

## Hnědává ložiska v obličeji

Důra M.<sup>1,2</sup>, Blaško M.<sup>1</sup>, Šlajsová M.<sup>1</sup>, Štork J.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha  
přednosta doc. MUDr. Ondřej Kodet, Ph.D.

<sup>2</sup>Bioptická laboratoř s. r. o., Plzeň  
vedoucí lékař doc. MUDr. Marián Švajdler Jr., Ph.D.

*Čes-slov Derm, 101, 2026, No. 2, p. 100–102*

### KLINICKÝ PŘÍPAD

Pacientkou byla 48letá žena bez významné rodinné anamnézy. S ničím se chronicky neléčila, kromě preventivně užívaného omeprazolu trvale léky neužívala. Alergická anamnéza byla též negativní.

Pacientka udávala vznik občasné svědivých projevů na obličeji v posledních 15 letech. Před 4 lety byla

provedena excize jedné léze u pravého očního koutku se závěrem granuloma annulare. Lokální terapie metylprednizolonem-aceponátem byla bez efektu.

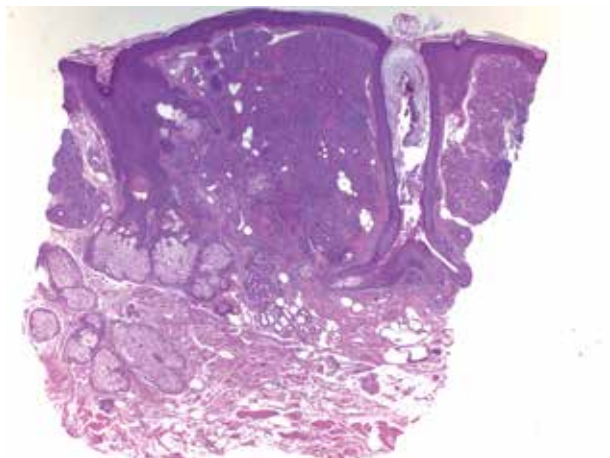
Při klinickém vyšetření byla patrná přítomnost dvou elevovaných hnědočervených ložisek nad pravým obočím a na levé tváři shodné velikosti 12 x 7 mm (obr. 1, 2). Provedena byla probatorní excize z projevu na levé tváři (obr. 3, 4).



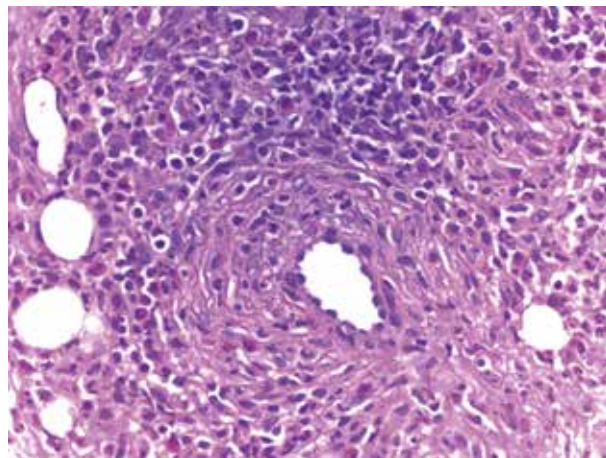
Obr. 1.



Obr. 2.



Obr. 3.



Obr. 4.

## HISTOPATOLOGICKÝ NÁLEZ

Epidermis a úzký proužek subepidermálního vaziva jsou beze změn. Horní a střední korium je prostoupeno splývajícím smíšeným zánětlivým infiltrátem s přítomností lymfocytů, eozinofilních granulocytů, neutrofilních granulocytů s ojedinělou fragmentací jader a místy četných plazmocytů (viz obr. 3). Fokálně jsou tyto infiltráty patrné ve stěnách cév (viz obr. 4). Přítomen je dilatovaný vlasový folikul. Dolní korium je bez patologických změn.

### Závěr

Granuloma faciale.

### Průběh

Pacientka byla poučena o povaze onemocnění, jehož léčba je poměrně problematická. Na další kontroly se nedostavila.

## DISKUSE A STRUČNÝ PŘEHLED

Granuloma faciale je vzácná, chronická zánětlivá dermatóza, typická vznikem solitárních či vícečetných červenohnědých papul, ložisek či nodulů v oblasti obličeje. V současné době je toto onemocnění považováno za variantu kožní vaskulitidy cév malého kalibru. V minulosti se pro granuloma faciale užívalo synonyma eozinofilní granulom. Pod tímto pojmem bylo též onemocnění poprvé popsáno v roce 1945 [11]. V současné době je však pojem „eozinofilní granulom“ vyhrazen pro solitární kostní léze spadající do skupiny histiocytóz z Langerhansových buněk.

Granuloma faciale se vyskytuje u pacientů středního věku, průměrný věk je 53 let [9]. Muži jsou postiženi o něco častěji než ženy [9]. Klinicky se onemocnění projevuje jako asymptomatické solitární, méně často vícečetné, tuhé červenohnědé papuly či noduly průměru od několika milimetrů do několika centimetrů. Průměrná velikost lézí je kolem 2 cm. Projevy jsou téměř výlučně lokalizovány na obličeji s predilekcí na čele, nosu, uších, infraorbitálně a preaurikulárně. Typicky jsou přítomna akcentovaná folikulární ústí. Povrch je bez deskvamace či ulcerace. Studie analyzující 66 případů prokázala vícečetný výskyt přibližně u jedné třetiny pacientů [9]. Projevy mimo obličej na trupu, končetinách či ve kšticích jsou vzácné, zjištěny byly u 6 % případů. Léze chronicky perzistují, spontánní regrese jsou spíše ojedinělé. Onemocnění se vyznačuje střídáním období relapsu a remise. Granuloma faciale není asociováno se systémovým onemocněním. Etiopatogeneze je nejasná.

Dermatoskopicky byla na několika případech popsána přítomnost dilatovaných folikulárních ústí, lineárních větvených cév a perifolikulárních bílých haló. Navíc byly popsány žluté či žlutohnědé ostrovy [5].

Histopatologicky je u granuloma faciale prokazována denzní nodulární smíšený perivaskulární a intersticiální

infiltrát horního a středního koría s vynecháním subepidermálního pruhu papilárního koría („grenz zóna“). Zánětlivé změny mohou zasahovat do dolního koría či do podkoží [3]. Infiltrát je tvořen neutrofilny, eozinofily, lymfocyty a plazmocytů. Přítomna bývá vaskulitida cévy malého kalibru s leukocytoklazií, s erytrocytárními extravazáty a s depozity hemosiderinu. V pozdní fázi jsou znaky vaskulitidy méně patrné, ubývá neutrofilních granulocytů, současně přibývá eozinofilních granulocytů a plazmocytů. Zastoupen je vyšší počet IgG4+ plazmocytů. Vyjádřena je angiocentrická lamelární fibróza vaziva koría. Epidermis je obvykle bez patologických změn. Zastížena může být dilatace ústí vlasových folikulů. I přes název onemocnění není granulomatózní typ zánětu přítomen. Při vyšetření přímou imunofluorescencí je pouze v některých případech prokazována granulární pozitivita cévních stěn ve frakcích IgG, IgA, IgM a C3 [1].

Vzhledem k přítomnosti eozinofilních granulocytů, lamelární fibrózy a plazmocytů (včetně těch produkujících IgG4) nález připomíná obraz IgG4-asociovaných onemocnění, zejména charakteru eozinofilní angiocentrické fibrózy [10]. Některými autory je proto granuloma faciale považováno za formu IgG4-asociovaného onemocnění [4, 8]. Publikovány byly též případy granuloma faciale s přítomností zvýšené hladiny imunoglobulinů podtřídy IgG4 v séru [8]. V řadě analyzovaných případů však granuloma faciale nespĺňovalo kritéria pro potvrzení diagnózy IgG4-asociovaného onemocnění a jejich souvislost je tedy sporná [6].

V klinické diferenciální diagnóze figuruje zejména chronický diskoidní lupus erythematosus, Jessnerův lymfocytární infiltrát, mastocytom, boreliový lymfocytom či kožní lymfom. Z granulomatózních onemocnění je nutno vyloučit sarkoidózu a granulomatózní rozaceu. Odlišit je nutno dále perzistující reakci po bodnutí hmyzem či epiteloidní hemangiom/angiolymfoidní hyperplazii s eozinofilií (ALHE), které sdílí s granuloma faciale i obdobné histopatologické znaky. U pediatrických pacientů sdílí granuloma faciale obdobnou klinikou manifestací s IFAG (idiopatickým faciálním aseptickým granulomem).

V histopatologické diferenciální diagnóze obraz granuloma faciale připomíná erythema elevatum diutinum, leukocytoklastickou vaskulitidu, onemocnění ze skupiny neutrofilních dermatóz či onemocnění ze skupiny IgG4-asociovaných dermatóz. Vzhledem k histopatologické podobnosti granuloma faciale a erythema elevatum diutinum je některými autory zvažována souvislost těchto jednotek a sdružují je do skupiny „chronických fibrotizujících vaskulitid“ [7]. Erythema elevatum diutinum se však projevuje na rozdíl od granuloma faciale vícečetnými noduly na extenzorových stranách končetin. V rámci neutrofilních dermatóz je nutno odlišit revmatoidní neutrofilní dermatózu a neutrofilní dermatózu v asociaci s lupus erythematosus [2].

Terapie granuloma faciale je problematická vzhledem k obecně torpidnímu průběhu a rezistenci k léčbě.

V první linii léčby se uplatňují lokální či intralezionální kortikosteroidy a lokální kalcineurinové inhibitory. Lokální terapie často vyžaduje prolongovanou dobu aplikace. V non-medikamentózní terapii se uplatňuje chirurgická excize, dermabrazie, elektrochirurgie, kryoterapie či laseroterapie pulzním barvivovým laserem či CO<sub>2</sub> laserem [2]. Tyto metody však s sebou nesou riziko trvalého jizvení. Navíc byly popsány případy recidivy po chirurgické resekcii lézí. Z dalších metod byl vyzkoušen dapson, hydroxychlorochin, klofazimin, lokální ruksolitinib či lokální PUVA [2].

## SOUHRN

### Hnědává ložiska v obličeji – granuloma faciale. Stručný přehled

Autoři prezentují případ 48leté ženy s vícečetnými projevy granuloma faciale, přičemž jeden projev byl histologicky verifikován. Diskutován je současný pohled na tuto problematiku. Onemocnění je v současné době považováno za variantu kožní vaskulitidy. Dosud nejistá je souvislost granuloma faciale s IgG4-asociovaným onemocněním vzhledem ke vzájemné podobnosti. Projevy granuloma faciale chronicky perzistují a jsou obvykle rezistentní k léčbě.

**Klíčová slova:** granuloma faciale – IgG4-asociované onemocnění – histopatologie – terapie

## SUMMARY

### Brownish Plaques on the Face – Granuloma Faciale. Minireview

The authors present the case of a 48-year-old woman with multiple lesions of granuloma faciale, one of which was histologically verified. The current perspective on this entity is discussed. The condition is presently regarded as a variant of cutaneous vasculitis. The association between granuloma faciale and IgG4-related disease remains uncertain due to their overlapping features. Lesions of granuloma faciale tend to persist chronically and are typically resistant to therapy.

**Keywords:** granuloma faciale – IgG4-related disease – histopathology – therapy

## LITERATURA

1. BARNADAS, M. A., CURELL, R., ALOMAR, A. Direct immunofluorescence in granuloma faciale: a case report and review of literature. *J Cutan Pathol*, 2006, 33(7), p. 508–511.

2. BOLOGNIA, J., SCHAFFER, J. V., CERRONI, L. *Dermatology*. 5th Edition. Philadelphia: Elsevier/Saunders, 2024, 2, p. 433–434.
3. CALONJE, E., BRENN, T., LAZAR, A. J. et al. *McKee's Pathology of the Skin*. 5th Edition. Amsterdam: Elsevier/Saunders, 2019, 2, p. 739–741.
4. CESINARO, A. M., LONARDI, S., FACCHETTI, F. Granuloma faciale: a cutaneous lesion sharing features with IgG4-associated sclerosing diseases. *Am J Surg Pathol*, 2013, 37(1), p. 66–73.
5. JARDIM, M. M. L., UCHIYAMA, J., KAKIZAKI, P., VALENTE, N. Y. S. Dermoscopy of granuloma faciale: a description of a new finding. *An Bras Dermatol*, 2018, 93(4), p. 587–589.
6. KAVAND, S., LEHMAN, J. S., GIBSON, L. E. Granuloma faciale and erythema elevatum diutinum in relation to immunoglobulin G4-related disease: an appraisal of 32 cases. *Am J Clin Pathol*, 2016, 145, p. 401–406.
7. KERL, H., CERRONI, L., KOKOL, R. et al. *Diagnostic Cutaneous Pathology: Clinical-Pathological Correlation of Inflammatory and Other Non-Neoplastic Skin Diseases*, 2 Vols. Graz: Vhj Verlagshaus Jakomini, 2017, p. 1209.
8. LÓPEZ-NAVARRO, N., GALLEGU-DOMINGUEZ, E., VARGAS-NEVADO, A., CASTILLO-MUÑOZ, R., HERRERA, E. Granuloma faciale associated with IgG4-related disease. *Clin Exp Dermatol*, 2017, 42(7), p. 799–800.
9. ORTONNE, N., WECHSLER, J., BAGOT, M., GROSSHANS, E., CRIBIER, B. Granuloma faciale: a clinicopathologic study of 66 patients. *J Am Acad Dermatol*, 2005, 53(6), p. 1002–1009.
10. TOKURA, Y. Spectrum of IgG4-related skin disease and differential diagnoses. *Hong Kong J Dermatol Venereol*, 2020, 28, p. 100–109.
11. WIGLEY, J. E. Eosinophilic Granuloma? Sarcoid of Boeck. *Proc R Soc Med*, 1945, 38(3), p. 125–126.

Do redakce došlo dne 27. 2. 2026.

Adresa pro korespondenci:  
MUDr. Miroslav Důra, Ph.D.

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN  
U Nemocnice 499/2  
128 00 Praha 2  
e-mail: miroslav.dura@vfn.cz