

CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Granuloma aséptico facial idiopático

Idiopathic Facial Aseptic Granuloma

Sr. Director:

El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una entidad pediátrica descrita en 1999 por un grupo de dermatólogos franceses con el nombre de *pyodermite froide*¹, debido a su parecido con un absceso, aunque con leves signos inflamatorios². Se caracteriza por la aparición de uno o más nódulos no dolorosos, eritematosos o violáceos en el área facial, preferentemente localizados en las mejillas y/o los párpados¹. Estos tienen un curso benigno que dura de pocos meses a un año, y normalmente curan sin dejar cicatrices².

El estudio anatomopatológico muestra una reacción inflamatoria granulomatosa similar a la observada en los granulomas producidos por cuerpos extraños o por agentes infecciosos como las micobacterias². Los estudios ecográficos de este tipo de lesiones demuestran una lesión sólida, hipoeoica y sin depósitos de calcio³.

Presentamos el caso de una paciente de 2 años de edad, sin antecedentes médicos de interés, que es remitida a nuestra consulta por presentar, desde hace unos 2 meses, una lesión nodular asintomática en la mejilla izquierda (fig. 1). A la exploración podíamos observar un nódulo eritematovioláceo de aproximadamente 1 cm de diámetro, no doloroso



Figura 1 Nódulo eritematovioláceo asintomático en la región superior de la mejilla izquierda.

y no fluctuante a la palpación. No presentaba adenopatías regionales. Tras interrogar a su madre, no refería antecedentes de picadura o traumatismo en esa localización.

Se realizaron cultivos para bacterias, hongos y micobacterias con resultados negativos, así como una biopsia *punch* de 3 mm de dicha lesión. El estudio anatomopatológico mostraba una marcada inflamación que ocupaba todo el espesor de la dermis; esta se encontraba constituida por histiocitos aislados o formando granulomas mal definidos acompañados de algunas células gigantes multinucleadas y entremezclados con linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos, sin llegar a formar granulomas supurativos. Además de la tinción con hematoxilina-eosina se realizaron técnicas especiales con metenammina-plata, PAS, Gram, Zielh-Neelsen y Fite Faraco para descartar etiología infecciosa (fig. 2).

Con estos hallazgos pudo filiarse el cuadro como granuloma aséptico facial idiopático. No se pautó tratamiento.

Tras 4 meses de la primera visita la lesión había desaparecido totalmente, persistiendo una leve coloración rosada en su lugar (fig. 3). No se conoce la etiología exacta del GAFI, si bien Boralevi et al.² postulan que puede estar relacionada con un proceso granulomatoso alrededor de un resto embriológico, o que sea una manifestación incluida en el espectro de la rosácea granulomatosa en la infancia. Un estudio multicéntrico prospectivo de 30 casos de este mismo

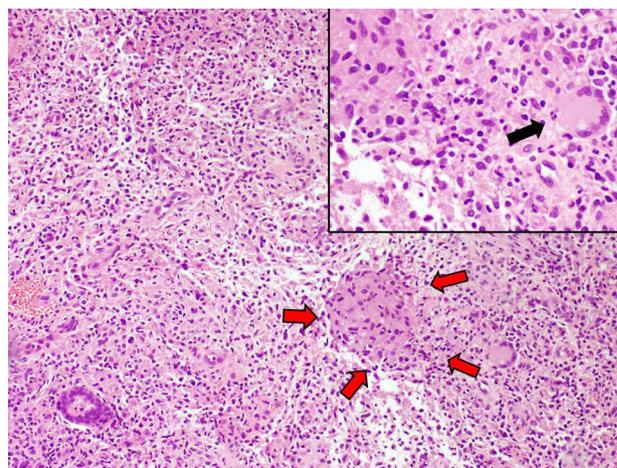


Figura 2 Obsérvese la presencia de un granuloma constituido por histiocitos (flechas rojas). A la derecha de este se aprecia una célula gigante multinucleada (flecha negra), apréciase a mayor aumento en el recuadro superior. Tinción H-E $\times 20$.



Figura 3 Resolución espontánea de la lesión, persistiendo solo una mácula rosada residual.

autor, registró una duración media del proceso de 11 meses, así como la ineficacia de la antibioticoterapia².

El diagnóstico diferencial incluye tumores benignos, especialmente el pilomatrixoma localizado en los párpados o las cejas^{4,5}; quistes dermoides, epidermoides o chalazión; granulomas piogénicos, nevus de Spitz y xantogranulomas. También hay que realizar el diagnóstico diferencial con infecciones bacterianas, fúngicas, o producidas por micobacterias o parásitos (leishmaniasis), más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos². En algunos casos pueden parecerse a malformaciones vasculares o hemangiomas, aunque el curso clínico es muy diferente³. Otro diagnóstico diferencial incluiría el acné noduloquístico paucisintomático^{2,6}.

Hemos querido presentar este caso para enfatizar la importancia de considerar el GAFI en el diagnóstico diferencial de nódulos faciales adquiridos en la edad pediátrica. Es importante informar sobre la benignidad de este proceso, y se recomienda realizar un seguimiento hasta su resolución¹.

La apariencia clínica característica y la localización de estas lesiones, en ausencia de adenopatías y síntomas constitucionales, puede permitir la realización de un diagnóstico clínico directo y evitar intervenciones innecesarias.

Bibliografía

1. Martínez-Díaz GJ, Kim J, Bruckner A. A toddler with facial nodules: A case of idiopathic facial aseptic granuloma. *Dermatol Online J.* 2010;16:9.
2. Boralevi F, Léauté-Labrèze C, Lepreux S, Barbarot S, Mazereeuw-Hautier J, Eschard C, et al. Idiopathic facial aseptic granuloma: a multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol.* 2007;156:705-8.
3. Roul S, Léauté-Labrèze C, Boralevi F, Bioulac-Sage P, Maleville J, Taïeb A. Idiopathic aseptic facial granuloma (pyodermitis froids du visage): a pediatric entity. *Arch Dermatol.* 2001;137:1253-5.
4. Yap EY, Hohberger GG, Bartley GB. Pilomatrixoma of the eyelids and eyebrows in children and adolescents. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 1999;15:185-9.
5. Yencha MW. Head and neck pilomatrixoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57:123-8.
6. Cunliffe WJ, Baron SE, Coulson IH. A clinical and therapeutic study of 29 patients with infantile acne. *Br J Dermatol.* 2001;145:463-6.

A. Hiraldo-Gamero^{a,*}, Á. Vera-Casaño^b y A. Sanz-Trélles^c

^a *Unidad de Dermatología, Hospital de Mérida, Badajoz, España*

^b *Servicio de Dermatología Médico Quirúrgica, HRU Carlos Haya, Málaga, España*

^c *Servicio de Anatomía Patológica, HRU Carlos Haya, Málaga, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alihiraldo@hotmail.com
(A. Hiraldo-Gamero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.12.001>

Necrobiosis lipoidica periorbitaria

Periorbital Necrobiosis Lipoidica

Sr. Director:

La necrobiosis lipoidica (NL) es una enfermedad granulomatosa de etiología desconocida caracterizada por placas escleróticas, más frecuentes en las piernas, habitualmente en pacientes diabéticos.

Una mujer de 15 años de edad consultó por lesiones faciales de 5 meses de evolución, valoradas previamente por un cirujano que sugirió su extirpación. A la exploración se apreciaban nódulos y placas de color amarillento con telangiectasias en la superficie en los párpados superior e inferior del ojo izquierdo (fig. 1). Como antecedente de interés destacaba diabetes mellitus (DM) tipo 1 desde los

6 años de edad, con marcada insulinorresistencia y mal control glucémico crónico (HbA1c 13%). Se realizó una biopsia cutánea, que reveló en la dermis reticular y en la hipodermis un infiltrado inflamatorio de predominio histiocitario, formando granulomas rodeados de fibras de colágeno degeneradas sin aumento de mucina estromal y con depósitos lipídicos extracelulares. También se observaban células plasmáticas y células gigantes multinucleadas (fig. 2). Con los datos clínicos, histológicos y los antecedentes de la paciente se realizó el diagnóstico de NL. Dada la localización de las lesiones cutáneas se desaconsejó el uso de corticosteroides tópicos o intralesionales, y se inició tratamiento con tacrolimus en pomada al 0,1% en 2 aplicaciones diarias. Tras 2 meses de tratamiento sin mejoría se añadió pentoxifilina 600 mg/12 horas, que suspendió por intolerancia digestiva. Tras 4 meses de tratamiento con tacrolimus tópico, con resultados parciales, se sustituyó por ácido acetilsalicílico