

Placa eritematosa en el antebrazo izquierdo

Erythematous plaque on the left forearm

María Victoria Agüero¹, María Pía Herlein², Silvana Alejandra Leon³ y Graciela Luján Carabajal⁴

¹ Médica Residente de Dermatología

² Jefa de Residentes de Dermatología

³ Jefa del Servicio de Dermatología

⁴ 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

Conflicto 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, protruyendo 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 (HyE, 10x).

DIAGNÓSTICO

Hemangioma elastótico adquirido.

COMENTARIOS

El hemangioma elastótico adquirido es una variante del hemangioma, descrito por primera vez por Luis Requena *et ál.* en 2002, con la presentación de seis series de casos clínicos en pacientes femeninas¹.

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 dolorosa¹⁻³. No posee prevalencia según el sexo⁴ y se observa más frecuentemente en adultos mayores de 50 años. Suele localizarse en zonas fotoexpuestas, a predominio de los miembros superiores³, motivo por el cual se adjudica a la radiación ultravioleta un rol protagónico en la patogénesis de esta entidad¹⁻³. Por otro lado, se describe que en mujeres posmenopáusicas la terapia con progesterona podría estar relacionada con el desarrollo de múltiples hemangiomas elásticos adquiridos^{3,5}.

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 ál.*^{5,8}. 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 vaso². Se puede observar, entre las luces vasculares, intensa elastosis solar que caracteriza esta entidad. Por otro lado, también es posible encontrar infiltrado linfocítico perivascular o eritrocitos extravasados acompañados de hemosiderina focal³.

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^{3,7}.

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 acroangiodermatitis de Mali y el sarcoma de Kaposi temprano con patrón angiomatoso^{6,9}.

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^{8,10}.

Probablemente, las escasas publicaciones acerca del hemangioma elastótico adquirido sean la causa de que en varias oportunidades no se plantee su sospecha diagnóstica^{4,8}.

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 ál.* 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 ál.* 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, Lorient D, García S, Della-Giovanna P. Hemangioma elastótico 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.