

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Placas eritematovioláceas en miembro inferior



Violaceous Erythematous Plaques on a Lower Limb

Historia clínica

Un varón de 8 meses consultó por una lesión en la extremidad inferior derecha presente al nacimiento, sin cambios en su aspecto pero con un crecimiento progresivo. Entre sus antecedentes personales no destacaron enfermedades de interés, con nacimiento a término tras un embarazo controlado, mediante cesárea sin complicaciones.

Exploración física

En la exploración mostró 5 placas de color rojo oscuro, de bordes irregulares y bien delimitadas, de 1,5 cm de largo la de mayor tamaño, distribuidas desde el maléolo medial hacia el dorso del pie derecho (fig. 1A). La dermatoscopia evidenció lagunas milimétricas rojo vinosas sobre un fondo rosado homogéneo (fig. 1B).

Histopatología

El estudio histopatológico mostró una epidermis ortoqueratótica con acantosis y papilomatosis (fig. 2A) y vasos



Figura 1

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2019.02.025>

0001-7310/© 2020 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

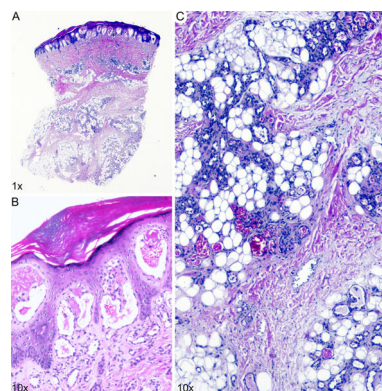


Figura 2 Hematoxilina-eosina, $\times 1$ (A) y $\times 10$ (B y C).

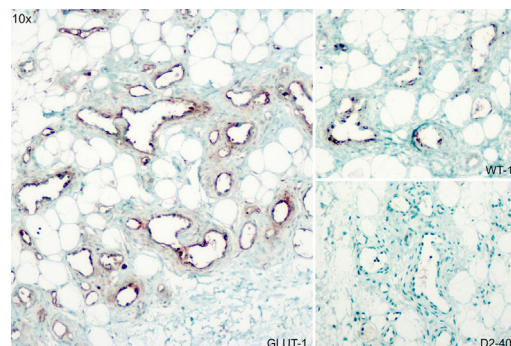


Figura 3 Técnicas GLUT-1, WT-1 y D2-40 señaladas sobre cada imagen, $\times 10$.

dilatados en un patrón lobular, rodeados de un infiltrado inflamatorio perivascular escaso en la dermis superficial y profunda (fig. 2 B y C). La tinción inmunohistoquímica reveló positividad para Wilms tumor 1 y glucocorticosteroides 1 y negatividad para D2-40 (fig. 3).

Otras pruebas complementarias

La ecografía evidenció que las lesiones eran superficiales, hallándose un discreto aumento del espesor de partes blandas de la región dorsal medial del pie derecho, sin flujo valorable. Un estudio analítico completo en sangre no reveló alteraciones en el hemograma, el perfil hepático y renal, ni en los niveles de dímero-D.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Malformación venosa verrucosa (MVV).

Evolución y tratamiento

Se pautó tratamiento con timolol tópico al 0,5% diario durante 6 meses, suspendiéndose finalmente ante la ausencia de cambios.

Comentario

La MVV es una anomalía vascular cuyo carácter malformativo o tumoral ha sido muy discutido. Habitualmente las lesiones están presentes al nacer o aparecen en la infancia temprana, como un parche rojo oscuro único o múltiple. La localización más frecuente es en los miembros inferiores, con tendencia a oscurecerse, engrosarse y volverse hiperqueratósico, sin tendencia a la remisión¹. Dermatopatológicamente la MVV muestra una epidermis con hiperqueratosis compacta, papilomatosis y acantosis irregular sobre capilares dilatados en la dermis papilar y profunda y en el tejido celular subcutáneo². Aunque sus características clínicas recuerdan a una malformación vascular, inicialmente fue considerado como tumor vascular por la International Society for the Study of Vascular Anomalies por su perfil inmunohistoquímico positivo para Wilms tumor 1 y glucose transporter^{1,2,3}.

Clínicamente puede confundirse con otras lesiones vasculares, como el angioqueratoma, o con malformaciones vasculares compuestas capilares, venosas y linfáticas que, aunque pueden presentar hiperqueratosis y acantosis, son negativas para glucose transporter 1 y Wilms tumor 1³.

Recientemente, Couto et al.⁴ han descrito en la MVV una mutación somática tipo missense en la proteína activada por mitógenos cinasa cinasa cinasa 3, la cual está implicada en la cascada de señalización de la angiopoyetina-1 y la túnica íntima endotelial cinasa-1, implicadas en las malformaciones venosas tanto hereditarias como esporádicas⁵. Debido a su evolución clínica, así como por los recientes hallazgos genéticos, actualmente se considera la MVV dentro de

las malformaciones venosas⁶, a pesar de sus características inmunohistoquímicas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Dhanta A, Chauhan P, Meena D, Hazarika N. Linear verrucous hemangioma-A rare case and dermoscopic clues to diagnosis. *Dermatol Pract Concept*. 2018;8:43-7.
2. Trindade F, Torrelo A, Requena L, Tellechea O, Del Pozo J, Sacristán F, et al. An immunohistochemical study of verrucous hemangiomas. *J Cutan Pathol*. 2013;40:472-6.
3. Hoeger PH, Colmenero I. Vascular tumours in infants. Part I: Benign vascular tumours other than infantile haemangioma. *Br J Dermatol*. 2014;171:466-73.
4. Couto J, Vivero M, Kozakewich H, Taghinia AH, Mulliken JB, Warman ML, et al. A somatic MAP3K3 mutation is associated with verrucous venous malformation. *Am J Hum Genet*. 2015;96:480-6.
5. Knöpfel N, Hoeger P. Verrucous hemangioma or verrucous venous malformation? Towards a classification based on genetic analysis. *Actas Dermosifiliogr*. 2016;107:427-8.
6. International Society for the Study of Vascular Anomalies. ISSVA classification for vascular anomalies, 2018 [consultado 29 Ene 2019]. Disponible en: <https://issva.org/classification>.

I. Villegas-Romero^{a,*}, K. Tello-Collantes^b
y D. Jiménez-Gallo^a

^a *Unidad de Gestión Clínica de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*

^b *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: imvr91@gmail.com (I. Villegas-Romero).