

Revista del Centro Dermatológico Pascua

Volumen **10**
Volume

Número **3**
Number




Septiembre-Diciembre **2001**
September-December

Artículo:




Granuloma facial a propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2001

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



medigraphic.com

Granuloma facial a propósito de un caso

Dra. Myrna Rodríguez,* Dra. Catia Richaud**

RESUMEN

El granuloma facial es una enfermedad poco frecuente, de causa desconocida, caracterizada por la presencia de nódulos de número, tamaño y color variable en áreas expuestas de la piel, frecuentemente con mala respuesta al tratamiento y ocasionalmente con remisión espontánea.

Presentamos el caso de un paciente del sexo femenino de 43 años de edad, con diagnóstico de granuloma facial por medio de biopsia. Después de la cual presentó involución espontánea de la lesión.

Palabras clave: Granuloma facial.

ABSTRACT

Granuloma faciale is an unusual illness, of unknown aetiology, characterized by nodules of number, size and variable color, in exposed areas of the skin, frequently with bad answer to the treatment.

We report the case of a 43 year old female patient with diagnoses of granuloma faciale by biopsy, with spontaneous remission.

Key words: *Granuloma faciale.*

Es una enfermedad cutánea benigna, inflamatoria, poco frecuente, de etiología desconocida, asintomática, con tendencia a la cronicidad, su fisiopatología es mal conocida pero con clínica e histológica bien definida.¹⁻⁷

ASPECTOS HISTÓRICOS

Fue descrito por primera vez en 1945 por Wigley, y posteriormente en 1952 por Pinkus. En 1971 Schroeter y col. estudiaron 3 casos en los que reportan hallazgos por inmunofluorescencia directa, una banda de IgA, IgG e IgM, en la membrana basal y tejido perivascular. En 1979 Degos introduce una clasificación donde incluye el granuloma facial dentro del grupo de granulomas eosinofílicos de la piel. En 1984 Velders y posteriormente Azon Masoliver en 1989 consideran que se trata de una forma de vasculitis con mecanismo similar al Arthus.^{1,4,8}

CLASIFICACIÓN

Existe una amplia gama de lesiones heterogéneas superficiales en cuya histología se presentan eosinofilia

agrupadas bajo el término "granuloma eosinofílico de la piel". Degos propuso una clasificación en 1979 basada en técnicas de inmunofluorescencia, en el que incluye el granuloma eosinofílico facial, granuloma eosinofílico periorificial y de mucosa adyacente, así como histiocitosis maligna, y reacción por picadura de insecto.⁹

ETIOLOGÍA

Aún no se ha identificado la etiología del granuloma facial, sin embargo, se plantea la hipótesis de que se debe a un fenómeno tipo Arthus localizado, resultado de una reacción antígeno-anticuerpo con consecuente depósito de inmunoglobulinas y complemento, desencadenando una quimiotaxis de polimorfonucleares con activación de la respuesta inflamatoria. Se ha observado que a luz es un factor agravante; con tendencia a ser progresivo, en casos raros cursa con involución espontánea.^{1,3,4,6,7,10}

EPIDEMIOLOGÍA

Predomina entre la segunda y séptima décadas de la vida, algunos casos se han reportado en niños, en el sexo masculino. Afecta con mayor frecuencia a personas de raza blanca, su incidencia en general es baja.^{1,3,7,8}

* Dermatóloga del Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 2do. Año Dermatología, CDP.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Clínicamente se presenta en zonas expuestas a la luz, principalmente en la cara (en frente, nariz y mejillas), y con menos frecuencia en sitios extrafaciales (tronco, manos).^{1,2,3,10}

Se caracteriza por la presencia de nódulos cutáneos múltiples o únicos, elevados que miden desde pocos milímetros hasta 2 ó 3 centímetros, su crecimiento es lento y progresivo, en ocasiones con hundimiento central que puede llegar a ulcerarse; su consistencia es blanda o discretamente indurada, de color variable de café a rojo violáceo, con superficie lisa pero con orificios foliculares dilatados. Pueden presentar telangiectasias superficiales y descamación leve. Es asintomático, aunque en ocasiones presenta prurito leve.

No afecta órganos internos, sin embargo, puede presentarse eosinofilia en sangre periférica; el resto de pruebas sanguíneas son normales.^{1,3,5-8,10}

HISTOPATOLOGÍA

La biopsia es importante para establecer el diagnóstico. En los cortes se observa un denso infiltrado de polimorfonucleares, con neutrófilos, eosinófilos, monocitos, y linfocitos en dermis, separado de la epidermis por una banda de envoltura de colágena.^{1,2,5,7,8}

Algunas lesiones muestran incremento del número de mastocitos, y el grado de infiltración eosinofílica es variable. Se pueden presentar eosinófilos pero no son esenciales para el diagnóstico. En algunas ocasiones se observan datos de vasculitis, la cual se ha descrito como una vasculitis alérgica leucocitoclástica crónica localizada. No hay cambios en el sistema retículo-endotelial. En un tercio de los casos se pueden encontrar cambios histopatológicos similares en la recubierta laríngea y nasal.^{1,3,4,5,7,8,11}

Por inmunofluorescencia directa se muestra IgG, IgM e IgA, alrededor de la membrana basal y depósitos fibrinoides perivasculares, así como proliferación perivascular de tejido conectivo debajo de la dermis.^{1,4,7,12}

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico clínico diferencial incluye: sarcoidosis, lupus eritematoso discoide, erupción polimorfa lumínica, infiltrado linfocitario de Jessner, rosácea, histiocitosis X, granuloma piógeno y carcinoma de células basales, lupus eritematoso, pseudolinfoma, micosis fungoide, reacción por picadura de insecto, y eritema fijo pigmentado.^{3,7}

TRATAMIENTO

La respuesta a la terapia es variable, se ha propuesto el uso de colchicina, dapsona, antimaláricos, inyección de oro, isoniazina, clofazimina, psoralenos tópicos con UV-A, y corticoesteroides tópicos, intralesionales y sistémicos. Ninguno ha sido cien por ciento efectivo, además de cursar con diversos efectos adversos, tales como hemorragia de tubo digestivo, discrasias sanguíneas, oculotoxicidad, nefrotoxicidad, neuropatía periférica, decoloración de la piel, daño actínico, atrofia y supresión adrenal.^{1,3,5,7,8,10}

El tratamiento quirúrgico incluye excisión amplia, crioterapia, radiación, electrodesecación con curetaje, dermoabrasión. Estas técnicas han sido empleadas con resultados muy variables, y todas poseen riesgos significativos con cambios pigmentarios permanentes y cicatrices residuales.^{1,5,7,8,10}

Especialmente en niños se deben tener en cuenta los efectos adversos del tratamiento, por lo que estos casos se han obtenido buenos resultados con la aplicación de rayo láser en las lesiones.^{8,10}

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente del sexo femenino, de 43 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, quien fue estudiada en el Centro Dermatológico Pascua en mayo del año 2000. La paciente presentaba dermatosis localizada a la cabeza, de la cual afectaba cara, y de ésta la región malar derecha. Dermatitis de aspecto monomorfa, constituida por eritema, infiltración y numerosos nódulos que se agrupan para formar una placa circular, de aproximadamente 3.5 centímetros de diámetro, con un borde bien delimitado y el centro respetado (*Figura 1*). La paciente refería una evolución de tres meses con la presencia de un "granito" en la cara, el cual fue creciendo en forma lenta y progresiva. No recibió tratamientos previos. Con los datos antes mencionados se realizó el diagnóstico clínico presuntivo de granuloma anular, para lo cual se realizó una biopsia incisional reportando: Una epidermis atrófica que alterna con pequeñas áreas de discreta acantosis e hiperpigmentación de la capa basal. Toda la dermis superficial, media y profunda ocupadas por un denso infiltrado que deja una banda libre subepidérmica. Está constituido por polimorfonucleares que dejan focos que rodean los vasos, se observan también escasos linfocitos e histiocitos. Los vasos se encuentran dilatados, congestionados y algunos de ellos tienen invasión de polimor-

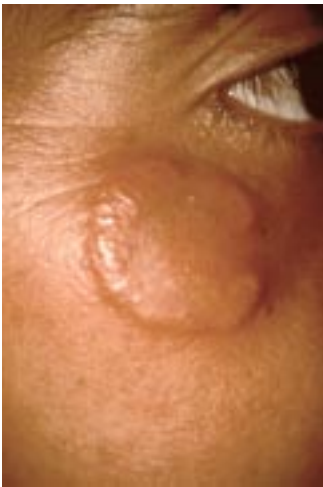


Figura 1. Aspecto general de la lesión: Se observan nódulos que confluyen formando una placa circular.



Figura 2. Corte histológico. (4x) Se observa atrofia epidérmica, acantosis e infiltrado dérmico constituido por polimorfonucleares.

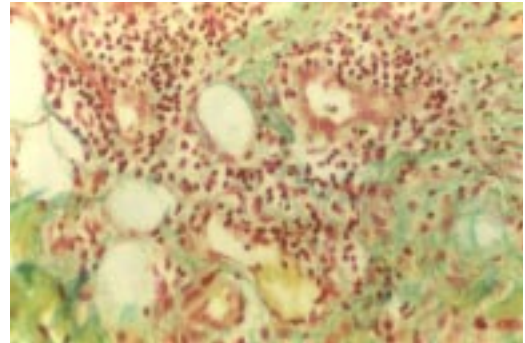


Figura 3. Corte histológico: (25x) Se observa el infiltrado de polimorfonucleares en dermis.

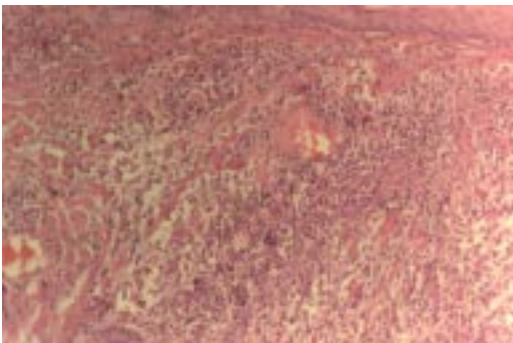


Figura 4. Corte histológico: (25x) Se observan vasos dilatados rodeados de infiltrado de polimorfonucleares.



Figura 6. Aspecto general de la paciente. Sin lesiones en cita de control un año después.



Figura 5. Aspecto general de la lesión después de un mes con involución espontánea, se observa eritema moderado.



Figura 7. Aspecto general de la lesión. Después de un año se presenta sin evidencia de lesión, sólo discreto eritema.

fonoculares en sus paredes (*Figuras 2, 3 y 4*). El diagnóstico es granuloma facial.

Un mes después la paciente acude a consulta con involución espontánea de la lesión, y persistencia sólo de eritema moderado en el sitio donde ésta se encontraba (*Figura 5*). Un año después la paciente se encuentra asintomática, sin evidencia de lesión, sólo con discreto eritema (*Figuras 6 y 7*). Se cita periódicamente a control.

CONCLUSIONES

El granuloma facial es una dermatosis asintomática caracterizada por infiltrado de polimorfonucleares. Es importante tener en cuenta el diagnóstico diferencial, siendo la biopsia indispensable para el diagnóstico definitivo. Se ha publicado como granuloma eosinofílico facial, sin embargo, el infiltrado de eosinófilos es variable, no siendo esencial para el diagnóstico de la enfermedad. Puede evolucionar hacia la cronicidad con respuesta variable al tratamiento, frecuentemente rebelde a éste, ocasionalmente evoluciona a la remisión. En el presente caso, la paciente no recibió tratamiento, evolucionando a la involución espontánea, lo que habla de la gran variabilidad del padecimiento, siendo aún desconocida la etiología así como su fisiopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Choreño R, Irurita M. Granuloma Facial Eosinofílico. *Dermatol Rev Mex* 1993; 37(2): 105-107.
2. Kontula K, Valimaki S. Granuloma faciale entirely in an extrafacial location. *Brit J of Dermatol* 1997; 36: 981.
3. Estrella V, Martínez M, Cesarios G, Feujó F, Proske A. Granuloma facial. Nuestra experiencia. *Arch Argent Dermatol* 1999; 49: 177-180.
4. Feinsilber D, Kogan N, Pacheco E, Cha D. Granuloma facial. Hallazgos de inmunofluorescencia directa en cuatro casos. *Arch Argent Dermatol* 1994; 44: 1-6.
5. PCM Van de Kerkhof. On the efficacy of dapsone in granuloma faciale. *Acta Derm Venereol* 1994; 74: 61-62.
6. Romero L, Kantor R. Eosinophils are not a clue to the pathogenesis of granuloma annulare. *Am J Dermatol* 1998; 201: 29-34.
7. Demircioglu D, Bukulmez G. Granuloma faciale. *Eur J of Dermatol* 2000; 10,4: 313-4.
8. Ammirati C, Iirruza G. Treatment of granuloma faciale with the 585-nm pulsed dye laser. *Arch Dermatol* 1999; 135: 903-905.
9. Gerbig A, Zala L, Hunziker T. Tumorlike eosinophilic granuloma of the skin. *The American Journal of Dermatol* 2000; 22(1): 75-78.
10. Jenifer H, Theresa L, Shroeder, Miose L. Granuloma faciale in child successfully treated with pulsed dye laser. *J Am Acad Dermatol* 1999; 41: 351-3.
11. Bruce R, Scott M, Felix C. The natural history of vasculitis. *Dermatología Rev Mex* 1993; 37(2): 105-107.
12. Schroeter A, Copeman P, Jordon R, Sams M, Winkelmann R, Minn R. Immunofluorescence of cutaneous vasculitis associated with systemic disease. *Arch Derm* 1971; 104: 254-59.