

# Hemangioma verrucoso extenso, reporte de un caso tratado con láser DYE 585 nm

*Extensive verrucous hemangioma, case report of a case treated with 585 nm laser DYE*

**Verónica Molina<sup>1</sup>, Luis Alfonso Correa<sup>2</sup>, Laura Carolina Camacho<sup>3</sup>.**

1. Médica dermatóloga, Hospital Pablo Tobón Uribe; profesora titular, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia
2. Médico dermatólogo; profesor titular, docente de Dermatopatología, Sección de Dermatología Universidad de Antioquia; coordinador, Laboratorio de Patología VID, Congregación Mariana, Medellín, Colombia
3. Interna de Dermatología, Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

## Resumen

El hemangioma verrucoso es una entidad poco común; se presenta desde el nacimiento, no involuciona espontáneamente y se localiza principalmente en las extremidades inferiores. Característicamente se observan lesiones hiperqueratósicas con nódulos venosos difusos de tamaño variable que sangran fácilmente. En la histopatología corresponden a vasos ectásicos bajo una epidermis acantósica e hiperqueratósica, con formaciones vasculares que comprometen la dermis reticular y el tejido celular subcutáneo, por lo cual el tratamiento de elección es la resección quirúrgica; presenta un gran porcentaje de recidivas.

**PALABRAS CLAVE:** hemangioma verrucoso, tumores vasculares, angioqueratoma.

## Correspondencia:

Verónica Molina

## Email:

veromolinavelez@gmail.com

Recibido: 18 de enero de 2014.

Aceptado: 14 de marzo de 2014.

No se reportan conflictos de interés.

## Summary

Verrucous hemangioma is a rare entity, it is present from birth and does not have spontaneous regression, and it is located mainly in the lower extremities. Hyperkeratotic lesions are characteristically observed with diffuse venous nodules of varying size that bleed easily. Histopathologically the vessels are ectatic under an acanthotic and hyperkeratotic epidermis with vascular compromise in the reticular dermis and subcutaneous tissue; the preferred treatment is surgical resection with a high recurrence rate.

**KEY WORDS:** Verrucous hemangioma, vascular tumors, angiokeratoma.

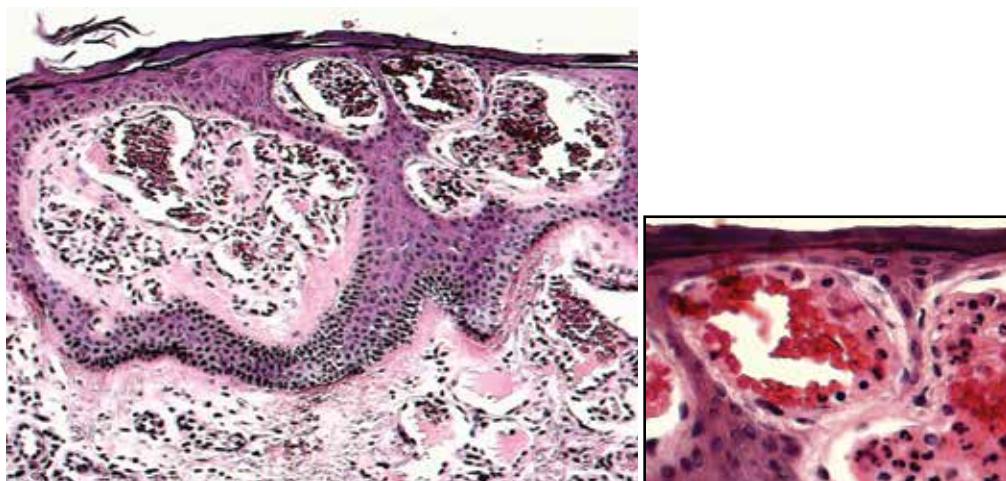
## Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 11 años de edad, con antecedentes de hemangioma en tronco, genitales y miembros inferiores, que apareció desde el nacimiento, sin ningún tratamiento hasta el momento.

El paciente fue estudiado con resonancia magnética en la que se reportó compromiso del tejido celular sub-

cutáneo y celulitis con derrame en la cadera derecha; no se evidenció componente linfático ni malformaciones arteriales, no había extensión a estructuras profundas, por lo cual se decidió que el paciente no era candidato para recibir tratamiento por radiología intervencionista.

En abril de 2013 se obtuvo biopsia de piel en la que se informó hemangioma verrucoso de miembro inferior izquierdo (**FIGURA 1**). Estuvo hospitalizado en el Hospital San Vicente de Paúl de Medellín por presentar celulitis



**FIGURA 1.** Proliferación de vasos sanguíneos congestivos, de paredes delgadas y de diferentes formas y tamaños, ubicados en la dermis papilar y reticular superior, tapizados por un endotelio ligeramente prominente. Hematoxilina y eosina, 10X; recuadro, Hematoxilina y eosina, 40X.

en la rodilla derecha, por lo que recibió antibioticoterapia con cefalexina, clindamicina, y manejo tópico con vaselina y óvulos de metronidazol.

Posteriormente, consultó al Servicio de Dermatología del Hospital Pablo Tobón Uribe en agosto de 2013, para posible manejo de su enfermedad. En el examen físico se encontraron múltiples placas eritemato-violáceas de aspecto verrucoso, con nódulos hiperqueratósicos que comprometían el tronco, los glúteos, la región perineal y ambos miembros inferiores, con una distribución lineal (**FIGURAS 2 Y 3**). Se decidió iniciar manejo con láser vascular de tipo DYE de 585 nm.

## Discusión

El hemangioma verrucoso fue mencionado por primera vez por Halter en 1937 para describir el caso de un paciente con placas lineales purpúricas verrucosas que se extendían desde el glúteo derecho hasta los dedos del pie, pero no fue sino hasta 1967 cuando Imperial y Helwing lo nombraron para diferenciarlo del angioqueratoma, el cual es su principal diagnóstico diferencial<sup>1-3</sup>.

Existe controversia sobre su clasificación y si es en realidad un tumor vascular, ya que el hecho de que no presente involución espontánea y esté presente desde el nacimiento hace que algunos autores se inclinen más hacia el grupo de malformaciones vasculares<sup>3</sup>. No obstante, algunos hallazgos microscópicos, como paredes vasculares gruesas, tamaño de la luz relativamente uniforme, membrana basal multilamelar y el ser inmunopositivo para GLUT1, recuerdan los hemangiomas infantiles, sobre todo en su fase involutiva<sup>4-5</sup>.

Es una entidad poco frecuente<sup>1,2,3,6</sup> que, generalmente,



**FIGURA 2.** Paciente con placas eritemato-violáceas y nódulos hiperqueratósicos de aspecto verrucoso con distribución lineal localizados en miembro inferior derecho.



**FIGURA 3.** Paciente con lesiones similares a las anteriormente descritas localizadas en glúteo izquierdo.

aparece desde el nacimiento pero puede presentarse posteriormente, incluso en la vida adulta<sup>6,7</sup> y característicamente no presenta involución espontánea como se mencionó antes<sup>3</sup>.



**FIGURA 4.** Evolución de las placas eritemato-violáceas en miembro inferior después de cinco sesiones de láser vascular DYE de 585 nm.

Inicialmente aparece como una mácula rojiza que se asemeja a la mancha en vino de oporto; después de un tiempo variable de meses y años, y tras múltiples episodios de sangrado e incluso sobreinfección, empieza a adquirir su superficie característica negro-azulada con placas, nódulos o bandas verrugosas e hiperqueratósicas, bien delimitadas, blandas, que tienden a extenderse periféricamente<sup>3,6-8</sup>. Por lo general, en el 80 % de los casos, el compromiso es unilateral y se localiza en las extremidades inferiores<sup>3,6,8</sup>. Pueden tener una configuración circunscrita, serpiginosa o lineal, se extienden lentamente y es común la aparición de lesiones satélites<sup>3</sup>.

El diagnóstico definitivo se hace por el estudio histopatológico donde se evidencia la presencia de acantosis epidérmica, hiperqueratosis y papilomatosis<sup>2-6</sup> y, característicamente, el compromiso se extiende hasta la dermis, los anexos sudoríparos y el tejido celular subcutáneo<sup>2,6,8</sup>. Debido a este compromiso de las capas profundas de la piel es importante tener en cuenta que las biopsias superficiales pueden generar falsos negativos<sup>7</sup>.

Entre los principales diagnósticos diferenciales que se deben tener en cuenta se encuentra el angioqueratoma<sup>1-3,7,8</sup>; la principal diferencia se encuentra en la histopatología ya que este último únicamente compromete la dermis papilar; de hecho, los hemangiomas verrucosos se consideran verdaderos tumores vasculares mientras que los angioqueratomas no<sup>7</sup>.

Otros diagnósticos que se deben tener en cuenta

son linfangioma circuncrito, nevus epidérmico verrucoso, síndrome de Cobb, angioma serpinginoso, verrugas y tumores pigmentados, así como otros tipos de hemangiomas<sup>3,7,8</sup>.

Es útil estudio por resonancia magnética para determinar la extensión de la lesión. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica<sup>3,6-8</sup>, la cual se debe hacer de manera temprana ya que a mayor extensión de la lesión, mayor riesgo de recidiva y de cicatrices antiestéticas. Se ha reportado recurrencia hasta del 33 % después del tratamiento quirúrgico, esto debido al compromiso del tejido celular subcutáneo e incluso de la fascia<sup>3</sup>. Otras formas de tratamiento pueden ser la criocirugía, el electrocauterio y el láser vascular<sup>3</sup>. Siempre el enfoque terapéutico debe adaptarse a la extensión de la lesión, los síntomas, el impacto funcional y la presencia de hemorragias persistentes<sup>5</sup>.

El tratamiento temprano con láser vascular ha demostrado ser beneficioso en la mejoría de la apariencia estética y la reducción de la incidencia de sangrados y sobreinfección<sup>5</sup>. En nuestro caso, debido al compromiso tan extenso de las lesiones y a su larga evolución, el paciente no era candidato al manejo quirúrgico, por lo que se inició tratamiento con láser vascular DYE de 585 nm; hasta el momento se han llevado a cabo cinco sesiones con evidente mejoría (**FIGURA 4**). Sin embargo, debido a la extensión del hemangioma, se necesitan más sesiones para lograr los resultados esperados.

## Referencias

1. Garrido A, Sánchez L, Marino J, Torrero M, Miranda A. A histopathology and imaging study of verrocous hemangioma. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:723-6.
2. Wentscher U, Happle R. Linear verrocous hemangioma. *J Am Acad Dermatol.* 2000;43:516-8.
3. Cortés B, Ramos J, Manríquez A. Hemangioma verrugoso. *Revista del Centro Dermatológico de Pascua.* 2011;20:69-73.
4. Tennant L, Mulliken J, Pérez A, Kozakewich H. Verrucous hemangioma revisited. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:208-15.
5. Syed S, Linward J, Kangescu L, Harper J. Verrucous hemangioma: Does laser therapy work for these lesions? *Laser Med Sci.* 2011;26:719-33.
6. Popadic M. Evolution of verrucous hemangioma. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2012;78:520.
7. Aksu D, Altun E, Yaylı S, Turgutalp H, Baykal L, Keskin F, et al. A case of verrucous hemangioma. *European Journal of Pediatric Dermatology.* 2012;22:41-2.
8. Jain V, Aggarwal K, Jain S. Linear verrucous hemangioma on the leg. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008;74:656-8.