



## Granuloma aséptico facial idiopático

Blanca Sánchez Galindo<sup>a</sup>, Silvia Manso Córdoba<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MIR-Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zona VIII. Albacete. España • <sup>b</sup>MIR-Dermatología. Hospital General Universitario de Albacete. Albacete. España.

Publicado en Internet:  
22-noviembre-2022

Blanca Sánchez Galindo:  
bblankasan@gmail.com

### Resumen

#### Palabras clave:

- Granuloma aséptico facial idiopático
- Nódulo facial

El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) se caracteriza por la aparición de un nódulo rojizo indoloro en la región facial y es exclusivo de la edad pediátrica. Se localiza habitualmente en la mejilla. La resolución de estas lesiones suele ser de forma espontánea en meses y curan sin dejar cicatriz o con cicatriz mínima. Su etiología es desconocida. El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque en ocasiones se pueden emplear pruebas complementarias como la ecografía. Esta patología presenta un curso clínico crónico pero benigno con resolución espontánea, por lo que en estos casos se prefiere una actitud expectante.

### Idiopathic facial aseptic granuloma

### Abstract

#### Key words:

- Facial nodule
- Idiopathic facial aseptic granuloma

Idiopathic facial aseptic granuloma (IFAG) is characterized by the appearance of a painless reddish nodule in the facial region and is exclusive to children. It is usually located on the cheek. The resolution of these lesions is usually spontaneous in months and they heal without leaving a scar or with minimal scarring. Its etiology is unknown. The diagnosis is fundamentally clinical, although sometimes complementary tests such as ultrasound can be used. This pathology presents a chronic but benign clinical course with spontaneous resolution, so in these cases a wait-and-see approach is preferred.

## INTRODUCCIÓN

El granuloma aséptico facial idiopático (GAFI) es una entidad caracterizada por la aparición de un nódulo rojizo indoloro en la región facial que se presenta exclusivamente en la edad pediátrica<sup>1</sup>. Clínicamente se presenta como un nódulo firme, duro o elástico, eritematoso o violáceo, indoloro y frío al tacto, localizado generalmente en las mejillas<sup>2</sup>. Frecuentemente, estas lesiones aparecen en la mejilla dentro de un triángulo delineado por la

comisura labial, el lóbulo de la oreja y el borde orbitario inferior. Estas lesiones tienden a resolverse de forma espontánea y normalmente curan sin dejar cicatriz o con cicatrización mínima en meses. No se han descrito factores de riesgo que puedan predisponer al desarrollo de esta lesión<sup>3</sup>. La etiología de esta lesión es desconocida. Una de las hipótesis más aceptadas sobre el origen del GAFI propone que se trata de una forma de rosácea infantil, basada en los hallazgos histológicos compatibles y su frecuente asociación con el chalazión y otras le-

Cómo citar este artículo: Sánchez Galindo B, Manso Córdoba S. Granuloma aséptico facial idiopático. Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;24:397-400.

siones de la rosácea ocular<sup>4</sup>. Esta patología presenta un curso clínico crónico pero benigno con tendencia a la resolución espontánea en menos de un año, por lo que en estos casos es preferible una actitud expectante con el fin de evitar tratamientos farmacológicos o quirúrgicos innecesarios<sup>5</sup>.

## CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 4 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a la consulta de su centro de salud por una lesión en mejilla derecha totalmente asintomática de varios meses de evolución, no relacionada con traumatismo previo. Inicialmente se decidió tratamiento antibiótico durante 1 semana con persistencia de la lesión.

En el examen físico, se observa un nódulo eritematoso de 1 cm de diámetro, de consistencia elástica, móvil, indoloro, no pruriginoso y frío al tacto en mejilla derecha (Fig. 1). El paciente presentaba buen estado general, afebril, sin observarse en el examen físico otras lesiones ni adenopatías.

Se solicitó una ecografía de partes blandas, que mostró una lesión nodular circunscrita hipocogénica de 6,9 x 2,2 mm a nivel dérmico bien delimitada, sin calcificaciones, con algún flujo vascular periférico (Fig. 2).

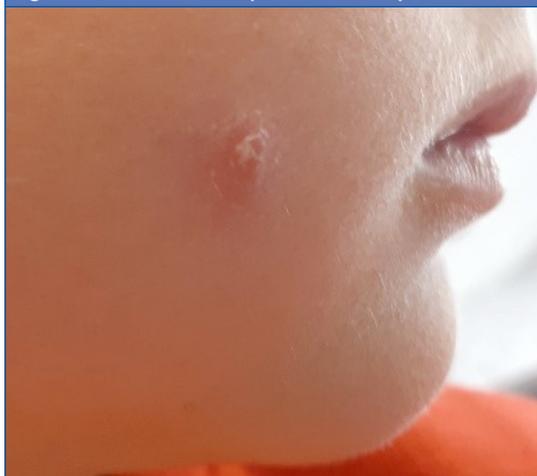
Dadas las características clínicas y radiológicas de la lesión, se realizó el diagnóstico de granuloma aséptico facial idiopático.

Por tanto, al encontrarse el paciente asintomático y tratarse de una lesión que suele resolverse de forma espontánea, se decidió manejo expectante.

## DISCUSIÓN

El granuloma aséptico facial idiopático suele producirse en niños de entre 8 meses y 13 años de edad. Se caracteriza por la aparición de un nódulo eritemato-violáceo que suele localizarse en una zona de la mejilla en forma de triángulo delimitada por el lóbulo de la oreja, la comisura labial y el borde orbitario inferior<sup>6</sup>. Las lesiones son asinto-

Figura 1. Granuloma aséptico facial idiopático

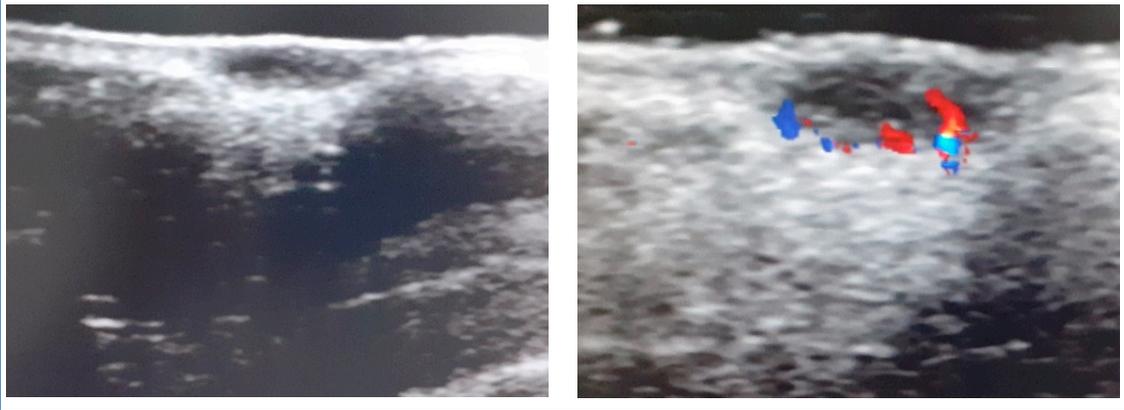


máticas, generalmente únicas, con una consistencia blanda o elástica y de un tamaño variable (entre 3 y 30 mm)<sup>1</sup>. Suelen confundirse con abscesos infecciosos, por lo que los pacientes son tratados erróneamente con antibióticos, sin obtener ninguna respuesta<sup>2</sup>.

En la dermatoscopia se puede observar una lesión de fondo eritematoso con vasos sanguíneos lineales no ramificados, con un halo perifolicular blanquecino y tapones foliculares. Si bien estos hallazgos son orientadores, no son exclusivos de esta patología<sup>1</sup>.

La patogenia de esta lesión no está clara y existen varias hipótesis. Una de ellas propone una posible reacción granulomatosa a restos embrionarios de la dermis, y otra más reciente sugiere que pertenece al espectro de la rosácea, como demostró un estudio en el que se observó que el 42,1% de los pacientes acababa desarrollando al menos dos signos clínicos de rosácea<sup>7</sup>. Otras teorías relacionan esta lesión con una picadura o trauma mínimo<sup>2</sup>. No se han observado factores predisponentes ni existe evidencia de infecciones, dado que los estudios microbiológicos realizados han resultado negativos y dada la falta de respuesta al tratamiento antibiótico<sup>8</sup>.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque pruebas complementarias como la ecografía y la biopsia cutánea pueden sugerirlo o confirmarlo<sup>2</sup>.

**Figura 2. Imágenes ecográficas: lesión nodular hipocogénica, sin calcificaciones y con flujo vascular periférico**

En la ecografía de la lesión se observa una lesión hipocogica sólida ovalada bien delimitada que afecta a la dermis, con un eje mayor paralelo a la superficie cutánea sin depósitos de calcio en su interior<sup>6,9</sup>. Rodríguez *et al.*<sup>5</sup> plantea que el GAFI tiene un patrón ecográfico característico según su momento evolutivo. En la fase activa aparece un aumento del flujo sanguíneo peri o intralesional y ecogenicidad aumentada de la hipodermis, mientras que en la fase de involución disminuye el grosor y la vascularización de la lesión.

La biopsia no suele ser necesaria para el diagnóstico, aunque se puede emplear en caso de duda. En el estudio histopatológico del GAFI, los hallazgos son similares a los observados en la rosácea granulomatosa, como perifoliculitis granulomatosa, folliculitis, linfocitos, histiocitos y células gigantes<sup>7</sup>.

El diagnóstico diferencial de esta lesión incluye tumores benignos como pilomatrixomas, quistes dermoides y epidermoides, chalaziones, infecciones bacterianas y micobacterianas, granulomas a cuerpo extraño, acné nódulo-quístico, enfermedad de Rosai Dorfman, linfocitoma cutis y malformaciones vasculares como hemangiomas<sup>3</sup>.

Los niños con GAFI presentan un mayor riesgo de desarrollar rosácea, particularmente rosácea ocular. En la misma línea, un estudio prospectivo mul-

ticéntrico realizado en 38 niños con GAFI reveló que 16 de ellos (42,1%) tenían al menos dos signos clínicos de rosácea, siendo los más comunes el enrojecimiento y la papulo-pústulas<sup>6</sup>.

Aunque el curso clínico del GAFI suele ser crónico, lo más frecuente es la resolución espontánea de las lesiones en menos de un año, por lo que habitualmente no suele precisar tratamiento<sup>4</sup>.

Existen casos con respuesta al uso de tratamiento antibiótico, sistémico o local, aunque su uso es controvertido. Así, se han descrito casos con mejoría tras la administración de metronidazol oral y claritromicina oral<sup>1</sup>.

Se han descrito casos en los que el drenaje y la resección quirúrgica de los nódulos ha mostrado ser útil. Sin embargo, esta opción no es recomendable de primera línea debido al riesgo de secuelas faciales posquirúrgicas y al alto porcentaje de casos con resolución espontánea<sup>10</sup>.

#### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

#### ABREVIATURAS

**GAFI:** granuloma aséptico facial idiopático.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Hasbún C, Ortega I, Dossi T, Wortsman X. Granuloma aséptico facial idiopático: revisión actualizada de las dificultades diagnósticas y terapéuticas. *Actas Dermosifiliogr.* 2019;110:637-41.
2. Garais JA, Bonetto VN, Frontino I, Salduna MD, Ruiz A. Granuloma aséptico facial idiopático. A propósito de un caso. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117:e56-e58.
3. Garraway C, Huynh T, Brodell RT, Nahar VK. Idiopathic aseptic facial granuloma. *Skin.* 2021;5:538-41.
4. Miconi F, Principi N, Cassiani I, Celi F, Crispoldi R, Russo A, et al. A cheek nodule in a child: be aware of idiopathic facial aseptic granuloma and its differential diagnosis. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16:2471.
5. 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.
6. Orion C, Sfecci A, Tisseau I, Darrieus I, 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.
7. Pérez Fuertes E, Carrera Polanco M, Jiménez Esteban B, Argüelles Bustillo B. Granuloma aséptico facial idiopático: ¿sabemos diagnosticarlo? *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2020;22:39-41.
8. Vázquez I, Álvarez CC, Rodríguez I, Rodríguez E. Granuloma aséptico facial idiopático. Utilidades de la ecografía cutánea. *Actas Dermosifiliogr.* 2017;108:266-8.
9. Docampo Simón A, Sánchez-Pujol MJ, Schneller-Pavelescu I, Berbegal I, Betlloch Mas I. Granuloma aséptico facial idiopático: características clinicopatológicas y ecográficas. *An Pediatr (Barc).* 2020;92:297-9.
10. Zitelli K, Sheil A, Fleck R, Schwentker A, Lucky A. Idiopathic facial aseptic granuloma: Review of an evolving clinical entity. *Pediatr Dermatol.* 2015;32:e136-9.