

Hemangioma sinusoidal: correlación entre hallazgos ecográficos e histológicos en 3 casos



Sinusoidal Hemangioma: Correlation Between Ultrasound and Histologic Findings in 3 Cases

Sr. Director:

El hemangioma sinusoidal (HS) es una proliferación vascular benigna infrecuente que suele presentarse como lesiones solitarias subcutáneas en pacientes adultos de edad media, predominantemente mujeres. El diagnóstico es histológico, sin que hasta el momento se hayan definido características radiológicas propias de esta entidad. Presentamos 3 casos de lesiones subcutáneas correspondientes a hemangiomas sinusoidales con sus características histológicas y ecográficas.

El primer caso era una mujer de 49 años, que consultó por una lesión asintomática localizada en rama mandibular izquierda de 2 años de evolución. En la exploración, pre-

sentaba un nódulo localizado en partes blandas, de 1 cm de diámetro, con la epidermis suprayacente ligeramente azulada, y de consistencia elástica (fig. 1a). Se realizó una ecografía (Esaote MyLab 18 MHz), observándose en modo B una lesión hipoeoica localizada en dermis, bien delimitada, con áreas anecoicas en su interior y puntos hiperecogénicos intralesionales sin sombra acústica posterior, con leve vascularización intralesional en el modo Doppler color (fig. 1b y c). Histológicamente, se observaron canales vasculares dilatados interconectados con paredes finas y estructuras pseudopapilares en el interior. Además, presentaba áreas de calcificaciones y trombos vasculares recanalizados (fig. 2a y b).

El segundo caso era un varón de 72 años, en seguimiento por cáncer cutáneo no melanoma en la región facial y el tronco, que consultó por una lesión asintomática en región pectoral izquierda de más de 6 meses de evolución. En la exploración presentaba una lesión localizada en partes blandas, de 2 cm de diámetro, sin alteraciones epidérmicas asociadas, de consistencia elástica y fácilmente desplazable (fig. 1d). Mediante ecografía cutánea (Esaote MyLab 18 MHz) se visualizó una lesión hipoeogénica localizada en tejido

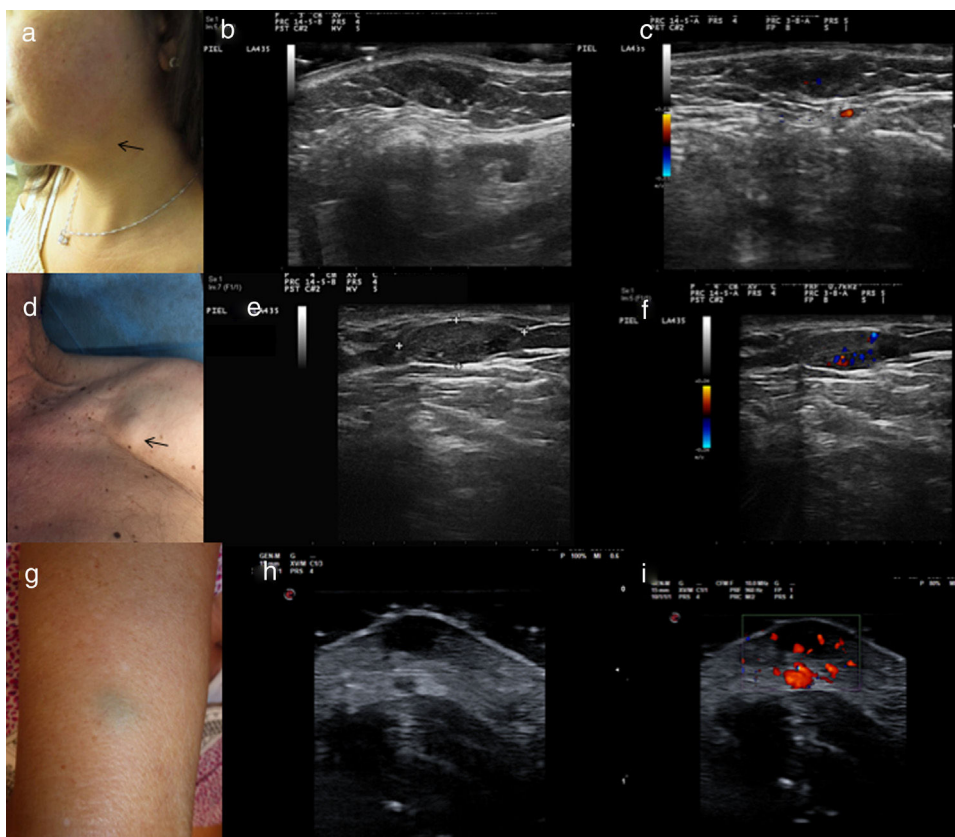


Figura 1 a) Caso 1: presentación clínica en forma de nódulo subcutáneo de 10 mm diámetro con superficie azulada, localizado en la región mandibular izquierda. b) Examen ecográfico en modo B. Lesión hipoeoica bien definida, homogénea localizada en dermis con puntos hiperecoicos sin sombra acústica posterior. c) Examen ecográfico modo Doppler color. Mínimas áreas vasculares localizadas en el interior de la lesión. d) Caso 2: presentación clínica en forma de masa subcutánea de 20 mm de diámetro, sin alteraciones epidérmicas, localizada en región pectoral derecha. e) Examen ecográfico modo Doppler color. Lesión hipoeoica, homogénea, bien delimitada, localizada en tejido celular subcutáneo. f) Examen ecográfico modo Doppler color. Vascularización moderada en el interior de la lesión. g) Caso 3: presentación clínica. Lesión subcutánea de 1 cm de diámetro con la epidermis suprayacente ligeramente verde-azulada. h) Examen ecográfico en modo B. Lesión hipoeoica localizada en dermis, bien delimitada. i) Examen ecográfico modo Doppler color. Vascularización intralesional y perilesional prominente.

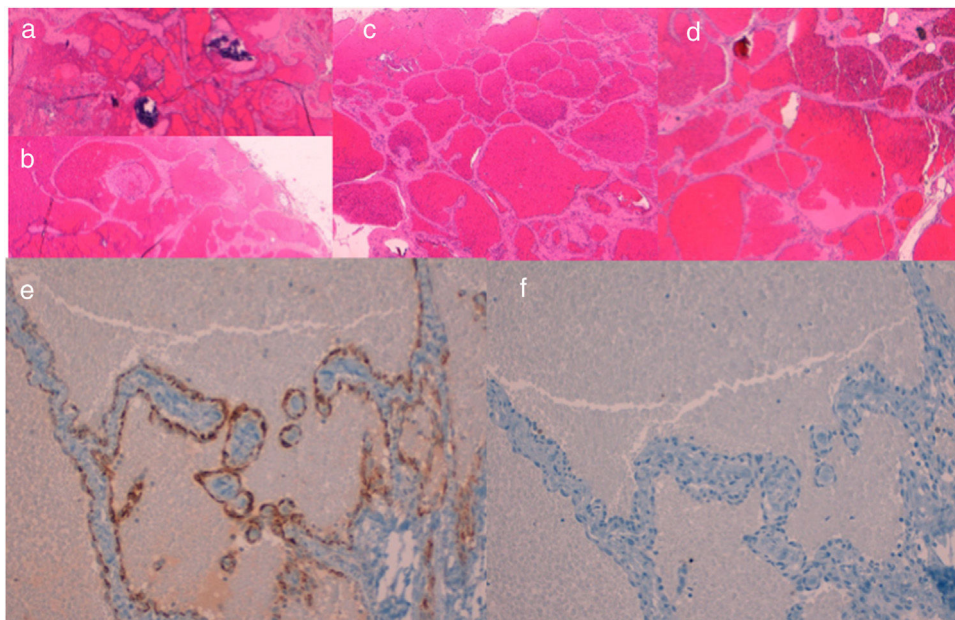


Figura 2 a y b) Caso 1: calcificación focal en el interior de la lesión, observándose también trombosis intravascular (HE \times 40). c) Caso 2: masa bien circunscrita, lobulada, compuesta por múltiples canales vasculares dilatados e interconectados entre sí, con pared vascular fina, formando estructuras sinusoidales (HE \times 40). d) Caso 3: canales vasculares dilatados interconectados entre sí formando un patrón sinusoidal, sin observarse calcificaciones ni trombos (HE \times 40). e) Inmunohistoquímica del caso 2 para WT1 \times 200. f) Inmunohistoquímica del caso 2 para D2-40 \times 200.

subcutáneo, bien delimitada, con presencia de vascularización intralesional en modo Doppler color (fig. 1e y f). El estudio histológico evidenció canales vasculares más dilatados que el caso anterior, sin áreas de calcificaciones ni trombos significativos (fig. 2c).

El tercer caso era una mujer de 77 años, sin antecedentes de interés, que consultó por una lesión asintomática localizada en la cara externa del brazo derecho de años de evolución, de lento crecimiento. En la exploración presentaba una lesión subcutánea de 1 cm de diámetro, de consistencia elástica y con la epidermis suprayacente ligeramente verde-azulada (fig. 1g). Se realizó una ecografía cutánea (Esaote MyLab 18 MHz), visualizándose una lesión de ecogenicidad mixta con áreas anecoicas e hipoeoicas, localizada en la dermis, bien delimitada, con vascularización intralesional y perilesional prominente en el modo Doppler color (fig. 1h e i). El estudio histológico evidenció canales vasculares dilatados interconectados entre sí, formando un patrón sinusoidal, sin observarse calcificaciones ni trombos (fig. 2d).

En todos los casos se realizó estudio inmunohistoquímico presentando en todos positividad para WT1 y CD31, y negatividad para GLUT1 y D2-40 (fig. 2e y f).

El HS es una proliferación vascular muy infrecuente descrita por primera vez por Calonje y Fletcher en 1991¹ como una variante del hemangioma cavernoso. Actualmente, no se encuentra dentro de la clasificación propuesta por la International Society for the Study of Vascular Anomalies, aunque podría considerarse una anomalía vascular cutánea². El HS suele presentarse como un nódulo subcutáneo de superficie azulada, generalmente asintomático, localizado con mayor frecuencia en extremidades, predominando en mujeres de edad media. Histológicamente se caracteriza por una arquitectura lobular donde los lóbulos están cons-

tituidos por canales vasculares dilatados con pared fina, interconectados entre sí y formando un patrón sinusoidal. Los vasos están estrechamente cercanos, con poco estroma, que al corte tangencial de las paredes produce un patrón pseudopapilar, y muestran una tendencia a presentar trombosis y calcificaciones en el centro de la lesión³. Respecto al estudio inmunohistoquímico, nuestros casos revelan los mismos hallazgos descritos hasta ahora, por lo que encuadraría el HS dentro de los tumores vasculares y no en el grupo de malformaciones vasculares⁴. Hay pocas referencias bibliográficas sobre la caracterización de estos tumores mediante pruebas de imagen, siendo descritos como lesiones sólidas localizadas en el tejido subcutáneo con flujo vascular lento mediante RM y arteriografía. Park et al.² describieron un caso de HS como una lesión hipoeoica sin señal Doppler en su interior, situada entre 2 vasos paralelos, pudiendo corresponder con arteria y vena drenante, pero no pudieron encontrar conexión entre el tumor y dichos vasos. En nuestros casos no se encontró dicho hallazgo en la ecografía. La presencia o ausencia de señal Doppler intralesional se postula que puede estar en relación con la presencia de trombosis o áreas de isquemia dentro de los vasos que conforman la lesión. En nuestros casos, la tumoración con una menor señal Doppler intralesional presentaba mayor trombosis en el examen anatomopatológico, así como puntos hiperecogénicos intralesionales sin sombra acústica posterior que se correlacionaron con calcificaciones en el estudio histológico. Kitamura et al.⁵ ya describieron un caso de HS con puntos hiperecogénicos distribuidos difusamente en el interior de la lesión, algunos presentando sombra acústica posterior, que se correspondieron histológicamente con calcificaciones. Dichas calcificaciones ya fueron descritas previamente por Nakamura y Miyachi³, postulándose su relación con el tiempo de evolución y el bajo flujo intralesional,

lo que parece corresponderse con el primer caso. El segundo caso y el tercer caso presentaban vascularización intralesional en el modo Doppler color, hallazgo poco frecuente en estas lesiones^{6,7}, y que histológicamente corresponden con luces vasculares, no mostrando calcificaciones en el estudio histológico ni puntos hiperecogénicos en el ecográfico.

En conclusión, hemos presentado 3 casos de hemangioma sinusoidal destacando los hallazgos ecográficos y su correlación histológica, aportando 2 casos con vascularización intralesional marcada, inusual en este tipo de lesión. Aunque la ecografía nos permite determinar la relación con estructuras adyacentes y la vascularización que presentan, no se han encontrado hallazgos ecográficos distintivos que permitan su diagnóstico, siendo este fundamentalmente histológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Calonje E, Fletcher CD. Sinusoidal hemangioma. A distinctive benign vascular neoplasm within the group of cavernous hemangioma. *Am J Surg Pathol.* 1991;15:1130–5.
2. Park K, Kim I, Chung H, Park J. Sinusoidal haemangioma: Are ultrasonographic features helpful? *Clin Exp Dermatol.* 2015;40:691–4.
3. Nakamura M, Miyachi Y. Calcifying sinusoidal haemangioma on the back. *Br J Dermatol.* 1999;141:377–8.
4. Piqué-Durán E, Paredes BE, Palacios-Llopis S. Sinusoidal hemangioma: Immunohistochemical Analysis with Glucose Transporter 1 (GLUT1) and Williams Tumor Protein 1 (WT1). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:364–6.
5. Kitamura S, Hata H, Imafuku K, Nishie W, Shimizu H. "Sprinkle brightness lesion" appearance in ultrasound B-mode findings of sinusoidal hemangioma. *J Dermatol.* 2014;41:1123–4.
6. García-Arpa M, Villasanti-Rivas N, Flores-Terry MA, Franco-Muñoz M, Banegas-Illesca ME, Parra-Cubillos MA. Sinusoidal haemangioma: Un uncommon vascular lesion. *Piel.* 2017;32:332–5.
7. Salemis NS. Sinusoidal hemangioma of the breast: Diagnostic evaluation management and literatura review. *Gland Surg.* 2017;6:105–9.

C. García-Harana^{a,*}, I. Fernández-Canedo^a, S. Rodríguez-Lobalzo^b
y J.B. Repiso Jiménez^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.garciaharana@gmail.com
(C. García-Harana).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2018.06.027>
0001-7310/

© 2019 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).

Lesión subcutánea cervical tras manipulación quiropráctica: papel de la ecografía cutánea



Subcutaneous Neck Lesion After Chiropractic Manipulation: The Role of Ultrasound Skin Imaging

Sr. Director:

Las lesiones subcutáneas a menudo nos plantean dudas diagnósticas en la consulta dermatológica y requieren un abordaje más específico. Presentamos el caso de una paciente con una tumoración cervical en la que la ecografía cutánea supuso un medio fundamental de diagnóstico y manejo.

Se presenta el caso clínico de una mujer de 20 años, sin antecedentes personales de interés, que consultó por una tumoración en la región cervical izquierda de aparición brusca y crecimiento progresivo de una semana de evolución, asociada a leve dolor en la zona. La exploración física evidenció una lesión subcutánea de consistencia gomosa, de 3 × 2 cm sin alteración en la coloración superficial ni afectación epidérmica (fig. 1).

El diagnóstico diferencial incluyó la presencia de adenopatías, lipoma, hematoma intramuscular u otra tumoración subcutánea que filiar.

Ante las dudas diagnósticas, se decidió realizar una ecografía cutánea con sonda lineal a una frecuencia de



Figura 1 Abultamiento en la región cervical izquierda, obsérvese la ausencia de afectación en la superficie cutánea.