

GRANULOMA PIOGENO DE CONJUNTIVA BULBAR

Dra Marcela Macías-Roaro *
Dr David J Hoy **
Dr Sadí de Buen ***

HISTORIA CLINICA

Paciente del sexo femenino, adulto joven, a quien tres meses antes de acudir a la unidad de Oftalmología le fue extirpado un pterigión de ojo izquierdo en otra Institución.

A la exploración física se encontró una tumoración redondeada de color rosado con zonas rojizas, situada cerca del limbo esclerocorneal, en el lado nasal del ojo izquierdo. La conjuntiva bulbar adyacente mostraba numerosos vasos sanguíneos congestivos (Fig. 1).

Se estableció el diagnóstico clínico de probable granuloma piógeno y se llevó a cabo biopsia excisional.

ANATOMIA PATOLOGICA: (B-77-532)

Se reciben dos fragmentos de tejido de consistencia blanda, de color rojizo, de forma irregular, que miden 5.3 x 4.5 x 2.5 y 4 x 2.3 x 2 mm respectivamente.

Histológicamente se identifica el epitelio de la conjuntiva bulbar y su lámina propia con numerosos vasos congestivos y moderada infiltración leucocitaria perivascular; además existen numerosos capilares sanguíneos neoformados que irradian hacia la superficie desde la base y sus células endoteliales tienen núcleos prominentes y en algunos lugares son hipercromáticos, también hay numerosos leuco-

цитos polimorfonucleares intravasculares. El estroma es laxo, edematoso y presenta numerosos leucocitos neutrófilos, linfocitos y escasos fibroblastos (Figs. 2 y 3). La superficie de la lesión está desprovista de epitelio y muestra condensación de células inflamatorias y exudado fibrinoide.

Con estos datos se corroboró el diagnóstico clínico de granuloma piógeno.

COMENTARIO

El granuloma piógeno fue descrito por Poncet y Dor en 1897¹ e inicialmente fue clasificado como una forma polipoide de hemangioma capilar² debido a su notoria proliferación vascular. Algunos autores piensan que pueda tratarse de un angioma ulcerado que secundariamente se infectó.¹

Actualmente el granuloma piógeno, que también se conoce como granuloma telangiectásico,³ es considerado como una respuesta exagerada de tejido de granulación a diversos tipos de trauma que afectan piel y mucosas.⁴

El traumatismo que desencadena la formación del granuloma piógeno puede ser: 1) quirúrgico (cirugía de estrabismo, extirpación de pterigión, etc.). 2) Por infección estafilocócica y 3) Por ruptura de una glándula de Meibomio o de Zeis inflamada.⁶

El nombre de granuloma piógeno está relacionado con su semejanza histológica al tejido de granulación constituido por vasos de neoformación y leucocitos neutrófilos cuando la lesión se ha infectado.³

En cuanto a la etiología del granuloma piógeno se han postulado tres hipótesis:³

A) Presencia de un virus tipo C que altera la represión genética que regula la proliferación de vasos sanguíneos en una o dos papilas dérmicas y favorece el desarrollo del granuloma piógeno. B) La existencia de un factor angiogénico de naturaleza

* Residente de 4o. año, Departamento de Patología Ocular, Unidad de Oftalmología, Hospital General de México, S.Sa. Ayudante de Profesor de Patología, Facultad de Medicina, UNAM.

** Residente de 1er. año en Oftalmología; Becado por el Gobierno de Belice, C.A.

*** Jefe del Departamento de Patología Ocular, Unidad de Oftalmología, Hospital General de México, S.S. Profesor titular de Patología, Facultad de Medicina, UNAM.

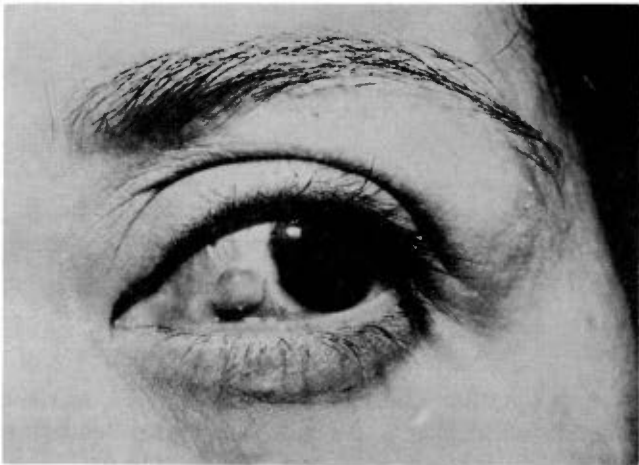


Fig. 1.



Fig. 2.

lipoprotéica con un componente de carbohidratos, que también se ha aislado de neoplasias malignas como el melanoma y el carcinoma epidermoide. C) Presencia de un factor angiígeno epidermoide activado por un trauma local.

El granuloma piógeno puede alcanzar dimensiones hasta de 1 a 2 cm, es polipoide, rojo vinoso, blando, indoloro y sangra con facilidad;² con frecuencia está ulcerado. Puede encontrarse en la conjuntiva bulbar o palpebral⁵ y en la piel de los párpados en donde suele presentar aspecto en racimo

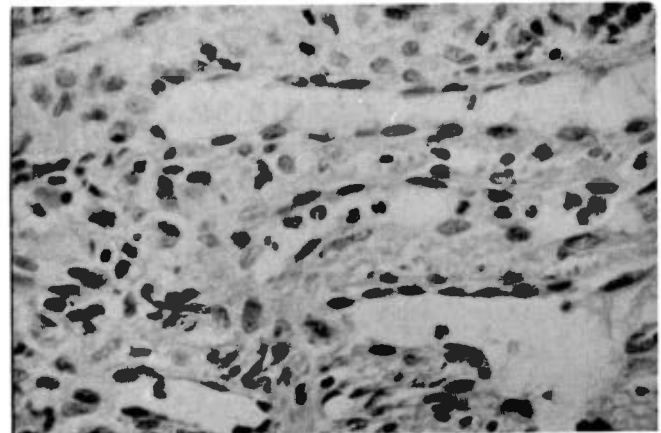


Fig. 3.

de uvas, por lo que en algún tiempo fue conocido como botriomicosis.¹

Histológicamente se comprueba que el epitelio que reviste la lesión origina un collarate en su base dando lugar a la formación de un corto pedículo. Hay numerosos vasos capilares proliferantes que irradian hacia la superficie desde la base, constituidos por células endoteliales prominentes y membrana basal, sin pericitos ni capa muscular. En el espacio intersticial hay edema y cuando el epitelio está ulcerado es frecuente encontrar infiltrado inflamatorio agudo y/o crónico.

En su evolución natural tiende a cicatrizar, con obliteración de los vasos capilares por proliferación de fibroblastos y depósito de fibras colágenas, dejando una masa fibrosa, llamada papiloma fibroepitelial.⁴ El tratamiento es quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Duke-Elder. Diseases of the eyelids. In: *System of Ophthalmology*. London: Henry Kimpton, 1974. Vol 13. Part 1:501.
2. Robbins, SL; Cotran, R; Kumar, V. *Pathology basis of disease*. Philadelphia: Saunders, 1984; 540.
3. Gómez, M; Corrales, H; Andrade, R; Peniche J e Isonza, O. Granuloma telangiectático. Revisión y análisis del 81 lesiones. *Rev Med Hosp Gral (Méx)* 1981; 44:331-343.
4. Ackerman, LV and Rosai, J. *Surgical pathology*. St Louis: Mosby, 1981. Vol; 1:155.
5. Boockvar, W; Wessely, Z and Baller, P. Recurrent granuloma pyogenicum of limbus. *Arch Ophthalmol* 1974; 91:42-44.
6. Duane, TD. *Clinical Ophthalmology*. Vol 4, Conjunctival tumors. Philadelphia: Harper and Row, 1985; 2.