

# ¿SABE USTED EL DIAGNOSTICO?

## TUMORACION FACIAL

*Escobar Restrepo, Carlos*

### HISTORIA CLINICA

Una mujer mestiza, de 60 años de edad, asistió a la Consulta Externa del Hospital Universitario del Valle por la presencia de una lesión tumoral, en la vertiente nasal derecha, que había evolucionado en el curso de 3 meses hasta adquirir su tamaño y consistencia actuales y para la cual no recibió tratamiento alguno. No era especialmente sintomática y sólo el aumento en las dimensiones del tumor la obligó a consultar. El resto de su historia nosológica no fue relevante para el problema actual.

### EXAMEN FISICO

Se encontró un tumor de 3 x 2 cm, bien delimitado, parte de él eritematoso, con telangiectasias, una pequeña ulceración central y otra zona hiperpigmentada y con cierto grado de retracción de la piel normal perilesional. Sin un diagnóstico presuntivo claro, se sometió a biopsia, procedimiento con el cual se logró el diagnóstico. (Figs. 1, 2, 3).



Fig. No. 1 Aspecto clínico de la lesión al momento de la consulta

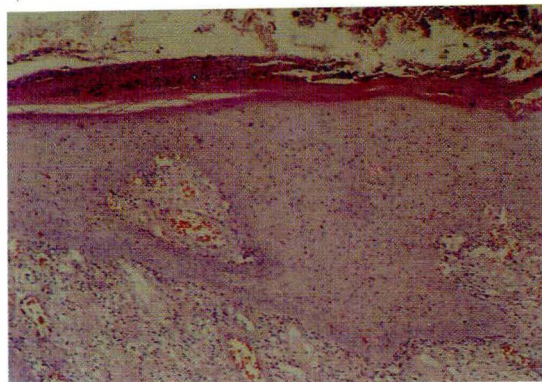


Fig. No. 2 Aspecto histopatológico de la piel.

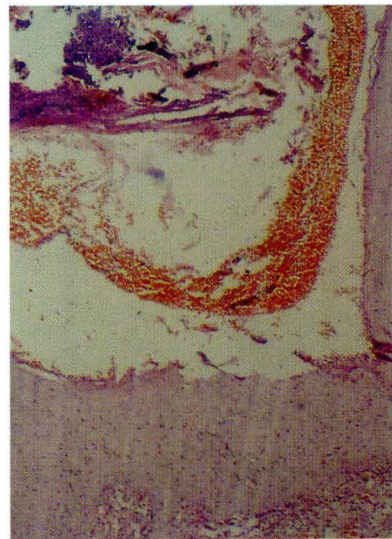


Fig. No. 3. Mayor aumento de la zona afectada.

¿Cuál es su diagnóstico?

Ver en la página siguiente

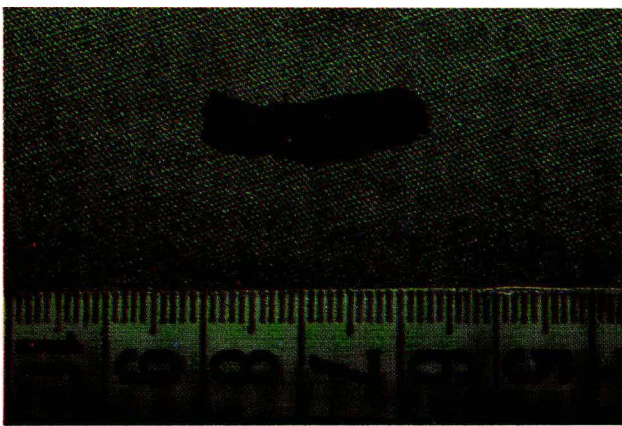


Fig. No. 4. Trozo de madera extraído de la tumoración durante el procedimiento de toma de la biopsia.

## Comentarios

El cuadro histológico correspondía a los fenómenos inflamatorios agudos y crónicos propios de un granuloma por cuerpo extraño. Este fue encontrado y retirado durante la cirugía y se lo puede observar en la Fig. 4.

Reinterrogada la enferma varias veces, terminó admitiendo haber sufrido un trauma con la rama de un árbol, mientras caminaba, pero que "solo había tenido un golpe, que no había sangrado y que el dolor le había pasado rápido". Esto sucedió unos 5 meses antes de la consulta.

La reacción de los tejidos mesodérmicos ante la introducción (voluntaria o involuntaria) en ellos de materiales extraños, tanto exógenos como endógenos (vgr: uratos de la gota o queratina de un pilomatrixoma), es poco variada, en contraste con el amplio surtido de los elementos insólitos mismos. Se han relatado en la literatura médica desde tiempo atrás toda clase de sustancias, ya sean **minerales** (metales [mercurio, lana de acero, partículas de soldadura], vidrios y fibra de vidrio, arena [sílice], talco, químicos [parafina, aceites, cironio en los desodorantes, siliconas, suturas de diferentes tipos] **vegetales** (espinas de cacto, astillas de madera, almídon) o **animales** (seda de suturas, pelos animales o humanos, cerdas, púas [erizo de mar], garrapatas, niguas, etc.) oscilando su tamaño de lo macro a lo microscópico y pueden ser visibles o invisibles. Todo lo anterior sin considerar como cuerpo extraño a las bacterias, virus u hongos, que en sentido estricto también lo serían.

Desde que Virchow en 1864 implantó el término granuloma en la literatura para referirse a que la más amplia variedad de procesos etiológicos originaban una reacción inflamatoria focal, que siempre tenía una misma configuración anatómica, poco se ha avanzado en el concepto de granuloma.

Se define el granuloma como una clase de inflamación, que se distingue por su tendencia a permanecer localizada y a cicatrizar con fibrosis. La fase inicial transitoria de reacción al cuerpo extraño, si este no es soluble en los fluidos corporales o no es eliminado, es seguida por la respuesta primaria del sistema retículo endotelial.

Se hace una división de los granulomas a cuerpos extraños entre **alérgicos** y los **no alérgicos**, con diferenciación histopatológica, pero existen ocasiones en que la reacción puede inicialmente ser no alérgica y con el tiempo, producirse la sensibilización.

Mediante la biopsia usualmente se puede, pero no siempre, hacer la distinción entre cada uno de estos tipos de granuloma.

La reacción no alérgica característicamente demuestra macrófagos y células gigantes alrededor del material extraño. Además suelen haber linfocitos y plasmocitos en la mayor parte de los casos.

Las formas alérgicas típicamente exhiben un patrón tuberculoides, consistente en células epitelioides con o sin células gigantes o necrosis de caseificación. Los macrófagos o la fagocitosis son escasos o ausente.

Es afortunado que, en la mayor parte de los casos, el enfermo suele conocer el problema y muchas veces tiene éxito en la autoremoción del objeto, pero de lo contrario se presenta un verdadero reto para el terapeuta, para reconocer el problema y solucionarlo. Casos como el actual, aunque raros, se citan en la literatura y han sido de mayor tamaño.

## BIBLIOGRAFIA

- Shelley WB, Shelley ED. Foreign bodies. In: *Advanced Dermatologic Therapy*. W B Saunders Co 1987 Philadelphia pp 208-210.
- Epstein WK, Skahan Jr. Granulomas. In: Demis DJ, Dobson RL, McGuire J: *Clinical Dermatology*. Harper & Row Publishers Philadelphia 1982, Vol. 1, Unit 4-4.
- Lever WF, Schaumburg-Lever G. Inflammatory Diseases due to physical agents and foreign substances. In: *Histopathology of the Skin*, JB Lippincott Co Philadelphia 6th Ed. 1983 pp 221-228.
- Sutton RL. Foreign body granulomas. In: Sutton RL. *Diseases of the Skin*. CV Mosby Co St Louis 1956, pp 195-204.
- Klauder JV. A curious foreign-body tumor Arch Dermatol 1959; 80:139-140