

Caso clínico

Angiogramuloma inguinal como diagnóstico diferencial de hernia inguinal: desafío diagnóstico en cirugía



Inguinal angiogramuloma as a differential diagnosis of inguinal hernia: diagnostic challenge in surgery

Manuel Grez Ibáñez¹, Christian Holmström Elkins², Javiera Díaz Zapata³

Servicios de ¹Cirugía y ²Anatomía Patológica. Hospital San Juan de Dios de Curicó. Curicó (Chile). ³Escuela de Medicina. Universidad de Talca. Talca (Chile)

Resumen

Introducción: El angiogramuloma es una entidad clínica que se enmarca en los granulomas piógenos. Se describen como tumores vasculares benignos de piel y membranas mucosas en pacientes embarazadas. Su tratamiento es quirúrgico, ya que rara vez se resuelve espontáneamente. Se presenta este caso clínico debido a la escasa literatura sobre casos en la región inguinofemoral.

Caso clínico: Paciente mujer de 32 años sometida a intervención quirúrgica por diagnóstico de hernia inguinofemoral en la que se detecta una gran masa ganglionar hipervascularizada friable, de aspecto semejante a un cerebro, que sangraba profusamente. Se realiza una biopsia y, por el aspecto morfológico de la muestra, se describe como angiogramuloma, diagnóstico confirmado posteriormente con inmunohistoquímica.

Discusión: El angiogramuloma no solo debe pensarse en lesiones a nivel de dermis y de mucosas, si no que debe ser incluido dentro de los diagnósticos diferenciales de un aumento de volumen inguinal. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio de biopsia y su tratamiento es la exéresis debido a su friabilidad y profusos sangrados.

Conclusión: Debido a la prevalencia de las hernias inguinofemorales, los médicos realizan este diagnóstico hasta demostrar lo contrario en todo aumento de volumen de esta zona, por lo que consideramos que es importante dar a conocer casos para romper este paradigma y demostrar la importancia de realizar diagnósticos diferenciales como angiogramuloma.

Recibido: 16-04-2019
Aceptado: 17-04-2019

Palabras clave:

Angiogramuloma, granuloma piógeno, tumor inguinal.

Conflicto de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

*Autor para correspondencia: Manuel Grez Ibáñez. Servicio de Cirugía. Hospital Base. Avda. San Martín. Curicó, Maule (Chile)
Correo electrónico: magrezster@gmail.com

Grez Ibáñez MA, Holmström Elkins C, Díaz Zapata J. Angiogramuloma inguinal como diagnóstico diferencial de hernia inguinal: desafío diagnóstico en cirugía. Rev Hispanoam Hernia. 2020;8(2):93-97

Abstract

Introduction: Angiogramuloma is a clinical entity that is framed in pyogenic granulomas, being described as benign vascular tumors of skin and mucous membranes in pregnant patients. Its treatment is surgical because it rarely resolves spontaneously. Because the literature on cases in the inguofemoral region is scarce, it is that a clinical case is presented.

Case report: A 32-year-old female patient underwent surgical intervention for diagnosis of inguofemoral hernia. A large friable, hyper vascularized lymph node mass was observed, with a cerebrospinal aspect that bled profusely. A biopsy was taken, which due to its morphological appearance was reported as angiogramuloma, being confirmed. later with immunohistochemistry.

Discussion: Angiogramuloma should not only be thought of as lesions at the level of the dermis and mucous membranes, but should also be included in differential diagnoses of an inguinal volume increase. Its definitive diagnosis is made through the biopsy study and its treatment is exeresis due to its friability and profuse bleeding.

Conclusion: Due to the prevalence of inguofemoral hernias, the doctors perform this diagnosis, until demonstrating otherwise in any increase in volume of this area, so, we consider important to disclose case to break this paradigm, and demonstrate the importance to perform differential diagnoses such as angiogramuloma.

Keywords:

Angiogramuloma, pyogenic granuloma, Inguinal tumor.

INTRODUCCIÓN

El angiogramuloma se describe como una entidad dentro de los granulomas piógenos (GP) que, a pesar de su nombre, no está relacionado con pus y no es un granuloma verdadero. El granuloma piógeno es un tumor vascular benigno de la piel y de las membranas mucosas, descrito por primera vez en 1844 por el inglés Hüllihen; el término «granuloma piógeno» fue dado por Hartzell en 1904¹. GP se presenta a cualquier edad, con mayor tendencia en niños y adultos jóvenes, aunque predomina en mujeres. El tratamiento quirúrgico suele ser necesario porque el GP rara vez se resuelve de forma espontánea y, a menudo, sangra repetida y profusamente. Su importancia, además, radica en que es uno de los diagnósticos diferenciales de metástasis de tumores malignos internos o melanomas amelanocíticos. La mayoría se describen en el embarazo o en la mucosa oral y nasal.

Se presenta este caso clínico porque no se conocen casos de esta entidad en la región inguinofemoral.

CASO CLÍNICO

Mujer de 32 años que fue sometida a una intervención quirúrgica por diagnóstico de hernia inguinofemoral compatible con aumento de volumen localizado en esa zona. Estaba en lista de espera desde hacía aproximadamente 13 meses y se contaba con

su consentimiento informado. Había sido derivada de policlínico periférico un año antes de su ingreso con diagnóstico de adenopatía en estudio, de donde se envió una ecografía de partes blandas (fig. 1) que mostraba gran adenopatía inguinal sensible a la palpación con exámenes de laboratorio normales.

Durante la operación se realiza incisión oblicua de Marrow (fig. 2) con disección de tejido celular. Se detecta tumoración que sobresalía por el orificio femoral, que, en un principio, hizo plantearse al cirujano que se trataba de una hernia femoral atascada complicada con trozo de epiplón irreductible y gran congestión venosa por atascamiento. Luego constató que sangraba fácil y profusamente al corte. Detectó una masa ganglionar hipervascularizada friable, de aspecto semejante a un cerebro, que quedó mejor expuesta al abrir el conducto inguinal y explorar el orificio femoral. Comprobó que esta masa se extendía hacia la cavidad peritoneal. Se descartó la presencia de hernias y se procedió a la toma de una biopsia incisional y a la posterior realización de una hemostasia.

Durante su estancia hospitalaria se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y de pelvis por medio de contraste para un mejor estudio de esa masa después de la intervención quirúrgica, en la que se describió: «Gran masa inguinal hipervascularizada izquierda de 5 × 3 × 8.7 cm de diámetros transverso, anteroposterior y cefalocaudal, respectivamente, sugere de adenopatía. Es imprescindible descartar foco infiltrativo subyacente» (fig. 3).

En el estudio de la biopsia, por su aspecto morfológico, se describió como angiogramuloma (figs. 4 y 5). Se realizó estudio



Figura 1. Imágenes de ecografía de partes blandas de región inguinal izquierda.



Figura 2. Cicatriz reciente posquirúrgica en región inguinal baja, lado izquierdo.

con aspecto de neoformación e índice de proliferación celular por Ki-67 en menos del 10 % de las células mesenquimáticas proliferantes y negativos para los anticuerpos anti actina músculo específica, anticuerpo antidesmina y anticuerpo antiproteína S-100 en células mesenquimáticas proliferantes, con lo que se ratifica el diagnóstico de angiogramuloma (fig. 6).

Con estos antecedentes se revisó la ficha clínica antigua en la que destacaban controles periódicos durante la primera mitad del año 2016 en policlínico de dermatología por verrugas genitales de predominio izquierdo, que fueron interpretadas como virus de papiloma humano, que se cauterizaron en forma local en 4 sesiones con tinción de ácido tricloroacético al 75% y electrofulguración con anestesia local.

Finalmente, se presentó a la reunión clínica del Servicio de Cirugía de nuestro hospital, donde se acordó realizar en forma electiva una reexploración y una extirpación previas al estudio con angio TAC para ver la relación de la masa tumoral con los grandes vasos vecinos. Se confirmó lesión masiforme en región inguinal superficial y profunda de 5.2, 3.7 y 10 cm en su diámetro anteroposterior, transverso y cefalocaudal, respectivamente, que se impregnaba de forma homogénea con el medio de contraste, sin infiltración ni adenopatías en planos vecinos (fig. 7).

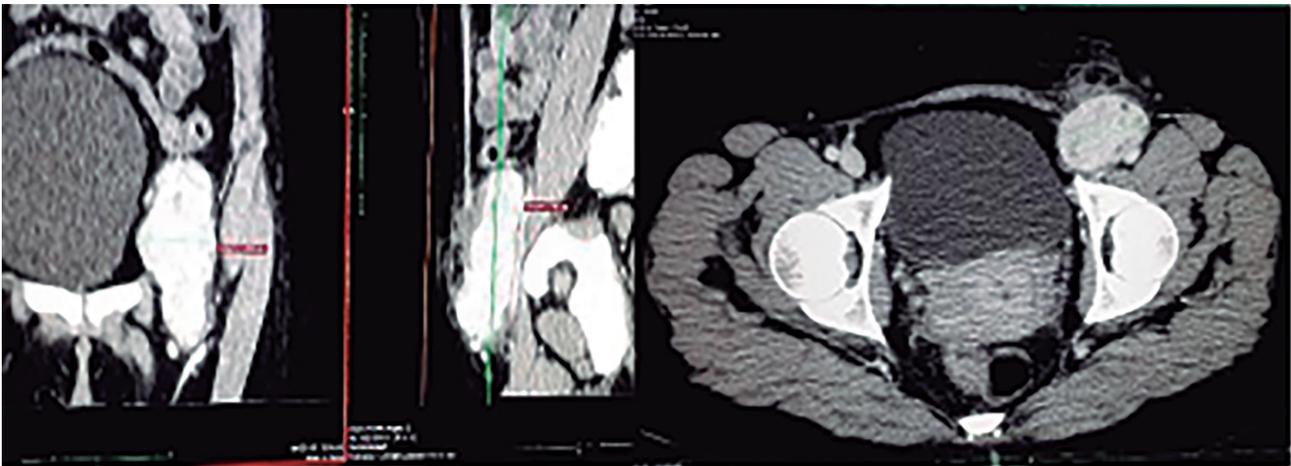


Figura 3. Cortes TAC de abdomen en los que se evidencia gran masa hipervascularizada inguinal que compromete planos profundos.

inmunohistoquímico, que corresponde a un grupo de técnicas de inmunotinción que permiten demostrar una variedad de antígenos presentes en las células o en los tejidos utilizando anticuerpos marcados. Estas técnicas se basan en la capacidad de los anticuerpos de unirse específicamente a los correspondientes antígenos. Esta reacción es visible solo si el anticuerpo está marcado con una sustancia que absorbe o emite luz o produce coloración.

En las técnicas de inmunoperoxidasa se utilizan como marcadores enzimas capaces de hacer cambiar de color un sustrato incoloro³. En este caso la enzima utilizada es la peroxidasa y el sustrato, la diaminobenzidina (color pardo o marrón). Con este estudio se demuestra la positividad para el anticuerpo antivimentina, el anticuerpo anti factor XIII en células mesenquimáticas proliferantes, el anticuerpo anti-CD34 en numerosos capilares sanguíneos

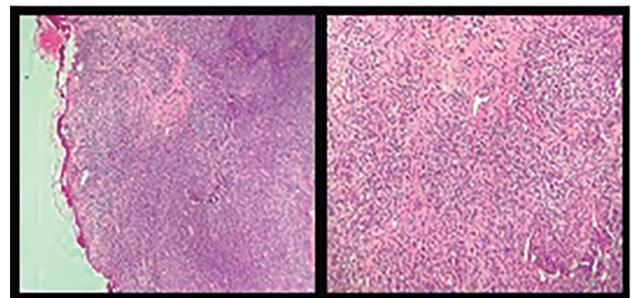


Figura 4. Cortes de biopsia incisional (aumento 5× y 10×) con tinción hematoxilina-eosina. Destaca la proliferación mesenquimática delimitada por cápsula de tejido conectivo estroma fibroso interpuesto.

DISCUSIÓN

El granuloma piógeno, también conocido como papiloma fibroendotelial, granuloma botriomicoma o granuloma pediculado telangiectásico, es una lesión hiperplásica inflamatoria ulcerada que aparece normalmente en la piel, habitualmente en los dedos de las manos y los pies (alrededor del lecho ungueal), los antebrazos, la cara y las mucosas oral y nasal⁴⁻⁵. A pesar de que inicialmente se

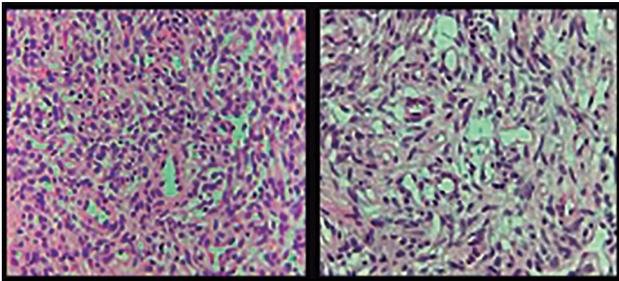


Figura 5. Biopsia aumento 40× en la que se evidencian zonas de proliferación vascular tipo capilar con revestimiento interno endotelial rodeadas por estroma fibroso.

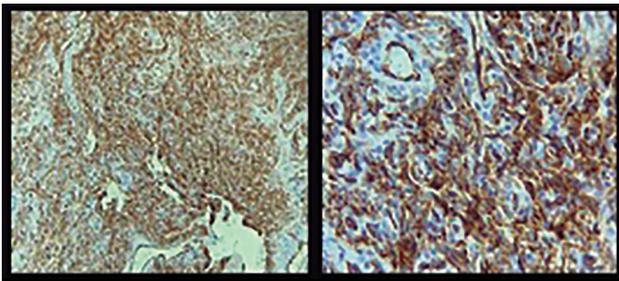


Figura 6. Visión general a distintos aumentos de inmunomarcaje positivo en membrana celular de intensidad fuerte para anticuerpos anti-CD34 en la proliferación neovascular.

describió como granuloma, en la actualidad no se considera adecuado, ya que la lesión no está constituida por un infiltrado granulomatoso. Tampoco sería piógeno, ya que no existe evidencia de la participación de agentes infecciosos tipo bacterias en su patogenia⁶.

Actualmente, las teorías apuntan hacia un proceso reactivo relacionado con numerosos factores que contribuyen a su desarrollo, como traumatismos, estímulo hormonal, infecciones virales, tratamiento con retinoides, picaduras de insectos, terapia con factor estimulante de colonias y agentes retrovirales como indaravir⁷. Dentro de esta entidad se enmarca el angiogranuloma, diagnóstico realizado a nuestra paciente, que ha sido descrito en la literatura en mujeres embarazadas en las mucosas oral y nasal.

Su sospecha diagnóstica se realiza al observar una pápula dérmica o a nivel de mucosas que se caracteriza por ser de crecimiento rápido, generalmente solitarias, lisas, de color rojo brillante, que a menudo se ulceran y sangran (palpación y sondaje); diagnóstico confirmado finalmente por análisis de biopsia⁸.

Al conocer el diagnóstico por el estudio de la biopsia, postulamos como el causante de angiogranuloma en nuestra paciente el sexo femenino, dados los niveles hormonales aumentados, asociado a trauma directo en la zona inguinal izquierda durante tratamiento de verrugas genitales.

Debido a su presentación atípica como un aumento del volumen en la región inguino femoral, a pesar del informe de una masa hipervascularizada informado en el estudio de imagen, su diagnóstico fue difícil, ya que no presentaba expresión dérmica como para haberse planteado en un principio su diagnóstico, sino que más bien fue confundido en primera instancia como adenopatía de región inguinal y posteriormente como hernia, por lo que fue necesario su abordaje quirúrgico, donde se observó lesión de características clínicas similares a las de un angiogranuloma. Se realizó biopsia y estudio inmunohistoquímico que confirmó diagnóstico.

Por lo tanto, el angiogranuloma no solo debe sospecharse en lesiones a nivel de dermis y de mucosas, sino que debe ser incluido dentro de diagnósticos diferenciales de un aumento de volumen inguinal. Es un desafío diagnóstico para cirujanos, sobre todo porque uno de sus diagnósticos diferenciales es la metástasis de tumores internos, como adenocarcinoma de recto o melanoma, lo que puede comprometer la vida del paciente⁹. El tratamiento de un angiogranuloma es su abordaje quirúrgico dada su friabilidad y sangrados profusos, por lo que nuestra paciente se postula a la reexploración y a la probable exéresis del tumor inguinal¹⁰.

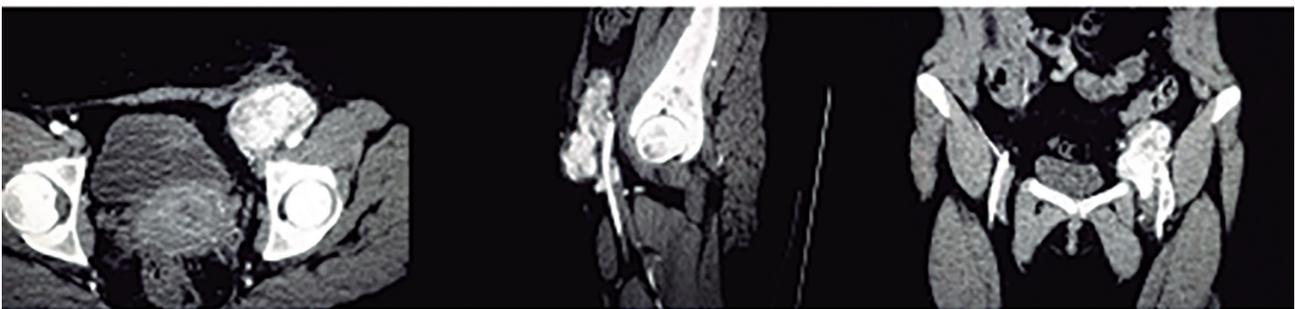


Figura 7. Angio TAC coronal/sagital/axial que muestra angiogranuloma por encima de la bifurcación de la arteria femoral común delante de paquete neurovascular femoral que comprime la vena femoral.

CONCLUSIÓN

Debido a lo prevalente de las hernias inguinofemorales, para gran parte de los médicos un aumento de volumen de partes blandas en esta zona es, hasta demostrar lo contrario, una hernia inguinal, sobre todo si es avalada por un estudio de imagen. Debido a este paradigma no hay que extrañarse, como en este caso, de que el cirujano de policlínico, frente al aumento de volumen inguinal y a pesar de tener el informe de una ecografía de partes blandas que no corroboraba el diagnóstico, insistiera en describirla en el examen físico del ingreso, plantease un diagnóstico de hernia inguinal y, sin dudarlo, pasara a la paciente a la lista de espera para realizar su hernioplastia electiva y fuera diagnosticada finalmente como masa inguinal compatible con angiogranuloma. Por ello consideramos que es necesario dar a conocer este caso, con el fin de demostrar la importancia de realizar diagnósticos diferenciales en un aumento de volumen inguinal, como lo son lipomas, endometriosis inguinal¹¹, linfogranulomas quísticos¹² o, como fue el diagnóstico de nuestra paciente, un angiogranuloma de presentación atípica, a pesar de ser menos frecuentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gayatri PD, Triveni MG, Gaidhankar S, et al. Angiogranuloma in pregnancy: A case series and mini review. *Int J Oral Health Sci.* 2016;6(1):30.
2. Gadea Rosa C, Cartagena Lay A, Cáceres la Torre A. Diagnóstico y tratamiento del granuloma piógeno oral: serie de casos. *Revista Odontológica Mexicana.* 2017;21(4):253-61.
3. Taylor CR, Kledzik G. Immunohistologic techniques in surgical pathology-a spectrum of "new" special stains. *Human Pathology.* 1981;12(7):590-6.
4. Concepción Recio L, Belmonte Caro R, Acosta Fera M, et al. Manejo del granuloma piógeno gigante. *Revista SECIB.* 2005;4:74-89.
5. Martins-Filho PRS, Piva MR, Da Silva LCF, et al. Aggressive pregnancy tumor (pyogenic granuloma) with extensive alveolar bone loss mimicking a malignant tumor: case report and review of literature. *Int J Morphol.* 2011;29(1):164-7.
6. Gil KR, Cáceres WO. Granuloma piogénico: un análisis retrospectivo de 176 casos. *Dermatología Venezolana.* 2015;53(2).
7. Durgun M, Selçuk CT, Özalp B, et al. Multiple disseminated pyogenic granuloma after second degree scald burn: a rare two case. *Int J Burns Trauma.* 2013;3(2):125-9.
8. Giblin AV, Clover AJP, Athanassopoulos A, Budny PG. Pyogenic granuloma-the quest for optimum treatment: audit of treatment of 408 cases. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2007;60(9):1030-5.
9. Torné J, Bonaut B, Sanz C, et al. Metástasis cutáneas de adenocarcinoma de recto con distribución herpetiforme. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2006;97(3):206-7.
10. Castillo Castillo A, Doncel Pérez C. Granuloma piógeno. Presentación de un caso. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2013;12(3):322-8.
11. Serrats VE, de Heredia EL, Portilla AG, et al. Linfangioma quístico inguinal: revisión de la literatura, a propósito de un caso. *Rev Hispanoam Hernia.* 2019;7(1):21-3.
12. Soriano MR, de Solórzano Aurusa FJO, de Andrés Asenjo B, et al. Endometriosis del conducto inguinal, una infrecuente causa de tumoración de la pared abdominal. *Rev Hispanoam Hernia.* 2018;6(3):137-40.