

## Caso para diagnóstico

# Neoformación en el párpado inferior

Larissa López Cepeda,\* Maribet González González,\*\* Paola Castañeda Gameros\*\*

### CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 8 años de edad, originario y residente de México, D. F., quien presenta una dermatosis en la cara de la que afecta el párpado inferior derecho en su tercio externo, constituida por una neoformación sésil, de color rojo-vinoso, de aproximadamente 0.2 x 0.3 cm, de bordes bien definidos; superficie multi-

lobulada, cuyo aspecto recuerda una «mora» (Figura 1), con aproximadamente tres meses de evolución. Al interrogatorio, la madre refiere la presencia de un «granito» en el párpado del ojo derecho, el cual el niño traumatizó; niega sangrado previo. Resto de la piel y anexos sin alteraciones. Sin tratamiento previo.

Con los datos antes descritos, ¿cuál es su diagnóstico?



**Figura 1.** Imagen de la lesión en el canto externo del ojo derecho.

www.medigraphic.org.mx

\* Dermatóloga.

\*\* Dermatopatólogo.

\*\*\* Residente de Primer Año de Dermatología.

## DIAGNÓSTICO: GRANULOMA PIÓGENO

El granuloma piógeno (GP), también llamado hemangioma capilar lobular, botriomicoma o granuloma telangiectásico,<sup>1,2</sup> es un tumor benigno de la piel y mucosas; fue descrito por primera vez en 1897 por los cirujanos franceses Pocet y Dor. En un inicio se le denominó «botriomicosis humana» debido a su parecido con las «lesiones tipo mora» causadas por una infección micótica en el escroto de los caballos. Años más tarde, fue mal llamado granuloma piógeno, por considerarse de etiología infecciosa, principalmente de origen estafilocócico. Sin embargo, no se ha encontrado asociación bacteriana, fúngica o de procesos granulomatosos, por lo que en 1980 Mills y colaboradores lo denominaron *hemangioma capilar lobular*, en base a las características histológicas encontradas. Actualmente, este término no ha sido universalmente aceptado.<sup>3</sup> Los GP's no tienen el potencial para desarrollar malignidad y se ha observado que después de un tiempo considerable, que va de semanas a meses, pueden involucionar por sí mismos en forma espontánea.<sup>4</sup>

Aunque su etiología es aún desconocida, se le considera de origen reactivo,<sup>5</sup> el cual origina un sobrecrecimiento de tejido de granulación comúnmente asociado a un antecedente de traumatismo menor;<sup>2</sup> sin embargo, sólo se ha encontrado este antecedente hasta en un 7% de los casos,<sup>4</sup> por lo que se cree que en la mayoría es un proceso de novo.<sup>2</sup> Se le ha relacionado con producción local excesiva de factores angiogénicos tumorales, principalmente con niveles altos del factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF, por sus siglas en inglés).<sup>6</sup> Recientemente se le ha asociado con la ingesta de ciertos medicamentos como la isotretinoína, anticonceptivos orales, antirretrovirales e inhibidores de la transcriptasa reversa.<sup>1,3</sup> También se han descrito casos secundarios a procedimientos médicos como crioterapia, uso de láser de dióxido de carbono y circuncisión. Otra asociación observada ha sido con los cambios hormonales secundarios durante el embarazo.<sup>7</sup> Es considerado como uno de los tumores benignos más frecuentes en escolares.<sup>8</sup>

Esta dermatosis se observa a cualquier edad, sin predilección por género,<sup>2</sup> pero se han descrito más casos en escolares, con edad promedio de 6.7 años; después de esta etapa se ha observado un descenso, con un segundo pico en embarazadas, encontrándose esta asociación hasta en un 5%.<sup>4</sup>

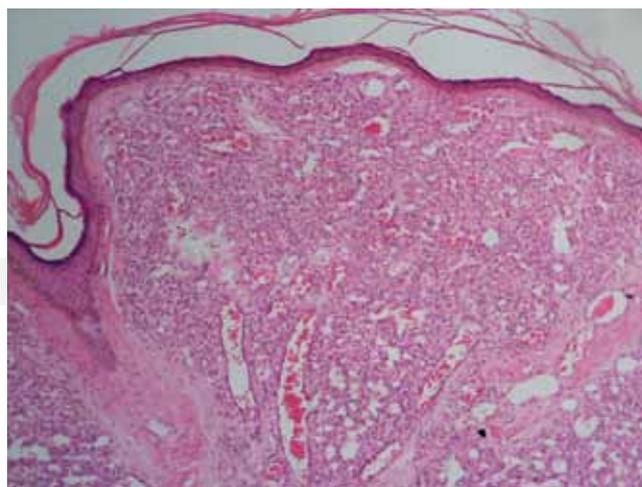
Se localiza en cualquier parte de la piel,<sup>1,5</sup> siendo los sitios más afectados la mucosa oral (labios, encías y lengua), seguida de piel de la cara y las manos, a nivel

de dedos en las regiones periungueales.<sup>1,3,8</sup> Se caracteriza por ser una neoformación exofítica, pediculada, de color rojo vinoso-negruzco, la cual puede llegar a medir hasta un centímetro de diámetro y que sangra con facilidad ante mínimos traumatismos hasta en un 60%.<sup>1</sup> Su evolución es crónica y asintomática, puede llegar a durar meses, incluso se han reportado hasta 20 años de evolución sin tratamiento.<sup>9</sup>

El diagnóstico se basa en las características clínicas de topografía y morfología y por el antecedente de sangrado fácil ante traumatismos, así como su tiempo de evolución, siendo en la mayoría de los casos innecesaria la realización de estudios adicionales de forma rutinaria. Cabe señalar que en algunas series de estudios se han encontrado errores en el diagnóstico hasta en un 38% de los casos,<sup>2</sup> por lo que se sugiere la realización de estudio histopatológico en los casos dudosos, o poco característicos. Los principales diagnósticos diferenciales son: queratoacantoma, carcinoma espinocelular, carcinoma basocelular, queratosis seborreica, verruga viral, carcinoma metastásico, sarcoma de Kaposi, melanoma maligno y los verdaderos hemangiomas, entre otros.<sup>1,2</sup>

La histopatología muestra una neoformación bien circunscrita, cuya epidermis puede ser aplanada, con proliferaciones endoteliales a menudo lobuladas y con formación de luces capilares. La epidermis se invagina en la base de la lesión, y determina así un collar que da origen al pedículo<sup>10,11</sup> (Figuras 2 y 3).

En la actualidad se suele utilizar la dermatoscopia como auxiliar diagnóstico en aquellos casos en los que no se puede realizar un estudio histológico. Los



**Figura 2.** Neoformación exofítica con epidermis atrófica constituida por numerosos vasos neoformados dispuestos en lóbulos y separados por tabiques fibrosos (H&E 4x).



**Figura 3.** Vasos neoformados dilatados y congestionados cuya pared está formada por una capa de células endoteliales (H&E 10x).



**Figura 4.** Dermatoscopia.

hallazgos dermatoscópicos son un área homogénea roja-blanquecina rodeada de un collarete blanquecino característico<sup>5</sup> (Figura 4).

Respecto al tratamiento de elección, se recomienda realizar rasurado de la lesión y electrofulguración en la base.<sup>2,4,10</sup> Otros tratamientos son la realización de escisión quirúrgica, aplicación de láser de CO<sub>2</sub>, así como crioterapia.<sup>2</sup> El porcentaje de recidiva varía de 3 a 6%, lo que depende en gran parte de la modalidad terapéutica utilizada.<sup>1,10</sup>

## CONCLUSIÓN

Si bien la edad y la topografía de esta dermatosis son comunes, el aspecto clínico no lo es, ya que en la literatura se comunica hasta un 38% de error en el diagnóstico; por lo que se deben realizar los diagnósticos diferenciales necesarios para evitar tratamientos inadecuados y así evitar las residivas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arenas R. Hemangiomas cutáneos. En: Arenas Roberto. *Dermatología Atlas, diagnóstico y tratamiento*. Cuarta Edición. México: Interamericana, Mc Graw-Hill; 2009: 648-655.
2. Pagliani AK, Cohen BA. Pyogenic granuloma in children. *Pediatric Dermatology* 2004; 21(1): 10-13.
3. Scheinfeld NS. Pyogenic granuloma. *Skinmed* 2008; 1: 37-39.
4. Grosshans E. Pyogenic granuloma: who are you? *JEADV* 2001; 15: 156-158.
5. Lucas A, Betlloch I, Planelles M, Martínez T, Pérez-Crespo M, Mataix J et al. Non-melanocytic benign skin tumors in children. *Am J Clin Dermatol* 2007; 8(6): 365-369.
6. Bhushan M, Young HS, Brenchley PEC, Griffiths CEM. Recent advances in cutaneous angiogenesis. *Br J of Dermatol* 2002; 147: 418-425.
7. Sánchez GE, Damente JH, Fischer RCM, Taveira DALA. Pyogenic granuloma on the upper lip: an unusual location. *J Appl Oral Sci* 2010; 18(5): 538-541.
8. Zaballos P, Carulla M, Ozdemir F, Zalaudek I, Llambrich B, Puig S et al. Dermoscopy of pyogenic granuloma: a morphological study. F pyogenic granuloma: a randomized trial. *BJD* 2010; 163: 1229-1237.
9. Ghodsi SZ, Razinei M, Taheri A et al. Comparison of cryotherapy and curettage for the treatment. *Br J of Dermatol* 2006; 154: 671-675.
10. Stephen JP, Karen W, Mulliken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma): A clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatric Dermatology* 1998; 4: 267-276.
11. Lever FW. Tumores del tejido vascular. En: Lever FW. *Histopatología de la piel*. Séptima edición. Argentina: Inter-Americana SSICI, Lippincott Company 1991: 645-673.

Correspondencia:

Dra. Larissa López Cepeda  
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,  
México 06780, D. F.  
Tel. 5519 6351  
E-mail: larisslo@yahoo.com.mx