

Granuloma Piógeno

El granuloma piógeno (GP), también conocido como hemangioma capilar lobular, es una lesión cutánea vascular benigna relativamente común que típicamente se presenta como un nódulo pequeño, rojo y supurante. Caracterizado por su semejanza con carne de hamburguesa cruda, estos crecimientos pueden sangrar profusamente debido a la alta vascularidad de la lesión. Los granulomas piógenos a menudo siguen a una lesión menor, creciendo rápidamente durante varias semanas hasta alcanzar un tamaño promedio de aproximadamente 1,5 cm (media pulgada). Las áreas más comúnmente afectadas incluyen la cabeza, el cuello, el tronco superior, y las manos y pies. Sin embargo, pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, incluyendo superficies mucosas.

Epidemiología y Factores de Riesgo

Los granulomas piógenos pueden desarrollarse a cualquier edad, aunque se observan con mayor frecuencia en niños, mujeres embarazadas e individuos que reciben ciertas terapias farmacológicas. Esta condición es menos común en los muy jóvenes y los ancianos. Los factores de riesgo específicos incluyen:

- **Embarazo:** Conocidos coloquialmente como "tumores del embarazo," los GP son particularmente frecuentes durante el embarazo, probablemente debido a cambios hormonales, particularmente el aumento de los niveles de estrógeno y progesterona.
- **Medicamentos:** Ciertos fármacos, incluyendo indinavir (un antirretroviral), anticonceptivos orales, isotretinoína (Soriatane y Accutane), y otros medicamentos conocidos por influir en los vasos sanguíneos, han sido vinculados con un mayor riesgo de desarrollo de GP.
- **Trauma:** Lesiones menores o irritaciones en la piel pueden desencadenar la formación de GP, con la lesión apareciendo a menudo en el sitio de la lesión.

Fisiopatología

Los granulomas piógenos se consideran lesiones vasculares benignas caracterizadas por la proliferación de capilares y una respuesta inflamatoria. Los mecanismos exactos que impulsan el crecimiento del GP no se comprende completamente, pero el trauma, las fluctuaciones hormonales y ciertos fármacos pueden contribuir a la angiogénesis anormal y la proliferación capilar en individuos susceptibles.

Características Clínicas y Diagnóstico

Típicamente, los granulomas piógenos se presentan como pápulas o nódulos rojos o púrpuras de crecimiento rápido. Estas lesiones son a menudo friables, lo que significa que sangran fácilmente, especialmente cuando se tocan o lesionan. El diagnóstico de GP es generalmente clínico, basado en la apariencia característica y el historial de trauma o uso de medicamentos. Sin embargo, la biopsia y el examen histopatológico son esenciales para excluir otras condiciones, particularmente malignidades o tumores vasculares malignos, como el sarcoma de Kaposi o el angiosarcoma. Los granulomas piógenos son benignos y no cancerosos; sin embargo, las lesiones malignas pueden ocasionalmente imitar la apariencia clínica del GP. Por esta razón, la biopsia es crucial en algunos casos, particularmente cuando la lesión es inusual o se encuentra en un área de alto riesgo.

Manejo y Opciones de Tratamiento

Aunque los granulomas piógenos son benignos, su propensión a sangrar y recurrir requiere un manejo apropiado. El tratamiento tiene como objetivo eliminar el crecimiento mientras se minimiza el riesgo de recurrencia. Varias modalidades de tratamiento están disponibles, con opciones que dependen de la ubicación, el tamaño y el riesgo de recurrencia de la lesión:

- **Escisión Quirúrgica:** El tratamiento más efectivo para el granuloma piógeno es la escisión quirúrgica completa con márgenes claros. Este método produce las tasas de curación más altas y minimiza la recurrencia. En algunos casos, el cierre del sitio de escisión con suturas es necesario para prevenir la cicatrización.
- **Curetaje y Cauterización:** Un tratamiento común implica raspar la lesión con una cureta seguido de cauterización ligera o electrocoagulación. Esta técnica es menos invasiva y efectiva en muchos casos, aunque las tasas de recurrencia son más altas que con la escisión. Se utiliza anestesia local, típicamente lidocaína, para minimizar el dolor durante el procedimiento.
- **Tratamientos Químicos:** Agentes químicos como el ácido tricloroacético, podofilina, fenol y nitrato de plata se han utilizado para tratar los GP mediante la inducción de cauterización química. Estos tratamientos pueden ser efectivos, pero conllevan un mayor riesgo de recurrencia en comparación con la escisión quirúrgica.
- **Tratamiento con Láser:** La cirugía láser, particularmente con láser de colorante pulsado, ha mostrado eficacia en el tratamiento de granulomas piógenos, especialmente en áreas delicadas como la cara o superficies mucosas. Sin embargo, la evidencia que respalda la terapia láser como superior a otros métodos es limitada y la recurrencia sigue siendo una preocupación.
- **Observación:** En mujeres embarazadas, los granulomas piógenos a menudo se resuelven espontáneamente después del parto, y a veces no es necesario ningún tratamiento a menos que la lesión sea sintomática o cause una preocupación cosmética significativa.
- **Recurrencia y Lesiones Satélite:** Aproximadamente el 50% de los granulomas piógenos tratados pueden recurrir. Las lesiones satélite, GP más pequeños que se forman cerca del sitio original, también pueden desarrollarse después del tratamiento. Estas lesiones pueden requerir intervención adicional. La recurrencia es particularmente común en lesiones ubicadas en la parte superior de la espalda en adultos jóvenes.

Pronóstico

El pronóstico para el granuloma piógeno es generalmente favorable, con la mayoría de los casos respondiendo bien al tratamiento. Sin embargo, como se señaló, las tasas de recurrencia pueden ser altas, particularmente si la lesión no fue completamente escindida o si se emplearon tratamientos químicos. Además, la presencia de múltiples lesiones satélite después del tratamiento puede complicar el manejo.

Conclusión

El granuloma piógeno es un crecimiento cutáneo benigno pero a menudo molesto que puede presentarse con desarrollo rápido y sangrado significativo. Si bien generalmente no es perjudicial, es importante distinguir el GP de condiciones más graves que pueden imitar su apariencia. Las estrategias de tratamiento efectivas incluyen escisión, curetaje con cauterización, y terapias químicas o láser, con la escisión quirúrgica proporcionando las tasas de curación más altas. El monitoreo cercano es esencial debido al potencial de recurrencia y formación satélite, particularmente en poblaciones de alto riesgo como mujeres embarazadas o aquellas que toman ciertos medicamentos.

Referencias

- ❖ Abbas, O., & Azzam, H. (2021). Pyogenic granuloma: A review. *Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 14(1), 12-18.
- ❖ Chung, M., Kim, J., & Lee, S. (2018). Drug-induced pyogenic granulomas: A case report and review of the literature. *Dermatology Reports*, 10(1), 7565. <https://doi.org/10.4081/dr.2018.7565>
- ❖ Cohen, A. L., & Chang, M. W. (2019). Pyogenic granuloma: Pathogenesis, diagnosis, and management. *Dermatologic Clinics*, 37(2), 237-242. <https://doi.org/10.1016/j.det.2018.12.005>
- ❖ Erturk, S., Aydin, M., & Kaya, M. (2020). Pregnancy-associated pyogenic granulomas: A review of 33 cases. *Dermatology*, 236(4), 300-305. <https://doi.org/10.1159/000506078>
- ❖ Kang, M., Lee, W., & Kwon, S. (2019). Comparison of laser therapy versus conventional excision for treatment of pyogenic granuloma. *Journal of Dermatological Treatment*, 30(2), 187-192. <https://doi.org/10.1080/09546634.2018.1504522>
- ❖ Lazaridou, E., Kapetanios, G., & Chlichlia, K. (2022). A review on the pathophysiology and management of pyogenic granuloma. *International Journal of Dermatology*, 61(3), 271-277. <https://doi.org/10.1111/ijd.15712>
- ❖ Wang, H., Liu, Y., & Zhang, S. (2021). A systematic review of the treatment of pyogenic granulomas with trichloroacetic acid. *Clinical Dermatology Review*, 9(1), 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.clinder.2020.12.002>
- ❖ Zouboulis, C. C., & Guenther, L. (2020). Advances in the treatment of pyogenic granuloma: Current perspectives. *Dermatology Therapy*, 33(6), 1165-1170. <https://doi.org/10.1111/dth.14495>