

Hemangioma microvenular: Reporte de caso

Marcela Concha¹, Paula Majluf¹, Catalina Hasbún², Javiera Meza³, Sergio González⁴

¹Dermatóloga,
Departamento
de Dermatología,
Pontificia Universidad
Católica de Chile

²Médico cirujana,
Pontificia Universidad
Católica de Chile.

³Residente de
Anatomía Patológica,
Departamento
Anatomía Patológica,
Pontificia Universidad
Católica de Chile
Anatomopatólogo,
Departamento
Anatomía Patológica,
Pontificia Universidad
Católica de Chile.

Trabajo no recibió
financiamiento.
Los autores declaran
no tener conflictos de
interés.

Recibido el 18 de
agosto de 2019,
aceptado el 23 de
diciembre de 2019.

Correspondencia:
Marcela Concha
Email:
marcelaconchar@
gmail.com

RESUMEN

El hemangioma microvenular corresponde a una neoplasia infrecuente de origen vascular y estirpe benigno. Su etiología es desconocida; sin embargo, se han reportado casos asociados a la inmunosupresión y factores hormonales. Suele aparecer en adultos jóvenes con ligera predominancia en mujeres y en la mayoría de los casos se presenta como un nódulo asintomático en extremidades. Clínicamente, puede imitar lesiones vasculares benignas y malignas. Dentro de su diagnóstico diferencial debe considerarse el Sarcoma de Kaposi y otros tipos de hemangiomas. Debido a su inespecificidad clínica, el diagnóstico debe ser realizado histológicamente. Se han descrito múltiples alternativas terapéuticas además del seguimiento periódico. Algunos casos han sido tratados con una escisión completa sin recurrencias a 5 años de seguimiento y otros tratados con láser pulsado con excelente respuesta. Se presenta el caso de una mujer de 44 años con una placa eritemato-violácea asintomática de aproximadamente 8 centímetros en su antebrazo derecho de 1 mes de evolución, con biopsia compatible y control clínico a 10 meses sin cambios significativos.

Palabras claves: Hemangioma microvenular; neoplasia; hemangioma

SUMMARY

Microvenular hemangioma is a rare neoplasm of vascular origin and benign lineage. Its etiology is unknown; however, there are some cases associated with immunosuppression and hormonal factors. It usually appears in young adults with a slight predominance in women and in most cases, it presents as an asymptomatic nodule on the extremities. Clinically, it can mimic benign and malignant vascular lesions. Its differential diagnosis includes Kaposi's sarcoma and other types of hemangiomas. The diagnosis must be made histologically. Multiple therapeutic alternatives have been described. Some cases have been treated with complete excision without recurrence at 5 years, and others with pulsed laser with excellent response. We present the case of a 44-year-old woman with a 1-month history of an asymptomatic erythematous plaque of approximately 8 centimeters in her right forearm with compatible biopsy. The lesion had no significant changes at 10 months follow-up.

Key words: microvenular hemangioma; neoplasm; hemangioma

El hemangioma microvenular (HM) corresponde a una neoplasia infrecuente de origen vascular y estirpe benigno.

Su etiología es desconocida; sin embargo, se han reportado casos asociados a la inmunosupresión y a factores hormonales tales como embarazo o uso de anticonceptivos.^{1,2,3}

Suele aparecer en adultos jóvenes con ligera predominancia en mujeres y en la mayoría de los casos se presenta como un nódulo asintomático que puede alcanzar hasta 2 cm de diámetro. Al comienzo puede mostrar rápida evolución y luego crece lentamente. Se ubica preferentemente en extremidades superior-

res, tronco y extremidades inferiores en frecuencia decreciente.⁴ Clínicamente, puede imitar lesiones vasculares benignas y malignas. Dentro de su diagnóstico diferencial debe considerarse el Sarcoma de Kaposi y otros tipos de hemangiomas, así como tumores no vasculares y lesiones inflamatorias tales como leiomioma, dermatofibroma, leucemia y linfoma cutáneos y papulosis linfomatoide. Debido a su inespecificidad clínica, el diagnóstico debe ser realizado histológicamente y habitualmente es un hallazgo.⁵ Microscópicamente se caracteriza por una proliferación de vasos sanguíneos pequeños en la dermis superficial y profunda con un patrón infiltrativo, sin actividad mitótica, pleomorfismo ni atipia endotelial.

A veces, puede presentar infiltrado inflamatorio linfoplasmocítico circundante. Habitualmente muestra tinción inmunohistoquímica positiva para CD34, CD31 y proteína del tumor de Wilms 1 (WT1).⁶ (negativo para D240 Y GLUT-1).

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 44 años, con antecedentes de alopecia areata y tiroiditis de Hashimoto, que consultó en el Servicio de Dermatología por una lesión cutánea asintomática de un mes de evolución, sin hemorragia ni cambios significativos en su apariencia.

Al examen físico se observó una placa eritemato-violácea de aproximadamente 5 por 8 centímetros de diámetro en el antebrazo derecho (Figura 1). La dermatoscopia mostró eritema claro difuso con algunos glóbulos rojos e islotes de pigmento café periféricos (Figura 2).



Figura 1
Placa eritemato-violácea de aproximadamente 5x8 centímetros de diámetro en el antebrazo derecho.



Figura 2
Dermatoscopia. Eritema claro difuso con algunos glóbulos rojos e islotes de pigmento café periféricos. En el polo inferior se observa la cicatriz de la biopsia cutánea.

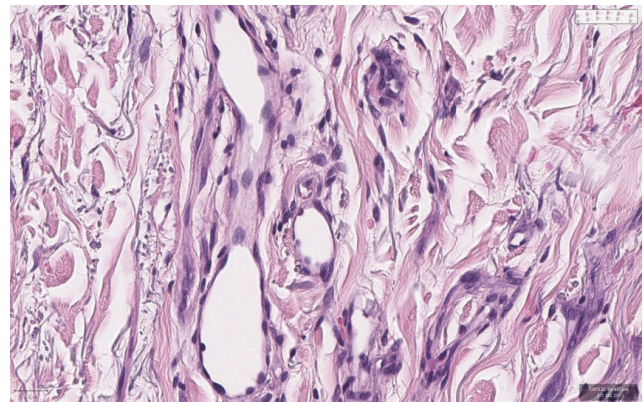


Figura 3
Hematoxilina-eosina (40x). Vasos sanguíneos elongados en un estroma con haces colágenos engrosados. Endotelio con una sola hilera celular protruyente hacia el lumen con colapso vascular, sin signos de atipia.

Se sospechó reacción medicamentosa fija, y se preguntó dirigidamente a la paciente por consumo reciente de fármacos, lo cual negó.

Se decidió tomar biopsia de la lesión (Figura 3); la dermatopatología mostró proliferación dérmica pobremente circunscrita de vasos sanguíneos pequeños elongados en un estroma con haces colágenos engrosados. El endotelio presentó una sola hilera celular protruyente hacia el lumen, con regiones de colapso vascular, sin signos de atipia ni infiltrado inflamatorio circundante. Con este resultado se realizó el diagnóstico de Hemangioma Microvenular (HM).

Debido a la naturaleza benigna de la lesión se acordó con la paciente realizar observación periódica. Diez meses después se observó una placa eritematosa de menor tamaño, sin cambios superficiales respecto a control previo.

DISCUSIÓN

El HM es un raro tumor vascular benigno, adquirido, poco frecuente y de etiología desconocida. Se define como una neoplasia mal delimitada compuesta de vasos sanguíneos irregulares de pared fina, con compromiso de la dermis reticular y papilar.⁶ Clínicamente predomina un nódulo rojizo azulado o purpúrico, solitario, en extremidades. Sólo el 3% de los casos se manifiesta como placas o máculas y es infrecuente su presentación como lesiones múltiples.⁷ La dermatoscopia ha sido reportada como herramienta de baja especificidad pero de ayuda diagnóstica, destacando un eritema difuso con glóbulos pequeños bien delimitados y presencia de un retículo pigmentario periférico. Si su localización es facial se puede observar una pseudo-red pigmentaria sin glóbulos. Los glóbulos representarían la proliferación de los vasos capilares.^{7,8}

Dentro de su diagnóstico diferencial clínico se describen neoplasias, tumores no-vasculares y lesiones inflamatorias tales como leiomiomas, dermatofibromas, linfomas cutáneos, lupus discoide, morfea, tuberculosis cutánea, liquen plano, sarcoidosis, dermatosis purpúricas pigmentarias y reacciones medicamentosas. A nivel clínico e histopatológico, frecuentemente se ha descrito el sarcoma de Kaposi (SK), angiosarcoma bien diferenciado, hemangioendotelioma kaposiforme, hemangioma capilar lobular y hemangioma

hemosiderótico targetoide, entre otros. Sin embargo, sus vasos finos ramificados entre las fibras colágenas sin atipias, con lumen conspicuo y escasos eritrocitos permiten distinguirlo. El angiosarcoma presenta mayor complejidad morfológica, con atipia citológica y células endoteliales en múltiples capas. SK es más difícil de diferenciar, pero presenta más anastomosis vasculares alrededor de estructuras pre-existentes (signo del promontorio) sin capa de pericitos conspicuos.

Las células endoteliales de HM expresan CD31, CD34, WT1, factor VIII y carecen de expresión de virus herpes humano⁸, GLUT-1 y D2-40, sumándolo a la lista de lesiones vasculares que carecen de expresión del marcador linfático podoplanina, lo cual apoya su origen vascular.^{7,8,9}

Su patogenia sigue siendo desconocida. No hay reportes de traumas previos a la aparición de la lesión. Últimas publicaciones lo consideran un subtipo de hemangioma, y no han logrado relacionarlo a patologías subyacentes o comorbilidades. Se han descrito casos aislados de hemihipertrofia de extremidad inferior derecha con coexistencia de tres HM en la rodilla de la misma extremidad y un paciente con síndrome POEMS. Los primeros casos reportados relacionaron como desencadenantes el cambio de anticonceptivos o embarazo, pero publicaciones más recientes no lo han avalado.⁸

Se han descrito múltiples alternativas terapéuticas además del seguimiento periódico. Algunos casos han sido tratados con escisión completa sin recurrencias a 5 años y el uso de láser pulsado con excelente respuesta.⁸

CONCLUSIÓN

El HM es una neoplasia vascular infrecuente adquirida, de aspecto clínico inespecífico y que puede ser semejante clínica e histopatológicamente a neoplasias malignas tales como SK o angiosarcoma. Su diagnóstico es exclusivamente histopatológico e inmunohistoquímico, pero recientemente se ha considerado la dermatoscopia como una herramienta útil para plantearlo como diagnóstico diferencial. Es relevante conocer sus características principales y naturaleza benigna con el fin de tranquilizar al paciente sobre su curso y evolución.

REFERENCIAS

1. Requena L, Sangueza OP. Cutaneous vascular proliferation. Part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 1997;37:887-919
2. Rikihisa W, Yamamoto O, Kohda F, Hamada M, Yasumoto S, Kiryu H, et al. Microvenular haemangioma in a patient with Wiskott-Aldrich syndrome. *Br J Dermatol.* 1999; 141:752-4. 4. 3
3. Chang SE, Roh KH, Lee MW, Choi JH, Sung KJ, Moon KC, et al. Microvenular hemangioma in a boy with acute myelogenous leukemia. *Pediatr Dermatol.* 2003;20:266-7
4. Roche E, Martínez A, Alegre de Miquel V. Hemangioma microvenular en la planta del pie. *Piel.* 2007;22:4:212-3
5. Tulin Mansur AT, Tukenmez Demirci G, Ozbal Koc EA, Yildiz S. An unusual lesion on the nose: microvenular hemangioma. *Dermatol Pract Concept.* 2018;8(1):7-11
6. Paret-Sanz C, Alcázar-Viladomiu E, Pérez-Muñoz N, Iglesias-Plaza A, Salleras-Redonnet M. Erythematous asymptomatic nodule on the sole. *DOJ.* 2017;23(10):12
7. Ehara Y, Sugita K, Goto H, Yamamoto O. Multiple microvenular hemangioma eruptively concentrated on an adult face: Importance of clinical differential diagnosis. *Journal of Dermatology.* 2019; 1-2
8. Napkoski KM, Fernandez AP, Billings SD. Microvenular hemangioma: a clinicopathologic review of 13 cases. *J Cutan Pathol.* 2014 Nov;41(11):816-22
9. Trindade F, Kutzner H, Requena L, Tellechea Ó, Colmenero I. Microvenular hemangioma-an immunohistochemical study of 9 cases. *Am J Dermatopathol.* 2012 Dec;34(8):810-2