



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CASO CLÍNICO

Granuloma piogénico recidivante

G. Pitarch^{a,*}, A. Pérez-Ferriols^b y F. Millán^c

^a Dermatología, Hospital General de Castelló, Castellón, España

^b Dermatología, Consorci Hospital General Universitari de València, Valencia, España

^c Dermatología, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España

PALABRAS CLAVE

Granuloma piogénico;
Recidivante;
Satelitosis

KEYWORDS

Pyogenic granuloma;
Recurrence;
Satellitosis

Resumen El desarrollo de múltiples lesiones satélite de granuloma piogénico tras el tratamiento de la lesión primaria es un trastorno poco frecuente. Comunicamos 5 casos de granuloma piogénico recidivante en pacientes con edades comprendidas entre los 4 y los 31 años, con lesiones que se resolvieron espontáneamente al cabo de 1-9 meses. Aunque puede plantear problemas diagnósticos y terapéuticos, es una entidad benigna y con frecuencia autolimitada. © 2011 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Recurrent Pyogenic Granuloma

Abstract The appearance of multiple satellite lesions is a rare complication of the treatment of a primary pyogenic granuloma lesion. We report 5 cases of recurrent pyogenic granuloma in patients aged between 4 and 31 years. The lesions resolved spontaneously after 1 to 9 months. Although the diagnosis and treatment of recurrent pyogenic granuloma can be problematic, this condition is benign and frequently self-limiting. © 2011 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

El granuloma piogénico (GP) es una proliferación vascular muy común que se presenta habitualmente como una lesión solitaria, sésil o pediculada, con una superficie frágil con tendencia al sangrado, la ulceración o a cubrirse de costras. La recurrencia local tras el tratamiento es muy frecuente. En cambio la aparición de múltiples lesiones satélites tras la extirpación de la lesión inicial es una complicación rara del GP, que puede presentar problemas de diagnóstico y de manejo. Esta entidad, conocida como granuloma piogénico

recidivante (GPR), fue descrita por Warner y Wilson Jones en 1968¹. Presentamos 5 casos de GPR, la mayoría en pacientes pediátricos.

Caso clínico

Se realizó un estudio retrospectivo que identificó 5 pacientes diagnosticados de GP en el servicio de Dermatología del Hospital General de Valencia, que desarrollaron posteriormente lesiones angiomasas satélite, con fotografías de las lesiones recidivantes y estudio histopatológico, y con una anamnesis detallada de la evolución de las lesiones. Se trataba de tres mujeres y dos hombres (tabla 1), con edades comprendidas entre los 4 y los 31 años (media: 13). Las lesiones se localizaban en tronco o muslos, y aparecieron

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gerardpitarch@hotmail.com (G. Pitarch).

Tabla 1 Características demográficas de los pacientes con la localización y evolución de los granulomas piogénicos recidivantes

Edad (años)	Sexo	Localización	Tratamiento de GP primario	Tiempo de latencia	Evolución
9	Hombre	Escápula	Extirpación	Un mes	Regresión a los 45 días
15	Mujer	Muslo	Electrocoagulación	9 meses	Regresión a los dos meses
6	Mujer	Abdomen	Extirpación	3 meses	Regresión a los dos meses
31	Hombre	Muslo	Extirpación	Un mes	Regresión a los 4 meses
4	Mujer	Clavícula	Extirpación	Un mes	Regresión a los 4 meses

GP: granuloma piogénico.



Figura 1 Granulomas piogénicos de diferente tamaño, uno de ellos biopsiado, alrededor de la cicatriz de la lesión primaria en muslo.

tras el tratamiento del granuloma piogénico inicial mediante extirpación o electrocoagulación (figs. 1 y 2). El tiempo transcurrido desde el tratamiento del GP inicial y la aparición del GPR osciló entre uno y nueve meses (media: 3). En todos los casos las lesiones de GPR desaparecieron espontáneamente, iniciándose su involución tras 45-120 días (media: 81).

Las biopsias de las lesiones recidivantes mostraban hallazgos típicos de un GP. Destacaba la ocupación de la dermis por lóbulos de células endoteliales prominentes, con formación de espacios vasculares de pequeño tamaño. Las



Figura 2 Pápulas de aspecto vascular en la periferia de la cicatriz de afeitado del granuloma piogénico primario.

células endoteliales no mostraban atipia ni se acompañaban de inflamación. Un collarite epidérmico rodeaba la lesión (fig. 3).

Discusión

El GPR es una entidad rara y por tanto poco conocida. Predomina en varones menores de 25 años. Curiosamente las lesiones de GPR no aparecen en los lugares en que frecuentemente aparecen los GP, como las manos, la cara, la mucosa nasal, las encías o los labios². El lugar predilecto de las lesiones múltiples recurrentes es el tronco, en particular el área interescapular^{1,3,4}. La mayoría de las lesiones satélites aparecen entre una semana y cuatro meses tras el tratamiento del tumor primario, aunque pueden aparecer hasta dos años después^{5,6}. Raramente puede presentarse una segunda recidiva, tras tratar las lesiones de GPR⁷. Los elementos satélite suelen ser pápulas sésiles, asintomáticas, de color rojo vivo, con un tamaño entre 1-10 mm de diámetro y con la superficie intacta.

Los posibles factores predisponentes para la aparición de granulomas piogénicos son traumatismos, irritación crónica, infecciones, oncogenes virales y anastomosis arteriovenosas microscópicas². La patogénesis de la satelitosis no es bien conocida. Se ha sugerido que tras el tratamiento de la lesión primaria se liberarían factores angiogénicos que promoverían la aparición de nuevas lesiones. Sin embargo, el riesgo de aparición de lesiones recurrentes no parece estar relacionado con el método de tratamiento empleado en el tumor inicial, ya que se han descrito tras diferentes procedimientos, tales como extirpación, cauterización, excisión con láser de CO₂, ligadura o curetaje⁸. También se ha observado tras la irritación de la lesión primaria^{3,9}. En un caso se identificó *Bartonella henselae* en las lesiones de un varón inmunocompetente, lo que sugirió a los autores que los GPR podrían tratarse de una variante localizada de angiomatosis bacilar, aunque esto no se ha confirmado en casos publicados con posterioridad¹⁰.

Los hallazgos histológicos en el GPR son idénticos a los de cualquier otra variante de GP, con la salvedad de que las lesiones recurrentes de menor tamaño son muy parecidas a los hemangiomas capilares¹. Inicialmente son idénticos al tejido de granulación, con numerosos capilares y vénulas dispuestos radialmente a la superficie cutánea, en un estroma edematoso con infiltrado inflamatorio mixto. En fases más evolucionadas los septos fibrosos delimitan lóbulos compuestos por agregados

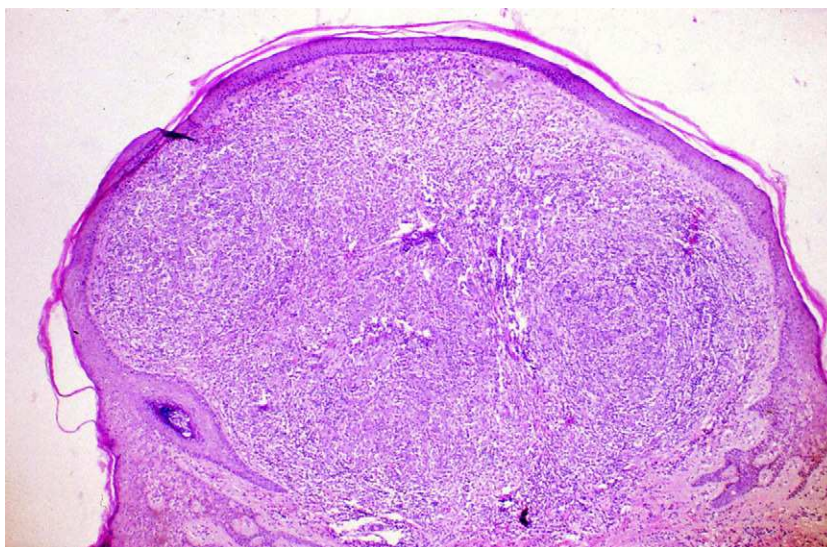


Figura 3 Proliferación lobular de capilares con collarete epidérmico en la periferia (hematoxilina-eosina, X40).

de capilares y vénulas con células endoteliales prominentes, sin edema estromal y escaso infiltrado inflamatorio. Finalmente la fibroplasia sustituye a los lóbulos de capilares hasta convertir la lesión en un fibroma¹¹. En unos pocos casos de lesiones recurrentes se han observado canales vasculares anastomosantes que disecan haces de colágeno, especialmente en las áreas profundas, con un aspecto que recuerda al angiosarcoma^{1,12}. El estudio ultraestructural tampoco revela que el aspecto de las células endoteliales de las lesiones recurrentes difiera del GP simple¹³.

La actitud conservadora es una buena opción, ya que la gran mayoría de casos en que no se trataron las lesiones recurrentes éstas desaparecieron espontáneamente en 6-12 meses¹³. Si se desea tratar, se han empleado los mismos métodos que en el tratamiento del GP simple. De forma anecdótica se ha empleado láser de Nd:YAG¹⁴, imiquimod tópico¹⁵, bleomicina intralesional¹⁶, así como corticosteroides sistémicos para lesiones gigantes en fase proliferativa¹⁷.

Presentamos cinco casos de GPR, la serie más grande tras la descripción inicial por Warner y Jones. Nuestras observaciones coinciden en que las lesiones aparecen en población joven, incluso en edad pediátrica, y se localizan preferentemente en el tronco y en las extremidades alrededor de la cicatriz de tratamiento de la lesión primaria. Es necesario el estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. En todos los casos desaparecieron completamente sin necesidad de tratamiento, por lo que recomendamos tener una actitud conservadora. Es interesante conocer la existencia del GPR puesto que la aparición de lesiones satélite tras el tratamiento de una afección tumoral puede resultar preocupante para los médicos que no estén familiarizados con esta entidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Warner J, Jones EW. Pyogenic granuloma recurring with multiple satellites. A report of 11 cases. *Br J Dermatol.* 1968;80:218-27.
2. Lin RL, Janniger CK. Pyogenic granuloma. *Cutis.* 2004;74:229-33.
3. Zaynoun ST, Juljulian HH, Kurban AK. Pyogenic granuloma with multiple satellites. *Arch Dermatol.* 1974;109:689-91.
4. Sàbat M, Luelmo J, Sáez A. Granuloma piogénico recurrente con satellitosis. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:196-8.
5. Grupper C, Pastel A. Granuloma pyogénique avec satellisations multiples. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr.* 1969;76:496-7.
6. Zambrano A, López-Barrantes TV, González MI. Granuloma piogénico con múltiples lesiones satélites. *Gac Dermatol.* 1980;1:27-31.
7. Vélez García-Nieto A, Fuente Lázaro C, Belinchón Romero I, Martín Salgado N, Sánchez de Paz F, Sánchez Yus E. Granuloma piogénico recidivante con múltiples lesiones satélites. *Actas Dermosifiliogr.* 1990;81:29-31.
8. Echenique M, Tumeu A, Zubizarreta J, Lobo C. Granuloma piogénico recidivante de lesiones múltiples. *Actas Dermosifiliogr.* 2004;95:651.
9. Blickenstaff RD, Roenigk RK, Peters MS, Goellner JR. Recurrent pyogenic granuloma with satellitosis. *J Am Acad Dermatol.* 1989;21:1241-4.
10. Itin PH, Flückiger R, Zbinden R, Frei R. Recurrent pyogenic granuloma with satellitosis—a localized variant of bacillary angiomatosis? *Dermatology.* 1994;189:409-12.
11. Requena L, Sangüeza OP. Cutaneous vascular proliferations. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:887-919.
12. Taira JW, Hill TL, Everett MA. Lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma) with satellitosis. *J Am Acad Dermatol.* 1992;27:297-300.
13. Amérigo J, González-Cámpora R, Galera H, Sánchez-Conejo J, Moreno J, Sotillo I. Recurrent pyogenic granuloma with multiple satellites. Clinicopathological and ultrastructural study. *Dermatologica.* 1983;166:117-21.
14. Haas N, Toppe F, Henz BM, Berlien HP, Algermissen B. Granulome pyogénique recurrent avec satellites. Traitement par Nd:YAG-laser avec refroidissement simultané de la peau. *Ann Dermatol Venerol.* 2002;129:433-5.

15. Ezzell TI, Fromowitz JS, Ramos-Caro FA. Recurrent pyogenic granuloma treated with topical imiquimod. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:S244-5.
16. Daya M. Complete resolution of a recurrent giant pyogenic granuloma on the palm of the hand following single dose of intralesional bleomycin injection. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2010;63:e331-3.
17. Tursen U, Demirkan F, Ikizoglu G. Giant recurrent pyogenic granuloma on the face with satellitosis responsive to systemic steroids. *Clin Exp Dermatol.* 2004;29:40-1.