

11712
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

CORRELACION CLINICO PATOLOGICA EN GRANULOMA
PIOGENO EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA CENTRO MEDICO
LA RAZA DEL AÑO 1997-2003.

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN DERMATOLOGIA
P R E S E N T A :
DRA. RUTH ORALIA PARRA CERROS



Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico el
contenido de esta tesis.

NOMBRE: RUTH ORALIA
PARRA CERROS

FECHA: 1-OCT-2003

[Firma]

IMPRESO EN MEXICO



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS....

POR DEJARME CUMPLIR UN SUEÑO.

Dormí y soñé que la vida era gozar.

Desperté y comprendí que la vida era servir.

Serví y comprobé que vivir Sí es Gozar.

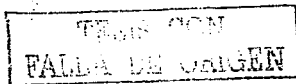
A MIS PADRES:

MAXIMO PARRA OCHOA E INES CERROS ALVIDREZ.

Por darme la vida, apoyo, confianza y amor.

A MI AMADO ESPOSO:

JOSE INES FERNANDEZ FAUDO. Por su tierno amor, compañía, apoyo y comprensión y a MI PEQUEÑO NIÑO: JOSE RAUL. Que son el motivo de mi vida y el impulso para mi superación.



A DOÑA INES:

Por su paciencia y apoyo, gracias

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS:

CRISTOBAL, MARCIA, KARINA. Por su compañía, y apoyo.

A MIS MAESTROS, GRACIAS.

DRA. MARIA MAGDALENA LOPEZ IBARRA

DRA. NANCY PULIDO DIAZ

DRA SILVIA HONDA FUJIMURA

DRA. BLANCA CARLOS

DRA. NORMA VIOLANTE MORLOKO

DRA. ALBA HERNANDEZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



DR. JESUS ARENAS OSUNA.

JEFE DE LA DIVISION DE ENSEÑANZA Y EDUCACION MEDICA.

DRA. MARIA MAGDALENA LOPEZ IBARRA

TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE LA ESPECIALIZACION.

DRA. RUTH ORALIA PARRA CERROS

RESIDENTE DEL 5TO AÑO DE DERMATOLOGIA

PROTOCOLO No. 2002-690-0190

TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN

TITULARES.

DRA. MARIA MAGDALENA LOPEZ IBARRA

**JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA". IMSS.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESORES:

DRA. MARIA MA. ZDALENA LOPEZ IBARRA

JEFE DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA

DR. VICTOR CRISTOBAL MENDOZA VAZQUEZ.

MEDICO INTERNISTA.

DR ANTONIO YSITA MORALES.

**SERVICIO DE ANATOMOPATOLOGIA.
DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL " LA RAZA ".**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE:

... RESUMEN

... INTRODUCCIÓN

... MATERIAL Y METODOS

... RESULTADOS

... DISCUSION

... CONCLUSIONES

... BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN:

Objetivos:

- Establecer la correlación clínico- patológica que existe entre granuloma piógeno y las entidades patológicas reportadas por este medio.

En la Consulta Externa del Servicio de Dermatología se estudiaron 61 pacientes, 30 femeninos y 31 masculinos con diagnóstico clínico de granuloma piógeno, desde el año 1997 al 2003, que tuvieron estudio histopatológico, para determinar la concordancia clínico - patológica.

Los resultados obtenidos de los 61 pacientes, 41 correspondieron a granuloma piógeno (67.2%), y 20 (32.7%) los diagnósticos diferenciales que en orden de frecuencia fueron: poroma ecríno en 4 casos (20%), hidradenoma nodular 2 carcinoma epidermoide 2 (10%), los restantes fueron quiste mixoide, metástasis de carcinoma renal de células claras, neurofibroma palmar, angioqueratoma, xantogranuloma juvenil, dermatofibroma, angiofibroma facial, queratosis seborreica, fibroxantoma atípico, hemangioma arterio-venoso, hemangioma cavernoso ulcerado y melanoma maligno, cada uno con un caso (5%) respectivamente.

No existe correlación clínico patológica en 20 pacientes, 13 hombres (65%) y mujeres 7 casos, las lesiones malignas fueron similares en ambos grupos (10%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las lesiones por granuloma piógeno tuvieron mayor tendencia a presentarse en mujeres con 23 casos (56.09%) en relación a hombres con 18 casos (43.9%). Siendo la presentación más frecuente en manos, en 15 casos (36.5%), 10 en mujeres (43.4%).

La correlación clínico patológica se encontro en 67%. Por lo que existe un 33 % de error clínico.

Para la certeza diagnostica del granuloma piógeno se requiere el estudio histopatológico ya que clinicamente es difícil por la existencia de una gran variedad de lesiones con las que pueden confundirse, siendo estas de mayor trascendencia clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABSTRACT:

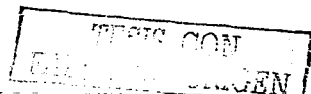
Objectives: Establish the clinical-pathologic correlation that exist between pyogenic granuloma and the diagnostic differential.

In the out patient dermatology service 61 patients were studied, 30 females and 31 males with clinical diagnostic of pyogenic granuloma, from 1997 to 2003, that had histopathologic study, to establish the clinico-pathologic concordance.

The results obtained from 61 patients 41 correspond with pyogenic granuloma (67.2%) and 20 (32.7%) the differential diagnostics in order of frequency: poroma eccrine in 4 cases (20%), nodular hidradenoma 2, epidermoid carcinoma 2 (10%), the rest were palm neurofibroma, angioqueratoma, juvenil xantogranuloma, dermatofibroma, facial angiofibroma, seborreic queratosis, atypic fibroxatoma, arterio-venous hemangioma, cavernous ulcerated hemangioma and malignant melanoma, each one with a single case (5%) respectively.

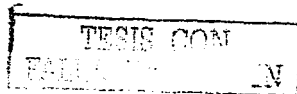
No clinical correlation exist clinical-pathologic in 20 patients, 13 males (65%) and 7 females. The malignant lesions were similar in both groups (10%).

The pyogenic granuloma lesions had a larger tendency to present in women 23 cases (56.09%) in relation to males 18 cases (43.9%), being the hands the more frequent presentation, in 15 cases (36.5%), 10 in women (43.4%).



The clinico-pathological correlation was found in 67%. thus, existing a 33% clinical error.

For diagnostic certainty of pyogenic granuloma the hystopatological study is required since clinically it's difficult because of the large variety of lesions that can be confusions . being this ones the greats in clinical trascendence.



INTRODUCCION:

El granuloma piógeno constituye una proliferación vascular adquirida, de origen reactivo, manifestándose como un tumor benigno, de aspecto nodular o papular formado de tejido de granulación, con crecimiento rápido, y que puede aparecer en el sitio donde se realizo un traumatismo previo, es de color rojo violáceo, sésil, pedunculado, que presenta hemorragia y se ulcera con facilidad..(1). Algunos lo consideran como un hemangioma.

Poncet y Dor en 1897 lo denominaron " Botriomicosis Humana ".

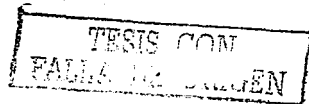
Su nombre derivó del concepto erróneo, que se originaba de un proceso infeccioso caracterizado por inflamación granulomatosa.

Hartzell en 1904 describió 4 casos, dándole la denominación inicial de granuloma piógeno.(2)

Es mas frecuente en niños y adultos jóvenes con presentación en mucosa nasal y oral(3),(17) en mujeres asociado al factor hormonal. (3),(14).

Los sitios de presentación más frecuentes sin estar en relación con la edad son manos, palmas, pliegues ungueales, antebrazos, cara, mucosa oral (18%), gingival (épulis gravidarum) en relación al estado gestacional, piel cabelluda, labios y lengua (38% y 15 % respectivamente).

Existen variantes del mismo, los llamados angiomas múltiples, que aparecen en zonas interescapular; La variedad subcutánea (profunda), con presentación en extremidades superiores, con lesiones satélites y recurrentes alrededor de la cicatriz quirúrgica después de la extirpación.(intervalos de aparición 4 a 20



semanas) , la intravascular de presentación en cuello, brazos y manos.(3),(4),(15),(18).weedon.

Y con aparición en malformaciones vasculares como: nevus flammeus, mancha en vino de oporto y los angiomas en araña.

Se han descrito formas eruptivas disseminadas, a veces con carácter paraneoplásico.

En relación a su etiopatogenia: el origen infeccioso ha sido descartado, es frecuente su presentación en áreas donde han sufrido traumatismos semanas antes, con pequeñas heridas penetrantes, aunque el paciente en la mayoría de las veces no lo recuerda.

Factores hormonales explican los que aparecen durante la etapa gestacional (épusis gravídico), y el uso de anticonceptivos orales que tienden a involucionar con el parto o la suspensión de estos últimos. (20)

Otra teoría es que representan fistulas arteriovenosas adquiridas, confirmándolo por medio de estudios inmunohistoquímicos donde refieren que el granuloma piógeno proviene de vasos y células endoteliales (factor VIII y ulex europaeus son positivos para las células endoteliales y vénulas).

El tratamiento con retinoides sistémicos en pacientes con acné o psoriasis.

CUADRO CLINICO:

Se caracteriza por neoformación habitualmente única, semiesférica sésil, o esférica pedunculada, de color rojo-violáceo o negrozco; blanda o firme, crecen rápidamente, en semanas (promedio 15-20 días) posteriormente a un traumatismo. Con tamaño 0.5 a 4 cm de diámetro, promedio 1.1 cm. Presentan hemorragia con facilidad ante mínimo traumatismo, por lo que suele estar cubierta de costra melicérica o melicericosanguíneas, rodeada en su base por un

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

collarete epidérmico. Se asienta en piel y mucosas. con predilección por los dedos de las manos, cara, labios, mucosa gingival y nasal. En las uñas produce levantamiento y distrofia. El tiempo aproximado de consulta especializada es de 15 días a 1 mes.(4) .

Por estudio histopatológico, la lesión típica es una masa polipoide de tejido angiomaso que protuye por encima de la piel circundante, a menudo la base ésta cercada por un collarete de epidermis acantósica, son frecuentes las erosiones superficiales. simulando en estos momentos un tejido de granulación por la reacción inflamatoria.

El tejido angiomaso se dispone en masas o lóbulos discretos que recuerdas el hemangioma capilar de ahí su nombre, se encuentra rodeado de tejido mixoide que contiene células conectivas estrelladas y fusiformes ocasionalmente mastocitos. Consta de una red de capilares dilatados y grupo de ovillos vasculares poco permeables, actividad mitótica variable..Puede haber focos de hiperplasia endotelial papilar intravascular y de células endoteliales epiteliales. Si la extirpación es profunda, es posible observar una arteria y venas que ascienden desde el tejido subcutáneo a través de la dermis para entrar por la base de la lesión.

Los granulomas piógenos subcutáneos y intravasculares son semejantes(5). (18),(23). Pero sin respuesta inflamatoria.

Los estudios inmunohistoquímicos revelan marcaje positivos de las células endoteliales para ARF

VIII. aglutinina 1 del Ulex europaeus y vimentina.(6),(21),(22)

El diagnostico es clínico. Sin embargo es recomendada la realización de estudio histopatológico. por la similitud con otras entidades clínicas de mayor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

trascendencia, tanto desde el punto de vista: evolutiva como pronostica que ponen en riesgo la vida del paciente, así tenemos las de origen Maligno: (Melanoma maligno amelanico, epitelomas espinocelular, Carcinoma basocelular, tumores metastásicos(7), (8), (14), poroma ecrino maligno)(9).

Benignos (tumor glómico nevo de spitz, quiste mucoso, exostosis subungueal, hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia, hemangioma arterio-venoso(15). Angioma en ovillo(10).

Infecciosas (sarcoma de Kaposi, angiomatosis bacilar, verruga peruana).

Las asociadas a enfermedades sistémicas (hemangioma glomeruloide marcador cutáneo del síndrome POEMS :

caracterizado clínicamente por P: polineuropatía sensorial periférica, papiledema); O: organomegalia (hepatoesplenomegalia, linfadenopatía) E: endocrinopatías (impotencia, ginecomastia, amenorrea, intolerancia a la glucosa, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal). M: proteína M (paraproteinemia, mieloma osteosclerótico, plasmocitosis medular), S: cambios de la piel (hiperpigmentación, hipertrichosis, hiperhidrosis, cambios esclerodermoides, hemangiomas glomeruloides)(11),(24),(25).

El tratamiento, se realiza por medio de la extirpación quirúrgica que debe englobar el pedículo angiomaso profundo para evitar recidivas.

La criocirugía, láser y curetaje con electrocuagulación asocian recidivas frecuentes.

Los diagnósticos diferenciales con los que más frecuentemente se debe tener en consideración son:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA ESPINOCELULAR:

Es una proliferación maligna de los queratinocitos epidérmicos , (estrato espinoso) con capacidad infiltrante destructora, y de diseminación linfática y hemática. Son las neoplasias cutáneas malignas más frecuentes, posteriormente del epiteloma basocelular. Representa 20% de los tumores epiteliales malignos, y con tendencia metastásica generalmente deriva de una lesión precursora con anomalías parciales o in situ. Existen factores etiológicos:

Radiaciones UVB y UVA ,

papiloma virus.

Carcinógenos químicos = arsénico, hidrocarburos, tabaco.

Cicatrices, procesos infecciosos e inflamatorios crónicos: quemaduras, úlceras, hidrosadenitis supurativa, lupus discoide, liquen plano, osteomielitis, lupus vulgar.

Enfermedades genéticas, inmunosupresión.

Su clasificación clínica:

- 1.- Intraepidérmicos: Enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat.**
- 2.- Invasores localizados: Cuerno cutáneo, ulcerado, ulcerovegetante, cupuliforme, verrucoso.**
- 3.- Penetrantes y destructores.**

Datos histopatológicos:

El carcinoma de células escamosas típico está formado por nido de células epiteliales escamosas originadas de la epidermis y que se extienden a la dermis. Estas células tienen un citoplasma eosinofílico extenso y un núcleo grande. Con una queratinización central variable y formación de perlas córneas dependiendo de la diferenciación del tumor

- TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CARCINOMA BASOCELULAR:

Tumor epitelial maligno de la piel que se origina en las células basales de la epidermis y sus anexos. Con malignidad limitada por su crecimiento lento y por su excepcional capacidad de producir metástasis.

No se le conoce lesión precursora. Cuenta con ciclo celular de las células malignas de 217 horas, con una fase de síntesis del doble de un queratinocito normal.

Son los tumores cutáneos más frecuentes, 60% de todos los tumores de la piel. Tres veces más frecuente que el carcinoma espinocelular. No afecta a mucosas dermopapilares.

Las posibilidades de padecer un CBC durante toda la vida es de 11% - 28%, a partir de los 45 años aumenta la incidencia de 2 a tres veces y más en hombres. Afecta áreas de la piel expuestas a la luz solar. Y corresponde a 90 % al igual que el carcinoma espinocelular de todos los tumores malignos de la piel.

Su localización más frecuente es en sitios expuestos al sol, y en piel cabelluda así como cuello corresponde a 80%. En 15% se desarrolla en hombros, espalda y pecho.

La clasificación clínica:

1.- Carcinomas basocelulares planos:

- ... Superficial eritematoide
- ... Pagetoide
- ... Esclerodermiforme o morfeiforme

2.- Perlados:

- ... Simples

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ... Ulcerados
- ... Cicatriciales
- ... Úlcero-Cicatriciales
- ... Úlcero-vegetantes

3.- Tumor fibroepitelial de Pinkus

Datos Histopatológicos:

Se componen de islotes de nidos de células basaloides , con agrupamiento de células en la periferia , así como disposición aleatoria de éstas en el centro de los islotes. Las células tumorales presentan un núcleo hiper cromático con citoplasma pequeño, mal definido. Existen figuras mitóticas a veces atípicas, y numero alto de células tumorales apoptóticas.

MELANOMA MALIGNO AMELANICO:

Es una consecuencia de transformación maligna de los melanocitos, generalmente localizados en la epidermis, la dermis, o el epitelio mucoso; de melanocitos alterados denominados células névicas en ciertas lesiones precursoras, ejemplo: nevos congénitos o displásicos.

Su incidencia va en aumento, con promedios de 4-8%. Con una tasa de mortalidad de 2.5 y 1.3 por año para hombres y mujeres respectivamente. Actualmente es responsable de 1% de muertes por cáncer.

Existen variantes clínicas con las cuales debe realizarse diagnóstico clínico diferencial con el granuloma piógeno como el tipo nódular variedad amelanica,

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

que presentan una coloración marrón oscuro, o azul oscuro, pediculados que aparecen en cualquier parte del cuerpo.

Existen factores de riesgo para el desarrollo del melanoma maligno:

1.- Nevus melanocíticos congénitos

2.- Nevus melanocíticos adquiridos

3.- Nevus atípicos

4.- Efélides

5.- Herencia: 8-12 % son de tipo familiar.

6.- Fenotipo

7.- Factores hormonales y embarazo

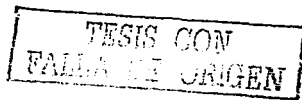
8.- Factores inmunológicos : Pacientes postransplantados, procesos linfoproliferativos, tumores del S:N:C, cáncer de endometrio y colon.

9.- Factores ambientales.

TUMOR GLOMICO:

Tumor solitario acral relacionado con el segmento arteriolar del glomus cutáneo (Suquet-hoyer), es de color azul violáceo, de 2-6 mm de diámetro, y doloroso, puede ser múltiple. En algunos casos se ha relacionado con herencia autosómica dominante. Cuenta con presentación solitaria generalmente subungueal (45%).

Se han considerado variablemente como hamartomas. Generalmente se localizan en piel, sin embargo se han encontrado en tejidos blandos profundos, hueso,



vagina, traquea, lengua, tracto gastrointestinal, cavidad oral, cavidad nasal, en venas y nervios cutáneos.

Datos Histopatológicos:

Es un tumor dérmico bien circunscrito o encapsulado, que se puede extender al tejido subcutáneo.

Se compone de agregados sólidos de células glómicas que rodean a vasos poco llamativos. Las células glómicas son regulares, circulares, con citoplasma eosinófilo y coloración oscura alrededor del núcleo oval.

QUISTE MUCOSO:

Se presenta en forma de nódulo quístico tenso, solitario, en forma de cúpula, brillante en el dorso de los dedos, normalmente en la unión de la interfalange distal afectando ocasionalmente la uña, se presentan en personas de edad mediana y avanzada en mujeres delgadas tienen predisposición.

Datos Histopatológicos:

Existe una cavidad dérmica desprovista de epitelio, con una pared de tejido conectivo mostrando áreas de cambio mixoide (seudoquiste).

POROMA ECRINO.

Es un tumor derivado del acrosiringio de las glándulas sudoríparas, se presenta como un nódulo exofítico solitario rosado o rojizo, generalmente en la piel de palmas y plantas, sin embargo lo podemos encontrar en las extremidades inferiores, las manos y cualquier sitio donde estén las glándulas. Pueden existir lesiones múltiples (poromatosis ecrina) raros.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Datos Histopatológicos:

Esta compuesto de cordones y columnas anchas de células basaloideas uniformes que se extienden hacia la dermis desde la superficie profunda de la epidermis. ocasionalmente se observan ductus y quistes dentro de las columnas tumorales. El estroma es muy vascularizado con vasos telangiectásicos.

POROMA ECRINO MALIGNO:

Es un tumor que aparece en todas las edades, ligero predominio por edad avanzada, con localización acral.

Se presentan clínicamente como placas verrucosas o formaciones polipoideas que sangran con mínimo golpe. Puede existir recidivas locales y metástasis a los ganglios regionales.

Datos Histopatológicos:

El componente intraepitelial se compone de nidos e islotes de pequeñas células basaloideas, muy diferenciadas de los queratinocitos adyacentes. Cordones anastomóticos y columnas sólidas y nidos de células grandes se extienden hacia el interior de la dermis ha diferentes niveles..

NEVO DE SPITZ:

Nevo de células epitelioides, o fusiformes, o ambas, melanoma maligno juvenil. Es una neoplasia benigna crónica, frecuente en niños, generalmente única y localizada a extremidades, cara, es una neoformación hemisférica, eritematosa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Puede observarse desde el nacimiento hasta el octavo decenio de la vida, casi siempre antes de los 20 años, constituye 1 a 10% de los nevos en los niños, 15 a 65% se presenta en la adolescencia y adultos, con leve predominio en mujeres.

Clinicamente es una pápula o nódulo rosado o color carne, de menos de 1 cm de diámetro.

Datos Histopatológicos:

La mayoría de los nevos son de tipo compuesto, en 5% al 10% son de la unión, 20% son lesiones intradérmicas, existen criterios histológicos mayores como: simetría. El tipo de célula: epiteloide y/o células fusiformes. Maduración de las células, ausencia de extensión pagetoide de algunos melanocitos.

Coalescencia de cuerpos de Kamino rosados pálidos.

Los criterios menores: Hendidura de la unión, Células multinucleadas, inflamación perivascular, ausencia de pleomorfismo nuclear, no hay mitosis atípicas profundas.

EXOSTOSIS SUBUNGEAL:

Exostosis de Dupuytren.

Es un crecimiento óseo y fibrocartilaginoso benigno, causado a menudo por traumatismos, localizado en la falange distal, primer dedo del pie (80%) levanta la lamina ungueal y la deforma.

Predomina en mujeres en el tercer y cuarto decenio de la vida, y clínicamente corresponde a una tumoración firme, unilateral, solitaria, sésil o pediculada de 0.5 cm de diámetro, de color rosa o pigmentada, dolorosa, crecimiento lento.

Datos histopatológicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existe acantosis e hiperqueratosis ortoqueratósica ; hay una capa fibrocartilaginosa proliferante que se une a un hueso trabecular maduro. Inicialmente hay producción de mucopolisacáridos y material osteoide, seguido de acumulación de sustancia condroide y osteoide con celularidad abundante.

ANGIOMATOSIS BACILAR:

El agente etiológico es *Rochalimaea henselae*, bacilo gram negativo, que se ha asociado a otras entidades como: enfermedad por arañazo de gato, fiebre recidivante con bacteriemia, peliosis hepática .

La angiomatosis bacilar se presenta en pacientes inmunocomprometidos (HIV), se caracteriza por la formación de tumores vasculares, similares a los granulomas piógenos o al sarcoma de Kaposi.

La transmisión se realiza por medio de soluciones de continuidad de piel.

Clínicamente las lesiones son pápulas o nódulos de color rojo violáceo en forma de cúpula , con tamaño que varían de 2 a 3 cm. Pueden ser solitarias o numerosas más de 100 y raras más de 1000.

Posteriormente de la diseminación linfática y hematogena , se producen masas tisulares blandas, con compromiso medular óseo, linfadenopatías, esplenomegalia y hepatomegalia

Datos Histopatológicos:

Las lesiones superficiales constituidas por vasos que rodean un estroma edematoso. Las lesiones profundas son más celulares y compactas. Las células están revestidas por células endoteliales epitelioides hinchadas. Hay un infiltrado inflamatorio con linfocitos, histiocitos, predominando neutrófilos.

Los microorganismos se observan como grupos de material anfófilo cerca de los neutrófilos son demostrados por tinción de Warthin-Starry.

SARCOMA DE KAPOSI:

Es un tumor multifocal derivado del endotelio, en EU es 20.000 veces más frecuente entre las personas con HIV que en la población en general, y 300 veces en otros inmunosuprimidos.

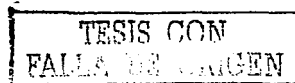
El 95% de los SK asociados con HIV, se presentan en pacientes homosexuales y bisexuales, y un 9% son consumidores de drogas intravenosas (3%). La incidencia de SK ha disminuido en la actualidad de 40% a 20%.

Existen varios factores que contribuyen a la etiología y patogenia de SK: Predisposición genética y agentes infecciosos, factores hormonales, nerviosos y vasculares, efectos carcinógenos sobre los tejidos vasculares, así como el estado del sistema inmune.

Los síntomas más frecuentes corresponden a la deformidad estética causada por las lesiones nodulares y el edema. Ocasionalmente se ulceran y tienden a ser muy dolorosas. Las lesiones corresponden a máculas y pápulas eritematosas asintomáticas, a menudo con halo amarillo verdoso, van aumentando de tamaño para convertirse en nódulos o placas violáceas en meses o años ovaladas o fusiformes, las más antiguas se encuentran hiperqueratósicas.

Datos Histopatológicos:

En la dermis hay una proliferación de canales vasculares irregulares, en ocasiones dentados, que rodean a los vasos sanguíneos preexistentes en algunas áreas. La



proliferación vascular también se presenta entre las bandas de colágeno y los anexos. Los vasos son de paredes finas y recubiertos por células endoteliales hinchadas. En la dermis existen eritrocitos extravasados y depósitos de hemosiderina.

Hay una proliferación de células fusiformes entrelazadas, infiltrado de células de predominio linfocitos y células plasmáticas.

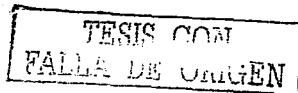
VERRUGA PERUANA:

El agente causal es un cocobacilo gramnegativo flagelado móvil *Bartonella Bacilliformis*, que son introducidos a pacientes susceptibles por la picadura de moscas flebotómicas infectadas, apareciendo posteriormente en las células del reticuloendotelio y al adheridas a los eritrocitos los hace frágiles, contribuyendo a la anemia característica. Se encuentra en los valles de los Andes en Sudamérica. Particularmente en Colombia, Ecuador, Perú.

El periodo de incubación es de 19-30 días. Manifestándose con fiebre intermitente, mialgias, mal estado en general, cefalea, alteraciones gastrointestinales, y anemia hemolítica. Las lesiones dermatológicas consisten en máculas y pápulas eritematosas de tipo miliar en cara y extremidades, las lesiones sangran con facilidad y pueden ulcerarse. Otra de las lesiones son nódulos redondos, blandos, hemangiomas, subcutáneos con un tamaño hasta de 1-2 cm.

Datos Histopatológicos:

Las lesiones superficiales consisten en proliferación vascular de tipo capilar, infiltrado inflamatorio de linfocitos y células plasmáticas.



Las células tumorales son grandes y epitelioides, grupo de estas están rodeadas de una red de reticulina. Frecuentemente existe mitosis.

El microorganismo causante no se observa al microscopio óptico, solo mediante estudio ultraestructural de localización extracelular.

HEMANGIOMA GLOMERULOIDE:

Chaz y colaboradores acuñaron este término para designar a un tumor vascular benigno característico, considerado como un marcador cutáneo del síndrome de POEMS.

POEMS: es un trastorno multisistémico caracterizado por polineuropatía (neuropatía sensorial periférica, papiledema), organomegalia (hepatoesplenomegalia, linfadenopatía), endocrinopatía

(impotencia, ginecomastia, amenorrea, intolerancia a la glucosa, hipotiroidismo, insuficiencia adrenal), proteína M (paraproteinemia, mieloma osteosclerótico, plasmocitosis medular) y cambios de la piel (hiperpigmentación, hipertrichosis, cambios esclerodermoides y hemangiomas).

Los tumores vasculares son múltiples erupciones pápulares de color rojo o púrpura, diseminados en el tronco o extremidades.

Datos Histopatológicos:

Los espacios vasculares dérmicos dilatados, se encuentran rellenos de agregados de pequeños vasos en " granos de uva " similares a las estructuras del glomérulo renal, entre estos pequeños vasos hay células abombadas de células endoteliales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio ambispectivo, observacional, transversal y descriptivo para determinar la correlación clínico- patológica en pacientes con granuloma piógeno vistos en el servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional " La Raza " durante el periodo de junio de 1997 a Mayo de 2003.

Para ello se elaboró una hoja de registro para vaciamiento de datos de los pacientes con lesiones cutáneas compatibles con granuloma piógeno.

Incluyendo: Nombre, edad, sexo, No de afiliación, topografía y aspectos morfológicos de la lesión, evolución, diagnostico clínico inicial, reporte histopatológico, numero de biopsia y observaciones (si era mujer, estado gestacional, y/o consumo de anticonceptivos) consumo o no de otros fármacos involucrados, antecedentes de cáncer, o traumatismos previos, así como tratamiento en caso de haber recibido alguno.

El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva..

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACIÓN

RESULTADOS:

Se estudiaron 61 pacientes con diagnóstico clínico de granuloma piógeno, en los años comprendidos desde 1997 hasta 2003, en la Consulta Externa del Servicio de Dermatología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza".

Correspondiendo al sexo femenino 30 y al sexo masculino 31, con un rango de edad desde los 3 meses hasta 80 años, con promedio de 45 años.

Correspondiendo de todos los casos a 41 con granuloma piógeno y 20 a los diagnósticos diferenciales, de estos, 4 casos son malignos y 16 benignos.

Encontrando que según la distribución por edad, las neoplasias malignas se presentaron en pacientes mayores de 46 años, siendo así 1 caso de melanoma maligno en edades de 46 a 60 años, 2 casos de Carcinoma epidermoide a los 61 años y más, y metástasis de carcinoma de células renales en 61 años y más.

Los resultados histopatológicos de los pacientes con impresión diagnóstica clínica de granuloma piógeno correspondieron a 67% la discordancia clínica se presentó en 33%.

Los estudios histopatológicos de pacientes con discrepancia clínico patológico clasificados como malignos y benignos fueron 20% y 80% respectivamente.

Los diagnósticos histopatológicos no compatibles con granuloma piógeno correspondieron en 20% a poroma ecrino, hemangiomas 10%, hidradenoma nodular 10%, Carcinoma epidermoide 10%, y el resto con un caso cada uno (5%): quiste mixoide, neurofibroma palmar, metástasis de carcinoma renal de células claras, melanoma maligno, angioqueratoma, xantogranuloma juvenil,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

dermatofibroma, angiofibroma facial, queratosis seborreica y fibroxantoma atípico.

La distribución por edad de los de los pacientes con diagnóstico histopatológico diferente al granuloma piógeno correspondieron como sigue: poroma eccrino en mayores de 46 años, lesiones benignas en menores de 46 años, las lesiones malignas iniciaron de los 46 años en adelante (ca epidermoide, melanoma maligno, metástasis de células renales de los 60 años en adelante).

De acuerdo a la distribución por sexo el granuloma piógeno se presentó en 56.09% en mujeres, 43.9% en hombres, y los diagnósticos diferenciales fueron en mujeres 35 %, y en hombres 65 %.

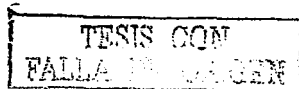
La correlación clínico histopatológica de los granulomas piógenos en hombres fue de 58.06% , y para los no granulomas piógenos correspondió a 42%.

En mujeres la correlación fue de 77% para granuloma piógeno y en relación a los diagnósticos diferenciales de granuloma piógeno de 23%.

Los diagnósticos histopatológicos en hombres correspondieron a 2 lesiones malignas en mayores de 61 años, de las lesiones benignas fueron 4 en mayores de 61 años, 2 en mayores de 46 años, 1 en la edad de 31 a 45 años, 3 en el grupo de edad de 16 a 30 años, 1 en el grupo de 5 a 15 años y las lesiones por granuloma piógeno correspondieron a 5 en mayores de 61 años, 5 en 31 a 45 años, 4 de los 46 a 60 años y 4 de los 16 a 30 años.

La correlación clínico patológica en hombres de los 61 años en adelante fue de 45% para granuloma piógeno, 36% otras benignas, y 19% para las malignas.

La correlación clínico patológica en mujeres el granuloma piógeno predominó en las edades de 46 a 60 años, las enfermedades malignas fueron mayores en los grupos de edad de 46 años en adelante.



En el grupo de mujeres mayores de 46 años, la correlación clínico patológica fue de 11% para lesiones malignas, 22 % otras lesiones benignas y 67% fueron granuloma piógeno.

La topografía en ambos casos predominó en manos seguidas de cabeza y cara, siendo del 43.4% de localización en manos en el sexo femenino, y sólo en el 27% en hombres.

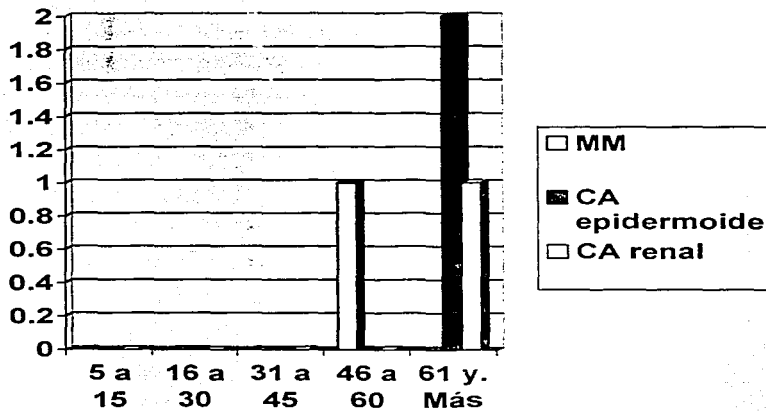
Las lesiones a nivel supraumbilical fueron más frecuentes para malignas como benignas.

Se presentaron 33 casos de granuloma piógeno (81%) a nivel supraumbilical.

En pacientes mayores de 60 años con lesiones supraumbilicales, se debe sospechar además del granuloma piógeno, lesiones malignas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico
Distribución por edad de neoplasias malignas



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

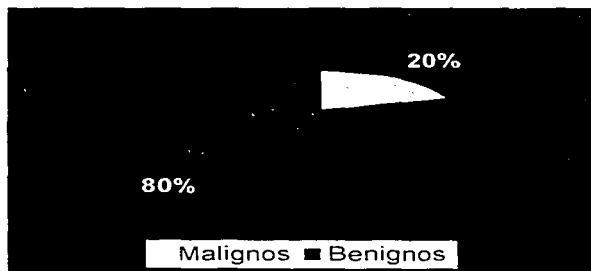
Grafico 1

Resultados de los estudios histopatológicos de pacientes con impresión diagnóstica clínica de granuloma piógeno



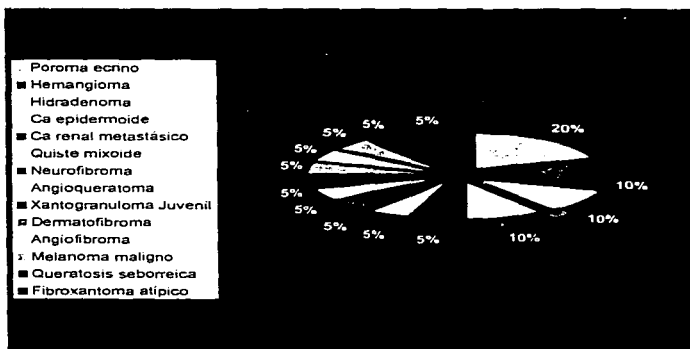
Gráfico 2.

Estudios histopatológicos de pacientes con discrepancia clínico patológica clasificados como malignos y benignos.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

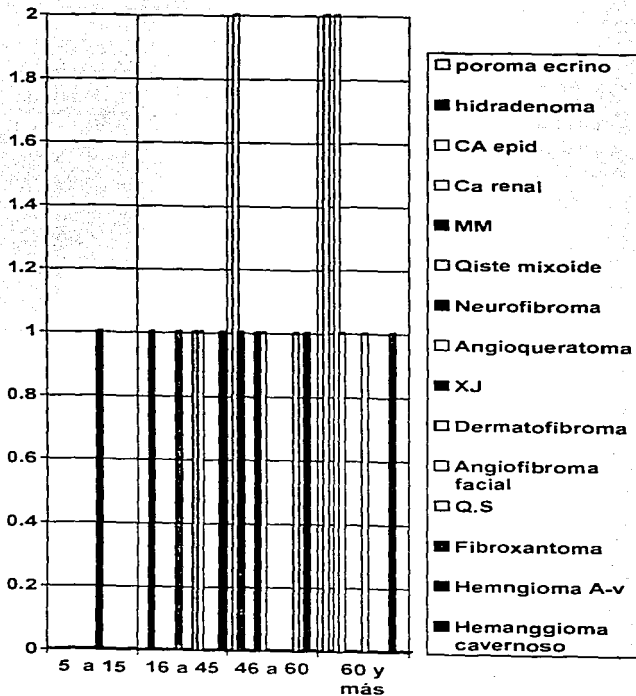
Gráfico 3
Diagnósticos histopatológicos no compatibles con granuloma piógeno



TESIS CON
 FALLA EN EL
 JURY

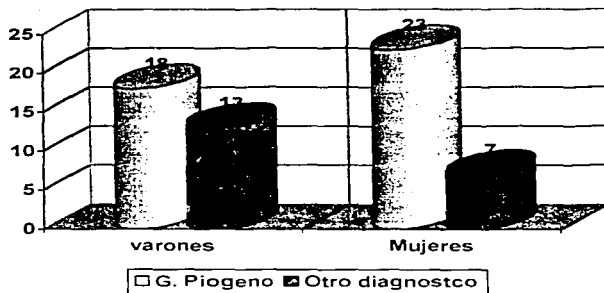
Gráfico 4

Distribución por edad de los pacientes con diagnósticos histopatológicos diferentes a granuloma piógeno



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico 5
Distribución por sexo



TESIS CON
FALLA DE VIRGEN

Gráfico 6

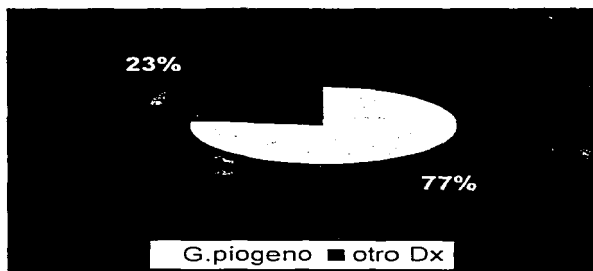
Correlación clínico histopatológica de granuloma piógeno en hombres



TESIS CON
EVALUACIÓN

Gráfico 7

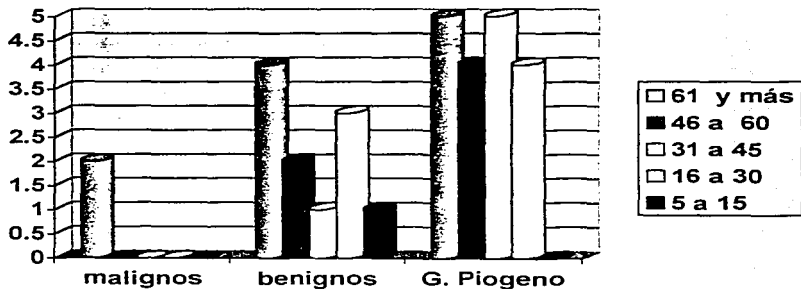
Correlación clínico histopatológica de granuloma piógeno en mujeres



TESIS COMPLETADA
FALLA 1988

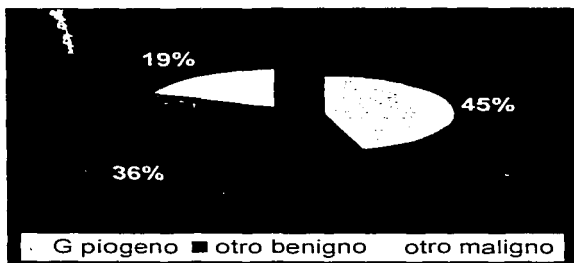
Gráfico 8

Diagnóstico histopatológicos en hombres.



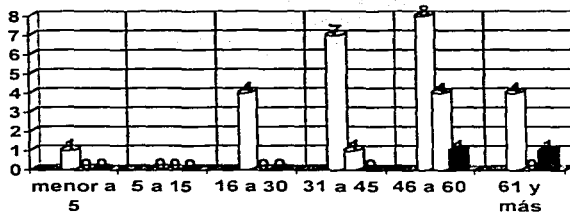
TESIS CON
FALLA

Gráfico 9
Correlación clínico patológica en hombres de 61 y más años.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico 10
Correlación clínico patológica en mujeres

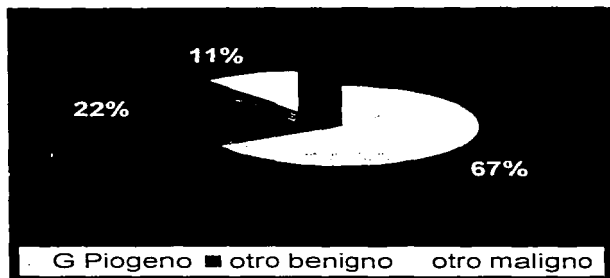


■ Columnas 3D 2 □ G. Piogeno □ otro benigno ■ otro maligno

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Gráfico 11

Correlación clínico patológica en mujeres de más de 46 años.



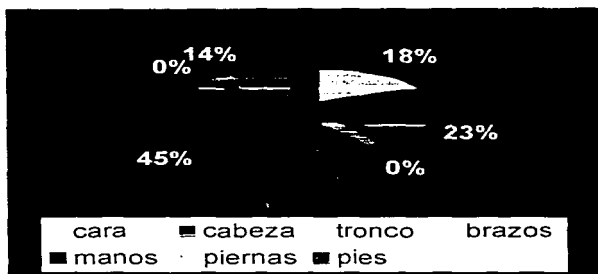
TESIS CON
FALLA DE URGEN

Tabla 2
Pacientes con discrepancia entre el diagnóstico clínico e
histopatológico

NOMBRE	AFILIACION	LOCALIZACION	DIAGNOSTICO
Cruz Rico Ana	0160375706	Ala nasal izquierda	Queratosis seborreica
Muñoz Claudia	9287694547	cabeza	Hemangioma cavern
Arreguin Ramon	0144201214	cabeza	Carcinoma epidermo
Flores Javier	0162412496	Pie	Hemangioma A-V
Martinez Candelaria	0164465038	cara	Hidradenoma
Flores Gonzalo	0147310929	Pie	Poroma cerino
Ruiz Quiroz Pedro	0153380553	abdomen	Fibrosantoma atipic
Gutierrez Emma	0797420020	Pie derecho	Melanoma Maligno
Cano Corral Edgar	0177609430	Nariz	Angiofibroma
Valencia Victor	0145260173	Pie	Dermatofibroma
Escobedo Antonio	0165361686	Pie	Poroma Cerino
Cosio Luis Alberto	9288570095	cabeza	Nantogranuloma Juv
Abundis Alvarado R	4286610784	mano	Ca epidermoide
Romero Peña Jose	0152231082	Pabellon auricular	Angioqueratoma
De la Fuente Eduard	2094740043	Palma mano	neurofibroma
Vallejo Vallejo Jose	0679850454	Brazo derecho	Hidradenoma nodula
Sanchez Margarita	9094771450	Rodilla	Poroma cerino
Machuca Arellano G	3292400079	Pie	Poroma cerino
Morales Jorge	1165472628	Mano (dedo)	Quiste mixoide
Reyes Gutierrez R	0158271107	Brazo derecho	Metastasis Ca renal

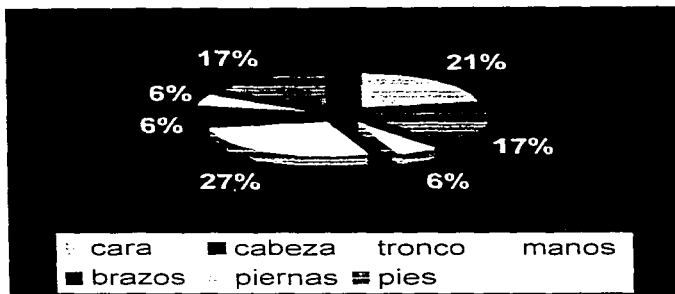
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico 13
Topografía del granuloma piógeno en mujeres



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

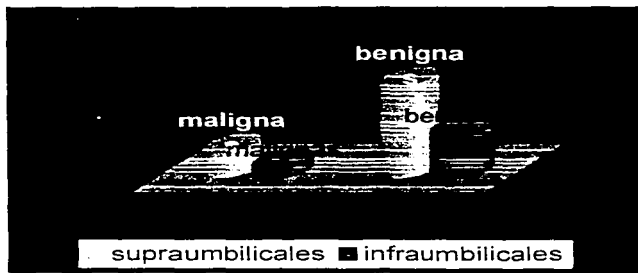
Gráfico 14
Topografía del granuloma piógeno en hombres



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Gráfico 15

Topografía de las lesiones benignas y malignas no granuloma piógeno



TESIS CON
ESTAS TESIS NO SALI
DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN:

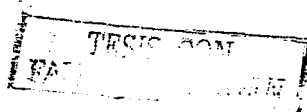
El granuloma piógeno es una lesión de regular motivo de consulta ocupando, aproximadamente 15 casos nuevos por año en la Consulta Externa del Servicio de Dermatología, enviando a estudio histopatológico del 10 al 15% de las lesiones.

Se estudiaron 61 pacientes, de los cuales 31 fueron hombres (50.8%) y 30 mujeres (49.18%).

Se observó una correlación clínico patológica del 67% y una discordancia del 33%. Fueron 41 pacientes con diagnóstico histopatológico de Granuloma Piógeno, de los cuales, 23 casos fueron mujeres (56.09%), y 18 casos fueron hombres (43.9%). Se reporta que no hay predominancia por sexo, y afecta a cualquier edad a diferencia de lo reportado en la literatura, quienes comentan su máxima presentación en la segunda década de la vida (14).

Dentro del grupo de mujeres con granuloma piógeno, se encuentra el 60% en las edades de 31 a 60 años, incluyendo dos mujeres embarazadas, además de un paciente de 3 meses de edad, esto pudiera explicar el efecto hormonal (estrógenos). Sin embargo las lesiones que se encuentran a nivel de mucosas son las que más se han relacionado a efecto hormonal ya que es aquí donde se encuentra el mayor porcentaje de receptores para estrógenos (26,27)

La correlación clínico patológica en mujeres con granuloma piógeno fue de 77%, y una discordancia de lesiones no granuloma piógeno del 23%. En hombres la correlación fue de 58.06% con una discordancia del 42%.



Se encontraron 20 pacientes con lesiones no granuloma piógeno . de los cuales 7 fueron mujeres (35%), dos casos con lesiones malignas : un melanoma maligno y un carcinoma epidermoide. En hombres fueron 13 casos (65%) los diagnóstico diferencial que incluyeron dos casos malignos: un carcinoma epidermoide y una metástasis de carcinoma renal de células claras, ambas en el grupo de edad mayor a 60 años y con localización supraumbilical, por lo que en pacientes de la edad extrema y con lesiones por arriba de la cintura pélvica se debe sospechar otro diagnóstico clínico además del granuloma piógeno, ya que las lesiones metastásicas de colón, próstata y principalmente de riñón se observan a nivel de cara, cuello tronco y extremidades

Lo referido en la literatura de lesiones metastásicas son de 0.7 % a 9 % Siendo en orden de frecuencia los sitios de mayor índice de dar metástasis el cáncer de pulmón (24%), intestino delgado (19%), carcinoma de células escamosas de la cavidad oral (12%) riñón (6%), estomago (6%), esófago (3%), sarcoma (3%), páncreas (2%), próstata (1%). En mujeres es primero mama (69%), intestino delgado (9%), melanoma (5%), pulmón, ovario (4%), cerviz (2%).(7).

En el caso de metástasis por carcinoma de células renales aparece 10 años después del cáncer inicial siendo el sitio de presentación más común en cara y cuello, en tronco y extremidades.

La correlación por edad para granuloma piógeno en mujeres fue del 67% en mayores de 46 años, y sólo del 45 % en hombres .a diferencia de lo comentado en la literatura que en pacientes mayores de 39 años la prevalencia de presentación es la misma (3)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

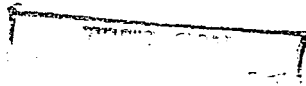
De las lesiones diferenciales, el 80% correspondió a lesiones benignas y el 20% a malignas. De las lesiones benignas, la lesión que se presentó más frecuentemente fue el Poroma Ecrino con 4 casos (20%), en edades de 46 años en adelante. Lo referido en la literatura es en la 7ma década de la vida hidroadenoma nodular, hemangioma con 2 casos cada uno (10%). Por lo que en nuestro estudio debemos tomar en cuenta esta lesión benigna que aparece sobre todo en extremidades inferiores y con mayor tiempo de evolución, en nuestro estudio correspondió hasta de 1 año a diferencia del granuloma piógeno que el tiempo promedio de acudir a consulta después de que aparece la lesión es de 15 días. de igual forma se comenta en la literatura (4,9) por lo que se debe alertar a todos los dermatólogos sobre los diagnósticos diferenciales, ya que esta lesión benigna de porma ecrino se puede confundir con lesiones pigmentadas como melanoma maligno, por la presencia de pigmento en un 25%.

Las lesiones benignas se presentaron en pacientes menores de 60 años, no así las malignas las cuales lo hicieron en personas de más de 60 años.

Una correlación clínico patológica por edad para granuloma piógeno muestra que en hombres mayores de 60 años es de 45%, y para otras lesiones benignas del 36%, para malignas del 19%.

La misma correlación clínico patológica en granuloma piógeno muestra para mujeres un 67% en el grupo de edad de 46 a 60 años, para otras lesiones benignas un 22%, y para las malignas un 11%.

La topografía de las lesiones predominó en ambos sexos en las manos en 15 casos (36.5%), 10 en mujeres (43.4%), seguido de cabeza en 23%, cara con 18% y pies en un 14%. como se reporta en la literatura donde han observado la misma topografía (4).



Ya que se encontró una correlación clínico patológica del 67%. se justifica realizar la extirpación quirúrgica completa en toda aquella lesión que se sospeche sea un granuloma piógeno, ya que existen gran cantidad de lesiones que se incluyen en el diagnóstico diferencial, y algunas de las cuales tienen mayor trascendencia clínica.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES:

1.- La concordancia clínica histológica del Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza" en pacientes con diagnostico clínico de granuloma piógeno fue de 67 % sin tomar en cuenta la intervención al azar.

2.- De los pacientes con discrepancia 20% fueron malignos y 80% benignos. por lo que a pesar de lo fácil que pudiera ser el diagnostico clínico aun sigue habiendo gran tendencia al error diagnostico. por lo que debemos de estudiar más a fondo los posibles diagnósticos diferenciales que nos permitan preservar la funcionalidad del miembro afectado y en casos extremo la vida del paciente.

3.- El diagnostico histopatológico no granuloma piógeno más frecuente fue poroma ecrico.

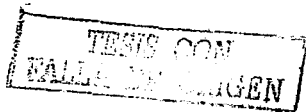
4.- Los pacientes mayores de 60 años tienen mayor probabilidad de presentar lesiones malignas que el resto de pacientes.

5.- Hay mayor discrepancia clínico patológica en varones: 42 %, que en mujeres sin intervención al azar, para mujeres fue de 23%.

6.- Los hombres mayores de 61 años tienen mas posibilidades que su lesión no sea granuloma piógeno a que si lo sea en un 55%. o mas posibilidades que exista discrepancia clínico patológica con 19 % de posibilidades que sea maligna.

7.- Mientras en las mujeres la concordancia es mayor , después de los 46 años también aumenta la incidencia de neoplasias malignas en 11%.

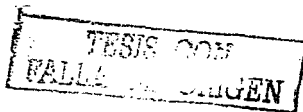
8.- En nuestro estudio las lesiones malignas se presentaron en personas mayores de 60 años. con tendencia a la porción superior del tronco. sin antecedentes previos de traumatismo ni lesión previa por lo que se debe realizar un escrutinio



de estudios para descartar en aquellos posibles casos de lesiones no características de granuloma piógeno la posibilidad de un tumor oculto.

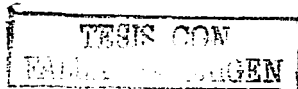
9.- La incidencia de granuloma piógeno en el grupo de edad de menos de 30 años es igual para hombres y mujeres, pero incrementando notablemente en las mujeres en los grupos de edad de los 31 a 60 años, para nuevamente equilibrarse en mayores de 61 años.

10.- Es necesario realizar estudio histopatológico en todos aquellos pacientes en que se tenga impresión diagnóstica de granuloma piógeno, ya que existe hasta un 33% de que no lo sea, debiéndose descartar la presencia de lesiones malignas principalmente en pacientes mayores de 46 años, cuya frecuencia es de 6.5 % aproximadamente.



BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Dermatología Atlas diagnóstico y tratamiento. Arenas R. 2da edición.2000. Interamericana; 267-69.
- 2.- Dermatología en medicina general. Fitzpatrick T, Eisen A, Wolff K, Freedberg I. 4ta edición; 1997, Panamericana;1290-92.
- 3.- Mills E. S, Cooper P.H, Fechner R.E. Lobular capillary hemangioma:The underling lesion of pyogenic granuloma.The American journal of surgical pathology 1980;4:471-79.
- 4.- Strohal R, MD, Gillitzer R, Zonzits E, Stingl G. Localized Vs generalized pyogenic granuloma.Arch Dermatol 1991;127:856-61.
- 5.- Skin Pathology . Weedon D, Strutton G. Marbán. 2002:821-49.
- 6.- Qian Li Hua, Hui Y-Z. Intravenous Pyogenic Granuloma: Immunohistochemical consideration A case Report. Vascular Surgery 2001; 35:315-19.
- 7.- Schwartz RA. Cutaneous metastatic disease. Journal of the American Academy of Dermatology 1995; 33:161-73.
- 8.- Requena L, Sanguenza OP.Cutaneous vascular proliferations.Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. Journal of the American Academy of Dermatology 1997;37:887-919.
- 9.- Moore TO, Orman HL, Oman SK, Helm KF..Poromas of the head and neck .Journal of the American Academy of Dermatology2001;44:48-52.



- 10.- Garzon MC, Enjolras O, Frieden IJ. Vascular tumors and vascular malformations: Evidence for an association. *Journal of the Academy of Dermatology* 2000;42:275-9.
- 11.- Norwood OT, Everett Ma. Cardiac failure due to endocrine dependent hemangiomas. *Arch Dermatol* 1964;89: 59-76.
- 12.- Vélez A, Fuentes C, Belinchon I. Granuloma piógeno recidivante con múltiples lesiones satélites. *Actas Dermat Sif.* 1990 : 81 :29.
- 13.- Requena R, Sanguenza OP. Cutaneous vascular anomalies. Part I. Hamartomas, malformations, and dilatation of preexisting vessels. *Journal of the American Academy of Dermatology* 1997;37:523-49.
- 14.- Harris M.N, Desai R, Chuang T-Y, Hood A.F, Mirowski G.W. Lobular capillary hemangiomas: An epidemiologic report, with emphasis on cutaneous lesions. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2000;42:1012-6.
- 15.- Leboit PE. Lobular capillary proliferation: the underlying process in diverse benign cutaneous vascular neoplasms and reactive conditions. *Semin Dermatol* 1989;8:298-310.
- 16.- Kerr DA. Granuloma pyogenicum. *Oral surgery* 1951: 4: 158-76.
- 17.- Leyden JL, Master GH. Oral Cavity pyogenic granuloma. *Arch Dermatol* 1973;108:226-28.
- 18.- Nappi O, Wick MR. Disseminated lobular capillary hemangioma (pyogenic granuloma). A Clinicopathologic study of two cases. *AM J. Dermatopathol* 1986;8:379-85.
- 19.- Warner J, Wilson E. Pyogenic granuloma recurring whit multiple satellites. A report of 11 cases. *BRJ Dermatol* 1968;80:218-27.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 20.- Mossalli NG., Hopps RM, Johnson NW. Oral pyogenic granuloma as complication of pregnancy and the use of hormonal contraceptives. Int J Gynaecol Obstet 1976;14:187-91.
- 21.- Weyers W, Alles JV. Immunocytochemistry of eruptive hemangiomas (pyogenic granulomas) clinic exp Dermatol 1991;16:411-15.
- 22.- Davis M.G, Barton SP, Atai F, Marks R. The abnormal dermis in pyogenic granuloma.Histochemical and ultrastructural observations. J AM. Academy of Dermatol 1980;2:132-42.
- 23.- Cooper PH, MC Allister HA. Intravenous pyogenic granuloma. A Study of 18 cases. AM J. Surgpathol 1979;3:221-28.
- 24.- Kanitakis J, Roger H, Soubrier M. Cutaneous angiomas in POEMS syndrome. An ultrastructural and immunohistochemical study. Arch Dermatol 1988;124:695-98.
- 25.- Rongioletti F, Gambini C, Lerza R. Glomeruloid hemangioma a cutaneous marker of POEMS syndrome. AM J Dermatopathol 1994; 16:175-78.
- 26.- Angelopoulos AP.Pyogenic granuloma of the oral cavity:statistical analysis of its clinical features.JOral Surg 1971;29:840-7.
- 27.- Whitaker SB, Bouquot JE, Alimario AE, Whitaker Jr TJ.Identification and semiquantification of estrogen and progesterone receptors in pyogenic granulomas of pregnancy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994;78:755-60

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN