

Caso para diagnóstico

Neoformación en mentón

Juan Ramón Trejo-Acuña,* Alberto Ramos-Garibay,** Mabel Cristina Mérida-Nina,***
Ana Luisa Cabrera-Pérez****

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 23 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, quien acudió por una dermatosis localizada a la cabeza de la que afectaba cara y de ésta el tercio izquierdo del mentón.

La dermatosis estaba constituida por una neoformación oval, de aspecto vascular, de 7 x 4 x 1.5 cm de superficie lisa, brillante, con escasa secreción serohemática, friable al tacto, de bordes bien delimitados (**Figura 1**). Sin alteraciones en el resto de piel y anexos. Al momento de la consulta cursaba con ocho semanas de gestación.

Se realizó rasurado de la lesión. Las **figuras 2 y 3** muestran las imágenes histológicas.



Figura 1. Neoformación en mentón.

* Dermatólogo.

** Dermatopatólogo.

*** Residente del segundo año de Dermatología.

**** Residente del primer año de Dermatología.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

Con los datos clínicos e histológicos, ¿cuál es su diagnóstico?

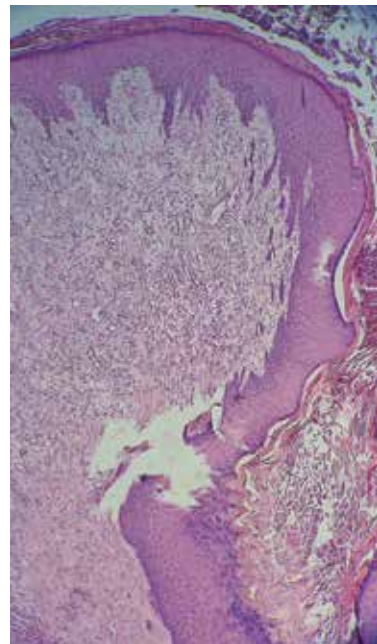


Figura 2. Lesión exofítica con epidermis acantósica. Se observa una proliferación vascular que ocupa todo el espesor de la dermis (H&E 4x).

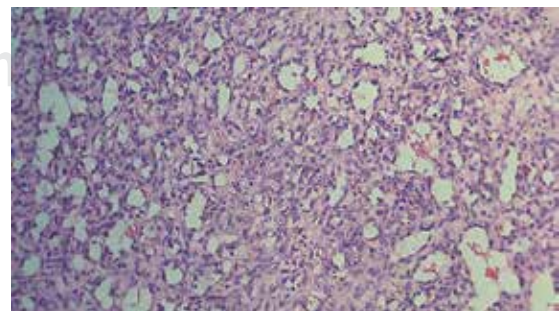


Figura 3. Presencia de numerosos vasos capilares mezclados por algunas células endoteliales (H&E 20x).

DIAGNÓSTICO: GRANULOMA PIÓGENO

También conocido como granuloma telangiectásico, es un tumor vascular benigno, relativamente frecuente dentro de la consulta dermatológica que suele afectar piel y mucosas. Es característico su rápido crecimiento y su consistencia friable.^{1,2}

Las estadísticas en nuestro país lo ubican entre el vigésimo y el trigésimo lugar.^{2,3}

Predomina en niños y adultos jóvenes entre la segunda y la tercera décadas de la vida. La variedad cutánea es más común en el género masculino y la de mucosas en el femenino. El tronco y las extremidades son las topografías más afectadas en adultos, mientras que en niños lo son la cabeza y el cuello.³

Hasta 2% de las mujeres embarazadas puede desarrollar este tumor en las mucosas, por lo regular durante los primeros cinco meses de la gestación.^{3,4}

Con respecto a los factores etiopatogénicos, se le considera un tumor vascular reactivo, es decir su aparición suele ser consecuencia de un estímulo (que con frecuencia es traumático), de aquí que en adultos las extremidades superiores sean la topografía habitual. En relación con el embarazo, las teorías existentes sugieren que el estímulo inicial es el incremento en la producción de factores angiogénicos y citocinas en el organismo de las pacientes.⁴⁻⁶ Además, se sabe que en este proceso de la vida la progesterona induce aumento de tamaño, tortuosidad y grosor de los vasos sanguíneos periféricos.⁶⁻⁹

Tanto en la clasificación de Mooney (1995) como en la de Lin (2004) se considera al granuloma piógeno que se presenta durante el embarazo una variedad clínica con características propias, en la cual las mucosas pueden resultar afectadas (épulis del embarazo).

Las encías también sufren cambios fisiológicos, entre ellos la hipertrofia gingival que propicia la proliferación reactiva de estructuras vasculares.

La morfología de las lesiones cutáneas es bien conocida, ya que se manifiesta como una neoformación, exofítica y friable con tonalidades que van del rosa claro al rojo intenso, habitualmente con collarate queratósico en la base. Es importante señalar que las neoformaciones que se presentan en superficies no queratinizadas carecen de collarate, por lo que es de gran relevancia tener en mente todos los posibles diagnósticos diferenciales, en particular con el melanoma amelanico.

Para el diagnóstico son útiles la sospecha clínica, la dermatoscopia, el estudio histopatológico e incluso la inmunohistoquímica.⁸⁻¹⁰

Con respecto a la histopatología, debemos señalar que la constante en todos los casos es la presencia de una proliferación de vasos capilares y células endoteliales que llegan a formar lóbulos septados en el espesor de la dermis.⁴

Si bien el rasurado con electrocoagulación de la base es el tratamiento más utilizado, las tasas de recidiva con este procedimiento son altas, por lo que la terapia de elección en estos casos es la extirpación quirúrgica que ofrece porcentajes de recaída más bajos: de 1 a 2.9%. Es poco frecuente la involución espontánea. Existen muchas otras modalidades que pueden consultarse en la literatura con resultados variables.^{2,4,5}

COMENTARIO

El caso presentado es interesante por el hecho de que el granuloma piógeno en adultos no suele afectar la cara. Creemos que en este caso el estado de gravidez de la paciente propició su desarrollo en una topografía poco habitual, así como su gran tamaño.

Es importante tener en mente el diagnóstico de granuloma piógeno en pacientes embarazadas que presenten lesiones vasculares en cara de reciente aparición, incluyendo las mucosas, para así poder brindar un tratamiento oportuno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harris MN, Desai R, Chuang TY, Hood AF, Mirowski GW. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. *J Am Acad Dermatol*. 2000; 42: 1012-1016.
2. Giblin AV, Clover AJ, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma - the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007; 60: 1030-1035.
3. Dillman AM, Miller RC, Hansen RC. Multiple pyogenic granulomata in childhood. *Pediatr Dermatol*. 1991; 8: 28-31.
4. Vences-Carranza M, Novales J, Martínez V, Medina A. Granuloma piógeno. Correlación clínico-patológica. *Dermatología Rev Mex*. 2005; 49: 101-108.
5. Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller AS, Leffell D. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 7th ed. Boston: McGraw-Hill; 2008. pp. 1171-1172.
6. Lin RL, Janniger CK. Pyogenic granuloma. *Cutis*. 2004; 74: 229-233.
7. Brunet-Llobet L, Miranda-Rius J, Lahor-Soler E, Mrina O, Nadal A. A gray-purple mass on the floor of the mouth: gigantic mucogingival pyogenic granuloma in a teenage patient. *Open Dent J*. 2014; 8: 125-128.
8. Pitarch G, Pérez-Ferriols A, Millán F. Recurrent pyogenic granuloma. *Actas Dermosifiliogr*. 2012; 103: 536-539.

9. Ravi V, Jacob M, Sivakumar A, Saravanan S, Priya K. Pyogenic granuloma of labial mucosa: A misnomer in an anomalous site. *J Pharm Bioallied Sci.* 2012; 4: S194-S196.
10. Trejo-Acuña JR, Torres-González S, Vences-Carranza M, Rodríguez-Carreón AA. Efectividad del etanol absoluto intralesional en pacientes adultos con granuloma piogénico cutáneo recidivante. *Piel.* 2013; 28: 192-198.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Trejo Acuña
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, 06780,
Del. Cuauhtémoc, Ciudad de México, México.
Tel.: 5519 6351
E-mail: hermesjuanderma@hotmail.com