

## Granuloma piógeno

R. Cabeza Martínez, V. Leis Dosil, C. Silvente San Nicasio, P. Zamberk, R. Marengo Otero, J.M. Hernanz Hermosa  
Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid

### Resumen

El granuloma piógeno es una lesión vascular de piel y mucosas relativamente frecuente cuya etiopatogenia es desconocida. El término «granuloma piógeno» es erróneo, ya que no existen evidencias de su naturaleza infecciosa e histológicamente no se observan granulomas. Su incidencia es similar en los dos sexos y habitualmente aparece en niños y jóvenes adultos. Clínicamente se caracteriza por la presencia de una pápula o nódulo de crecimiento rápido, de apariencia angiomatosa, que sangra y se ulcera con facilidad. El afeitado o raspado de la lesión seguido de la electrocoagulación de la base con anestesia local suele ser una buena opción terapéutica.

### Palabras clave

Tumores vasculares, granuloma piógeno

### Abstract

*Title:* Pyogenic granuloma

Pyogenic granuloma is a relatively common benign vascular lesion of the skin and mucosa, the exact cause of which is unknown. This misnamed entity is neither infectious nor granulomatous. The lesion usually occurs in children and young adults without sex predilection. Clinically, it appears as a solitary red papule or nodule that is prone to bleeding and ulceration. It typically evolves rapidly over a period of a few weeks. Shave excision or curettage with electrodesiccation of the base under local anesthesia is usually a good therapeutic option.

### Keywords

Vascular tumors, pyogenic granuloma

32

### Caso clínico

Varón de 11 años sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés. Acude a la consulta de dermatología por presentar una lesión cutánea en el tercer dedo de la mano derecha, de 15 días de evolución, que sangra con facilidad y ha crecido con rapidez en la última semana. Expone que la lesión ha aparecido tras un traumatismo menor.

En la exploración física se observa una lesión papulonodular sésil, de 0,4 cm de diámetro, coloración rojiza, superficie irregular y consistencia friable en pulpejo del tercer dedo de la mano derecha (figura 1).

Con el diagnóstico de presunción de granuloma piógeno se decide afeitar la lesión y practicar electrocirugía de la base bajo anestesia local (figura 2).

En la histología se aprecia una proliferación de vasos de pequeño y mediano calibre tapizados por un endotelio regular no hiperplásico, sin mitosis atípicas, así como un extenso infiltrado inflamatorio intersticial predominantemente de neutrófilos, en el cual se identifican, además, colonias bacterianas.

Se confirma el diagnóstico de granuloma piógeno.

### Discusión

El granuloma piógeno es una lesión muy frecuente que ha recibido diferentes denominaciones: hemangioma capilar lobulado, hemangioma eruptivo, botriomicoma, granuloma telangiectásico o hemangioma de tipo tejido de granulación. Su incidencia es similar en ambos sexos y habitualmente aparece en niños y jóvenes adultos.

Fue descrito por primera vez por Poncet y Dor en 1987, quienes pensaron que se debía a una infección por *Botryomyces*. Posteriormente, Hartzell, en 1904, acuñó el término «granuloma piógeno» al describir cuatro casos similares pensando que se trataba de una respuesta inespecífica de tipo tejido de granulación frente a cualquier agente infeccioso. El término de granuloma piógeno es erróneo ya que no existen evidencias de su naturaleza infecciosa e histológicamente no se observan granulomas. Todavía persiste controversia en la bibliografía respecto a si la verdadera naturaleza del granuloma piógeno es hiperplásica o neoplásica. La mayoría de los autores consideran al granuloma piógeno como un proceso hiperplásico que se produce como resultado de la formación de un tejido de granulación excesivo ante traumatismos superficiales, como respuesta a anomalías endocrinas o como efecto secundario de determinados medicamentos, y que habitualmente tiende a



**Figura 1.** Lesión papulonodular sésil, de coloración rojiza y consistencia friable



**Figura 2.** Lesión a los dos días en quirófano previamente a su extirpación. Se aprecia su rápido crecimiento

la involución cuando este estímulo desaparece. Se han descrito casos asociados al tratamiento con retinoides sistémicos. Sin embargo, algunos autores consideran que el granuloma piógeno es una verdadera neoplasia vascular.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de una pápula o nódulo de crecimiento rápido, de apariencia angiomatosa, que sangra con facilidad. Son lesiones extremadamente friables que se ulceran con frecuencia. Como localizaciones características podemos señalar encías, labios, mucosa de la nariz, cara y dedos de las manos, aunque se han descrito ejemplos de granuloma piógeno en prácticamente todas las áreas de la superficie cutánea y membranas mucosas. Un tercio de los casos aparece tras un traumatismo menor. Raramente se pueden observar granulomas piógenos múltiples y se ha descrito la satelitosis con pequeños y numerosos granulomas piógenos alrededor de un granuloma piógeno primario central. Se han descrito casos poco frecuentes de formas diseminadas eruptivas. Los granulomas piógenos se originan a veces sobre una mancha en vino de Oporto.

Su diagnóstico es clínico ante la presencia de una lesión de aspecto claramente vascular y rápido crecimiento. En los tumores pediculados, el anillo estrecho que lo circunda resulta muy característico.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con el angioma tuberoso, el melanoma amelanótico, los granulomas infecciosos y el glomangioma. En inmunodeprimidos se debe distinguir del sarcoma de Kaposi y la angiomatosis bacilar.

Desde la perspectiva histológica, las lesiones iniciales del granuloma piógeno son idénticas al tejido de granulación. Las lesiones completamente desarrolladas tienen morfología polipoide y muestran un patrón multilobular, con septos de tejido conectivo que separan lóbulos de capilares sanguíneos. La actividad mitótica en las células endoteliales y estromales es muy variable y puede existir un infiltrado escaso de linfocitos, células plasmáticas y mastocitos. En estadios avanzados de evolución

de un granuloma piógeno se observa un incremento del tejido fibroso, con un ensanchamiento de los septos fibrosos y una disminución del tamaño de los lóbulos de capilares, y en lesiones tardías, el granuloma piógeno ha evolucionado hacia un fibroma. Los márgenes laterales suelen estar definidos por prominentes «collaretes» de epitelio debidos a la hiperplasia del epitelio anexial periférico y, en algunos casos, al crecimiento endofítico de las crestas epidérmicas, unidas por una epidermis aplanada.

En cuanto al tratamiento, se define como una lesión benigna que en pocas semanas llega a la dimensión definitiva y luego se estabiliza. No presenta gravedad ni en los casos con lesiones múltiples. Dependiendo de la localización, puede ser extirpado quirúrgicamente, electrofulgurado, eliminado por criocirugía o destruido por láser. En la mayoría de los casos el afeitado o raspado de la lesión seguido de la electrocoagulación de la base con anestesia local suele ser suficiente. Cuando la proliferación vascular se extiende a la profundidad de la dermis reticular son frecuentes las recidivas. En estos casos, una extirpación quirúrgica que incluya piel normal en los márgenes laterales y profundos es el tratamiento de elección. ■

## Bibliografía

- Epivatianos A, Antoniadis D, Zaraboukas T, Zairi E, Pouloupoulos A, Kiziridou A, et al. Pyogenic granuloma of the oral cavity: Comparative study of its clinicopathological and immunohistochemical features. *Pathol Int.* 2005; 55(7): 391-397.
- Ghodsí SZ, Raziei M, Taheri A, Karami M, Mansoori P, Farnaghi F. Comparison of cryotherapy and curettage for the treatment of pyogenic granuloma: a randomized trial. *Br J Dermatol.* 2006; 154: 671-675.
- Henry F, Quatresooz P, Valverde-López JC, Pierard GE. Blood vessel changes during pregnancy : a review. *Am J Clin Dermatol.* 2006; 7: 65-69.
- Requena L, Requena C, Pichardo RO, Sangueza OP. Granuloma piógeno. Proliferaciones vasculares (II). *Monografías de dermatología*, 2004; XVII.
- Schachner LA, Hansen RC, eds. *Pediatric dermatology*, 3.ª ed. Edimburgo: Mosby, 2003.