

# Placa eritematosa en el antebrazo izquierdo

## Erythematous plaque on the left forearm

María Victoria Agüero<sup>1</sup>, María Pía Herlein<sup>2</sup>, Silvana Alejandra Leon<sup>3</sup> y Graciela Luján Carabajal<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Médica Residente de Dermatología

<sup>2</sup> Jefa de Residentes de Dermatología

<sup>3</sup> Jefa del Servicio de Dermatología

<sup>4</sup> Médica de Planta, Servicio de Anatomía Patológica  
Servicio de Dermatología, Hospital Churruca Visca,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Victoria Agüero

E-mail: victoria.aguero@usal.edu.ar

Fecha de trabajo recibido: 29/5/2024

Fecha de trabajo aceptado: 4/12/2024

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

Dermatol. Argent. 2025; 31(3): 191-192

### CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial y accidente cerebrovascular (ACV) en 2022 sin secuelas, en tratamiento con ácido acetilsalicílico, nebivolol y rosuvastatina, consultó con el Servicio de Dermatología por una dermatosis refractaria a múltiples tratamientos.

Al examen físico se observaba una lesión tumoral tipo placa eritematosa única, de superficie lisa, bordes netos, redondeada, asintomática, de aproximadamente 2 cm de diámetro y de 40 días de evolución en el antebrazo izquierdo (Foto 1). A la dermatoscopia, se evidenciaba un área rojiza sin estructura, con halos blanquecinos rodeando aperturas foliculares (Foto 2).

El paciente refirió haber realizado tratamiento tó-

pico con clobetasol y clotrimazol sin respuesta y que por el progresivo aumento de tamaño decidió consultar en nuestro centro. Negó trauma previo o picadura de insecto.

Se realizó biopsia de la lesión, en la cual se evidenció atrofia epidérmica, y en la dermis papilar y reticular superior, proliferación de numerosos capilares de diversos tamaños dispuestos paralelamente a la epidermis y rodeados por un intenso estroma de fibras elásticas con degeneración basófila (Foto 3). Se hallaron células endoteliales sin atipia y de gran tamaño, proyectando hacia la luz vascular de un número reducido de capilares. El paciente optó por no realizar tratamiento y la lesión mostró involución parcial posterior a la biopsia, permaneciendo asintomática.



**FOTO 1:** Placa eritematosa de superficie lisa, redondeada, de 2 cm de diámetro, en el antebrazo izquierdo.



**FOTO 2:** Lesión rojiza sin estructura con halos blanquecinos que rodean aperturas foliculares.



**FOTO 3:** Atrofia epidérmica. En la dermis papilar y reticular superior, proliferación de capilares dispuestos paralelamente a la epidermis inmersos en un estroma de fibras elásticas con degeneración basófila (H&E, 10x).

## DIAGNÓSTICO

Hemangioma elastótico adquirido.

## COMENTARIOS

El hemangioma elastótico adquirido es una variante del hemangioma, descrito por primera vez por Luis Requena *et al.* en 2002, con la presentación de seis series de casos clínicos en pacientes femeninas<sup>1</sup>.

Suele presentarse como una placa única eritematosa homogénea, bien definida y de crecimiento lento, comúnmente asintomática, aunque en una minoría de los pacientes puede tornarse dolorosa<sup>1-3</sup>. No posee prevalencia según el sexo<sup>4</sup> y se observa más frecuentemente en adultos mayores de 50 años. Sigue localizarse en zonas fotoexpuestas, a predominio de los miembros superiores<sup>3</sup>, motivo por el cual se adjudica a la radiación ultravioleta un rol protagónico en la patogénesis de esta entidad<sup>1-3</sup>. Por otro lado, se describe que en mujeres posmenopáusicas la terapia con progesterona podría estar relacionada con el desarrollo de múltiples hemangiomas elásticos adquiridos<sup>3,5</sup>.

En la dermatoscopia se observa una lesión homogénea de coloración rojo-violácea, que ocasionalmente puede presentar estructuras blanco-brillantes bajo la luz polarizada. Dichas estructuras podrían interpretarse como la proliferación de capilares en banda horizontal según lo descrito en 2016 por Hicks *et al.*<sup>5,8</sup>. Aún no se unifican criterios dermatoscópicos característicos de esta entidad y la misma no siempre presenta aspecto angiomatoso evidente.

Histopatológicamente se caracteriza por la proliferación de vasos de pequeño calibre a nivel de la dermis superficial, que se disponen paralelos a la epidermis en forma de banda y separados de ella por una zona de dermis papilar de apariencia normal. Algunas de las células endoteliales sobresalen “en forma

de clavo” hacia la luz del vaso<sup>2</sup>. Se puede observar, entre las luces vasculares, intensa elastosis solar que caracteriza esta entidad. Por otro lado, también es posible encontrar infiltrado linfocítico perivasculares o eritrocitos extravasados acompañados de hemosiderina focal<sup>3</sup>.

La inmunohistoquímica muestra la naturaleza endotelial de las células neoplásicas que suele ser positiva para los marcadores CD31, CD34 y en menor medida actina de músculo liso y D2-40. Con respecto a esta última, aunque algunos autores discutieron su origen linfático basándose en su positividad, este concepto fue refutado por otros trabajos<sup>3,7</sup>.

Si bien es una proliferación vascular benigna, al presentarse en zonas fotoexpuestas debe plantearse el diagnóstico diferencial con carcinoma basocelular, enfermedad de Bowen, queratosis actínica, granuloma anular y otras lesiones vasculares benignas y malignas como el angioma senil, la acroangiokeratosis de Malherbe y el sarcoma de Kaposi temprano con patrón angiomatoso<sup>6,9</sup>.

El hemangioma elastótico adquirido suele tender a la cronicidad, permaneciendo su naturaleza benigna y adquiriendo un tamaño variable con el tiempo.

La conducta que se puede adoptar con esta entidad puede ser expectante, o realizar tratamiento quirúrgico o con láser vascular de doble longitud de onda siendo estos últimos comunicados sin recaídas en la literatura<sup>8,10</sup>.

Probablemente, las escasas publicaciones acerca del hemangioma elastótico adquirido sean la causa de que en varias oportunidades no se plantee su sospecha diagnóstica<sup>4,8</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Alejandro Sanz, Director de la Carrera del Servicio de Dermatología, y al Dr. Miguel Ángel Mazzini, médico consultor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Requena L, Kutzner H, Mentzel T. Acquired elastotic hemangioma: a clinicopathologic variant of hemangioma. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:371-376.
2. Martorell-Calatayud A, Balmer N, Sanmartín O, Díaz-Recuero JL, *et al.* Definition of the features of acquired elastotic hemangioma reporting the clinical and histopathological characteristics of 14 patients. *J Cutan Pathol.* 2010;37:460-464.
3. Cohen PR, Hinds BR. Acquired elastotic hemangioma. Case series and comprehensive literature review. *Cureus.* 2017;9: e1994.
4. Luce MCA, Ribeiro CP, Swiczar BCC, Valente NYS. Acquired elastotic hemangioma, a little-known entity: report of a case with 15 years of evolution. *An Bras Dermatol.* 2018;93: 559-561.
5. Hicks T, Katz I. First description of the dermatoscopic features of acquired elastotic hemangioma-a case report. *Dermatol Pract Concept.* 2016;6:35-37.
6. Jeunon T, Carvalho Wagnes Stöfler ME, Teixeira-Rezende P, Staccioli-Castro M, *et al.* Acquired elastotic hemangioma. A case report and review of 49 previously reported cases. *Am J Dermatopathol.* 2020;42:244-250.
7. Tong PL, Beer TW. Acquired elastotic hemangioma: ten cases with immunohistochemistry refuting a lymphatic origin in most lesions. *J Cutan Pathol.* 2010;37:1259-1260.
8. Torchetti J, Loriente D, García S, Della-Giovanna P. Hemangioma elástico adquirido. *Dermatol Argent.* 2021;27:152-154.
9. Kharel P, Chen J, Chapagain P, Panth H. Multiple acquired elastotic hemangioma in a single patient: a case report. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2020;58:809-812.
10. Mendieta-Eckert M, Díaz-Ramón JL, Gardeazabal-García J. Response of an acquired elastotic hemangioma to vascular laser. *Dermatologic Surgery* 2018;44:136-137.