

permitió confirmar el diagnóstico de tumor periungueal, lo que puede ser un apoyo para el diagnóstico precoz y la programación quirúrgica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Takai T, Misago N, Murata Y. Natural course of keratoacanthoma and related lesions after partial biopsy: Clinical analysis of 66 lesions. *J Dermatol.* 2015;42:353–62.
2. Baran R, Goettmann S. Distal digital keratoacanthoma: A report of 12 cases and a review of the literature. *Br J Dermatol.* 1998;139:512–5.
3. Choi JH, Shin DH, Shin DS, Cho KH. Subungual keratoacanthoma: Ultrasound and magnetic resonance imaging findings. *Skeletal Radiol.* 2007;36:769–72.
4. Thomas L, Vaudaine M, Wortsman X, Jemec GBE, Drape JL. Imaging the nail unit. En: Baran R, de Berker D, Holzberg M, Thomas L, editores. *Baran & Dawber's Diseases of the nails and their management.* 4th edition. West Sussex: Wiley; 2012. p. 132–53.
5. Wortsman X. Sonography of the nail. En: Wortsman X, Jemec GBE, editores. *Dermatologic ultrasound with clinical and histologic correlations.* 1st edition. NY: Springer; 2013. p. 419–76.

6. Wortsman X, Wortsman J, Soto R, Saavedra T, Honeyman J, Sazunic I, et al. Benign tumors and pseudotumors of the nail: A novel application of sonography. *J Ultrasound Med.* 2010;29:803–16.
7. Soto R, Wortsman X, Corredoira Y. Onychomatricoma: Clinical and sonographic findings. *Arch Dermatol.* 2009;145:1461–2.

M. Le-Bert^a, D. Soto^b, V. Vial^c, R. Bentjerodt^d
y X. Wortsman^{e,*}

^a Departamento de Dermatología, Centro de Referencia de Salud Peñalolén Cordillera Oriente, Peñalolén, Santiago, Chile

^b Escuela de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

^c Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

^d Departamento de Patología, Citolab, Santiago, Chile

^e Departamento de Radiología y Departamento de Dermatología, Instituto de Investigación y Diagnóstico por Imágenes en Piel y Tejidos Blandos, Clínica Servet, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xworts@yahoo.com (X. Wortsman).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.09.020>

Vasculopatía colágena cutánea. Aportación de un caso y revisión de la literatura



Cutaneous Collagenous Vasculopathy: A Case Report and Review of the Literature

Sr. Director:

La vasculopatía colágena cutánea (VCC) es una microangiopatía idiopática de los vasos sanguíneos del plexo vascular superficial de la dermis^{1,2}. Es una entidad poco frecuente caracterizada por la aparición de múltiples telangiectasias cutáneas de distribución variable en el tronco y en las extremidades, sin compromiso de mucosas, lecho ungueal, ni repercusión sistémica en los casos comunicados^{3–5}. Presenta gran similitud clínica con la telangiectasia esencial generalizada, que es el principal diagnóstico diferencial clínico que plantea^{1,4}. Desde su descripción inicial en el año 2000 por Salama y Rosenthal¹ se han comunicado hasta el año 2015, según nuestro conocimiento, 28 nuevos pacientes con VCC (tabla 1). Presentamos el caso de un paciente con VCC recientemente diagnosticado en nuestro servicio.

Se trata de un varón de 74 años de edad con el antecedente personal de adenoma de próstata, sin tratamiento crónico, que acude a nuestro servicio para la valoración de unas lesiones cutáneas rojizas de aparición progresiva en los últimos 3 años. Las telangiectasias se habían iniciado en las extremidades inferiores y, en el transcurso de pocos años, se habían extendido al abdomen y a los antebrazos.

El paciente refería prurito ocasional. No existían antecedentes personales ni familiares de telangiectasias cutáneas generalizadas ni de sangrado de mucosas. En la exploración física se apreciaban placas eritematosas formadas por múltiples vasos telangiectásicos distribuidas simétricamente en los antebrazos (fig. 1 A), la zona inferior del abdomen, los muslos (fig. 1 B) y las piernas (fig. 1 C). No presentaba alteraciones de mucosas ni del lecho ungueal.

Se realizó una biopsia cutánea de las lesiones en el abdomen planteando la sospecha diagnóstica de telangiectasia esencial generalizada o VCC. En el estudio histopatológico se observaban luces vasculares de pequeño calibre situadas en la dermis papilar, dilatadas (fig. 2 A) y con las paredes engrosadas por el depósito perivascular de un material amorfo e hialino que se teñía con PAS-diestasa (fig. 2 B) y no con rojo Congo, y presentaba inmunotinción positiva para el colágeno IV (fig. 2 C).

Los estudios complementarios que incluían hemograma, bioquímica, factor reumatoide, PCR, VSG, coagulación, niveles de anticuerpos antinucleares, fracciones C3 y C4 del complemento y perfil tiroideo fueron normales o negativos. Se detectó en el proteinograma una gammapatía monoclonal de significado incierto IgG Kappa que se remitió para estudio y continúa en seguimiento por parte del servicio de hematología.

Se estableció el diagnóstico de VCC. El paciente rechazó tratamiento con laserterapia.

La VCC es una enfermedad infrecuente, caracterizada por el desarrollo de telangiectasias cutáneas generalizadas que con frecuencia comienzan en las extremidades inferiores y progresivamente se extienden al resto del cuerpo⁶.

Tabla 1 Casos de vasculopatía colágena cutánea

Autores	Sexo	Edad	AP	Evolución	Localización	Síntomas
Salama y Rosenthal ¹	V	54	Depresión	5 años	EI, tronco, ES	No
Davis et al. ³	V	59	DM, HTA, HL	7 meses	ES, pecho, A	No
Davis et al. ³	V	62	Pso, DM, HTA	NC	EI	No
Davis et al. ³	V	80	FA, IVC	NC	EI, A, espalda	No
Monteagudo et al. ⁴	V	68	HTA, HL, HU, AA	15 años	EI, A, ES	No
Kanitakis et al. ²	V	65	HTA, CI, HBP	5 años	EI, tronco, ES	No
Pérez et al. ⁵	M	51	Pso, hipoT	16 años	EI, tronco, ES	Prurito
Pérez et al. ⁵	M	71	Osteoporosis	4 años	EI, ES, pecho, C	No
Lloyd et al. ⁹	M	16	Depresión	3 años	EI, ES, tronco	No
González et al. ⁶	M	83	FA, CI, HTA, VHC	20 años	EI, A, ES	No
González et al. ⁶	M	74	LE, IVC	11 años	EI	No
Burdick et al. ⁷	V	68	HTA, HL	semanas	ES, EI	No
Burdick et al. ⁷	V	59	DM, HTA	meses	EI, A	No
Burdick et al. ⁷	V	70	HTA, DM, HL	10 años	Pierna derecha	No
Burdick et al. ⁷	M	41	CB	años	Antebrazos	No
Bernard et al. (2012)	M	47	Pso, DM, HTA	7 meses		No
Echeverría et al. ¹⁰	M	42		7 años	EI, A, ES	No
Moulouguet et al. (2013)	M	74	HTA	15 años	EI, tronco, ES	No
Salama et al. (2014)	V	84	DM	3 años	EI, tronco	Prurito
Borroni et al. (2014)	M	58	HTA, asma	5 años	Tronco, pies	Frío
Bardazzi et al(2014)	M	57	Uveítis, HTA	9 años	ES, EI, tronco, C	No
Salama ⁸	M	68	IRC, CF	NC	EI	No
Salama ⁸	M	85	DM	10 años	EI	No
Salama ⁸	M	50		2 años	EI, ES	No
Salama ⁸	M	69	DM	NC	EI, ES, A	No
Salama ⁸	M	56		25 años	EI, ES, T	No
Salama ⁸	M	42	Raynaud	20 años	EI	No
Salama ⁸	V	73		2,5 años	EI, ES	No
Castiñeiras et al. ^a	V	74	HBP	3 años	EI, A, ES	Prurito

A: abdomen; AA: alopecia areata; AP: antecedentes personales; C: cara; CB: carcinoma basocelular; CF: criofibrinogenemia; CI: cardiopatía isquémica; DM: diabetes mellitus; EI: extremidades inferiores; ES: extremidades superiores; FA: fibrilación auricular; HBP: hiperplasia benigna de próstata; HL: hiperlipidemia; HipoT: hipotiroidismo; HTA: hipertensión arterial; HU: hiperuricemia; IRC: insuficiencia renal crónica; IVC: insuficiencia venosa crónica; LE: lupus eritematoso; M:mujer; N/C: no comunicado; Pso: psoriasis; V: varón; VHC: hepatitis C.

^a Caso actual.

En los casos comunicados los pacientes no presentaron compromiso de la mucosa oral ni conjuntiva^{7,8}. Afecta a individuos adultos, sin predilección por el sexo, con una media de edad de 62 años (41-85 años), existiendo un único caso descrito en la edad pediátrica en un paciente de 16 años⁹. Algunos pacientes refieren prurito ocasional, pero en general es un proceso asintomático. No se comunicaron

hasta la fecha casos familiares ni alteraciones hemorrágicas asociadas (tabla 2). Para su orientación diagnóstica es importante una buena anamnesis, prestando especial atención a la distribución de las telangiectasias, la edad de inicio, los antecedentes familiares, la sintomatología, los trastornos sistémicos asociados y los fármacos en pacientes polimedicados⁸. El diagnóstico de confirmación



Figura 1 Placas telangiectásicas que afectaban simétricamente la cara externa de los antebrazos (A). Telangiectasias en los muslos (B) y en las piernas (C).

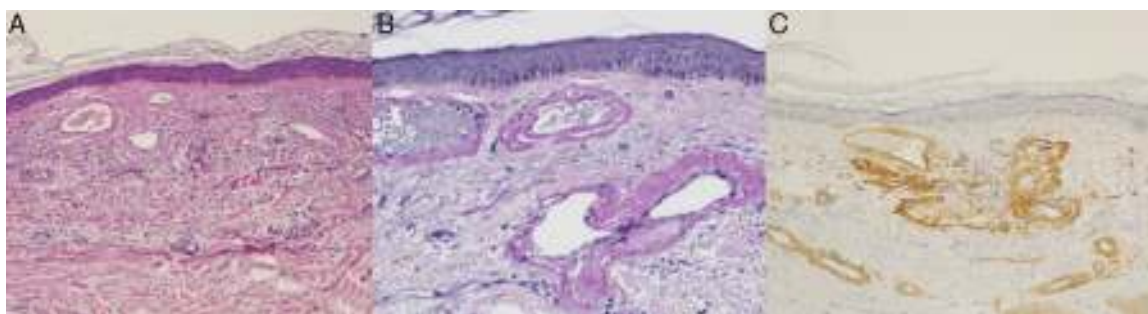


Figura 2 A. Vasos dilatados, de contorno irregular y paredes engrosadas en la dermis papilar (hematoxilina-eosina $\times 40$). B. Depósitos de material homogéneo eosinofílico PAS positivo alrededor de las luces vasculares (PAS-diastasa, $\times 100$). C. Dichos depósitos presentaban inmunotinción positiva para el colágeno IV.

es histopatológico, se caracteriza por la presencia en la dermis superficial de vasos sanguíneos dilatados, con paredes engrosadas debido al depósito perivascular de un material hialino eosinofílico que muestra inmunorreactividad de anticuerpos frente al colágeno IV^{7,8}. La etiopatogenia de la VCC es desconocida. Se ha planteado la posibilidad de que sea una enfermedad primaria debida a un defecto genético que altere la síntesis de colágeno de la microvasculatura cutánea, o que la fibrosis perivascular observada corresponda a un proceso reparador en respuesta al daño de la microvasculatura cutánea^{6,8}.

En la mayoría de los casos comunicados de VCC los pacientes no recibieron tratamiento o este no se especifica. Aunque se trata de un proceso asintomático y no asociado a otras enfermedades o complicaciones, desde el

punto de vista estético y psicológico puede ser incapacitante para el paciente. Al igual que en otras entidades que cursan con telangiectasias, los sistemas de láser pueden ser una alternativa terapéutica en esta entidad, apreciándose importante mejoría de las lesiones con el tratamiento con láser de colorante pulsado¹⁰.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Salama S, Rosenthal D. Cutaneous collagenous vasculopathy with generalized telangiectasia: An immunohistochemical and ultrastructural study. *J Cutan Pathol.* 2000;27:40-8.
- Kanitakis J, Faisant M, Wagschal D, Haftek M, Claudy A. Cutaneous collagenous vasculopathy. Ultrastructural and immunohistochemical study of a new case. *Am J Clin Dermatol.* 2010;11:63-6.
- Davis TL, Mandal RV, Bevona C, Tsai KY, Moschella SL, Staszewski R, et al. Collagenous vasculopathy: A report of three cases. *J Cutan Pathol.* 2008;35:967-70.
- Monteagudo B, Pérez-Valcárcel J, Ramírez-Santos A, Cabanillas M, Suárez-Amor O. Vasculopatía colágena cutánea: aportación de un caso y revisión de la literatura. *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:444-7.
- Perez A, Wain ME, Robson A, Groves RW, Stefanato CM. Cutaneous collagenous vasculopathy with generalized telangiectasia in two female patients. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63:882-5.
- González D, Gómez S, Vivanco B, Pérez N. Cutaneous collagenous vasculopathy: Description of two new cases in elderly women and review of the literature. *Dermatology.* 2012;225:1-8.
- Burdick LM, Loshier S, Somach SC, Billings SD. Cutaneous collagenous vasculopathy: A rare cutaneous microangiopathy. *J Cutan Pathol.* 2012;39:741-6.
- Salama SS. Cutaneous collagenous vasculopathy: A new case series with clinicopathologic and ultrastructural correlation, literature review, and insight into the pathogenesis. *Am J Dermatopathol.* 2015;37:368-75.
- Lloyd BM, Pruden SJ, Lind AC, Berk DR. Cutaneous collagenous vasculopathy: Report of the first pediatric case. *Pediatr Dermatol.* 2011;28:598-9.

Tabla 2 Características clínicas de los pacientes con VCC

Edad de los pacientes	N.º de pacientes	Porcentaje
Adulto ≥ 50 años	24	82,7
Adulto < 50 años	4	13,8
Pediátricos	1	3,4
Sexo		
M	17	58,6
V	12	41,4
Localización de telangiectasias		
EI, tronco	25	86,2
ES	17	58,
Cara	2	6,9
Mucosa oral/conjuntiva	0	0
Síntomas		
Asintomático	25	86,2
Prurito	3	10,3
Comorbilidades		
FRCV	15	51,7
EATC	1	3,4
Trastornos hemorrágicos	0	0
Hepatopatía	1	3,4

EATC: enfermedades autoinmunes del tejido conectivo; EI: extremidades inferiores; ES: extremidades superiores; FRCV: factores de riesgo cardiovascular; M: mujer; V: varón.

10. Echeverría B, Sanmartín O, Botella-Estrada R, Vitiello M. Cutaneous collagenous vasculopathy successfully treated with pulsed dye laser. *Int J Dermatol.* 2012;51:1359–62.

I. Castiñeiras-Mato^{a,*}, R. Rodríguez-Lojo^a,
M.L. Fernández-Díaz^a y F. Bal-Nieves^b

^a *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iria.margarita.castieiras.mato@sergas.es
(I. Castiñeiras-Mato).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2015.11.006>