

## CARTA AL DIRECTOR

### Granuloma *fissuratum*: entidad desconocida pero fácilmente identificable



### Granuloma *fissuratum*: A little known, but easily identifiable, entity

Presentamos el caso de una mujer de 54 años que acudió a consulta por 2 placas eritematosas y dolorosas, que estaban localizadas de forma simétrica a ambos lados de la raíz nasal, adyacentes al canto interno del ojo. Las lesiones habían aparecido 5 meses antes de la consulta, y habían aumentado de tamaño ligeramente (fig. 1A). En la exploración física se observaron 2 placas sobreelevadas, eritematosas, bien delimitadas, irregulares, con una superficie pseudovesiculosa en ambas caras laterales de la raíz nasal. Las lesiones eran muy dolorosas a la palpación. La placa izquierda era de menor tamaño que la contralateral. La paciente negaba traumatismos o lesiones similares en otra localización.

El estudio histológico demostró acantosis significativa, hiperqueratosis, una capa granulosa prominente y elongación leve de las crestas epidérmicas. No se observaron

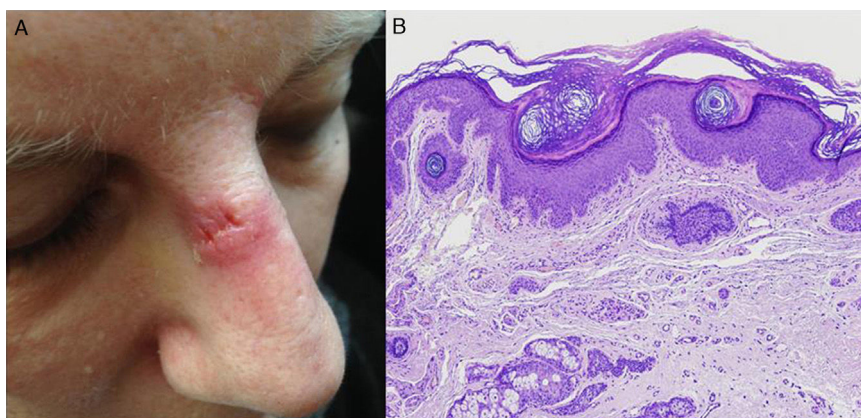
atipias. La dermis mostraba fibrosis leve y dilatación de pequeños vasos con linfocitos perivasculares aislados (fig. 1B).

A pesar de que la paciente inicialmente negaba traumatismo en dicha localización, debido a los hallazgos clínicos e histológicos se hizo hincapié en la historia clínica. Descubrimos que solía utilizar unas gafas con montura gruesa y cristales más o menos pesados durante la mayor parte del día. No había cambiado de gafas desde hacía varios años. Las lesiones coincidían exactamente con la zona donde apoyaba el soporte nasal de las gafas.

Se estableció, por tanto, el diagnóstico de granuloma *fissuratum*.

Esta entidad, descrita por primera vez en 1932 por Sutton<sup>1</sup>, se considera una reacción epidérmica benigna como consecuencia de una presión mantenida o un traumatismo constante producidos por diferentes mecanismos en función de su localización<sup>2</sup>. Uno de los sitios más típicos es la afectación de la mucosa oral en pacientes portadores de dentaduras, pero puede ocurrir en el pliegue retroauricular de los pabellones auditivos o en el puente nasal debido al uso de gafas<sup>3</sup>.

El diagnóstico se establece fundamentalmente en función de los hallazgos clínicos, por lo que es necesario insistir



**Figura 1** A) La paciente presentaba una placa indurada y dolorosa, claramente visible a primera vista en la parte derecho de la base de la nariz. B) El estudio histológico mostró acantosis e hiperqueratosis. Se pueden observar en la imagen las elongaciones de las crestas epidérmicas (H&E  $\times$ 100).

y observar bien al paciente para poder encontrar la causa más probable. Cuando existan dudas, la biopsia confirmará la sospecha clínica.

Es necesario, no obstante, establecer un diagnóstico diferencial con otras entidades que pueden manifestarse de forma similar como algunas micobacterias o enfermedades autoinmunes. Es frecuente que simulen tumores cutáneos como los epitelomas basocelulares, por eso su conocimiento y la historia clínica favorable, evitará biopsias innecesarias al paciente.

La mayoría de los casos regresan a los pocos meses si cesa el traumatismo. En el caso de que el uso continuado de gafas sea el motivo subyacente, será necesario o bien sustituirlas por otras de menor peso o bien recomendar el uso de lentillas. Si a pesar de estas medidas la lesión persiste podría intentarse el uso de corticoides intralesionales o bien, la escisión total de la lesión.

Por tanto, presentamos un caso de *granuloma fissuratum*, entidad infradiagnosticada con gran frecuencia, y cuyo conocimiento permitirá evitar biopsias y sufrimientos innecesarios para el paciente.

## Bibliografía

1. Sutton RL. A fissured granulomatous lesion of the upper labio-alveolar fold. *Arch Derm Syph.* 1932;26:425.
2. Farrell WJ, Wilson JW. *Granuloma fissuratum* of the nose. *Arch Dermatol.* 1968;97:34–7.
3. Sohl S, Treudler R, Gebhardt C, Harth W, Helbig D, Simon JC. Brownish plaques on both sides of the nose. *Hautarzt.* 2008;59:1008–10.

M. Castellanos-González<sup>a,\*</sup> y A. Santos-Briz<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Dermatología y Venereología, Hospital del Sureste, Arganda del Rey, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maria.castellanos.gonzalez@gmail.com](mailto:maria.castellanos.gonzalez@gmail.com)  
(M. Castellanos-González).