

¿Reconoce esta clave diagnóstica?

Juan Pablo Ospina Gómez¹, Juan David Ruiz Restrepo², Dellys Adriana Álvarez Alvarado³, Simón Gallo Echeverri⁴

1. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
2. Patólogo, Docente de Dermatopatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
3. Residente de Patología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia
4. Residente de Dermatología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

DIAGNÓSTICO

Granuloma facial Eosinofílico

RESUMEN

Se trata de una enfermedad cutánea inflamatoria, benigna e infrecuente que corresponde a una vasculitis leucocitoclástica de vasos pequeños. Típicamente compromete el rostro, de etiología desconocida, aunque se ha planteado daño actínico, entre otras posibles causas. Se manifiesta como pápulas, placas o nódulos de color marrón rojizo a violáceo, bien definidas, infiltradas, de superficie brillante, que muestran acentuación folicular y telangiectasias. Esta entidad tiene un curso indolente y benigno, los pacientes suelen buscar tratamiento por estética y por su curso crónico. No existen guías de manejo ni buena calidad de evidencia con respecto al tratamiento, por lo que la estrategia de manejo debe individualizarse.

PALABRAS CLAVE: granuloma facial, vasculitis leucocitoclástica.

SUMMARY

It is an inflammatory, benign and infrequent skin disease that corresponds to a leukocytoclastic vasculitis of small vessels. It typically compromises the face, of unknown etiology, although actinic damage has been raised, among other possible causes. It manifests as papules, plaques or nodules of reddish brown to violet, well defined, infiltrated, bright surface, showing follicular accentuation and telangiectasias. This entity has an indolent and benign course, patients usually seek treatment for aesthetics and for its chronic course. There are no management guidelines or good quality of evidence regarding treatment, so the management strategy must be individualized.

KEY WORDS: Granuloma faciale, leukocytoclastic vasculitis

Correspondencia:

Juan David Ruiz Restrepo

Email:

juandavidruizrpo@gmail.com

Recibido: 19/08/19

Aceptado: 20/08/19

Conflictos de interés:

No se reportan conflictos de interés.

Financiación:

Ninguna.

Histológicamente se identifica piel con estrato córneo ortoqueratósico sin paraqueratosis, estrato de Malpighi con leve acantosis sin alteraciones en la capa basal. En el corión cutáneo se identifica infiltrado inflamatorio mixto con linfocitos, células plasmáticas y abundantes eosinófilos (**figura 3A** y **3B**). Hacia

la dermis papilar se reconoce banda hipocelular conocida como zona de Grenz (**figura 3A** y **figura 4**); asociado hay extravasación eritrocitaria, hemosiderina y en algunos vasos sanguíneos se identifica vasculitis leucocitoclástica (**figura 5**).

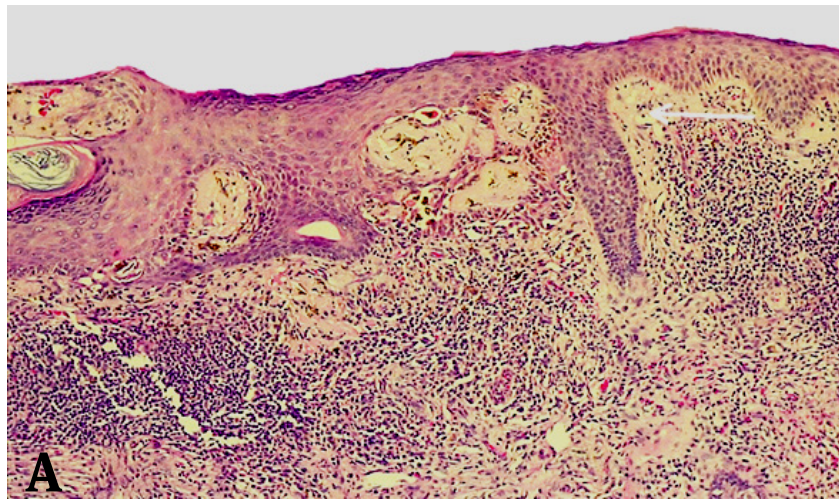


Figura 3. A) Se identifica dermis ocupada por denso infiltrado inflamatorio, el cual afecta desde dermis reticular superficial hasta la interfase con el tejido celular subcutáneo. Hacia la dermis papilar zona de Grenz (flecha); además se identifica extravasación eritrocitaria y hemosiderina (H&E 10X)

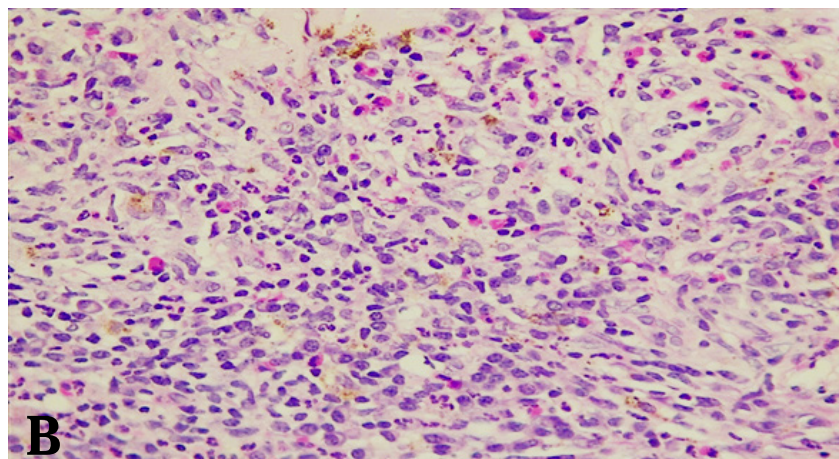


Figura 3. B) Infiltrado inflamatorio mixto dérmico constituido por linfocitos, histiocitos, células plasmáticas, neutrófilos y abundantes eosinófilos (H&E 40X).

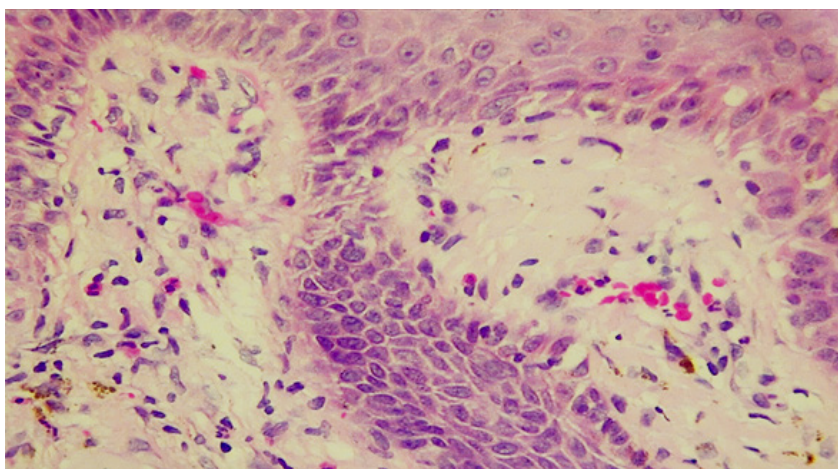


Figura 4. Zona de Grenz en la dermis papilar; asociado a extravasación eritrocitaria, hemosiderina y células inflamatorias con numerosos eosinófilos (H&E 40X)

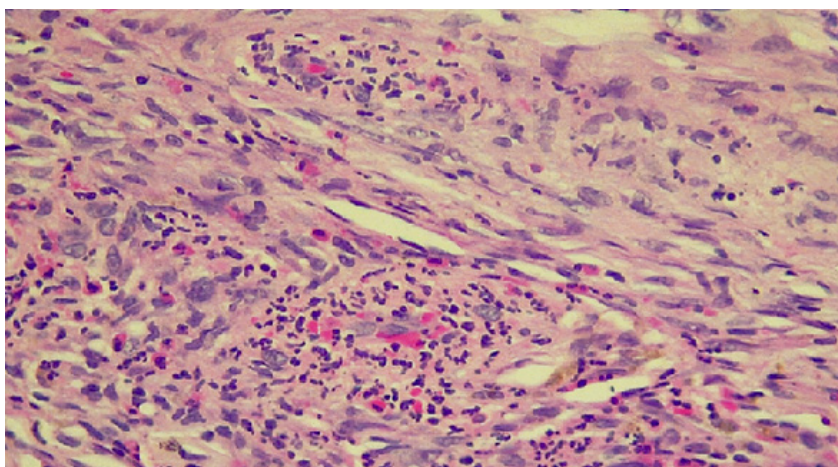


Figura 5. Presencia en la pared del vaso sanguíneo de pequeño calibre de polimorfonucleares neutrófilos íntegros y degranulados con extravasación eritrocitaria (vasculitis leucocitoclástica) (H&E 40X)

Generalidades

Enfermedad cutánea inflamatoria, benigna e infrecuente. Fue descrita por primera vez como *granuloma eosinofílico* en 1945 por Wigley. Se observa con mayor frecuencia en varones caucásicos de mediana edad (entre la segunda y la séptima década de la vida), con un promedio de 50 años. Corresponde a una vasculitis

leucocitoclástica de vasos pequeños, típicamente en el rostro, con infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos.

Etiología

Su etiología es desconocida, pero debido a su localización en las áreas del cuerpo expuestas principalmente

al sol se ha relacionado con daño actínico. Otras posibles causas incluyen alergia y trauma. La radioterapia es considerada un desencadenante potencial. Se cree que la lesión vascular está involucrada.

Manifestaciones clínicas

Pápulas, placas o nódulos de color marrón rojizo a violáceo, bien definidas, infiltradas, de superficie brillante, que muestran acentuación folicular y telangiectasias, que dan el aspecto de piel de naranja. Son asintomáticas y, por lo general, solitarias; no obstante, pueden ser múltiples en ~1/3 de los pacientes y usualmente están ubicadas en la frente, la nariz, las mejillas, aunque también pueden afectar las zonas extrafaciales (cuero cabelludo, tronco, cavidad nasal, extremidades, entre otras).

Desde el punto de vista histológico, se identifica vasculitis leucocitoclástica en los vasos de pequeño calibre, con neutrófilos fragmentados en la pared del vaso, que lo rodean; se identifica zona Grenz que rodea la epidermis y los anexos y denso infiltrado inflamatorio conformado principalmente por eosinófilos, acompañados por linfocitos e histiocitos.

Diagnósticos diferenciales clínicos

Sarcoidosis, linfoma B cutáneo, pseudolinfoma y lupus eritematoso tegumentario (discoide o tímido).

Diagnósticos diferenciales histológicos

Eritema *elevatum diutinum*, dermatosis neutrofilicas, histiocitosis de células de Langerhans e hiperplasia angioloide con eosinofilia

Manejo

A pesar de que el granuloma facial eosinofílico es indolente y benigno, los pacientes suelen buscar tratamiento por estética y por su curso crónico. No existen guías de manejo ni buena calidad de evidencia con respecto al tratamiento, que en su gran mayoría está fundamentada en reportes, series de casos y estudios observacionales con un pequeño número de pacientes. Por tanto, el tratamiento debe individualizarse para usar la terapia más adecuada según el criterio médico. Como terapias de primera línea se encuentran los esteroides tópicos e intralesionales, la crioterapia y el tacrolimús tópico con un tiempo esperado de respuesta de 3 meses. Para los casos refractarios se ha planteado

el uso de dapsona tópica o sistémica en dosis de 50-150 mg/d. Otras alternativas incluyen clofazimina, colchicina e hidroxicloroquina orales.

Otras intervenciones terapéuticas incluyen escisión, dermoabrasión, electrocirugía y diferentes modalidades de láser (colorante pulsado, potasio-titanil-fosfato o CO₂). Siempre debe tenerse en cuenta el riesgo de recurrencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Al Dhafiri M, Kaliyadan F. Granuloma Faciale. [Actualizado en marzo 25 de 2019]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero de 2019. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539832/>
- Lindhaus C, Elsner P. Granuloma Faciale Treatment: A Systematic Review. *Acta Derm Venereol.* 2018;98(1):14-8.
- Ludwig E, Allam JP, Bieber T, Novak N. New treatment modalities for granuloma faciale. *Br J Dermatol.* 2003;149(3):634-7.
- The Vasculopathic reaction pattern. En: Patterson JM. *Weedon's Skin Pathology.* 4.^a edición. Filadelfia: Elsevier; 2016. p. 219-278.
- Vascular disease. En: Calonje E, Brenn T, Lazar A, Billings SD. *McKee's Pathology of the Skin.* 5.^a edición. Filadelfia: Elsevier; 2020. p. 714-770.