

Granuloma gravidarum gigante en piel cabelluda

Judith Domínguez-Cherit,* Miriam Puebla-Miranda, Lucía Rangel-Gamboa y Rodrigo Roldán-Marín

Departamento de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González"
México D. F., México

Recibido en su versión modificada: 17 de abril de 2006

Aceptado: 12 de mayo de 2006

RESUMEN

El hemangioma capilar lobular (granuloma piógeno) ha sido informado con más frecuencia en piel (88%) que en mucosas (12%). El granuloma gravidarum es un granuloma piógeno que se presenta frecuentemente durante el embarazo a nivel de mucosa oral. Ha sido asociado con la acción de los estrógenos y una respuesta inflamatoria exagerada de las mucosas. En este artículo informamos el primer caso de granuloma gravidarum en piel cabelluda.

Palabras clave:

Granuloma gravidarum, granuloma piógeno

SUMMARY

Lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma) has been reported more frequently in the skin (88%) than in the mucous membranes (12%). Granuloma gravidarum is a pyogenic granuloma that develops during pregnancy, often in the oral mucosa. Estrogens apparently increase the inflammatory response of mucous membranes. In this article, we describe the first case of a granuloma gravidarum of the scalp.

Key words:

Granuloma gravidarum, pyogenic granuloma

Introducción

El granuloma piógeno fue descrito por primera vez en 1879 por Rivolta,¹ mal llamado así, porque no es un verdadero granuloma (no hay componente histiocitario importante) ni es de origen bacteriano para poder ser llamado piógeno.²

En 1980 Mills *et al* le otorgaron el nombre de hemangioma capilar lobular, por su apariencia histológica.

El hemangioma capilar lobular (granuloma piógeno) ha sido reportado con más frecuencia en piel (88%) que en mucosas (12%). Cuando aparece durante el embarazo, se conoce como granuloma gravidarum y se presenta en 2% de las embarazadas.⁶ Inicia generalmente entre el segundo y tercer trimestre del embarazo y suele localizarse a nivel de mucosa oral, lo que se ha asociado con la acción de los estrógenos y otros factores de crecimiento.

Caso clínico

Paciente de género femenino, 43 años de edad, quien acude a la consulta por presentar dermatosis con neoformación exofítica de aspecto lobulado, de 5 por 4 cm de diámetro y 2 cm de altura, de superficie húmeda, eritematosa, con algunas costras sanguíneas y base pediculada de 1.5 cm de

ancho, localizada en la cabeza donde afecta piel cabelluda de la región parietal derecha (Figura 1).

Al interrogatorio refería que durante el tercer trimestre de embarazo en diciembre de 2003, había sufrido traumatismo craneoencefálico. Posterior al mismo, notó la aparición de una lesión "granular" pequeña en piel cabelluda, de muy

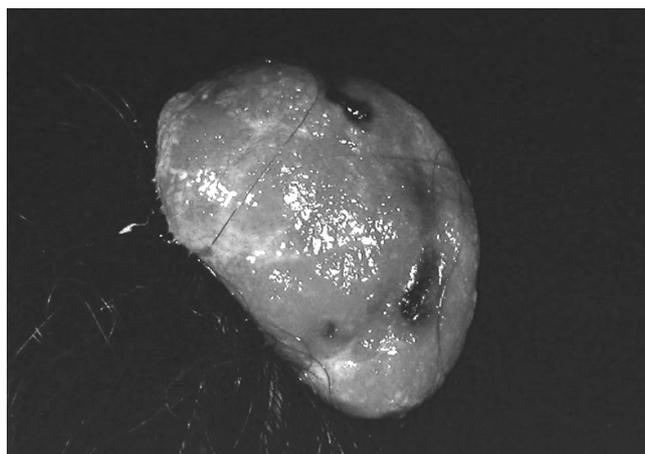


Figura 1. Piel cabelluda con neoformación exofítica, de aspecto húmedo.

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dra. Judith Domínguez Cherit. Departamento de Dermatología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González" Calz. de Tlalpan 4800, Tlalpan, 14000, México, D. F., México. Teléfonos.: (55) 5665-7691 y 5606-2989. Correo electrónico: judom59@hotmail.com

rápido crecimiento y sangrado fácil. Se acompañaba de disminución del apetito y pérdida de peso de 5 kg. La paciente acudió a consulta a los dos meses postparto.

El diagnóstico clínico inicial fue de Melanoma maligno amelanico vs. granuloma piógeno vs. metástasis cutáneas vs. poroma écrino. Se decidió realizar escisión. El estudio histológico reportó una lesión exofítica, pediculada y ulcerada con hombros de epidermis hacia los extremos. A nivel de la dermis la neoformación estaba compuesta por proliferación de vasos capilares dilatados de diferentes tamaños, algunos congestivos, rodeados de colágena fibrosa que delimitaba áreas lobulares de proliferación capilar. Además un infiltrado inflamatorio perivascular constituido por linfocitos, histiocitos y células plasmáticas (Figura 2).

El diagnóstico histopatológico fue de granuloma piógeno.

La paciente cursó sin complicaciones posterior a la cirugía y se encuentra sin recidiva a dos años de seguimiento.

Discusión

Algunos autores consideran al granuloma piógeno un proceso de hiperplasia reactiva por la formación excesiva de tejido de granulación ante traumatismos superficiales, como respuesta a estímulos endocrinos, o como efecto secundario de determinados medicamentos.² Otros lo consideran una verdadera neoplasia vascular.^{2,3}

Se presenta principalmente en la infancia durante los primeros cinco años de vida o durante la adolescencia.^{1,4}

Puede afectar tanto piel como mucosas. La topografía más frecuente es en cabeza y cuello, particularmente cara, encías, labios, mucosa de la nariz, o dedos de las manos. El 88% de los casos corresponde a lesiones cutáneas y 12% a mucosas.⁵

Se han reconocido cinco variantes clínicas de granuloma, cuatro de tipo piógeno: con satélites, subcutáneo, intravenoso y diseminado y el granuloma gravidarum.^{1,3}

Clínicamente es una lesión de aspecto polipoide de apariencia angiomatosa, que sangra fácilmente.² Tiene crecimiento rápido de 6 mm a 2 cm,^{2,3} en unas semanas y a partir de aquí empieza a disminuir de tamaño debido a que se reemplaza por tejido fibroso, hasta su desaparición en el plazo de unos meses.^{1,2}

A nivel histopatológico observamos capilares y vénulas dispuestas y perpendicularmente a la superficie cutánea, que habitualmente aparece erosionada y cubierta de costras hemáticas. El estroma es edematoso con infiltrado inflamatorio mixto por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, neutrófilos y mastocitos. Las lesiones completamente desarrolladas tienen patrón multilobular con septos de tejido conectivo que separan los lóbulos de capilares sanguíneos. Posteriormente aparecen en los bordes collaretes de epitelio aneural con disminución del infiltrado inflamatorio y en estadios avanzados se observa incremento del tejido fibroso y disminución de los lóbulos capilares.²

El diagnóstico clínico diferencial habitualmente se realiza con: melanoma amelanico, angiosarcoma, carcinoma basocelular, sarcoma de kaposi, hemangioma capilar, angioplasia papilar, carcinoma metastático y tejido de granulación.

Cuando el granuloma piógeno aparece durante el embarazo se conoce también como granuloma gravidarum. Se

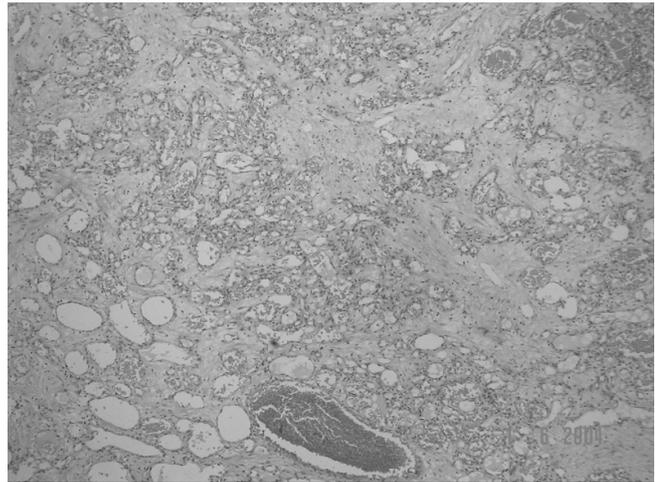


Figura 2. Histopatología donde se observa proliferación de vasos capilares de diferentes tamaños dilatados y congestivos, separados en lóbulos por colágena fibrosa. Tinción hematoxilina y eosina.

presenta en aproximadamente 2% de las embarazadas, entre el segundo y tercer trimestre.⁶ La topografía más frecuentemente afectada por esta variante es la cavidad oral: mucosa gingival, lengua, labio, y paladar.⁷ Se considera que en las embarazadas el granuloma gravidarum es causado por estimulación hormonal con crecimiento rápido y resuelve al terminar el embarazo.⁶

Existen estudios que han demostrado que la progesterona ocasiona aumento y tortuosidad de los vasos sanguíneos periféricos.³ Los niveles elevados de estrógenos y progesterona inducen *in vivo* un incremento en el número y calibre de los vasos sanguíneos a nivel de mucosas.⁸ Los factores predisponentes a nivel de mucosa oral son traumatismo recurrente e inflamación, así como la mala higiene dental.

A diferencia de lo hasta ahora reportado en la literatura, éste es el primer caso de granuloma gravidarum gigante en piel cabelluda. Lo más llamativo de éste es el rápido crecimiento de la lesión, que comenzó desde el tercer trimestre del embarazo; y no siguió la evolución natural hasta el momento descrita para el granuloma gravidarum, porque no involucionó de forma espontánea al término del mismo.^{2,6} Podríamos pensar que se trata de un granuloma piógeno común localizado en piel cabelluda debido a que apareció después de un traumatismo, que constituye un factor desencadenante bien establecido para estas lesiones. Sin embargo, el rápido crecimiento durante el tercer trimestre del embarazo y el gran tamaño de la lesión, al parecer secundario al efecto hormonal y de otros factores de crecimiento presentes durante el embarazo, nos hacen sostener el diagnóstico de granuloma gravidarum. El estudio histopatológico desafortunadamente no ayuda a distinguir entre estas dos variedades debido a que la imagen observada bajo el microscopio es idéntica.

Demir *et al*, reportan un granuloma piógeno en la mejilla de una mujer embarazada, en el que se encontraron receptores para estrógenos débilmente positivos por inmunohistoquímica, que no involucionó totalmente al término del embarazo.⁹ Existe también un caso reportado de granuloma

piógeno en conducto auditivo externo en una mujer embarazada que tampoco involucionó después del parto.¹⁰

Podríamos decir entonces que, el granuloma gravidarum que ocurre en piel y no en mucosa oral, se relaciona con el efecto hormonal de estrógenos y progesterona, pero no involucionada después del parto como sucede a nivel de mucosa gingival.

El antecedente de traumatismo de la paciente fue factor precipitante y es posible que el efecto hormonal sea responsable del gran tamaño del granuloma gravidarum.

Múltiples modalidades de tratamiento han sido usadas para el manejo del granuloma piógeno cutáneo, incluyendo escisión quirúrgica, escisión con electrodesecación,¹¹ láser de CO₂,¹² láser colorante pulsado, y crioterapia con nitrógeno líquido.³ Los resultados obtenidos mediante la escisión en huso del tumor con cierre directo de la herida son iguales a los obtenidos por el rasurado más legrado y electrofulguración del lecho quirúrgico.¹¹ La principal complicación es la recidiva de la lesión, en este caso se prefiere la extirpación quirúrgica que incluya piel no afectada en los márgenes laterales y profundos.^{1,2}

Referencias

1. Mooney M, Janniger C. Pyogenic Granuloma. *Cutis* 1995;55:133-136.
2. Requena L, Requena C, Pichardo R, Sanguenza O. Granuloma piógeno. *Monogr Dermatol* 2004;17:43-51.
3. Vega-Morquecho O, Mercadillo P, Peniche J, Andrade R. Granuloma telangiectásico. Aspecto clínico e histopatológico de 180 casos. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2002;65:144-148.
4. Pagliai K, Cohen B. Pyogenic granuloma in children. *Pediatr Dermatol* 2004;21:10-13.
5. Harris M, Desai R, Chuang T, Hood A, Mirowski G. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:1012-16.
6. Kroumpouzos G, Cohen L. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol* 2001;45:1-19.
7. Barak S, Occtinger-Barak O, Occtinger M, Peled M, Ohel, G. Common Oral Manifestations During Pregnancy: A review. *Obstet Gynecol Surg* 2003;58:624-628.
8. Sills S, Zegarelli J, Hoschander M, Strider E. Clinical diagnosis and management of hormonally responsive oral pregnancy tumor (pyogenic granuloma). *J Reprod Med* 1996;41:467-470.
9. Demir Y, Demir S, Aktepe F. Cutaneous lobular capillary hemangioma induced by pregnancy. *J Cutan Pathol* 2004;31:77-80.
10. Courtney, Koleda C, Titchener G. Aural granuloma gravidum. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:149-151.
11. Teixeira F, Cortes R, Domínguez L. Granuloma piógeno: Estudio comparativo del manejo quirúrgico vs. electrofulguración. *Dermatología Rev Mex* 1995;39:26-27.
12. Raulin, C, Greve B, Hammes S. The combined continuous-wave/pulsed carbon dioxide laser for treatment of pyogenic granuloma. *Arch Dermatol* 2002;138:33-37.