

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Nódulo doloroso en la planta del pie

J. Concheiro, J.A. Labandeira y J. Toribio

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Universitario. Facultad de Medicina. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

### Historia clínica

Un varón de 50 años de edad, camarero de profesión y sin antecedentes personales o familiares de interés, consultó por presentar una lesión dolorosa con la deambulación, de 8 meses de evolución, localizada en la planta del pie derecho. No reconocía traumatismos en la zona. Realizaba tratamiento analgésico esporádico con antiinflamatorios no esteroideos, sin resolución del cuadro.

### Exploración física

En la cara interna del tercio medio de la planta del pie derecho se evidenciaba una lesión subcutánea, mínimamente palpable, de 5 cm de diámetro y morfología anular, con zonas parcheadas de coloración eritematosa, recubiertas en ocasiones por pequeñas costras hemorrágicas (fig. 1).

La exploración cutánea completa no evidenció otras lesiones.

### Histopatología

La biopsia de una de las zonas eritematosas reveló a nivel de la dermis media y profunda (fig. 2) un área bien delimitada, con abundancia de glándulas sudoríparas ecricas de morfología normal y de estructuras vasculares ocasionalmente dilatadas (fig. 3).

### ¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1.

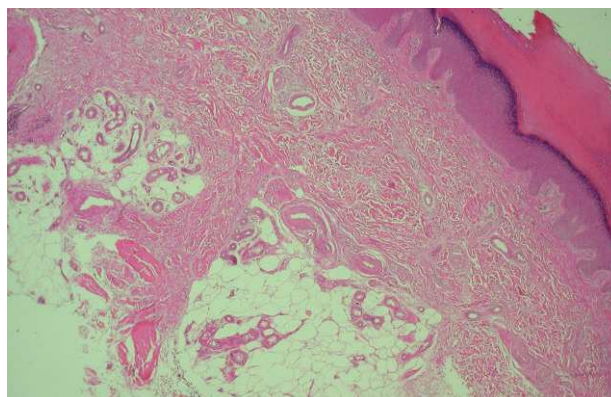


Figura 2. Hematoxilina-eosina, 10.

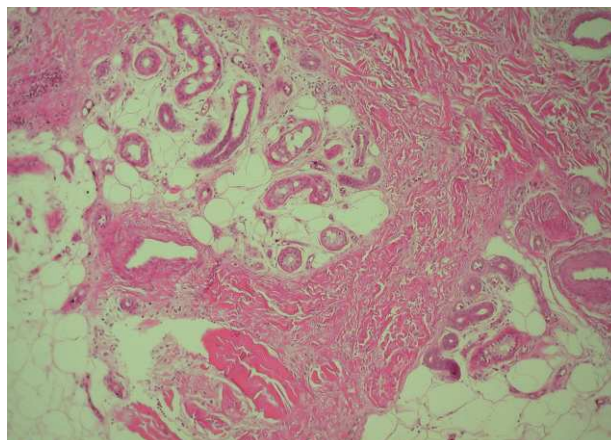


Figura 3. Hematoxilina-eosina, 60.

Correspondencia:  
Javier Concheiro.  
Departamento de Dermatología.  
Facultad de Medicina.  
C/ San Francisco, s/n.  
15782 Santiago de Compostela. A Coruña. España.  
mejaim@usc.es

Aceptado el 28 de febrero de 2008.

## Diagnóstico

Hamartoma angiomaso ecrino.

## Evolución y tratamiento

Siendo una lesión estable y benigna, el paciente, tras la explicación de las diferentes opciones terapéuticas, rechazó la realización de tratamiento, manteniéndose en la actualidad una actitud expectante.

## Comentario

El hamartoma angiomaso ecrino es una rara lesión benigna caracterizada por la proliferación de estructuras ecrinas y vasculares, normalmente capilares, a nivel de dermis media y profunda. El término fue acuñado por Hyman et al en 1968<sup>1</sup>, aunque existen casos previos comunicados bajo similar terminología<sup>2</sup>, debiéndose la primera descripción probablemente a Lotzbeck en 1859<sup>3</sup>. Es una entidad muy infrecuente, con solamente 47 casos bien documentados en la literatura, que afecta por igual a ambos sexos y aparece hasta en el 45 % de los pacientes de forma congénita, siendo rara en adultos<sup>4</sup>.

Clínicamente suele presentarse en las extremidades inferiores como una lesión tumoral única, muchas veces subcutánea, aunque puede ser múltiple y afectar a otras localizaciones<sup>4</sup>, adoptando incluso una disposición lineal. Puede asociarse a otras patologías a nivel lesional, como hipertricosis y, en un tercio de los casos, hiperhidrosis, dolor o disestesias.

El diagnóstico es fundamentalmente histopatológico<sup>4,5</sup> y se basa en los criterios de Hyman<sup>1</sup>, que describe esta entidad como una hiperplasia de glándulas ecrinas dilatadas o normales, en asociación con focos angiomasos capilares, con presencia variable de estructuras pilosas, lipomatosas, mucinosas o linfáticas. Recientemente se ha descrito una nueva variante con características de malformación arterio-venosa<sup>6</sup>. Inmunohistoquímicamente, los hallazgos son

similares a los observados en las glándulas ecrinas y estructuras vasculares normales<sup>4,5</sup>.

En cuanto a su origen, aunque incierto, en su forma congénita se sospecha una posible interacción bioquímica defectuosa durante la organogénesis temprana entre el epitelio diferenciado y el mesénquima subyacente, que induciría una proliferación anormal de estructuras anexiales y vasculares. Las de aparición tardía se relacionan con traumatismos repetidos<sup>3,4</sup>.

El diagnóstico diferencial clínico debe ser realizado con numerosas entidades, entre las que se incluyen malformaciones vasculares, tumores glómicos u otros hamartomas. Histológicamente debe diferenciarse del nevo ecrino y del angioma sudoríparo. En el primero de ellos hallaremos una hiperplasia de glándulas ecrinas sin proliferación capilar acompañante, mientras que en el segundo observaremos un predominio del componente vascular, formado en la mayoría de las ocasiones por vasos de mayor calibre, junto con una dilatación, sin proliferación, de las glándulas ecrinas<sup>4,5</sup>.

El tratamiento quirúrgico mediante exéresis estaría indicado en los casos sintomáticos, pudiendo mantenerse en el resto una actitud expectante, dada la benignidad del cuadro. Los analgésicos sólo proporcionarán un alivio temporal. La regresión espontánea ha sido descrita<sup>3-5</sup>.

## Bibliografía

1. Hyman AB, Harris H, Brownstein MH. Eccrine angiomaso hamartoma. *NY State J Med.* 1968;68:2803-6.
2. Issa OA. Hamartoma angiomaso sudoríparo funcionante. *Actas Dermosifiliogr.* 1964;55:361-5.
3. Foshee JB, Grau RH, Adelson DM, Crowson N. Eccrine angiomaso hamartoma in an infant. *Pediatr Dermatol.* 2006;23:365-8.
4. Pelle MT, Pride HB, Tyler WB. Eccrine angiomaso hamartoma. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:429-35.
5. Cebreiro C, Sánchez-Aguilar D, Gómez Centeno P, Fernández-Redondo V, Toribio J. Eccrine angiomaso hamartoma: report of seven cases. *Clin Exp Dermatol.* 1998;23:267-70.
6. Chien AJ, Asgari M, Argenyi ZB. Eccrine angiomaso hamartoma with elements of an arterio-venous malformation: a newly recognized variant. *J Cutan Pathol.* 2006;33:433-6.