



CARTAS CIENTÍFICAS

Granuloma aséptico facial idiopático: características clinicopatológicas y ecográficas



Idiopathic facial aseptic granuloma: Clinical, pathological, and ultrasound characteristics

Sr. Editor:

El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una entidad de reciente descripción que afecta a pacientes pediátricos¹. Se caracteriza por la aparición de uno o varios nódulos en las mejillas y su diagnóstico diferencial se debe hacer con otros nódulos faciales adquiridos en la infancia. Incluye pilomatrixomas, quistes dermoides, infecciones bacterianas, por *Leishmania* o micobacterias, y malformaciones vasculares. Por ello, es probable que esta entidad se encuentre infra-diagnosticada.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los casos diagnosticados de GAFI en nuestro centro durante 12 años. Sus características se resumen en la [tabla 1](#). La edad media fue de 3 años. Tres de los pacientes presentaron lesiones múltiples. Cinco de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico oral: 2 casos amoxicilina-

clavulánico, uno cefuroxima, otro claritromicina y otro amoxicilina-clavulánico seguido de azitromicina, sin una clara mejoría. La tendencia fue a la resolución espontánea en una media de 13 meses. En 2 pacientes se realizó exéresis quirúrgica. No presentaron complicaciones ni recidivas en el seguimiento.

En el análisis histológico se constató una reacción granulomatosa en la dermis, con linfocitos y células plasmáticas con tinciones para microorganismos negativas ([fig. 1C](#)). Uno de los casos presentó restos de un quiste infundibular.

En la ecografía se observaron estructuras ovaladas hipoeogénicas en la dermis, con un eje mayor paralelo a la superficie cutánea. No presentaron contenido cálcico. El borde posterior fue regular excepto en uno de los casos, en el cual se encontraba ligeramente abollonado ([fig. 1D](#)). La hipodermis posterior fue hiperecogénica. La presencia de flujo fue variable en la periferia, siendo negativa en el interior de la lesión en todos los casos.

El GAFI se caracteriza por la aparición de un nódulo asintomático rojizo o violáceo de consistencia dura en la mejilla². Su localización es característica: en dos tercios de los casos se encuentra en un triángulo con vértices dispuestos en el lóbulo de la oreja, el canto ocular externo y el ángulo bucal. Suele ser único, aunque pueden aparecer varias lesiones. Tiende a la resolución espontánea en una

Tabla 1 Características de los pacientes

Caso	Sexo	Edad	Clínica	Anatomía patológica	Ecografía	Tiempo de resolución
1	Varón	5 años	Nódulo indurado mejilla derecha	Sí	Sí	Exéresis quirúrgica
2	Varón	4 meses	Varias pápulas mejilla izquierda. Placa con costra central	Sí	No	15 meses
3	Varón	9 años	Nódulo blando mejilla izquierda	Sí	Sí	15 meses
4	Varón	2 años	Nódulo mejilla izquierda Pápulas rosadas periorales Episodios de eritema facial	Sí	No	9 meses
5	Varón	8 meses	Pápula en mejilla izquierda con supuración	No	No	14 meses
6	Mujer	2 años	Nódulo mejilla derecha Sangrado Pápula mejilla izquierda Chalazión	Sí	Sí	Exéresis quirúrgica
7	Mujer	6 años	Nódulo mejilla izquierda	No	Sí	En proceso



Figura 1 A) Imagen clínica del caso 2. B) Imagen clínica del caso 6. Se observa un chalación en el párpado inferior derecho. C) Estudio histológico de la lesión de la mejilla derecha del caso 6. Se observa un infiltrado linfoplasmocitario en la dermis, con presencia de granulomas con histiocitos y células gigantes multinucleadas. D) Ecografía de la lesión en la mejilla derecha (caso 6). Se aprecia una estructura hipoecogénica con un borde posterior abollonado.

media de 11 meses². Todos nuestros casos se ajustaron a las características clínicas y evolutivas descritas.

La edad media en el momento de su aparición es de 46 meses, con un rango que comprende desde los 8 meses hasta los 13 años^{1,2}. Existe una preponderancia del sexo femenino que no objetivamos en esta serie.

Su patogénesis todavía no ha sido esclarecida. Una hipótesis plantea que podría formar parte del espectro de la rosácea granulomatosa infantil³. La presencia concomitante de chalaciones (habitualmente asociados con la rosácea) descrita en hasta dos tercios de los pacientes en el momento del diagnóstico del GAFI, el desarrollo posterior de lesiones propias de rosácea en un gran número de pacientes, la presencia de histiocitos perifoliculares en la histología, típica de la rosácea granulomatosa, o la respuesta a antibióticos empleados en el tratamiento de la rosácea son datos que orientan a su asociación con esta entidad³⁻⁵. En nuestra serie, un paciente presentó pápulas periorales de rosácea, y otro, un chalación.

Una posible etiología infecciosa parece descartada, al menos por patógenos conocidos².

Una tercera teoría apunta a un proceso reactivo granulomatoso frente a un resto embrionario². Esta idea es apoyada por un caso que presentaba remanentes de un quiste epidermoide en la histología², lo cual también hemos recogido en uno de nuestros casos.

Finalmente, otras causas propuestas comprenden la respuesta persistente a una picadura o un traumatismo.

La histología de esta entidad se caracteriza por un infiltrado inflamatorio dérmico en forma de granulomas compuestos principalmente por linfocitos, histiocitos, neutrófilos y células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, sin calcio ni células fantasma².

En la ecografía cutánea se observan estructuras ovoides hipoecogénicas en la dermis, con hiperecogenicidad posterior, sin depósitos de calcio^{2,4}. Los casos con inflamación aguda presentan flujo perilesional, desapareciendo a medida que la lesión se resuelve. En su interior, la mayoría de los GAFI presentan ausencia de flujo⁶.

En cuanto al tratamiento, se ha descrito una mejoría con tandas largas (entre 2 y 3 meses) de claritromicina o doxiciclina oral y metronidazol o ivermectina tópicos^{3,5}. La amoxicilina-clavulánico, la azitromicina, la eritromicina y la cefalexina se han mostrado ineficaces.

El objetivo de este estudio ha sido llamar la atención sobre una entidad probablemente infradiagnosticada. Al tratarse de una enfermedad autorresolutiva y localizada en una región sensible estéticamente, se deberían justificar los procedimientos invasivos para su diagnóstico, siendo la ecografía una opción poco invasiva importante en el diagnóstico diferencial. La descripción de más casos de GAFI probablemente permita esclarecer su etiología y el manejo óptimo.

Bibliografía

- Roul S, Léauté-Labrèze C, Boralevi F, Bioulac-Sage P, Maleville J, Taïeb A. Idiopathic aseptic facial granuloma (pyodermite froide du visage): A pediatric entity? *Arch Dermatol.* 2001;137:1253-5.
- Boralevi F, Léauté-Labrèze C, Lepreux S, Barbarot S, Mazereeuw-Hautier J, Eschard C, et al. Idiopathic facial aseptic granuloma: A multicentre prospective study of 30 cases. *Br J Dermatol.* 2007;156:705-8.
- Orion C, Sfecci A, Tisseau L, Darrieux L, Safa G. Idiopathic facial aseptic granuloma in a 13-year-old boy dramatically improved with oral doxycycline and topical metronidazole: Evidence

for a link with childhood rosacea. *Case Rep Dermatol.* 2016;8:197–201.

4. Blind E, Ropars N, Safa G. [Dramatic efficacy of topical ivermectin in idiopathic facial aseptic granuloma] French. *Ann Dermatol Venereol.* 2018;145:792–4.
5. Neri I, Raone B, Dondi A, Misciali C, Patrizi A. Should idiopathic facial aseptic granuloma be considered granulomatous rosacea? Report of three pediatric cases. *Pediatr Dermatol.* 2013;30:109–11.
6. Rodríguez-Bandera AI, Feito-Rodríguez M, Maseda-Pedrero R, de Lucas-Laguna R. Idiopathic facial aseptic granuloma: Clinical and ultrasound findings in 3 cases. *Actas Dermosifiliogr.* 2018;109:e1–5.

Alexandre Docampo Simón^{a,*}, María José Sánchez-Pujol^a,
Luca Schneller-Pavelescu^a, Laura Berbegal^b
e Isabel Betlloch Mas^c

^a Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital de Denia, Denia, Alicante, España

^c Servicio de Dermatología, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de investigación ISABIAL, Alicante, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: docamposimon@gmail.com
(A. Docampo Simón).

<https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.015>
1695-4033/

© 2019 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Española de Pediatría. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Donación en asistolia controlada en el paciente pediátrico



Controlled asystole donation in the paediatric patient

Sr. Editor:

Pese al elevado número de trasplantes de órganos que se realizan en países como el nuestro, la disponibilidad de órganos para trasplante en el paciente pediátrico continúa siendo limitada, aumentando de esta forma la morbimortalidad durante la espera.

Los programas de donación se han venido realizando tradicionalmente tras el diagnóstico de muerte encefálica del donante (a corazón latiente), pero en los últimos años se han desarrollado también programas de donación en asistolia. La donación en asistolia se divide según la clasificación de Maastricht modificada (París 2013) en asistolia no controlada: tipo I (parada cardíaca inesperada sin la realización de maniobras de resucitación) y tipo II (parada cardíaca inesperada y resucitación infructuosa), y asistolia controlada: tipo III (pacientes a la espera de paro cardíaco tras retirada del soporte vital) y tipo IV (parada cardíaca repentina en paciente donante en muerte encefálica)^{1,2}.

La donación en asistolia controlada tipo III incluye a pacientes en los que se ha decidido, debido a su situación clínica, realizar una adecuación del esfuerzo terapéutico. Tras esta decisión, se considera como buena práctica clínica la consideración del paciente como potencial donante de órganos y tejidos. La decisión de adecuación de medidas terapéuticas debe ser previa, diferenciada y totalmente independiente de la potencial donación de órganos tras el fallecimiento y del proceso de donación. El equipo de coordinación de trasplantes valorará la idoneidad del candidato, y que el tiempo previsto desde la retirada del soporte vital hasta el fallecimiento sea compatible con la donación de órganos y no supere el límite de isquemia caliente establecido por el equipo de trasplante. El equipo asistencial de Cuidados Intensivos Pediátricos responsable del paciente, y

ajeno al proceso de donación, debe ser quien proporcione los cuidados al final de la vida que garanticen el bienestar y el confort del paciente, y quien lleve a cabo la retirada del tratamiento de soporte vital. Del mismo modo, será el encargado de certificar el fallecimiento, que según establece la legislación vigente, requiere la constatación de ausencia de circulación y respiración espontáneas durante un período no inferior a 5 min².

Los trasplantes realizados con este tipo de donación, como el renal y el hepático, no han demostrado peores resultados que los procedentes de donación en muerte encefálica^{1,3}.

La donación en asistolia controlada tipo III se ha implementado con éxito en las unidades de cuidados intensivos de adultos, suponiendo hasta el 30% de las donaciones^{1,3,4}. A pesar de que en Pediatría este tipo de donación ha aumentado significativamente en los últimos años en países como Estados Unidos y Canadá^{1,4}, en nuestro país continúa siendo anecdótico⁵.

Presentamos el caso de una lactante de 15 meses, con miocardiopatía dilatada no compactada y disfunción ventricular severa que precisó inicio de asistencia ventricular externa, incluyéndose en lista de trasplante. A los 22 días de ingreso en la UCIP presentó crisis convulsivas objetivándose un hematoma subdural con desplazamiento de la línea media que precisó intervención. Tras 72 h, se objetivó un infarto isquémico agudo de la arteria cerebral media izquierda, que evolucionó 3 días después a infartos masivos con afectación bilateral de las arterias cerebrales anteriores, medias y ganglios de la base. Debido al mal pronóstico, se decidió realizar adecuación del esfuerzo terapéutico. Tras esta decisión, se activó el protocolo de donación, siendo valorada por el equipo de coordinación de trasplantes y los familiares manifestaron su deseo de donación. La valoración por parte del equipo de trasplantes fue positiva para donación renal, hepática (aunque no se encontró receptor compatible para este órgano) y tejidos. La paciente no presentaba muerte encefálica, por lo que se llevó a cabo la donación en asistolia controlada. Para ello, se trasladó a la paciente al quirófano (preparándose el equipo de urólogos en una sala separada adjunta), y se procedió a la retirada de la venti-