

Tumoración nodular exofítica eritematosa escrotal

Scrotal erythematous exophytic nodular mass

Leonardo A. Sánchez-Saldaña

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente masculino EMRL, de 43 años de edad, natural de Ancash, procedente de Lima, taxista, sin antecedentes de importancia, consulta por iniciar su enfermedad hace 4 meses con una roncha en la parte inferior del escroto, asociado a prurito, al rascarse se erosiona, luego aparece una pápula eritematosa que va creciendo progresivamente de tamaño hasta adoptar un aspecto de un tumor pediculado, color rojo, apariencia angiomasosa que sangra con facilidad, doloroso y con signos inflamatorios.

Al examen clínico se aprecia tumoración exofítica anular de 3 por 2 cm, eritematosa, superficie lisa, húmeda en la parte inferior derecha del escroto. Figura N° 1 a 3.

Exámenes auxiliares: Perfil hematológico, bioquímico y renal dentro de valores normales. El estudio histopatológico de la biopsia de la lesión muestra lóbulos de proliferación vascular de linfáticos separados por septos de tejido conectivo. Dilatación de los capilares y congestión.



Figura N° 1. Tumoración eritematosa anular y pediculada parte inferior del escroto derecho.

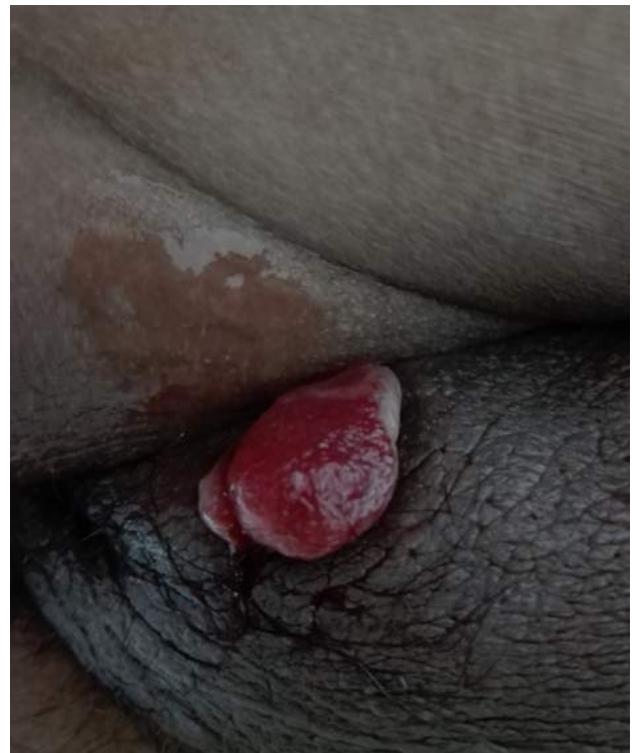


Figura N° 2. Tumoración de aspecto vascular, exudativa.



Figura N° 3. Base del escroto, parte inferior derecha, tumoración eritematosa, con sangrado.

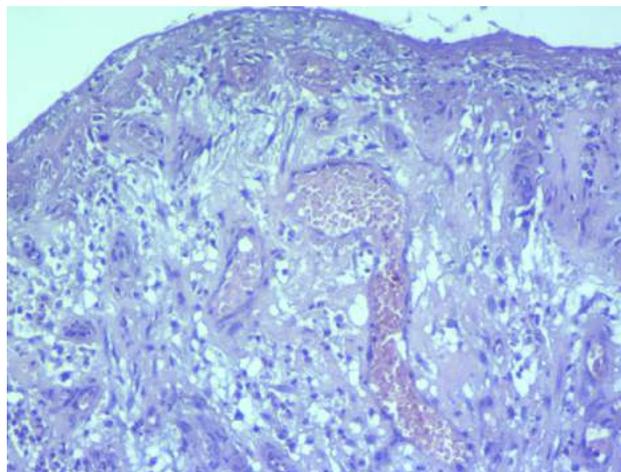


Figura N° 6. Proliferación y dilatación de capilares congestivos la dermis.

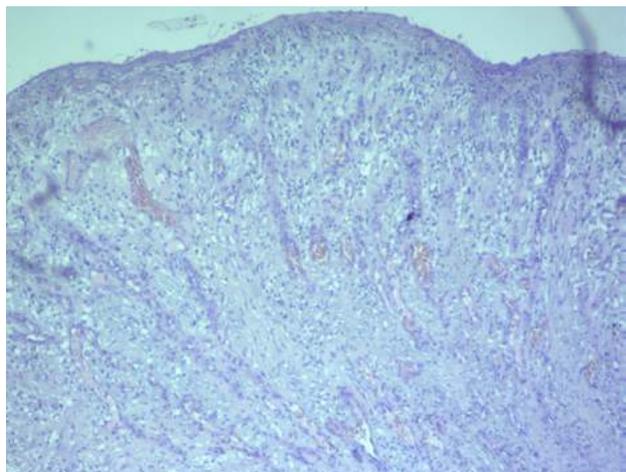


Figura N° 4. Biopsia B18-127. H&E. A pequeño aumento se observa lóbulos de proliferación vascular separados por septos de tejido conectivo.

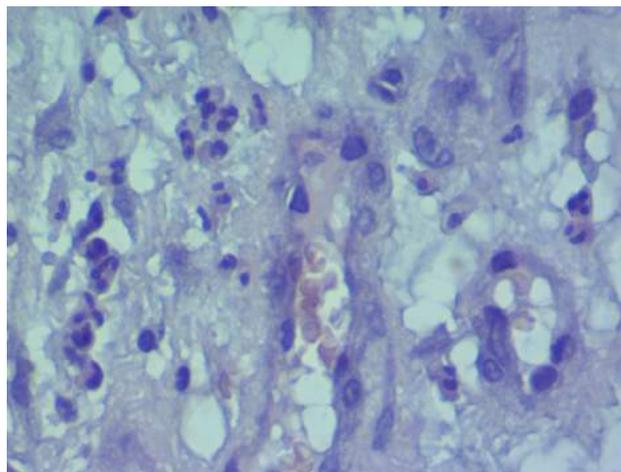


Figura N° 7. A mayor aumento se observa naturaleza capilar de las estructuras vasculares.

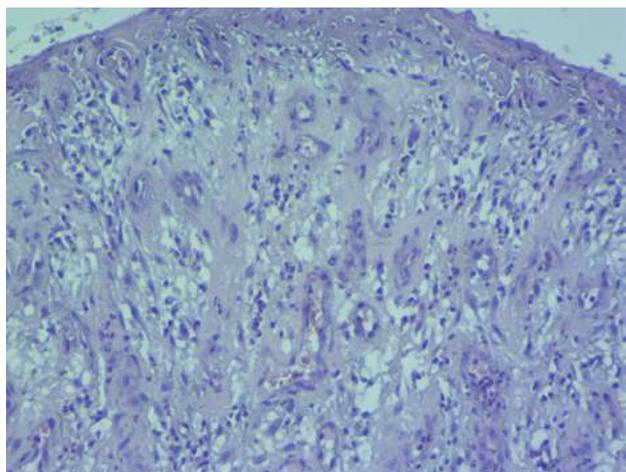


Figura N° 5. A mayor aumento se observa proliferación de capilares separados por septos de tejido conectivo.

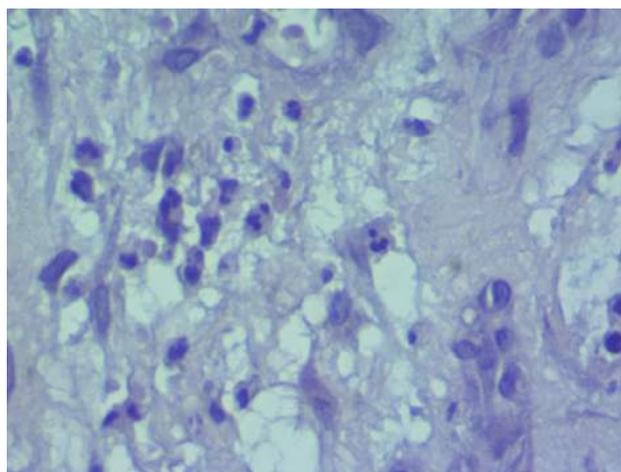


Figura N° 8. A mayor aumento vasos de naturaleza capilar, muchas células endoteliales muestra vacuolización de su citoplasma.

DIAGNÓSTICO

Granuloma piogeno del escroto

Comentario

El *granuloma piógeno* (GP), también conocido como *hemangioma capilar lobular*, es una hiperplasia vascular benigna adquirida, frecuente de la piel como en las membranas mucosas, que se presentan más comúnmente en niños y adultos jóvenes, sin predominio de sexo ni de raza. Aparece como una pápulo-nódulo ligeramente pediculado o sésil, elevado de color entre rojo brillante y pardo y que se pueden resolver espontáneamente en pocos meses.¹⁻³

Rivolta, en 1879 describió por primera vez el GP. En 1887 Bollinger propuso que era causado por un parásito que denominó *Botrymyces*. En 1897 Poncet y Dor publicaron en la bibliografía cuatro pacientes con neoformaciones vasculares y las llamaron *Botryomycosis hominis*. Hartzell en 1904 propuso el término granuloma piógeno y Küttner sugirió el nombre de granuloma telangiectásico⁴.

La etiología no está clara, aunque se sospecha de una neovascularización reactiva debido a su ocurrencia en sitios de traumatismos previos. También se han reportado como un defecto adverso cutáneo a varios medicamentos².

Clinicamente la lesión se presenta como una pápula o una lesión polipoide de apariencia angiomasosa, que sangra fácilmente, de crecimiento rápido, alcanza el tamaño de uno a dos centímetros y se estabiliza en por varios meses^{3,4}. Aunque suelen ser solitarios, los GP pueden aparecer en ocasiones como varias lesiones¹. Las localizaciones comunes son la región de la cabeza y del cuello, incluida mucosa oral, sobre todo en mujeres gestantes y en los dedos².

Desde el punto de vista histopatológico, los GP son hemangiomas capilares lobulares⁵. En las lesiones no complicadas hay una proliferación lobulada de los vasos capilares. Los lóbulos profundos son compactos y celulares, con una pequeña luz confusa, y pueden verse mitosis ocasionales en los lóbulos celulares. Hacia la superficie, los lóbulos son más grandes y menos compactos y tienen capilares distintivos con una luz grande y ramas. Los lóbulos están separados por tabiques de tejido mixoide o tejido conectivo fibroso. La superficie del epitelio está atenuada, y normalmente hay una estructura en collarete en los márgenes de la lesión, formada por redes de crestas

agrandadas o conductos sudoríparos. La ulceración de la superficie y la inflamación son procesos secundarios, y a veces tienden a formar verdadero tejido de granulación cerca de la superficie de las lesiones⁵.

El diagnóstico se basa en la clínica. El reconocimiento del GP es habitualmente fácil por su aspecto angiomasoso y por la velocidad de aparición del mismo. En los tumores pedunculados el anillo estrecho que lo circunda resulta muy característico⁶.

El diagnóstico diferencial es con el nevus de Spitz, el angioma tuberoso, el melanoma, los granulomas infecciosos y el glomangioma, que clínicamente pueden confundirse con el GP.

Diagnóstico diferencial El nevus de Spitz, el angioma tuberoso, el melanoma, los granulomas infecciosos (angiomatosis basilar) y el glomangioma pueden confundirse clínicamente con el GP^{6,7}. La confirmación histológica es importante^{2,8}.

El tratamiento de primera línea consiste en escisión tangencial (afeitado) simple y curetaje de la base con electrocauterio; escisión cutánea de espesor total, crioterapia o cauterización con nitrato de plata. Como tratamiento de segunda línea se puede emplear láser de colorante pulsado, láser CO₂ o láser Nd:YAG. Otros tratamientos empleados como tercera línea son ligadura de la lesión, imiquimod al 5%, escleroterapia, terapia fotodinámica, corticoides intralesionales, fenol tóxico y timolol tóxico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Hurwitz. Dermatología Pediátrica: enfermedades vasculares de la infancia. Madrid. 1.º ed. en Español, Marbán, 2014. Cap 12:485-550.
2. DeHoratius DM. Granuloma piógeno. En Lebwohl MG, Berth-Jones J, Heymann WR, Coulson I. Tratamiento de las enfermedades de la piel. Estrategias terapéuticas completas. Bogotá. 5ta. Ed. AMOLCA, 2019;213:716-718.
3. Requena L. Tumores cutáneos de partes blandas. Madrid. 1.º Ed. Aula Médica Formación Médica. Granuloma piógeno 2012;69:453-462.
4. Vences M, Novales J, Martínez V, Medina A. granuloma piógeno. Correlación clínico-patológica. Dermatología Rev Mex 2005;49:101-108.
5. Strutton G. Tumores vasculares. En Weedon Piel Patología. Madrid, Marban Libros SL. 2002;38:821-854.
6. Grimalt T. Tumores cutáneos. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/tumores_cutaneos.pdf
7. Cabeza R, Leis V, Silvente C, Zamberk P, Maarengo O, Hernanz JM. Granuloma piógeno. Acta Pediatr Esp 2006;64:223-224.
8. Pitarich G, Pérez-Ferriols A, Millán F. Granuloma piógeno residivante. Actas Dermosifilogr 2012;103(6):536-539.

Correspondencia: Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña
Email: dr_ledonardosanchez@yahoo.es

Recibido: 10-03-2020
Aceptado: 15-04-2020