

Manejo quirúrgico en un caso de granuloma telangiectásico ungueal traumático.

Surgical management of a case of traumatic nail telangiectatic granuloma.

Octavio Small-Arana^{1,2,3}

RESUMEN

El granuloma telangiectásico es una lesión benigna nodular pseudotumoral de crecimiento rápido, que se localiza en cualquier parte del cuerpo incluyendo las mucosas, especialmente en boca. Está constituida fundamentalmente por proliferación endotelial de causa reactiva a estímulos generalmente infecciosos y traumáticos. Por su aspecto tumoral se hace necesario establecer diagnósticos diferenciales con otras lesiones similares benignas y con neoplasias malignas que por su naturaleza proliferativa y sangrante tengan algún parecido. Se presenta el caso de un varón de 28 años de edad, con una lesión tumoral en el dedo pulgar izquierdo, con un tiempo de evolución de 42 días, relacionado a un traumatismo en la zona. El propósito de este artículo es para incrementar la casuística, consignar su relación traumática y el manejo quirúrgico del caso.

PALABRAS CLAVE: Granuloma telangiectásico, granuloma de uña.

Dermatol Perú 2010; 20(3): 180-187

ABSTRACT

Telangiectatic granuloma is a benign injury to nodular pseudo tumor like, of fast growth that is located anywhere of the body, including the mucous, especially in mouth.

It is constituted fundamentally by endothelial proliferation of reactive cause to generally infectious and traumatic stimuli. By its tumor like aspect one becomes necessary to establish diagnoses differentials with other benign similar injuries and with tumor you vitiate that by its proliferative and bleeding aspect it has some similarity. The case of a man of 28 years of age appears, with a tumor like injury in the left thumb, with a time of evolution of 42 days, related to a trauma in

¹ Cátedra de Dermatología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

² Instituto de Investigaciones Clínicas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

³ Dermatólogo. Clínicas Maison de Santé. Lima-Perú.

Recibido: 20-02-2010

Aceptado: 11-05-2010

the zone. The intention of this article is for briefing in the casuistry, its traumatic relation and the surgical handling east case.

KEY WORDS: Telangiectatic granuloma, granuloma of nail.

INTRODUCCIÓN

El granuloma telangiectásico, es una lesión vascular nodular benigna de aspecto pseudotumoral, de crecimiento rápido, pudiendo desarrollarse en pocas semanas y alcanzar tamaños entre 1 a 2 cm. Su aspecto es de una pápula roja brillante en las lesiones recientes, de superficie lisa y otras veces rugosa, costrosa fisurada o ulcerada en lesiones más antiguas^(1,2). Por lo general es única, asienta en piel y mucosas. Los lugares mayormente afectados son: manos, brazos, cuello, cara, espalda y la mucosa oral. En cuanto a la edad, afecta más a niños y jóvenes mayores, y con menor frecuencia a adultos mayores^(3,4). En un estudio efectuado en 180 casos de granuloma telangiectásico por Vega-Morquecho y colaboradores, se encontró mayor incidencia en mujeres⁽⁵⁾. Las causas de la enfermedad no son claras, pero todos coinciden en asignar un rol importante etiológico a los traumatismos e infecciones como factores generadores de estímulos angioproliferativos. Algunas lesiones pueden involucionar después de varios meses de evolución, como también pueden ser recurrentes después de los tratamientos. Los diagnósticos diferenciales se efectúan con otras afecciones de aspecto similar, tanto benignas como malignas. En el caso que se describe, el granuloma telangiectásico se relacionó claramente con el traumatismo sufrido por el paciente. El tratamiento es quirúrgico, con eliminación total de la lesión.

CASO CLÍNICO

Paciente de 28 años de edad, de sexo masculino, trabaja como ayudante en la industria del mármol. Inicia su enfermedad hace 42 días a raíz de un accidente en su centro de trabajo, ocasionado por una fuerte presión en la zona ungueal del dedo pulgar izquierdo, entre un cable de acero y una

piedra de mármol, al efectuar una maniobra de desplazamiento del pesado material. Como resultado inmediato presenta dolor asociado a la contusión, todo el dedo aumenta de volumen, con equimosis en las partes laterales y una herida sangrante en el pulpejo. Inmediatamente es trasladado a un Centro de Salud, donde le prestan la atención de emergencia, administrándole un analgésico por vía intramuscular, en seguida le efectúan un estudio radiológico del dedo afectado, el cual no evidencia signos de fractura, sólo aumento de volumen en partes blandas; con este estudio le extirpan la uña para eliminar el hematoma. Le indican descanso médico por 9 días, antibióticos, antiinflamatorios y curaciones diarias con ungüento antibiótico. A los 10 días, se reincorpora a sus labores habituales, sin efectuar labores manuales de esfuerzo y es asignado solamente a tareas de control.

A los 15 días del accidente, nota la aparición de una pequeña pápula sangrante en el centro del lecho ungueal, continúa con el mismo tratamiento local; sin embargo la lesión va aumentando de tamaño lentamente hasta alcanzar el volumen actual, haciéndose más sangrante al cambiar los apósitos de gasa; razón por la que decide consultar con un dermatólogo.

ESTADO ACTUAL

Paciente afebril con buen estado general, sin antecedentes de salud de importancia. Acude por primera vez a consulta externa dermatológica con un tiempo de enfermedad de 42 días, presentando una lesión de aspecto tumoral que ocupa todo el lecho ungueal del pulgar izquierdo, de color rojo violáceo sensible al roce y con zonas fácilmente sangrantes (Figuras 1- 2).

Como sintomatología asociada presenta dolor a la presión y al simple roce.

Se realizaron los análisis de rutina: hemograma completo normal, reacciones serológicas y HIV negativos. Glucosa 98 mg/dl, cultivo y antibiograma de la secreción hemática negativos, factores de coagulación dentro de rangos normales. Se realizó una biopsia de la parte central de la lesión, con



FIGURA 1: Lesión tumoral rojo violácea en el pulgar izquierdo.



FIGURA 2: Lesión tumoral de aspecto granulomatoso.

una profundidad que llega hasta el lecho ungueal, y se remite a patología con el diagnóstico presuntivo de granuloma telangiectásico post traumático.

El informe histopatológico confirmó el diagnóstico clínico. En su vista panorámica a pequeño aumento muestra lo siguiente:

Cubierta epidermal aplanada, sectores lobulares con neoformación vascular, donde se pueden apreciar luces capilares muy dilatados (Figura 3), en otros sectores se evidencia lagos sanguíneos con dilataciones mayores y siempre el predominio de neoformación vascular, infiltrado inflamatorio moderado a predominio linfoplasmocitario (Figura 4).

En la imagen a mayor aumento (Figura 5), se puede observar formación de luces

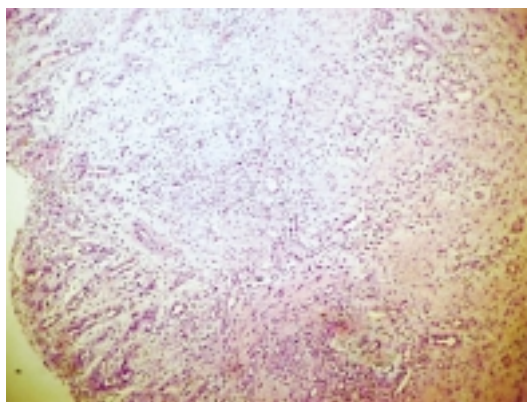


FIGURA 3: Histopatología de la lesión, coloración Hematoxilina-eosina. Proliferación vascular con luces capilares dilatadas.

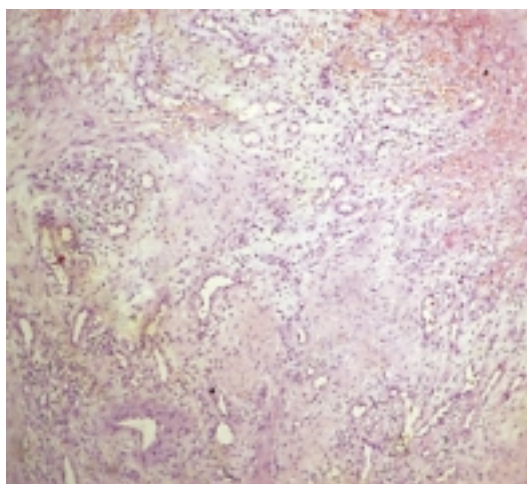


FIGURA 4: Luces capilares dilatadas con escasas células inflamatorias.

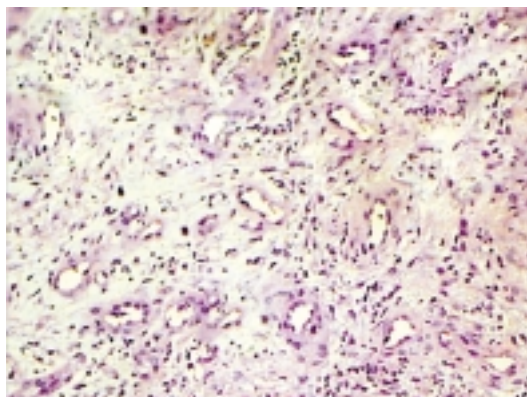


FIGURA 5: Neoformación vascular, proliferación endotelial, luces capilares dilatadas rodeadas de infiltrado linfoplasmocitario. Se observa además el estroma edematoso.



FIGURA 6: *Resección del tumor con bisturí hasta retirar todo el tejido proliferante.*



FIGURA 9: *Electrocirugía y curetaje del lecho vascular que complementa la resección total del tumor.*



FIGURA 7: *Disección del canal lateral externo a lo largo del lecho ungual.*



FIGURA 10: *Lecho ungual con apósito de gasa.*



FIGURA 8: *Resección del granuloma telangiectásico del pulgar izquierdo.*

capilares dilatadas con proliferación endotelial, estroma edematoso, donde se aprecia colágeno y haces de tejido fibroso que rodean a la neoformación vascular que se organiza en forma de lóbulos.



FIGURA 11: *Curación completa sin secuelas de la lesión vascular tumoral.*

TRATAMIENTO QUIRURGICO EFECTUADO.

- 1.- Lavado y limpieza del dedo con agua y jabón, luego aplicación de antiséptico yodado.
- 2.- Preparación de la zona operatoria con campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
- 3.- Anestesia troncular, con lidocaína al 2% sin epinefrina. Se espera 10 minutos.
- 4.- Ligadura hemostática en la base del dedo, que se deja hasta terminar el vendaje.
- 5.- Se procede cuidadosamente a la resección del tumor con bisturí, efectuando corte paralelo a la matriz ungueal para retirar el tejido proliferante, que se caracteriza por ser sangrante (figura 6), iniciando la disección desde el canal lateral externo y a lo largo del lecho ungueal (figuras 7 y 8).
- 6.- Se completa la destrucción de la lesión con electro cirugía y curetaje del lecho hasta la desaparición del tejido anormal (figura 9). En este paso se tuvo cuidado de no lesionar el lecho ungueal para que el crecimiento de la nueva uña tenga una conformación anatómica lo más normal posible.
- 7.- Se concluye el procedimiento quirúrgico cubriendo la zona operada con ungüento de fusinato sódico y apósito hemostático de presión moderada, con gasa y esparadrappo (figura 10).
- 8.- Se indica como antiinflamatorio, meloxicam de 7.5mg cada 12 horas por 4 días, como antibióticos orales: clindamicina 1 cápsula de 300mg cada 8 horas y ciprofloxacino de 500mg 1 cápsula cada 12 horas, ambos por 5 días.

POST OPERATORIO.

- Reposo domiciliario por 10 días.
- Se efectuó el primer control a las 48 horas, observándose poco sangrado. y a partir esta fecha se indica curaciones diarias con el ungüento y apósito de gasa por un mes.

- El segundo control se realiza a los 7 días, hay disminución del volumen del dedo afectado, formación de costra y sin evidencia de crecimiento de tejido granulomatoso.
- El tercer control se efectuó al mes de la operación, observando la formación de una costra normal, sin sangrado.
- El último control se efectuó recién a los ocho meses, debido a que no pudo asistir antes a las fechas programadas. La Figura 11, muestra la curación total del dedo afectado en sus dos aspectos: anatómico y estético.

DISCUSIÓN

El granuloma telangiectásico es una neoformación vascular, de aspecto nodular otras veces sésil, por lo general única, de superficie lisa o rugosa y de naturaleza sangrante.^(1,2) En la mayoría de casos reportados el tiempo de evolución de las lesiones hasta antes de su consulta médica ha sido de 1 a 3 meses, excepcionalmente puede haber involución espontánea^(2,3). Algunas veces son recurrentes y cuando esto ocurre luego de 4 a 20 semanas de la extirpación, aparecen alrededor de la cicatriz operatoria lesiones satélites.

Fue descrito por primera vez por Rivolta en 1879. Poncet y Dor en 1897 lo relacionaron al contagio ocasionado por micosis de caballos denominándolo: botriomicosis humana. Hatzell en 1904 relaciona la formación de las lesiones a una infección, por estreptococos o estafilococos denominándolo granuloma piógeno⁽³⁻⁵⁾, esta denominación persiste, como un sinónimo de esta entidad, pero en realidad la denominación es incorrecta para el caso, ya que no se trata de una infección ni de un granuloma, por no haber en el cuadro histológico una población histiocitaria importante. Es más frecuente en niños y en adultos jóvenes, siendo los lugares de predilección los brazos, las manos, la espalda y mucosas en especial la oral⁽⁵⁻⁶⁾. Cuando las lesiones se localizan en la boca de mujeres embarazadas, se le denomina granuloma gravidarum o epulis del

embarazo⁽⁷⁾. La causa no es bien determinada; pero la mayoría de autores lo relacionan con factores irritativos traumáticos o infecciosos, que actuarían como angioestimulantes para la neoformación capilar. En el caso del granuloma gravidarum se ha implicado el factor hormonal, relacionando a la progesterona que actuaría en las gestantes como un factor en el desarrollo neovascular⁽⁵⁾. Se ha descrito la aparición de granulomas telangiectásicos en cara, como una manifestación rara en pacientes que recibían isotretinoína para el tratamiento de acné severo pápulo-pustuloso⁽⁸⁾.

Histológicamente se caracteriza por presentar una epidermis aplanada, a veces erosionada y/o ulcerada, en el estroma predomina la neoformación vascular de tipo endotelial, con abundantes luces capilares de aspecto edematoso y carece de fibras colágenas maduras. Es característica la organización de las proliferaciones vasculares formando lóbulos, lo que permitió denominarlo también como hemangioma capilar lobular⁽⁹⁻¹²⁾.

Se describen como variantes clínicas: el granuloma piógeno subcutáneo, el intravascular, el gravidarum, el diseminado. El granuloma piógeno subcutáneo se manifiesta clínicamente como un angioma dérmico⁽¹³⁾. La forma intravascular se caracteriza por que el granuloma se forma en el interior de los vasos sanguíneos, en especial venosos⁽¹⁴⁾. El gravidarum se relaciona con el embarazo o el uso de anticonceptivos orales, las lesiones mayormente se presentan en la mucosa gingival de la cavidad oral, suelen ser recurrentes y a veces existe la posibilidad de remisiones espontáneas⁽¹⁵⁾. En la forma diseminada existen varias lesiones en lugares diferentes, no es muy frecuente, las formaciones son papulares y de aspecto angiomaso, algunos sangrantes, tienen diferentes tamaños, pueden estar desde los primeros meses de vida o aparecer a cualquier edad asociado a entidades caracterizadas por baja concentración de interleucina o disminución de linfocitos T^(2,16).

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con entidades que tienen un aspecto tumoral parecido, entre los que citaremos a los hemangiomas capilares, carcinoma basocelular, melanoma amelanótico, sarcoma de Kaposi, angioplasia papular, angiosarcoma, angiomaso bacilar⁽¹⁷⁾, carcinoma metastásico.

En cuanto a la denominación de granuloma piógeno, lo cual no es muy correcto, ya que muchos granulomas telangiectásicos no tienen un origen estrictamente infeccioso, como en nuestro caso, donde el factor traumático fue el elemento etiológico básico para la aparición de la tumoración.

El tratamiento consiste en la extirpación de la tumoración ya sea por cirugía radical seguida de sutura, electrocirugía y curetaje, radiocirugía o criocirugía con nitrógeno líquido^(3,4,15).

Puede haber recurrencias una vez tratada la lesión, y cuando ello ocurre por lo general aparecen lesiones satélites únicas o múltiples en lugares cercanos a la lesión extirpada⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En el caso que se presenta se efectuó extirpación quirúrgica, curetaje y electrocirugía de la lesión con buenos resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Fitzpatrick T. *Dermatology in general medicine*. 5th ed. Boston: McGraw-Hill; 1999.
2. Garzón MC, Enjoiras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: Evidence for an association. *J Am Acad Dermatol* 2000;42:275-9.
3. Rowel L. Pyogenic granuloma. *Arch Dermatol* 1958;78:341.
4. Mooney MA, Janniger CK. Pyogenic granuloma. *Cutis* 1995;55:133-6.
5. Vega O, Mercadillo P, Peniche J. Granuloma telangiectásico. Aspectos clínicos e histopatológicos de 180 casos. *Rev Méd Hosp Gen Mex* 2002;65: 144-8.
6. Hurlwitz S. *Clinical pediatric dermatology*. 2^a ed. Philadelphia: Saunders; 1993.
7. Dias AJ, Vergara CI, Carmona M. Granuloma telangiectásico en cavidad oral. Reporte de un caso. *Av. Odontostomatología* 2009; 25: 131-35.
8. Hagler J, Hodak E, David M. Facial pyogenic granuloma-like lesion associate under isotretinoin therapy. *Int J Dermatol* 1992;31:199-201.
9. Swerlick RA, Cooper PH. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma) within port-wine stains. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:627-30.

10. Patrice SJ, Wiss K, Mulleken JB. Pyogenic granuloma (lobular capillary hemangioma) A clinicopathologic study of 178 cases. *Pediatr Dermatol* 1998;8:267-76.
11. Elder D. Lever's histopathology of the skin. 8th ed. Lippincott-Raven Pub;1997.
12. Taira JW, Tamara H et al. Lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma) with Satellitosis. *J Am Acad Dermatol* 1992;27:297-300.
13. Cooper PH, Mills SE. Subcutaneous granuloma pyogenicum. *Arch Dermatol* 1984;118: 30-3.
14. Saad RW, Sau P, Mulvaney M et al. Intravenous pyogenic granuloma. *Int J Dermatol* 1993;32:130-2.
15. Bork K, Hoede N et al. Diseases of the oral mucosa and the lips. 2a ed. Philadelphia Saunders; 1996.
16. Kaminsky AR, Otero AC, Kaminsky CA et al. Multiple disseminated pyogenic granuloma. *Br J Dermatol* 1978;98:461-4.
17. Schwartz RA, Nychay SG, Janniger CK. Bacillary angiomatosis. *J Am Acad Dermatol* 1991;24:802-3.
18. Evans C. pyogenic granuloma with local recurrences. *Br J Dermatol* 1957;69:106.
19. Blickenstaff RD, Roenigk RK, Peters MS et al. Recurrent pyogenic granuloma with Satellitosis. *J Am Acad Dermatol* 1989; 21:1241-4.
20. Amerigo J, Gonzales-Camporra R, Galera H et al. Recurrent pyogenic granuloma with multiple satellites. *Dermatologica* 1993;116:117-21.

Correspondencia para el autor:

Dr. Octavio Small-Arana

Correo electrónico: octaviosmall@hotmail.com