

Caso clínico

Hemangioma verrugoso

Beatriz Cortéz Carmona,* José Alberto Ramos-Garibay,** Angélica Manríquez Reyes***

RESUMEN

El hemangioma verrugoso es una malformación vascular congénita, poco común y habitualmente localizada. Predomina en las extremidades inferiores, inicialmente tiene aspecto macular, rojiza o rojo-azulada, de crecimiento proporcional al resto del cuerpo, con el tiempo adquiere un aspecto verrugoso. No involuciona espontáneamente. El tratamiento de elección es quirúrgico, sin embargo se presenta recidiva hasta en un 30% de los casos. Comunicamos el caso de una paciente de 10 años de edad, quien recibió tratamiento quirúrgico.

Palabras clave: Hemangioma verrugoso, malformación vascular, linfangioma.

ABSTRACT

Verrucous haemangiomas are uncommon, localized vascular malformations, usually involve the lower extremities; present at birth, usually have stain-like appearance and proportionate growth, gradually acquire a warty surface. They fail to regress spontaneously. The treatment of choice is surgical, but it has been reported recurrence in 30% of the cases. We present a case in a 10 year old-patient, who received surgical treatment.

Key words: Verrucous haemangioma, vascular malformation, lymphangioma.

INTRODUCCIÓN

El hemangioma verrugoso es una malformación vascular congénita, poco común, habitualmente localizada. Predomina en las extremidades inferiores,¹ inicialmente tiene aspecto macular, rojiza o rojo-azulada, con el tiempo adquiere un aspecto verrugoso, característica que define el cuadro clínico.²

En 1937, Halter utilizó el término «hemangioma verrugoso» por primera vez, para describir el caso de un niño de 16 años con un grupo de placas lineales, purpúricas, que se extendían desde el glúteo derecho a los dedos del pie.^{3,4} Loria et al, definieron esta entidad en 1958. Imperial y Helwig en 1967 le denominan «hemangioma verrugoso», diferenciándolo del angioqueratoma y sus variantes.¹

No hay diferencia de presentación entre ambos sexos. Son lesiones unilaterales y en más del 80% de los casos se presentan en miembros inferiores,² aunque se han comunicado en otras regiones corporales, como el glándula.⁵ Pueden tener una configuración circunscrita, serpinginosa o lineal.^{2,6} Se extiende lentamente, proceso durante el cual pueden aparecer lesiones satélite,³ las cuales son características.⁷ Son frecuentes los episodios de sangrado. Ocasionalmente, los pacientes se quejan de dolor.²

El diagnóstico definitivo es histopatológico, hay acantosis, papilomatosis e hiperqueratosis.^{3,4} Las luces vasculares dilatadas, con paredes finas; en algunas ocasiones entremezcladas con fibras de colágeno, glándulas ecrinas y otras estructuras preexistentes; en otras, forman verdaderos lóbulos, con estroma propio. Se observa una proliferación angiomatosa hacia la dermis reticular y el tejido celular subcutáneo. Muchas de las luces vasculares dilatadas están rodeadas de epidermis sin que se observe tejido conjuntivo entre ambos, lo que se denomina quistes vasculares.^{2,8,9} Se ha observado su extensión dérmica y subcutánea más allá de la epidermis verrugosa.

* Dermatóloga.

** Dermatopatólogo.

*** Residente del Segundo año de Dermatología.

A diferencia de otras malformaciones vasculares, se ha observado inmunopositividad endotelial focal para un marcador del hemangioma infantil, el transportador de glucosa 1: GLUT-1 (en un patrón distinto);¹⁰ también ha sido positiva la tinción para MIB-1, (un marcador de proliferación) y negativa para D2-40 (marcador del endotelio linfático).⁹ El diagnóstico diferencial clínico-patológico debe establecerse principalmente con el angioqueratoma,² ya que el aspecto clínico puede ser similar, la separación entre estas dos entidades es importante.³ El angioqueratoma circunscrito es una dermatosis adquirida, histológicamente caracterizada por dilatación vascular (telangiectasia) de la dermis papilar, sin afectación de la dermis profunda ni del tejido celular subcutáneo.^{1,3,7}

Para algunos autores, los casos descritos por Kohda y Narisawa bajo el nombre de fibroangioma verrugoso digital, representan una variante del hemangioma verrugoso, que se caracteriza por su localización en los dedos de las manos y la presencia de fibras de colágeno engrosadas que acompañan a los cambios histopatológicos típicos de los hemangiomas verrugosos.² Sin embargo, Sangueza y Requena consideran el fibroangioma verrugoso digital una entidad aparte.¹¹

También debe distinguirse del linfangioma circunscrito, aunque en este caso los vasos alterados son los linfáticos, comparten la configuración localizada o zosteriforme,¹² la afectación superficial y profunda, se caracterizan por un grado variable de hiperqueratosis, papilomatosis y acantosis; sin embargo, el aspecto clínico con vesículas agrupadas en «huevo de rana» es claramente distintivo,² e histopatológicamente consiste en grandes cisternas linfáticas rodeadas por una pared muscular, en el tejido celular subcutáneo más que por anomalías de los vasos sanguíneos.¹²

CASO CLÍNICO

Mujer de 10 años de edad, estudiante, originaria y residente del Distrito Federal, con una dermatosis localizada a extremidad inferior izquierda de la que afecta tercio proximal de pierna, en su cara anterior; constituida por dos neoformaciones de 3 x 2 cm. Sin forma definida, eritemato-violácea, superficie queratósica, con costras sanguíneas, de bordes bien definidos, dolorosa y crónica (*Figura 1*).

Resto de piel y anexos sin datos clínicos de relevancia.

La paciente consultó por una lesión congénita, la cual inició como una mancha eritematosa; que en los últimos 5 años aumentó de tamaño y adoptó un aspecto verru-



Figura 1. Neoformaciones eritematoviálceas de superficie verrugosa.

goso; manifestaba dolor leve a la palpación y sangrado ante traumatismos menores. Sin otros antecedentes de importancia para el padecimiento actual.

Con el diagnóstico clínico de linfangioma, fueron resecadas las neoformaciones. En el estudio histopatológico se observó epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular, vasos capilares neoformados, que ocupaban toda la dermis y alcanzaban al tejido celular subcutáneo, rodeados de pericitos (*Figuras 2 a 4*).

Con los datos clínicos e histopatológicos se integró el diagnóstico de hemangioma verrugoso. Tres meses después de la resección quirúrgica no se ha presentado recidiva, sin embargo, seguirá en observación.

DISCUSIÓN

De acuerdo a la clasificación actual de la Sociedad Internacional para el Estudio de las Anomalías Vasculares (ISSVA), aceptada en 1996 en la Reunión Bianual; las anomalías vasculares se dividen en dos grupos, los tumores y las malformaciones vasculares. Los hemangiomas son de estirpe endotelial, pueden estar presentes desde el nacimiento, aunque la mayor parte de las veces generalmente aparecen en las primeras semanas de vida, crecen por hiperplasia antes de involucionar de forma progresiva. Las malformaciones vasculares son lesiones no tumorales presentes siempre desde el nacimiento, a diferencia de los hemangiomas persisten y van creciendo lentamente a lo largo de la vida, expandiéndose por hipertrofia, se dividen de acuerdo al vaso afectado en capilares, venosas, linfáticas, arteriovenosas y combinadas o complejas.¹³

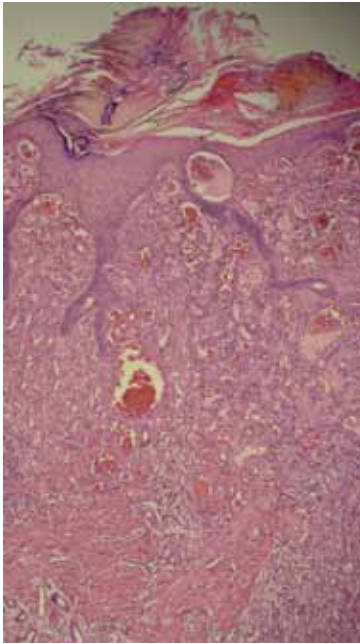


Figura 2. Epidermis con hiperqueratosis y acantosis irregular. Toda la dermis está ocupada por una neoformación de vasos capilares (H&E 4x).

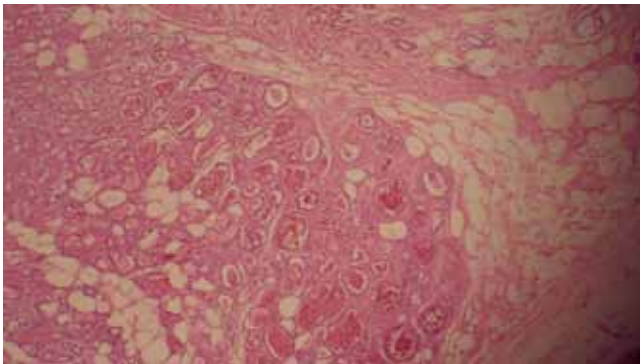


Figura 3. Los vasos neoformados alcanzan el tejido celular subcutáneo (H&E 4x).

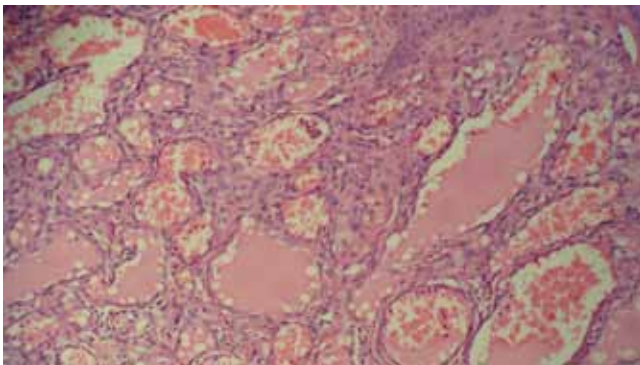


Figura 4. Vasos capilares rodeados de pericitos a nivel de la dermis profunda (H&E 10x).

En 1982 Mulliken y Glowacki⁴ propusieron que las lesiones vasculares se dividan en dos categorías principales: hemangiomas y malformaciones, esta clasificación es la que posteriormente fue adoptada por la ISSVA; aunque es imposible incluir todas las lesiones vasculares en estos dos grupos; como en el caso del hemangioma verrugoso, sobre el cual existe controversia; su clasificación como malformación vascular se apoya en su presencia desde el nacimiento, crecimiento proporcional al resto del cuerpo y ausencia de involución espontánea;¹² por este motivo algunos autores han propuesto los nombres de «mancha vascular hiperqueratósica»,¹⁵ «malformación verrugosa»,¹⁶ «malformación vascular hiperqueratósica»,² sin embargo, la mayoría de los autores aceptan el uso del término «hemangioma», debido a la agregación de células endoteliales que forman estructuras capilares parecidas a las de los hemangiomas,⁴ y su crecimiento por angiogénesis.⁹

Para aquellos que cuentan con características tanto de hemangioma como de malformación vascular, no hay un consenso sobre su clasificación, ni su denominación.

Por ser una entidad poco común y de características tanto de hemangioma como de malformación vascular, es difícil su identificación; se han publicado varios estudios que describen lesiones similares, bajo los nombres de angioqueratoma circunscrito neviforme, angioqueratoma neviforme corporal, angioqueratoma circunscrito, hemangioma queratósico,⁴ nevo vascular unilateral, nevo queratoangiomatoso;⁸ por ejemplo, la descripción hecha por Imperial y Helwig, fue realizada en casos que habían sido reportados como «angioqueratoma» o simplemente «hemangioma», lo cual indica que esta entidad podría estar subdiagnosticada.

Los hemangiomas verrugosos pueden representar la alteración vascular cutánea en algunos casos de síndrome de Kippel-Trenaunay.² El diagnóstico diferencial también incluye al angioma serpiginoso, verrugas o tumores pigmentados.¹

La criocirugía, electrocauterio o láser en el tratamiento del hemangioma verrugoso han fracasado,^{4,12} ya que inciden solamente sobre el componente superficial de estas lesiones. Mientras que la excisión quirúrgica muestra una recurrencia del 33%,³ la cual es frecuente debido a la afectación de tejido celular subcutáneo más allá de la lesión aparente y que puede afectar la fascia;⁹ por lo tanto, la exéresis debe realizarse con un margen amplio y profundo.^{1,2,5,14,17} El hemangioma verrugoso debe ser extirpado mientras es pequeño, para prevenir cicatrices grandes y desagradables.³ La inspección, palpación y estudios de imagen (IMR), antes de la cirugía, es útil para delimitar la masa subyacente, aunque su

costo es elevado y no siempre accesible. Se sugiere un abordaje combinado utilizando reconstrucción quirúrgica y láser para las lesiones grandes y extensas.¹²

El conocimiento de esta entidad es fundamental para evitar un error diagnóstico clínico e histológico e instituir el tratamiento quirúrgico adecuado, para prevenir recurrencias⁶ que desgasten física, económica y emocionalmente a los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caldusch L, Ortega C, Navarro V, Martínez E, Molina I, Jordá E. Verrucous hemangioma: Report of two cases and review of the literature; pediatric. *Dermatology* 2000; 7: 213-217.
2. Piqué E, Pérez-Cejudo JA, Palacios S, Martínez MS. Malformaciones vasculares hiperqueratósicas. Aportación de 3 casos. *Actas Dermo-Sifilográficas* 2005; 96: 685-689.
3. Imperial R, Helwig EB. Verrucous hemangioma. A clinicopathologic study of 21 cases. *Arch Dermatol* 1967; 96: 247-253.
4. Wang G, Li C, Gao T. Verrucous hemangioma. *International Journal of Dermatology* 2004; 43: 745-746.
5. Mulliken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a classification based on endothelial characteristics. *Plast Reconstr Surg* 1982; 69: 412-22.
6. Yang C, Ohara K. Successful surgical treatment of verrucous hemangioma: A combined approach. *Dermatol Surg* 2002; 28: 913-920.
7. Requena L, Sanguenza OP. Cutaneous vascular anomalies. Part I. Hamartomas, malformations, and dilation of preexisting vessels. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 523-549.
8. Mankani MH, Dufresne CR. Verrucous malformations: their presentation and management. *Ann Plast Surg* 2000; 45: 31-36.
9. Akyol I, Jayanthi VR, Luquette MH. Verrucous hemangioma of the glans penis. *Urology* 2008; 72: 230.e15-230.e16.
10. Wentscher U, Happle R. Linear verrucous hemangioma. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 516-518.
11. Rupani AB, Madiwale CV, Vaideeswar P. Images in pathology: verrucous haemangioma. *J Postgrad Med* 2000; 46: 132.
12. Jain VK, Aggarwal K, Jain S. Linear verrucous hemangioma on the leg. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 656-658.
13. Tennant LB, Mulliken JB, Perez-Atayde AR, Kozakewich HPW. Verrucous hemangioma revisited. *Pediatric Dermatology* 2006; 23: 208-215.
14. Frieden IJ, Rogers M, Garzon MC. Conditions masquerading as infantile haemangioma: Part 1. *Australasian Journal of Dermatology* 2009; 50: 77-99.
15. Sanguenza OP, Requena L. Hyperkeratotic vascular stains in: *Pathology of vascular skin lesions*. EUA: Humana Press, 2003: 47-50.
16. Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Características clínicas e historia natural. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27 (Supl. 1): 9-25.
17. Wong DS, Hunt ST, Inerra DW, Abell E. Unilateral keratotic vascular lesion on the leg. *Arch Dermatol* 1996; 132: 703-708.

Correspondencia:

Beatriz Cortéz Carmona
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
México 06780, D. F.
Tel. 5519 6351
E-mail: becortez@hotmail.com