken into account that it may have another morphology, such as the present case in which pustules were found in addition to the keratotic papules.

KEYWORDS: Parakeratosis; Hyperpigmented papules, Inguinal.

¹ Residente de Dermatología.

² Consulta de Dermatología.

³ Departamento de Dermatopatología. Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Jalisco, México.

Recibido: enero 2022

Aceptado: mayo 2022

Correspondencia

Rosa Margarita Mayorga Ríos
roma251093@gmail.com

Este artículo debe citarse como:

Mayorga-Ríos RM, Sierra-Silva G, Torres-Delgadillo R, Hernández-Torres MM. Paraqueratosis granular. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (3): 410-414.

ANTECEDENTES

La paraqueratosis granular es un trastorno adquirido de la queratinización constituido por un defecto en el paso de profilagrina a filagrina, manteniéndose gránulos de queratohialina en el estrato córneo. A su vez se produce un engrosamiento reactivo de la epidermis a expensas del estrato córneo. Su causa primaria se desconoce.¹

Es un padecimiento que afecta más a mujeres de 20 a 40 años y a niños menores de 2 años. Es poco reportada: hasta el 2015 se habían informado únicamente 77 casos en la bibliografía.^{1,2}

Suele relacionarse con el uso de productos que contienen alérgenos, con oclusión, hiperhidrosis, obesidad, irritación mecánica e incluso se ha reportado asociada con doxorubicina liposomal pegilada y con tamoxifeno.^{2,3}

También se ha propuesto que interviene en la fisiopatología la disminución congénita de la caspasa 14, que regula apoptosis e inflamación en la epidermis, interviniendo en el descontrol de maduración del estrato córneo.¹

En términos clínicos se manifiesta como pápulas foliculares hiperpigmentadas y queratósicas, pueden confluir en placas lineales o geométricas, localizadas en más del 50% en las axilas, aunque también pueden aparecer en el área inguinal, glútea, submamaria y en raros casos en la piel cabelluda, el abdomen, la región perianal, la vulva, el periné o las rodillas. Se han reportado algunas topografías llamativas; Posada y colaboradores informaron en 2011 un caso con lesiones en dos topografías: abdominal e inguinal. Joshi y Taneja, en 2008, reportaron un caso en la cara, mientras que Resnik y DiLeonardo comunicaron un caso en la región superior del abdomen.²⁻⁶

En más del 75% la afectación es unilateral. Puede asociarse prurito o ardor. Algunos casos muestran exacerbación con el aumento de la temperatura

y con el sudor. Las lesiones persisten por meses y ocasionalmente recurren.^{1,2,7}

Algunos autores han llegado a considerar a la paraqueratosis granular no como enfermedad *per se*, sino un tipo de patrón reactivo epidérmico de forma secundaria como mecanismo de protección tras la exposición cutánea a irritantes, ya que también puede aparecer en casos de infecciones fúngicas, moluscos contagiosos o dermatomiositis.⁸

La clínica debe hacer sospechar la enfermedad; sin embargo, la confirmación diagnóstica es mediante estudio histopatológico, en el que se observa en la epidermis intensa paraqueratosis, estrato granuloso preservado, patrón psoriasiforme y característicamente retención de gránulos de queratohialina en el estrato córneo. En la dermis puede encontrarse proliferación vascular con infiltrado linfocítico alrededor de los vasos.^{2,7}

Como diagnósticos diferenciales clínicos deben considerarse la enfermedad de Hailey-Hailey, la enfermedad de Darier lineal, el pénfigo vegetante, micosis superficiales, queratosis seborreicas, acantosis nigricans, dermatitis del área del pañal y el liquen plano.⁷

Se han descrito diferentes tratamientos de los que las medidas de retiro de oclusión y alérgenos (por ejemplo, desodorante) son las más importantes; otros reportados son esteroide tópico de mediana a alta potencia, inhibidor de la calcineurina, derivado de vitamina D, retinoide tópico, isotretinoína oral o destrucción física mediante criocirugía o láser CO₂.^{6,7}

En cuanto al pronóstico, los síntomas suelen persistir por meses con episodios de remisión y exacerbación.^{6,7}

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 50 años, residente de Tlajomulco de Zúñiga, Jalisco, con antecedente

de hipertensión arterial sistémica en tratamiento con losartán.

Acudió a consulta dermatológica en mayo de 2021 por padecer lesiones y prurito inguinales de un mes de evolución. Recibió tratamiento con itraconazol y miconazol durante 20 días, sin alivio del cuadro.

A la exploración física se observó una dermatosis que afectaba las áreas inguinales, constituida por pápulas queratósicas, algunas aisladas y otras formando una placa de forma irregular, de 1.5 x 1 cm, de bordes precisos, además de algunas pústulas aisladas. **Figura 1**



Figura 1. Imagen clínica de la lesión. Región inguinal afectada por pápulas queratósicas, algunas aisladas y otras formando una placa de forma irregular, de 1.5 x 1 cm, bordes precisos, además de algunas pústulas aisladas.

El estudio histopatológico de la biopsia reportó: hiperqueratosis paraqueratósica, gránulos de queratohialina entre los corneocitos, estrato granuloso conservado, acantosis regular y dermis papilar con infiltrado inflamatorio perivascular, con lo que se estableció el diagnóstico de paraqueratosis granular. **Figuras 2 y 3**

Se indicó corticosteroide de baja potencia al encontrarse las lesiones de extensión y espesor pequeño (hidrocortisona 1% en crema) cada 12 horas durante 20 días, con lo que hubo remisión de las lesiones, sin recidiva después de cuatro meses postratamiento.



Figura 2. Imagen histológica de la lesión. Corte de piel teñido con hematoxilina y eosina con aumento de 10X, donde se observa epidermis con hiperqueratosis, paraqueratosis, estrato granuloso, acantosis regular; en la dermis se encuentra infiltrado linfocítico de predominio perivascular.

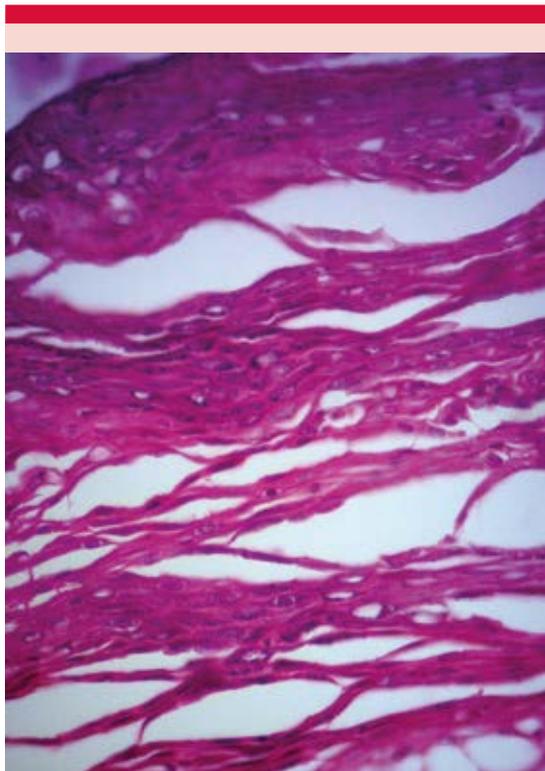


Figura 3. Imagen histológica. Corte de piel teñido con hematoxilina y eosina con aumento de 100X, donde se aprecian gránulos de queratohialina entre los corneocitos.

DISCUSIÓN

La paraqueratosis granular es un trastorno adquirido de la queratinización descrito por primera vez por Northcutt y colaboradores en 1991 como paraqueratosis granular axilar, una dermatosis que afectaba a pacientes adultos en la región axilar. En 1998 Mehreghán y colaboradores comunicaron localización inguinal, denominando a la afección paraqueratosis granular intertriginosa. Más tarde Metzke simplificó el nombre a paraqueratosis granular.^{1,3}

Aunque en la bibliografía se encuentra baja incidencia de este padecimiento (77 casos repor-

tados hasta 2015),¹ es probable que se trate de una enfermedad subdiagnosticada por ser poco conocida y debido a la alta incidencia de otras enfermedades a nivel inguinal con morfología similar con las que puede confundirse y en las que la toma de biopsia no es habitual.

La morfología característica descrita en la bibliografía es con pápulas hiperqueratósicas aisladas o confluyendo en placas;³ sin embargo, en el paciente de este caso se observaron también pústulas, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico, al ser un caso de manifestación atípica.

CONCLUSIONES

Diagnosticar este padecimiento puede ser difícil porque, como se ejemplificó en este caso, puede confundirse con múltiples enfermedades que afectan los pliegues y que tienen morfología parecida; este paciente también tenía una variación en la manifestación; se observaban pústulas aisladas además de las típicas pápulas queratósicas, lo que ampliaba el diagnóstico diferencial. Sin embargo, es importante establecer el diagnóstico preciso para poder aplicar las medidas necesarias para su tratamiento y así disminuir el riesgo de recurrencias.

REFERENCIAS

1. Cuéllar RIC, Mejía CM, Suárez DLP, Castellanos MV. Paraqueratosis granular: reporte de un caso. Univ Med 2021; 62 (1). 10.11144/Javeriana.umed62-1.para
2. Gómez LM, Vásquez OLA, Ruiz SAC. Respuesta clínica favorable al tratamiento tópico en caso de paraqueratosis granular. Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dermatol 2020; 27 (4): 271-4. 10.29176/2590843X.1401.
3. Sánchez GA, Álvarez FJG, Pinedo MF, López EJL. Paraqueratosis granular en pliegues abdominal e inguinales. Piel 2012; 27 (2): 104-6. 10.1016/j.piel.2011.07.011.
4. Joshi R, Taneja A. Granular parakeratosis presenting with facial keratotic papules. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008; 74 (1): 53-5. 10.4103/0378-6323.38411.
5. Resnik KS, DiLeonardo M. Follicular granular parakeratosis. Am J Dermatopathol 2003; 25 (5): 428-9. 10.1097/00000372-200310000-00009.

6. Chang MW, Kaufmann JM, Orlow SJ, Cohen DE, Mobini N, Kamino H. Infantile granular parakeratosis: recognition of two clinical patterns. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50 (5): 93-6. 10.1016/s0190-9622(03)02785-3.
7. Bolaños LJC, Cárdenas ML, González G, Rueda R. Paraqueratosis granular inguinal. *Med Cutan Ibero Lat Am* 2013; 41 (5): 236-8. 10.4464/MC.2013.41.5.5096.
8. Martorell A, Sanmartín O, Hueso Gabriel L, Guillén C. Paraqueratosis granular ¿Una entidad clínica o un patrón reactivo? *Actas Dermosifiliogr* 2011; 102 (1): 72-4. 10.1016/j.ad.2010.04.014.

Dermatología Comunitaria México AC

Comunica con mucho agrado a todos los interesados, la apertura de su página web que pone a su disposición en la dirección: dermatologiacomunitaria.org.mx

Nuestro objetivo es dar a conocer: quiénes somos, nuestra historia desde los inicios, las etapas por las que hemos atravesado, quiénes han participado en nuestras actividades, las instituciones que nos han apoyado. Cuál es nuestra visión y razón de ser, entre lo que destaca la atención dermatológica a los grupos marginados, la enseñanza constante de la dermatología básica al personal de salud del primer nivel de atención en las áreas remotas y la investigación. Aunque los problemas dermatológicos no son prioritarios por su letalidad, sí lo son por su enorme frecuencia y la severa afectación en la calidad de vida de los que los padecen.

Les mostramos la estructura de nuestros cursos y cómo los llevamos a cabo.

La sección de noticias comparte con los interesados nuestro quehacer mes con mes y el programa anual tiene como objetivo invitarlos a participar en nuestras actividades.

Desde enero de este año está funcionando el Centro Dermatológico Ramón Ruiz Maldonado para personas de escasos recursos y para recibir a los pacientes afectados por las así llamadas enfermedades descuidadas *neglectas*, que nos envía el personal de salud que trabaja en las áreas remotas. Se encuentra ubicado temporalmente en el Fraccionamiento Costa Azul del puerto de Acapulco.

Con un profundo sentido de amistad y reconocimiento le hemos dado este nombre para honrar la memoria de quien fuera uno de los dermatólogos más brillantes de nuestro país, que alcanzó reconocimiento nacional e internacional. Además de haber alentado nuestras actividades participó, acompañado de su familia, en muchas de nuestras jornadas en las comunidades.

Contacto con las doctoras Guadalupe Chávez López y Guadalupe Estrada Chávez.