

Angioma serpiginoso

Serpiginosum angioma

Angélica Felicia Almanza Arregocés¹, Gladys Hidalgo², Andrea Soto³, Graciela Sánchez⁴ y Gladys Merola⁵

RESUMEN

El angioma serpiginoso es un trastorno vascular benigno, de progresión lenta, poco frecuente y cuya etiología se desconoce. Suele manifestarse en la infancia, caracterizado clínicamente por múltiples máculas o pápulas puntiformes rojo-violáceas, agrupadas con disposición arciforme o serpiginosa, localizado con mayor asiduidad en las extremidades inferiores.

Se presenta el caso de una paciente con un angioma serpiginoso en el tronco, que se inició a muy temprana edad.

Palabras clave: angioma serpiginoso, malformación vascular.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 135-137

ABSTRACT

Serpiginosum angioma is a benign vascular disorder, of slow progression, infrequent and with unknown etiology. It usually manifests in childhood. Clinically characterized by multiple macules and/or purple red punctate papules, grouped with an arciform or serpiginous arrangement. Located more frequently in the lower extremities.

A female patient with serpiginosum angioma is presented on the trunk, which began very early.

Key words: serpiginosum angioma, vascular malformations.

Dermatol. Argent. 2019, 25 (3): 135-137

¹ Médica Concurrente de Tercer Año de Dermatología

² Médica de Planta, Servicio de Dermatología

³ Médica, Jefa de Residentes de Dermatología

⁴ Médica Anatomopatóloga

⁵ Jefa del Servicio de Dermatología, Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Angélica Almanza Arregocés

E-mail: anfealarr@hotmail.com

Fecha de trabajo recibido: 13/06/2019

Fecha de trabajo aceptado: 24/09/2019

Conflicto de interés: las autoras declaran que no existe conflicto de interés.

CASO CLÍNICO

Una paciente de 40 años, sin antecedentes patológicos importantes, consultó por presentar una erupción cutánea asintomática localizada en el tronco, que comenzó en los primeros meses de vida y fue creciendo de forma lenta, hasta adquirir las características actuales.

En el examen físico presentaba múltiples máculas eritematopurpúricas, puntiformes y algunas pápulas eritemato-violáceas, que se agrupaban configurando un patrón reticular, con vitropresión negativa, sobre un fondo eritematoso.

La dermatosis estaba localizada en el tronco, en la zona dorsal derecha, con extensión hacia la región ventral homolateral. El resto del examen cutaneomucoso no presentaba alteraciones (Fotos 1 y 2).

Se plantearon como posibles diagnósticos: telangiectasia nevoide unilateral, angioma serpiginoso y púrpuras pigmentarias.

En la dermatoscopia se evidenciaron pequeñas lagunas rojas, ovales y redondas, bien delimitadas, separadas por tabiques blanquecinos. No se observaron telangiectasias, arañas vasculares ni pigmentación de hemosiderina (Foto 3).



FOTO 1: Aspecto serpiginoso de la lesión en el dorso.



FOTO 2: Máculas y pápulas puntiformes eritemato-violáceas en el dorso.

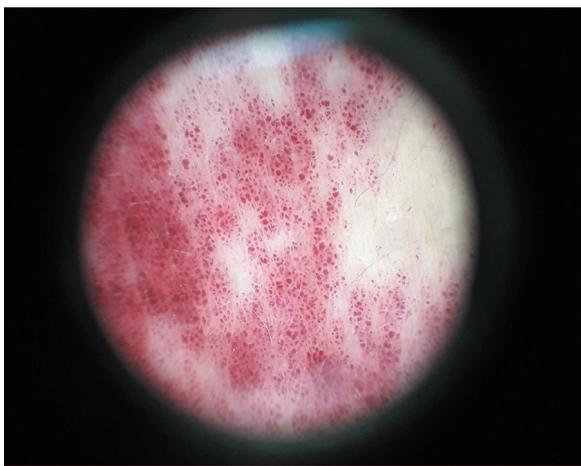


FOTO 3: Dermatoscopia de la lesión, donde se observan lagunas redondas u ovals bien delimitadas sobre una base eritematosa.

Se realizó una biopsia incisional para el estudio histopatológico que reveló: epidermis de aspecto normal; en la dermis papilar y reticular, proliferación de vasos, algunos muy congestivos y dilatados, los cuales presentaban paredes delgadas, sin extravasación de eritrocitos ni infiltrados inflamatorios (Foto 4).

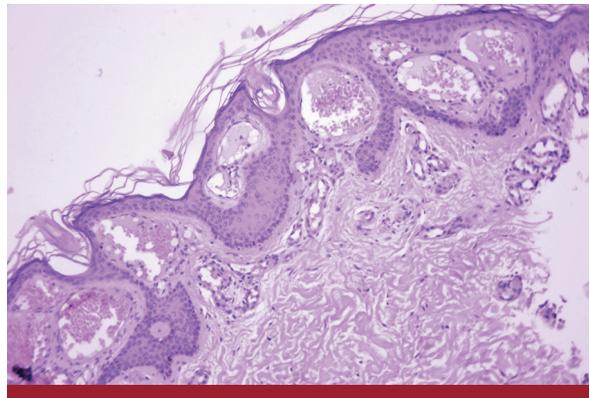


FOTO 4: Imagen histológica que muestra proliferación de vasos, algunos dilatados en la dermis papilar y la dermis reticular superior (HyE, 100X).

Con estos hallazgos se llegó al diagnóstico de angioma serpiginoso.

Se le propuso tratamiento con láser decolorante pulsado, pero la paciente decidió no realizarlo.

COMENTARIOS

El angioma serpiginoso fue descrito por primera vez en 1889 por Hutchinson como una forma de enfermedad nevoide serpiginosa. Se trata de un proceso cutáneo caracterizado por la proliferación de células endoteliales, con dilatación de los capilares ya existentes y la formación de nuevos vasos, por lo que se la considera una neoplasia vascular benigna¹.

Su etiopatogenia se desconoce. Se ha pensado en la intervención de factores endócrinos debido a que es más frecuente en las mujeres. Sin embargo, la ausencia de receptores de estrógeno y progesterona en los vasos sanguíneos dilatados, sumada al comienzo de las lesiones en la infancia, descartaría el papel hormonal en el inicio de esta entidad². La mayoría de los casos son esporádicos, aunque se registraron algunos casos familiares con herencia autosómica dominante³.

Se manifiesta en la infancia o en la adolescencia, con mayor frecuencia en las extremidades inferiores de forma unilateral y la expresión en el tronco es rara³.

Su distribución es casi siempre segmentaria. Existen variantes menos comunes, como las que siguen las líneas de Blaschko, lo cual se explicaría por un fenómeno de mosaicismo cutáneo^{1,3}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico; se caracteriza por lesiones maculosas puntiformes, rojo-violáceas, agrupadas, asintomáticas, que progresan lentamente durante meses o años y adoptan un patrón serpiginoso^{3,4}. En su evolución tiene períodos de crecimiento y de estabilidad.

Los hallazgos característicos en la dermatoscopia son lagunas rojas bien delimitadas, pequeñas, redondeadas u ovaladas, dispersas por toda la lesión⁵.

En la anatomía patológica se pueden ver numerosos capilares dilatados en la dermis superficial, sin la presencia de hemorragias ni inflamación⁶.

Debe plantearse el diagnóstico diferencial con patologías que presentan capilares dilatados en la dermis, como la telangiectasia nevoide unilateral, el angioqueratoma y las púrpuras pigmentarias, que se caracterizan por extravasación de eritrocitos y depósito de hemosiderina en el estudio histopatológico⁷.

Se ha utilizado como tratamiento el láser decolorante pulsado, con resultados satisfactorios⁷⁻⁹.

El interés de este caso es presentar una entidad de baja frecuencia, con una inusual localización en el tronco. Es posible que por el carácter asintomático de esta patología, muchos pacientes no consulten, lo que lleva a que esté subregistrada. Además, hay que destacar la importancia de la dermatoscopia como método auxiliar no invasivo en el momento de evaluar clínicamente las lesiones vasculares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rico MF, Brusco JE, Martínez Chabbert P, Zoppi J, et al. Angioma serpiginoso. *Arch Argent Dermatol* 2011;6:74-77.
2. Erkek E, Bozdogan Ö, Arkasu C, Atasoy P, et al. Absence of estrogen and progesterone receptors around the affected vessels of angioma serpiginosum: case report. *Am J Clin Dermatol* 2006;7:383-386.
3. Yáñez-Díaz S, Val-Bernal JF, González-López M, Fernández-Llaca JH, et al. Angioma serpiginoso. *Med Cutan Iber Lat Am* 2003;31:34-37.
4. Ohnishi T, Nagayama T, Morita T, Miyazaki T, et al. Angioma serpiginosum: a report of 2 cases identified using epiluminescence microscopy. *Arch Dermatol* 1999;135:1366-1368.
5. Martín JM, Bella-Navarro R, Jordá E. Vascularización en dermatoscopia. *Actas Dermosifilogr* 2012;103:357-375.
6. Idrogo-Bustamante JL, Chanco-Ramírez G, Quijano-Gomero E, Carayhua-Pérez D. Angioma serpiginoso con patrón blaschkoide en tablero de ajedrez. *Dermatol Perú* 2016;26:152-154.
7. López-Bertrán JM, Mosquera T, Saponaro AE, Marini MA, et al. Angioma serpiginoso. *Rev Argent Dermatol* 2011;92.
8. Domínguez MA, Gaxiola E, Ramos A, Jurado F. Angioma serpiginoso de aparición tardía. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2011;20:100-103.
9. Anjaneyan G, Kaliyadan F. *Angioma serpiginosum*. [Actualizado enero 2019]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019 ene-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459213/> [Consulta: enero 2019].

DERMATÓLOGOS JÓVENES

★ Piense en... PORFIRIA CUTÁNEA TARDA y elija una opción

» 1



CASO 1: PORFIRIA CUTÁNEA TARDA

- Enfermedad metabólica por defecto en la síntesis del hemo (enzima uroporfirinógeno descarboxilasa hepática).
- Adultos (40 y 60 años).
- Esporádica (80%). Factores desencadenantes: alcohol, sobrecarga de hierro, VHC, VIH, estrógenos, fármacos.
- Ampollas tensas, erosiones, costras, máculas residuales y quistes de milium; en el dorso de las manos y los antebrazos ante la exposición solar y factores mecánicos. Hipertrichosis malar.
- HP: ampolla subepidérmica de base festoneada sin contenido inflamatorio.
- Detección de porfirinas en sangre, orina y materia fecal.
- Tratamiento: flebotomías y antipalúdicos (hidroxicloroquina 200 mg bisemanal).

» 2



CASO 2: EPIDERMÓLISIS AMPOLLAR ADQUIRIDA

- Dermatitis ampollar autoinmune dermoepidérmica. Infrecuente.
- Adultos (40-60 años).
- Ampollas tensas sobre piel normal en la variedad clásica (VC) o sobre placas eritematoedematosas en las variedades inflamatorias (VI). Quistes de milium.
- HP: ampolla dermoepidérmica, sin celularidad (VC) o con neutrófilos (VI).
- IFD con técnica de salt-split: depósitos de IgG lineal en la zona de la membrana basal (ZMB), lado dérmico.
- ELISA: anticuerpos (Ac) anticolágeno VII.
- Tratamiento: meprednisona 0,5 mg/kg/día + ahorrador (dapsona, colchicina, entre otros). Resistencia al tratamiento.

» 3



CASO 3: PENFIGOIDE AMPOLLAR

- Dermatitis ampollar autoinmune dermoepidérmica más frecuente.
- Mayores de 60 años; puede haber fármacos desencadenantes.
- Ampollas grandes y tensas de contenido seroso o hemático sobre placas eritematoedematosas. Prurito.
- HP: ampolla dermoepidérmica, contenido eosinofílico.
- IFD con técnica de salt-split: depósitos de IgG lineal en ZMB, costado epidérmico.
- ELISA: Ac anti-BP 180.
- Tratamiento: clobetasol tópico en la enfermedad localizada. Meprednisona 0,5-1 mg/kg/día + ahorrador (tetraciclinas, azatioprina, entre otros).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickers D, Frank J. Las porfirias. En: Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, et al. Fitzpatrick Dermatología en Medicina General. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires, 2014:1538-1573.
2. Pérez DL, Forero O, Olivares L, Candiz E. Dermatitis ampollares subepidérmicas neutrofilicas. *Dermatol Argent* 2016; 22:171-182.