

Nódulo eritematovioláceo en la mejilla derecha de una paciente de edad pediátrica

Evangelina Matamoros¹ y Daniel A. Matamoros²

► CASO CLÍNICO

Paciente de género femenino, de 3 años de edad, oriunda de la ciudad de La Plata, cuya madre refiere episodios de enrojecimiento facial diagnosticados por otros colegas como dermatitis atópica, sin más antecedentes personales ni familiares de relevancia. Concurrió a la consulta acompañada por su madre tras presentar una lesión en la mejilla derecha de 4 meses de evolución, por la cual habían consultado previamente a diversos especialistas, quienes al no obtener respuesta ante la administración de antibióticos orales (cefalexina, luego amoxicilina-ácido clavulánico y finalmente trimetoprima-sulfametoxazol) sugirieron realizar biopsias e intervenciones quirúrgicas, a las cuales los padres de la niña se opusieron.

Al **examen físico** se observaba una lesión nodular en mejilla derecha, eritematoviolácea, duro-elástica a la palpación, sin aumento de temperatura ni signos de flogosis, que medía 1,5 cm de diámetro aproximadamente, asintomática (Fig. 1). En la piel de ambas mejillas se evidenciaban telangiectasias; no se palpaban adenopatías regionales y la niña se mantenía en excelente estado general y afebril. Al interrogatorio dirigido, la mamá negaba antecedentes de traumatismo local o picadura.

Como **diagnósticos diferenciales** nos planteamos: granuloma aséptico facial idiopático (GAFI), pilomatrixoma, granuloma por cuerpo extraño, e infección de partes blandas, principalmente de etiología micobacteriana o parasitaria, dada la cronicidad del cuadro, la apirexia y la falta de respuesta a tratamientos antibióticos habituales.

Solicitamos **ecografía de partes blandas**, en la que se informó la presencia de una lesión nodular, superficial, bien delimitada, de aspecto heterogéneo, predominantemente hipoecoica, ovoidea, de 13x10x5mm aproximadamente, sin depósitos de calcio en su interior.

Su diagnóstico es...

¹ Médica Especialista en Dermatología

² Médico Especialista Jerarquizado en Pediatría

Práctica privada. La Plata, Buenos Aires, Argentina

Conflictos de interés: no declarados

Correo electrónico: evimatamoros@hotmail.com



Fig. 1: Lesión nodular en mejilla derecha.



Fig. 2: Disminución del tamaño de la lesión a las 2 semanas de tratamiento.



Fig. 3: Mácula hiperocrómica residual.

► DIAGNÓSTICO

Granuloma aséptico facial idiopático

► TRATAMIENTO

Ante la sospecha clínica de granuloma aséptico facial idiopático, explicamos la benignidad del cuadro a los padres de la paciente e iniciamos tratamiento tópico con metronidazol 0.75% gel durante la noche y medidas de fotoprotección durante el día, dando pautas de alarma y fijando cita para próximo control. Además realizamos interconsulta con un médico oftalmólogo para descartar signos de rosácea ocular.

► EVOLUCIÓN

A las 2 semanas, la niña concurre al control, pudiendo observarse una notable mejoría del cuadro, con disminución del tamaño de la lesión, ahora apenas palpable, y atenuación de su color (Fig. 2). Decidimos continuar con igual tratamiento tópico durante 2 semanas.

Actualmente, habiendo pasado 5 meses de la primera consulta a nuestro consultorio, la niña presenta una discreta mácula hipercrómica residual en la mejilla (Fig. 3). Su oftalmólogo descartó signos de rosácea ocular y fijó una pauta de seguimientos anuales para un adecuado control.

► COMENTARIO

El **granuloma aséptico facial idiopático** (GAFI) es una entidad dermatológica propia de la edad pediátrica, descrita por primera vez en Francia en el año 1999^{1,2}. Se caracteriza por la presencia de un nódulo eritematovioláceo, de consistencia firme o elástica, que se asemeja a un absceso, pero se diferencia del mismo al ser asintomático, frío y sin signos de flogosis². Dicha lesión se localiza en la cara, preferentemente en las mejillas y/o párpados, suele medir entre 1 y 2,5 cm de diámetro y presenta un curso benigno, autolimitado, con resolución en meses o 1 año sin dejar cicatriz visible³; puede quedar una mácula rosada residual y no se han reportado recidivas en el curso medio de 1 año⁴. No muestra predilección por sexo y afecta a niños con edades que abarcan desde los 8 meses a los 13 años de edad².

La **fisiopatogenia** del GAFI es desconocida, pero se cree que se asocia a la rosácea granulomatosa de la infancia^{4,5}. Otras teorías postulan que puede estar relacionada con una reacción granulomatosa alrededor de un resto embriológico⁴, o con picaduras o traumas menores⁵.

El **diagnóstico** de GAFI es clínico, aunque la ecografía puede sugerirlo y la biopsia confirmarlo². El **estudio anatomopatológico** muestra una reacción granulomatosa bien definida en dermis superficial, con una corona de linfocitos, neutrófilos, eosinófilos y células gigantes en el medio de la lesión, similar a la que se observa en granulomas por cuerpo extraño o infecciones por micobacterias atípicas, pero tanto las tinciones en busca de gérmenes como los cultivos son negativos^{4,5}.

La ecografía de la lesión muestra un nódulo sólido, bien delimitado, hipoeicoico y sin presencia de depósitos de calcio¹. Entre los **diagnósticos diferenciales** se incluyen tumores benignos, principalmente el pilomatrixoma, quistes epidermoides o dermoides¹, chalazión cuando la lesión asienta en párpados⁶, granulomas por cuerpo extraño, e infecciones bacterianas, fúngicas, por micobacterias atípicas o parasitarias (leishmaniasis)¹.

Dada la benignidad y el carácter autorresolutivo sin secuelas del cuadro, puede optarse entre tomar una conducta expectante o utilizar antibióticos tópicos que pueden ayudar a iniciar la curación⁴. Entre dichos antimicrobianos es de elección el metronidazol en gel o crema, en concentraciones de 0.75% y 1%, cuyo mecanismo de acción no está totalmente claro, aunque podría considerarse que su utilidad en el GAFI y la rosácea reside en su acción antiinflamatoria al inhibir la quimiotaxis de leucocitos y suprimir algunos aspectos de la inmunidad celular⁷.

En los casos de GAFI publicados en la literatura no se han registrado antecedentes familiares ni factores de riesgo asociados, pero algunos autores señalan que los niños que lo padecen presentan alto riesgo de desarrollar rosácea, principalmente a nivel ocular, por lo que se recomienda el seguimiento oftalmológico anual en estos pacientes².

► CONCLUSIÓN

Creemos de interés la presentación de este caso clínico, dado que se trata de una entidad dermatológica característica de la edad pediátrica que debemos tener presente como diagnóstico diferencial en la práctica diaria, ya que su evolución benigna y autorresolutiva nos permite tomar una conducta expectante o mínimamente invasiva, evitando realizar intervenciones innecesarias que puedan resultar traumáticas y/o dejar cicatrices faciales en los niños que la padecen. Por otra parte, debemos recordar que estos pacientes tienen riesgo de desarrollar cuadros floridos de rosácea, principalmente a nivel ocular, lo cual debemos advertir a sus padres, además de realizar la interconsulta correspondiente.

► BIBLIOGRAFÍA

1. Hiraldo Gamero, A.; Vera-Castaño, A.; Sanz-Tréllas A.: Granuloma aséptico facial idiopático. **Actas Dermosifiliogr** 2013; 104: 635-636.
2. Zambrano Centeno, L.B.; Gómez González, C.; Rojo López, M.; Alonso Pacheco, M.L.: Granuloma aséptico facial idiopático. **Rev Clin Med Fam** 2014; 7: 238-240.
3. Martínez Díaz, G.J.; Kim, J.; Bruckner, A.: A toddler with facial nodules: A case of idiopathic facial aseptic granuloma. **Dermatol Online J** 2010; 16 (1): 9.
4. Boralevi, F.; Léauté-Labrèze, C.; Lepreux, S.; Barbarot, S.; Mazer-euw-Hautier, J.; Eschard, C.; Taïeb, A.: Idiopathic facial aseptic granuloma: a multicenter prospective study of 30 cases. **Br J Dermatol** 2007; 156: 705-708.
5. González Rodríguez, A.J.; Jordá Cuevas, E.: Idiopathic facial aseptic granuloma. **Clin Exp Dermatol** 2015; 40: 298-300.
6. Al Dhaybi, R.; McCuaig, C.; Kokta, V.: A periocular nodule in a child. **Clin Exp Dermatol** 2011; 36: 105-106.
7. Rodríguez Acar, M.; Martínez Muñoz, J.A.: Rosácea infantil. **Rev Cent Dermatol Pascua** 2011; 20: 18-21.