

Granuloma Piogénico, nuevo enfoque clínico

Pyogenic Granuloma, new clinical focus

Dra. Rosabel Martínez Brito,^I Dr. Camilo Hernández Derivet,^I Dr. Alberto Mory Rodríguez,^I Dra. Yamilet Ramírez Figueredo ^{II}

^I Hospital Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre", La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Freyre Andrade, Centro Habana, La Habana, Cuba.

RESUMEN

El granuloma piógeno (PG), también llamado hemangioma lobular capilar (LCH), es una proliferación vascular benigna de crecimiento rápido que puede encontrarse en la piel o el tejido celular subcutáneo. Se presenta un paciente de 50 años de edad que posterior a un traumatismo aparece lesión cutánea en labio que continúa su crecimiento por lo que asiste a consulta y se diagnostica Granuloma Piogénico el cual se corrobora con el estudio histopatológico.

Palabras Clave: granuloma, hemangioma, piogénico

ABSTRACT

It is showed a patient of 50 years of age that after suffering a trauma a cutaneous injury appears in lip and continued growing up, so this patient became worried about it and went to see a doctor. Several presumptive diagnoses were made and one of them was a possible Pyogenic Granuloma which was corroborated with a histopathological study. The Pyogenic Granuloma (PG), otherwise called lobular capillary hemangioma (LCH), is a benign vascular proliferation of fast growth that can be found in the skin or the hypoderm.

Key words: granuloma, hemangioma, pyogenic.

INTRODUCCIÓN

En 1879 *Rivolta* describió por primera vez el granuloma piógeno. También denominado hemangioma eruptivo, hemangioma capilar lobular y granuloma telangiectásico. El término granuloma piógeno es inadecuado, pues no está constituido por infiltrado granulomatoso y no es un padecimiento microbiano.¹⁻⁴

Su origen no se conoce con exactitud. Se considera un proceso reactivo en el cual pueden intervenir factores de predisposición, como: traumatismos, infección viral localizada, hormonas sexuales,^{5,6} picaduras de insectos, vacunación y tratamiento con láser. También se ha señalado su asociación con anastomosis arteriovenosa. Con frecuencia se manifiesta en el embarazo, quizá porque la progesterona causa incremento del grosor y tortuosidad de los vasos sanguíneos periféricos.⁶ Se han descrito lesiones después del tratamiento con isotretinoína, tazaroteno e indinavir.⁷

El propósito del trabajo es demostrar la importancia que tuvo el estudio histopatológico para el diagnóstico porque podía confundirse con otras entidades.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino, de 50 años de edad, piel blanca, natural de Ciudad Habana, con antecedentes de salud. Refiere que al afeitarse se hizo una pequeña herida en el labio inferior y al otro día observó la aparición de una "bolita" . Esta siguió en lo sucesivo creciendo y extendiéndose cada vez más. No se acompañaba de ninguna sensación subjetiva. Después de varios días asiste a la consulta de Dermatología de nuestro Centro.

Examen físico dermatológico: lesión tumoral, mamelonada, vegetante, de superficie lisa, de color violácea, brillante con algunas zonas exulceradas, exudativa, localizada en región del labio inferior. ([Fig. 1](#))

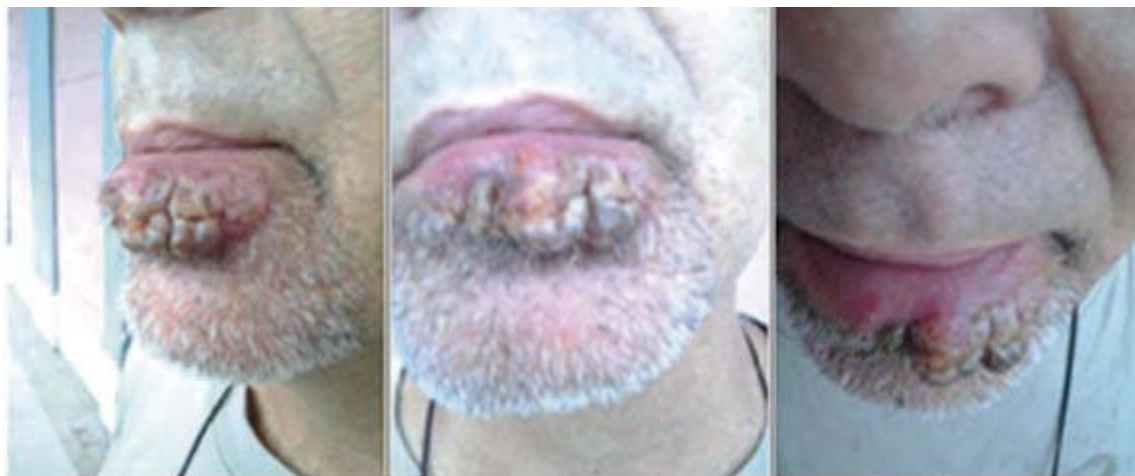


Fig. 1. Diferentes vistas de la lesión del labio inferior.

Se indicó exudado bacteriológico en las zonas exudativas lo cual reflejó un estafilococo coagulasa positiva sensible a penicilina la cual indicamos 1 millón c/12h IM por 7 días después del tratamiento la lesión persistía, pero reducida de tamaño por lo que se pudo realizar una exéresis total y el estudio histopatológico determinó un Granuloma Piogénico con zonas de abscedación. Biopsia de piel: Granuloma con zonas de abscesos. ([Fig. 2](#))



Fig. 2. H/E Los cortes muestran el dermis con un marcado inflamatorio inespecífico además de vasos.

El paciente después de habersele extirpado la lesión por biopsia, fue reevaluado durante diez meses, sin haber presentado recidivas, lo que representó la cura definitiva.

DISCUSIÓN

El granuloma piógeno se manifiesta como una neoformación solitaria, pequeña, de aproximadamente 6,5 mm, son generalmente lesiones sésiles que varían su coloración de rojas a purpúricas, con una historia de rápido crecimiento, en semanas alcanza

diámetro de 1 a 2 cm y se estabiliza por varios meses. Poco dolorosa, brillante, ulcerada o con una costra en la superficie, y que sangra de manera espontánea o después de algún traumatismo.^{1,2,5, 6,7,8, 9,10}

El granuloma piógeno es una enfermedad relativamente común, la topografía más frecuente es en la cara, los dedos de las manos y el tronco.⁵ Debe diferenciarse en particular de los hemangiomas capilares infectados y, en ocasiones, de otras afecciones, que incluyen: sarcoma de Kaposi, metástasis cutáneas^{4,11} y melanoma maligno, padecimientos con los cuales puede confundirse clínicamente y en los que es indispensable el estudio histopatológico.

Existen varios tipos de tratamiento que incluyen la extirpación quirúrgica, crioterapia, electrodesecación, curetaje, láser, escleroterapia, crema de imiquimod, y microembolización. Mientras que algunos granulomas piógenos pueden resolver espontáneamente, la mayoría requieren tratamiento. Se ha demostrado que la extirpación quirúrgica es la más efectiva.⁵

El tratamiento no quirúrgico es una opción para los pacientes que presentan lesiones situadas en áreas que pueden comprometer la cosmética, o en aquellas que están próximas a estructuras vitales. Si se elige el tratamiento no quirúrgico los que ofrecen menor recurrencia son la crioterapia con nitrógeno líquido, láser CO2, y dye láser pulsado, el método elegido dependerá de la experiencia individual de cada institución. Los autores recomiendan la extirpación quirúrgica porque ofrece un porcentaje de recurrencia bajo, una única sesión de tratamiento, y la posibilidad de enviar la lesión completa para el estudio histopatológico.⁵ El granuloma piogénico es una lesión benigna, pero es importante la detección temprana para estudio histopatológico por la cantidad de diagnósticos diferenciales que hay que tener en cuenta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vences Carranza M, Novales J, Martínez V. Granuloma piógeno. Correlación clínico-patológica. *Rev Mex Dermatol.*2005;49: 101-8.
2. Texeira F, Cortés R, Domínguez L. Granuloma piógeno: estudio comparativo del manejo quirúrgico vs electrofulguración. *Dermatología Rev Mex.*1995;39: 26-7.
3. Holbe H, Frosch P. Surgical pearl: ligation of the base of pyogenic granuloma. An atraumatic, simple, and cost-effective procedure. *J Am Acad Dermatol.* 2003;49:509-10.
4. Garzón MC, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: evidence for an association. *J Am Acad Dermatol.*2000;42: 275-9.
5. Lee J, Sinno H, Tahiri Y, Gilardino M. Opciones de tratamiento de granuloma piógeno cutáneo. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery.*2011;64: 1216-20.
6. Mooney M, Janniger C. Pyogenic granuloma. *Cutis.*1995;55: 133-6.

7. Davies MG, Barton SP, Atai F. The abnormal dermis in pyogenic granuloma. Histochemical and ultrastructural observations. J Am Acad Dermatol.1980; 2(2): 132-4.
8. Sass JO, Jakob-Sölder B, Heitger A. Paronychia with pyogenic granuloma in a child treated with Indaravir. The retinoid-mediated side effect theory revisited. Dermatology.2000;200: 40-2.
9. Fitzpatrick T. Dermatology in general medicine. 5th ed. Boston: McGraw-Hill.1999.
10. Vega O, Mercadillo P, Peniche J. Granuloma telangiectásico. Aspectos clínicos e histopatológicos de 180 casos. Rev Med Hosp Gen (Mex).2002;65: 144-8.
11. Hyun J, Eun M, Soo M, Ace J. Metastatic hepatocellular carcinoma of gingival mimicking pyogenic granuloma. J Am Acad Dermatol.2003;49: 342-3.

Recibido: enero de 2014.

Aprobado: mayo de 2014.

Dra . Rosabel Martínez Brito. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre", La Habana, Cuba. E mail: alberto.mory@infomed.sld.cu