

TERAPÉUTICA

Granuloma facial. Tratamiento con láser de CO₂

Resumen.—El granuloma facial es una rara enfermedad de origen desconocido que se caracteriza por presentar lesiones infiltradas localizadas fundamentalmente en la extremidad cefálica que muestran gran resistencia a los tratamientos médicos y quirúrgicos. Los modernos tratamientos láser permiten su extirpación con un daño mínimo a los tejidos circundantes. Los más utilizados han sido los de argón, dióxido de carbono y pulsado de colorantes. Se describe un caso de granuloma facial tratado con láser de dióxido de carbono superpulsado, con buenos resultados estéticos finales y ausencia de recidivas después de 2 años de control postoperatorio.

Palabras clave: Granuloma facial. Láser superpulsado de dióxido de carbono. Láser de colorante superpulsado.

Resumen.—El histiocitoma fibroso aneurismático es una rara variante de dermatofibroma. Clínicamente es preciso hacer el

INTRODUCCIÓN

El granuloma facial fue descrito por Wigley en 1945 (1). Esta infrecuente dermatosis se caracteriza por pápulas, nódulos o placas que normalmente se localizan en la cara, aunque también pueden aparecer en el tronco o extremidades. El origen exacto de la enfermedad es desconocido, aunque diversos autores consideran que se trata de una variedad de vasculitis leucocitoclástica confinada a la piel (2, 3), posiblemente medida por un antígeno interno relacionado con el interferón gamma (4). La evolución natural de estas lesiones es crecer lenta y continuamente a lo largo de los años, presentando sólo en raros casos regresión espontánea, lo que obliga a tomar por parte del médico una actitud activa frente a ellas.

El granuloma facial ha sido tratado mediante procedimientos médicos y quirúrgicos con resultados muy variables. El tratamiento médico ha incluido dapsona, colchicina, antimaláricos, inyecciones de oro, psoralenos tópicos más UVA y corticosteroides (tópicos, intralesionales y sistémicos) (4-8); el tratamiento quirúrgico convencional del tejido afectado producía tanto grandes cicatrices inestéticas como frecuentes recidivas y satelitosis (9, 10). Otros procedimientos quirúrgicos como la dermoabrasión, la electrocirugía y la criocirugía presentaron igualmente un alto porcentaje de recidivas (11-16).

JULIÁN S. CONEJO-MIR*
SARA LÓPEZ MARTÍN-PRIETO*
MARIO LINARES BARRIOS*
AMALIA PÉREZ GIL*
DIEGO GÓMEZ ÁNGEL**
MANUEL NAVARRETE***

* Servicio de Dermatología.

** Servicio de Otorrinolaringología.

*** Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario Virgen del Rocío.

Facultad de Medicina.

Sevilla.

Correspondencia:

JULIÁN S. CONEJO-MIR. Avda. República Argentina, 22 bis, 2.ª 41011 Sevilla. Correo electrónico: jsconejo@hvr.sas.cica.es

Aceptado el 25 de enero de 2001.

JOSÉ GREGORIO ÁLVAREZ FERNÁNDEZ
ANA PÉREZ CAMPOS
ALBERTO ROMERO MATE

En los últimos años se han incorporado nuevos tratamientos, entre los que se incluyen el láser de argón, el dióxido de carbono y el de colorantes (17-24). Se describe un caso de GF tratado con láser de CO₂ superpulsado, analizando las ventajas e inconvenientes de este tipo de tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

A. H. M., varón de 40 años, que nos fue remitido por presentar una tumoración asintomática en cara de 10 años de evolución. En la exploración se observó una placa infiltrativa bien circunscrita, ovalada, de coloración eritematomarronácea y tamaño de 3,5 × 2 cm. Su morfología era ovalada, con telangiectasias superficiales y depresión central, estando localizada en la zona paranasal e infraorbicular izquierda (Fig. 1 A). Con el diagnóstico clínico de granuloma facial o carcinoma de células basales se realizó biopsia incisional. El estudio histopatológico reveló el cuadro típico del primero: un caso infiltrado inflamatorio polimorfo en dermis separado de la epidermis por una fina banda dérmica; constaba de neutrófilos, eosinófilos, linfocitos, histiocitos y células plasmáticas. Estas células se agrupaban en torno a vénulas rodeadas de capas de material fibrinoide y fragmentos nucleares. La inmunofluorescencia directa mostró depósito perivascular e IgG y complemento.

El tratamiento inicial fue dapsona, 200 mg/ día vía oral durante 3 meses. Debido a que la lesión no experimentó cambio alguno en este tiempo, se decidió su ablación mediante láser de CO₂ superpulsado (Meditec Co., Barcelona). La anestesia fue realizada con mepivacaína al 2% sin epinefrina. En un primer momento se realizó destrucción de la masa tumoral mediante láser, sin escáner, con una potencia de 5 vatios, una duración de los pulsos de 500 microsegundos y con un diámetro de disparo (*spot*) de 5 mm. Posteriormente se realizó curetage para retirar el tejido destruido. Se volvió a dar una nueva pasada del láser de CO₂ a 3 vatios (Fig. 1 B) hasta llegar al tejido sano, dejando un mínimo tejido destruido subyacente. El tratamiento postoperatorio fue limpieza con solución de clorhexidina al 2% y pomada de mupirocina. En 10 días la herida había reepitelizado completamente. A los 3 meses la cicatriz resultante era muy poco apreciable (Fig. 1 C) y el paciente estaba muy satisfecho. No se han observado recidivas después de 2 años de seguimiento.

DISCUSIÓN

No existe unanimidad respecto al tratamiento de elección en el granuloma facial. Si bien se aconseja en un primer momento instaurar un tratamiento médico, en los casos resistentes a él la única opción posible es el tratamiento quirúrgico. La escisión quirúrgica sim-

ple no es muy satisfactoria, ya que numerosos estudios destacaron las frecuentes recidivas, a pesar de una cirugía muy agresiva, con el inconveniente añadido de una cicatriz muy evidente (10). De igual forma sucedió con la demostración y la electrocirugía (10-13). Utilizando criocirugía asociada a infiltraciones de corticosteroides intralesionales, Dowlati y cols. (13) publicaron buenos resultados, aunque con efectos secundarios tales como gran edema, evidente dolor postoperatorio y atrofia residual en el área tratada; no obstante, otros estudios no han confirmado estos resultados (11).

El tratamiento con láser fue introducido en la década de los ochenta dentro del arsenal terapéutico del granuloma facial. En 1993, Apfelberg y cols. (19) describieron el primer caso de granuloma facial tratado con láser de argón. Algunos años después, Wheeland y cols. (18) emplearon el de dióxido de carbono. Ambos estudios concluyeron con resultados finales muy satisfactorios, sin recidivas posteriores. No obstante, algunos autores contemporáneos no aceptaron el láser como tratamiento de elección, argumentando que producía resultados cosméticos muy similares a los de la electrocirugía y la dermoabrasión (14).

Con el progreso en la tecnología láser, en los años noventa aparecieron los láser de colorante y de CO₂ superpulsados. El láser de colorante es altamente efectivo para la destrucción selectiva de las lesiones vascu-

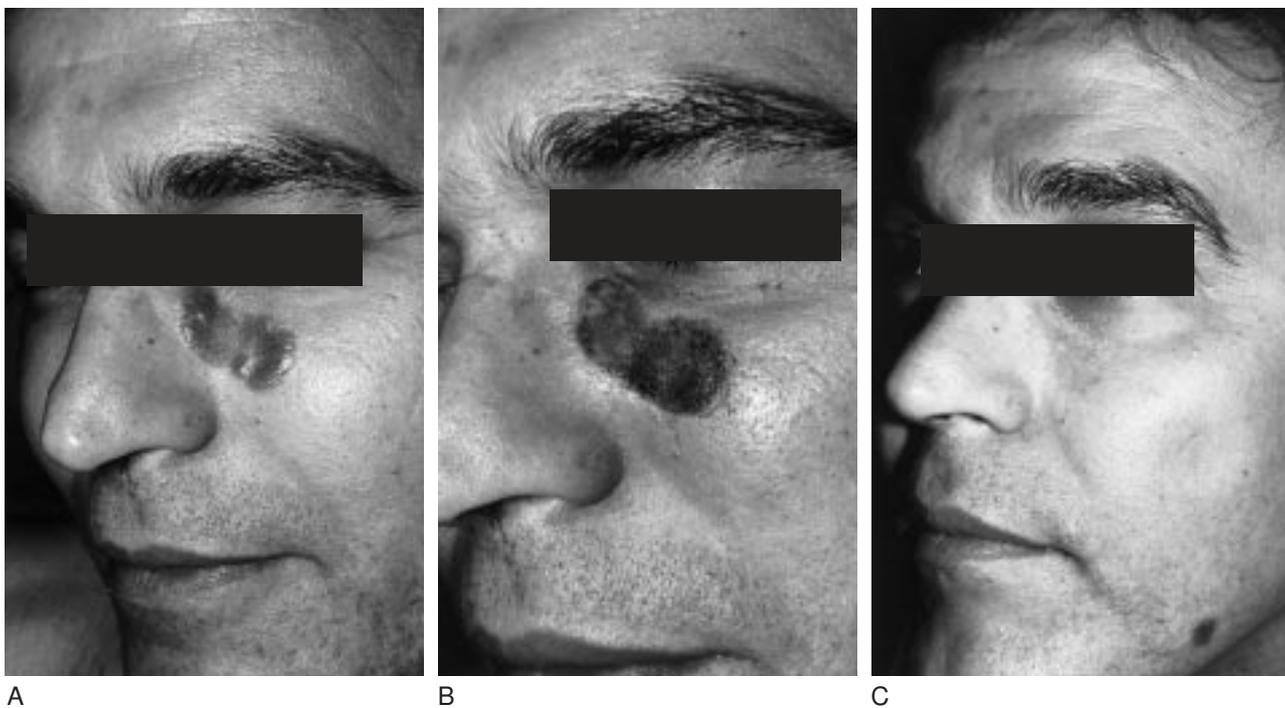


FIG. 1.—A: Aspecto clínico del granuloma facial. B: Aspecto postquirúrgico inmediato después de tratamiento con láser de CO₂ superpulsado. C: Resultado final después de 3 meses de seguimiento.

lares, produciendo termólisis en vasos de diámetro entre 50 a 100 micromilímetros. Con este tipo de láser tanto Ammirati y cols. (23) como Welsh y cols. (24), ambos en 1999, obtuvieron buenos resultados finales y ausencia de recidivas después de 6 años (23) y 2 meses de seguimiento (24) en sendos casos de granuloma facial. Por otro lado, el láser de CO₂ superpulsado ha supuesto una mejora sustancial en los resultados obtenidos mediante el de CO₂ convencional, ya que produce un mínimo daño térmico residual y su cicatriz es mucho menos visible que la del CO₂ convencional utilizado por Wheeland y cols. (18) y Dinhart y cols. (14) en la década de los ochenta. No obstante, en los casos de granuloma facial muy grueso y/o tamaños superiores a 1,5 cm de diámetro puede existir la posibilidad de dejar algún tipo de cicatriz (18), siempre menor que en la cirugía convencional o láseres más primarios.

Analizando conjuntamente los resultados obtenidos con los láseres de CO₂ y de colorante pulsado y basándonos en nuestra propia experiencia, proponemos el siguiente esquema terapéutico: a) en caso de una extensa y gruesa masa de granuloma facial es aconsejable la elección del láser de CO₂, ya que el láser de coloración sólo penetraría en profundidad pocos milímetros y se necesitarían muchas sesiones (10-15 o más) para apreciar alguna mejoría. Por el contrario, el láser de CO₂ sólo necesitará de una sesión para su completa eliminación, y b) en caso de lesiones pequeñas y poco gruesas, el láser de coloración es más efectivo, eliminando la proliferación vascular en dos-tres sesiones.

En conclusión, proponemos el láser de CO₂ como alternativa al tratamiento médico, ya que permite en una sesión eliminar granulomas faciales superiores a 1 cm de diámetro, con excelentes resultados cosméticos y sin recidivas. No obstante, creemos que se necesitarán un mayor número de casos tratados de esta forma para poder tener una actitud estadísticamente significativa respecto a este tema.

Abstract.—Granuloma faciale is an uncommon entity with unknown origin that occur mainly on the face. Granuloma facial is notorious for its stubborn resistance to treatment. Medical and surgical treatments have showed variable results. New methods with very low damage to the surrounding tissue has been incorporated, in particular laser surgery. Laser modalities that have been proposed include argon, carbon dioxide and dye laser. We report a case of granuloma faciale treated by superpulse carbon dioxide laser with satisfactory final result, without recurrences after 2 years of follow-up.

Conejo-Mir JS, López-Martín-Prieto S, Linares Barrios M, Pérez Gil A, Gómez Ángel D, Navarrete M. Granuloma faciale. Treatment with CO₂ laser. Actas Dermosifiliogr 2001;92:244-246.

Key words: Granuloma faciale. Superpulsed carbon dioxide laser. Superpulsed dye laser.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wigley SEM. Sarcoid of Beck? Eosinophilic granuloma. *Br J Dermatol* 1945;57:68-71.
2. Vicente V, Sánchez-Pedreño P, Rodríguez J. Granuloma faciale: an ultrastructural study. *Ultrastruct Pathol* 1998;22:135-40.
3. Buchner SA, Koch B, Itin P, Schulin C, Rufti T. Facial granuloma. On the clinic-histologic extent variations of findings in 5 patients. *Hautzart* 1998;39:217-22.
4. Smoller BR, Brotz J. Immunophenotypic analysis suggests that granuloma faciale is a gamma-interferon-mediated process. *J Cutan Pathol* 1993;20:442-6.
5. Guill MA, Aton JK. Facial granuloma responsive to dapsone therapy. *Arch Dermatol* 1982;118:332-5.
6. Goldner R, Sina B. Granuloma faciale: treatment with topical psoralen and PUVA. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:559-60.
7. Hudson LD. Granuloma faciale. Treatment with topical psoralen and PUVA. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:559.
8. Van der Kerkhof PC. On the efficacy of dapsone in granuloma faciale. *Acta Derm Venereol* 1994;74:61-4.
9. Anderson CR. Letter. Dapsone in granuloma faciale. *Lancet* 1975;1:642.
10. Phillips DK, Hymes SR. Recurrent facial plaques following full-thickness grafting. *Arch Dermatol* 1994;130:1433-8.
11. Chatelain R, Bell SA, Konz B, Rocken M. Granuloma eosinophilicum faciei simulating rhinophyma. Therapeutic long-term outcome after surgical intervention. *Hautzart* 1998;49:496-8.
12. Bergeld WF, Scholes NT, Roenighk HH. Granuloma faciale: treatment by dermabrasion. *Cleve Clinic Q* 1970;37:215-8.
13. Dowlati B, Firooz A, Dowlati Y. Granuloma faciale: successful treatment of nine cases with a combination of cryosurgery and intralesional corticosteroid injection. *Int J Dermatol* 1997;36:548-51.
14. Dinhart SM, Gross DJ, Davis CM, Herzberg AJ. Granuloma faciale. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;116:849-51.
15. Vence C, Rupprecht VC, Oestmann E, Menzel S, Neumann C. Granuloma eosinophilicum faciee-succesfully cryosurgery treatment of 6 patients. *Hautzart* 1998;49:477-81.
16. Zacarian SA. Cryosurgery effective for granuloma faciale. *J Dermatol Surg Oncol* 1985;11:1-3.
17. Graham GF, Stewart R. Cryosurgery for unusual cutaneous neoplasm. *J Dermatol Surg Oncol* 1977;3:437-42.
18. Wheeland RG, Ashley JR, Smith DA, Ellis DL, Wheeland DN. Carbon dioxide laser treatment of granuloma faciale. *J Dermatol Surg Oncol* 1984;10:730-3.
19. Apfelberg DB, Druker D, Maser MR, Lash H, Spence B, Deneau D. Granuloma faciale treatment with the argon laser. *Arch Dermatol* 1983;119:573-6.
20. Trotter MJ, Tron VA, Hollingdale J, Rivers JK. Localized chrysiasis induced by laser therapy. *Arch Dermatol* 1995; 131:1411-4.
21. Apfelberg DB, Maser MR, Lash H, Flores J. Expanded role of the argon laser in plastic surgery. *J Dermatol Surg Oncol* 1983;9:145-51.
22. Black CL. Granuloma faciale. *Cutis* 1977;20:66-8.
23. Ammirati CT, Hruza GJ. Treatment of granuloma faciale with the 585-nm pulsed dye laser. *Arch Dermatol* 1999;135:903-905.
24. Welsh SJ, Schroeder TL, Levy ML. Granuloma faciale in a child succesfully treated with the pulsed dye laser. *J Am Acad Dermatol* 1999;41:351-3.