



Hemangioma infantil. A propósito de un caso

Ariana Noemí Castillo-Tapia,^{1,*} José Guadalupe Sánchez-Hernández,²
Viviana Araceli Arreola-Chávez,² Karla Isabel Aviña-Vázquez²

¹ Médico adscrito al Servicio de Pediatría; ² Médico interno de pregrado, HGZ 4, Colima, Instituto Mexicano del Seguro Social.

RESUMEN

Introducción: Los hemangiomas infantiles son tumores benignos frecuentes en la infancia. Su incidencia se estima en 1-3% de los neonatos, llegando al 10% en menores de un año. **Caso clínico:** Paciente que desde el nacimiento presentó una lesión elevada única, protuberante, de bordes definidos, rojo brillante, en el pabellón auricular izquierdo, que se tornó más evidente a los tres meses de edad, y con crecimiento a una velocidad mayor respecto al crecimiento de la paciente, abarcando todo el pabellón auricular, con ulceraciones y sangrado en múltiples ocasiones. Ingresó a urgencias con datos de choque hipovolémico; fue tratada con cristaloides, transfusión de concentrado eritrocitario e inicio de propanolol. Fue intervenida quirúrgicamente a la edad de dos años 10 meses, sin complicaciones. **Discusión:** Casos de hemangioma, como el de la presente paciente requieren un abordaje y tratamiento multidisciplinario dado el tamaño, sitio de localización y alto riesgo de secuelas.

Palabras clave: Hemangioma, propanolol, niños.

ABSTRACT

Introduction: Infantile hemangiomas are frequent benign tumors in childhood. In newborns its incidence is estimated at 1-3%, reaching 10% in children under one year. **Case report:** Female patient, who from the birth she had a single raised, protruding lesion, with sharp edges, bright red, on the left ear. This lesion became more evident at three months of age, with a faster growth rate compared to the patient's growth, covering the entire ear; on multiple occasions she presented ulcerations and bleeding. She was admitted to the emergency department with hypovolemic shock data; and she was treated with crystalloids, transfusion of erythrocyte concentrate, and treatment with propanolol was started. She underwent surgery at the age of two years 10 months without complications. **Discussion:** Hemangioma cases, such as this patients require multidisciplinary treatment approach, given the size, site location and high risk of sequelae.

Key words: Hemangioma, propanolol, child.

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas infantiles (HI) son de los tumores benignos más frecuentes en la infancia.¹ Entre 60 y 70% de los casos empiezan en el nacimiento o en la primera semana de vida, y de 75 a 95% involucionan entre los cinco y siete años de edad.² Su incidencia

se estima en el 1-3% de todos los neonatos, mientras que llega al 10% en niños menores de un año; son más frecuentes en recién nacidos pretérmino de bajo peso (hasta un 20%). Existe un claro predominio femenino, con una proporción de 3:1 a 5:1, según las diferentes series.³

La etiopatogenia aún no está clara; sin embargo, se han postulado las siguientes teorías: una señala un origen trofoblástico basada en la similitud que presentan las células placentarias y las de los hemangiomas infantiles; otras son la vasculogénesis y angiogénesis.⁴ Aunque generalmente se consideran lesiones esporádicas, se han descrito casos familiares que indican una transmisión autosómica dominante.³

* **Correspondencia:** ANCT, draaricastillo@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no tienen.

Citar como: Castillo-Tapia AN, Sánchez-Hernández JG, Arreola-Chávez VA, Aviña-Vázquez KI. Hemangioma infantil. A propósito de un caso. Rev Mex Pediatr 2018; 85(5):178-181.

[Infantile hemangioma. About a case]

La inmensa mayoría de los hemangiomas infantiles se diagnostican por clínica.³ La historia clínica debe recoger datos relacionados con los detalles evolutivos de la lesión. Entre 30 y 50% de los HI presentan una lesión precursora en forma de mácula pálida, rosada o telangiectásica.² La localización más frecuente es la cabeza y el cuello, seguida por extremidades y tronco. Es menos común que afecte superficies mucosas.³ Visualmente, los hemangiomas cutáneos son lesiones elevadas, protuberantes, compresibles, de bordes definidos, que van desde el rojo brillante hasta un púrpura. El hemangioma puede ser solitario o múltiple, presenta una fase de expansión rápida seguida de un periodo de meseta, y luego, una involución espontánea.² La afectación interna de un HI no tiene por qué guardar relación anatómica con el hemangioma cutáneo, si bien los hemangiomas segmentarios o de gran tamaño tienen un mayor riesgo de asociación con hemangiomas internos.⁵ La ultrasonografía con Doppler ayuda para el cribaje y seguimiento de hemangiomas viscerales, en pacientes con lesiones cutáneas múltiples. En casos especiales, tanto la tomografía computarizada como la resonancia magnética serán de utilidad para determinar la extensión en lesiones de gran tamaño, para evaluar la posible repercusión y la existencia de anomalías adyacentes asociadas.⁶ La biopsia está indicada en aquellos casos en que se plantee diagnóstico diferencial con un fibrosarcoma, rhabdomyosarcoma o hemangioendotelioma kaposiforme.³ Debe realizarse un diagnóstico diferencial de los HI profundos con gliomas nasales, quistes dermoides, miofibromatosis infantil, neuroblastomas, neurofibromas plexiformes, pilomatricomas, lipomas y otros sarcomas.⁵

Respecto al tratamiento, los corticosteroides intralesionales se usan para hemangiomas localizados; consiguen la resolución en un plazo de cinco a seis semanas. Los corticosteroides sistémicos siguen siendo el tratamiento de primera línea. Generalmente, se administra prednisona o prednisolona por vía oral, a dosis de 2 a 4 mg/kg/día, en dosis única matinal, durante cuatro a seis semanas; luego, se inicia la disminución progresiva, en función de la respuesta. Se calcula que el 30% de los pacientes se resolverá por completo, mientras que en el 30% no se obtiene respuesta alguna y en el 40% restante la respuesta es variable.³ La cirugía puede ser una opción para hemangiomas localizados o para la corrección de las deformidades estéticas residuales. Se estima que un 30% se resolverán a los tres años, un 50% a los cinco y un 70% a los siete. Alrededor del 1% de los casos suponen un verdadero peligro para la vida del paciente.³

Las complicaciones más frecuentes asociadas a los HI son ulceraciones, infecciones y las relacionadas con la funcionalidad del órgano en donde se encuentre la lesión.³ La ulceración es la complicación más común (5-13%) y es más común en las zonas sometidas a traumatismos mecánicos, como la región labial, cervical y anogenital. Los hemangiomas ulcerados dejarán inevitablemente una cicatriz al remitir. El compromiso estético (desfiguración) es la complicación más usual.⁶ El objetivo de la presentación de este caso de HI fue por su ubicación atípica y por la gravedad de las complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Femenino de un año 11 meses, producto de la cuarta gesta de una madre de 29 años, obtenida por cesárea iterativa, de término, de peso adecuado para la edad gestacional. Refirió la madre que desde el nacimiento se observó una lesión elevada única, protuberante, de bordes definidos, rojo brillante, en el pabellón auricular izquierdo, que se tornó más evidente a los tres meses de edad, y que mostraba crecimiento a una velocidad mayor respecto al crecimiento de la paciente, con ulceraciones y sangrado en múltiples ocasiones. Acudió a urgencias a la edad de un año 11 meses por presentar úlcera de dos meses de evolución y sangrado espontáneo en cantidad abundante. A la exploración, ingresó con taquicardia, hipoactiva, somnolienta, con palidez generalizada, con huellas de sangrado en el pabellón auricular izquierdo, que estaba involucrado en su totalidad; pulsos débiles y llenado capilar retardado. En la citometría hemática a su ingreso, tenía Hb de 10.4 g/dL, hematocrito de 34%; el control de Hb a las 24 horas se reportó en 7.9 g/dL y hematocrito de 25.4%. Durante su estancia en urgencias se trató con cargas de cristaloides por datos de choque hipovolémico, y luego, se transfundió concentrado eritrocitario. Se inició manejo con propranolol. En las *Figuras 1 y 2* se observan las dimensiones y características del hemangioma. Se solicitó valoración al servicio de angiología quienes decidieron realizar cirugía a la edad de dos años 11 meses dado la falta de respuesta; en la cirugía fue necesario la escisión completa del pabellón auricular (*Figura 3*).

DISCUSIÓN

La protocolización sobre cuándo y cómo tratar un HI es compleja. No todos los hemangiomas de igual tamaño y localización experimentan la misma evolución clínica. De igual forma, el impacto psicológico del HI en el niño

y la familia no es extrapolable entre pacientes con el mismo tumor.

Baselga y sus colaboradores refieren que existen indicaciones absolutas de tratamiento de los HI: 1) HI potencialmente mortales o que ponen en peligro la capacidad funcional; 2) HI ulcerados con dolor y/o ausencia de respuesta a las medidas básicas de cuidado de heridas, y 3) HI con riesgo de cicatrices permanentes o desfiguración, como es el caso de nuestra paciente.²

Hasta 2008, los corticoides orales fueron el tratamiento para los HI complicados. En la actualidad, el propranolol por vía oral se considera el tratamiento de elección de los HI. La eficacia del propranolol es superior a la de cualquier otro tratamiento, desde el inicio y en cualquier localización corporal. Además, se ha descrito su efecto positivo en la calidad de vida de los pacientes con HI y sus familias,² motivo por el que fue iniciado en nuestra paciente. Las intervenciones quirúrgicas están fundamentalmente indicadas en el tratamiento de las secuelas. La cirugía puede ser la primera opción de tratamiento en HI pedunculados, HI con ulceración dolorosa y persistente, compresión del globo ocular y deformidad progresiva facial. Una



Figura 2: Hemangioma profundo en el pabellón auricular izquierdo, con crecimiento acelerado, ulcerado, con repercusiones estéticas.



Figura 1: Dermatitis que afecta la cabeza; de ésta, el pabellón auricular izquierdo; está constituida por tumoración elevada, protuberante, compresible, de bordes no definidos, rojo brillante, lobulada en su parte inferior y proximal, con ulceración de aproximadamente 2 x 1 cm, con huellas de sangrado e hipertermia local.



Figura 3: Posteriormente a la escisión quirúrgica de la tumoración, se observa conducto auditivo externo izquierdo con tejido de cicatrización hipertrófica circundante.

vez que se ha establecido la indicación quirúrgica, el niño debe ser intervenido idealmente antes de los cuatro años de edad, refieren Baselga y su grupo. En el caso de nuestra paciente, fue intervenida a la edad de dos años 10 meses, dado las complicaciones y la deformidad estética.

El manejo de los hemangiomas infantiles es controvertido por varias razones; quizá las más importantes sean el amplio espectro de presentaciones clínicas y la dificultad para predecir qué lesiones son inocuas y cuáles pueden suponer un riesgo para el paciente. Debido a la tendencia natural a la involución espontánea de prácticamente el 100% de los hemangiomas, en ausencia de compromiso de estructuras vitales, se recomienda una actitud expectante, excepto en caso de lesiones desfigurantes o que supongan un riesgo vital para el paciente.¹

Es preciso realizar controles periódicos durante la fase de crecimiento para observar posibles complicaciones y asesorar a la familia. Para un seguimiento objetivo, es recomendable realizar fotografías seriadas en los diferentes controles. Inicialmente, se desconoce si un hemangioma precisará tratamiento o no, si dejará secuelas o desencadenará complicaciones.

La ulceración es la complicación más frecuente y sus efectos deletéreos incluyen irritabilidad, dolor, infección secundaria y hemorragia, así como cicatrices permanentes y desfiguración. Para el tratamiento de las ulceraciones se recomienda el uso de barreras protectoras como petrolato, óxido de zinc, antibióticos tópicos y apósitos. El manejo del dolor debe ser agre-

sivo, en especial al manipular las lesiones, como con el cambio de apósitos y durante su limpieza.

CONCLUSIONES

La toma de decisiones sobre el tratamiento de los HI debe seguir las guías de práctica clínica y la mayor evidencia científica disponible, además de la experiencia de los especialistas, las características individuales de los pacientes y las preferencias de sus padres. Algunos HI pueden localizarse en áreas que comprometen la vida, ulcerarse o evolucionar dejando secuelas importantes, situaciones que precisan ser tratadas.

REFERENCIAS

1. Puig-Sanz L. *Lesiones vasculares: angiomas*. pp. 65-70. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/angiomas.pdf>
2. Baselga-Torres E, Bernabéu-Wittel J, van Esso-Arbolave DL, Febrer-Bosch MI, Carrasco-Sanz A, de Lucas-Laguna R et al. Consenso español sobre el hemangioma infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2016; 85(5): 221-280.
3. Baltodano-Loría A. Hemangiomas cutáneos en niños. *Rev Med Cos Cen*. 2012; 69(602): 179-181.
4. Balma-Mena A, Lara-Corrales I. Clasificación, manejo y complicaciones de los hemangiomas de la infancia. *Acta Pediatr Costarric*. 2012; 22(1): 7-13.
5. De Diego-García EM, Fernández-Jiménez I, Trugeda-Carrera MS, Sandoval-González F. Hemangiomas y malformaciones vasculares. ¿Qué se puede hacer? *Bol Pediatr*. 2001; 41(176): 137-143.
6. De la Cruz-Fornaguera Y. Hemangioma infantil. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2015; 16(1): 76-91.