

IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

Hemangioma hemosiderótico en diana: una dermoscopia fácilmente identificable

Haemosiderotic hemangioma on target: An easily identifiable dermoscopy

J.M. Llamas-Molina^a, A. Ayén-Rodríguez^a y R. Ruiz-Villaverde^{a,b,*}

^a Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España

^b Instituto Biosanitario de Granada, Ibs, Granada, España

Una mujer de 45 años de edad, con antecedente personal de melanoma de extensión superficial estadio IB en el miembro inferior derecho, en seguimiento por la unidad de melanomas de nuestro centro, fue remitida desde atención primaria por vía telemática (*teledermatología*) por una lesión en la cara anterior del miembro inferior (no especifica lateralidad), con sospecha diagnóstica de enfermedad maligna. Clínicamente (*fig. 1*) se apreciaba una lesión con apariencia en diana, de bordes bien definidos, con pápula central más oscura, rodeada por un anillo periférico equimótico. En la imagen dermatoscópica se realizó algoritmo en 2 etapas: 1) ausencia de criterios de lesión melanocítica (retículo pigmentado típico, glóbulos regulares, patrón paralelo acral, pigmentación azul homogénea y proyecciones regulares); y 2) estructuras redondeadas rojas tipo lagunas vasculares de localización central, separadas por estructuras lineales blancas más evidentes en la periferia, que se encuentran rodeadas por un halo pálido homogéneo y un anillo violáceo periférico. Con el diagnóstico clínico de *hemangioma hemosiderótico en diana* (HHD) la paciente fue dada de alta con recomendación de observación domiciliar y nueva consulta si había variación clínica o aparición de sintomatología asociada (*fig. 2*).



Figura 1 Pápula violácea con área equimótica periférica.

El HHD o *hemangioma en tachuela* es una lesión vascular poco frecuente, de probable origen linfático y de naturaleza benigna¹. Afecta mayoritariamente a personas jóvenes o de mediana edad, y muestra un ligero predominio por el sexo masculino (1,36:1), apareciendo con mayor frecuencia en las extremidades y en el tronco. Su etiopatogenia no está del todo aclarada, pero la hipótesis más aceptada es que realmente se trata de una malformación linfática, pues muestra intensa positividad para los marcadores linfoendoteliales

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorvegcas@gmail.com (R. Ruiz-Villaverde).

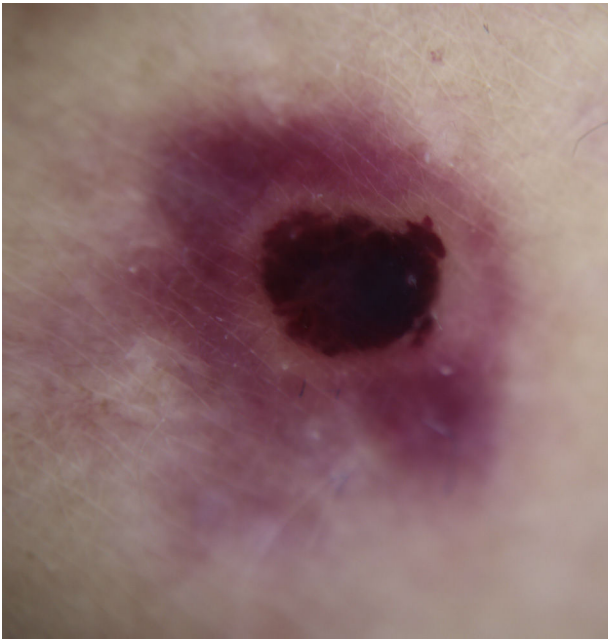


Figura 2 Dermoscopia (DL $\times 10$): lagunas vasculares y halo blanquecino y equimótico en diana.

VEGF-3 y podoplanina, así como negatividad frente a WT1 y al marcador vascular sanguíneo CD34^{1,2}.

Clínicamente se presenta como una pápula única, asintomática, de color rojo azulado a marrón, generalmente inferior a 1 cm de diámetro y, en ocasiones, sobre una zona donde previamente se había producido un traumatismo local. No es infrecuente que esta pápula esté rodeada de una fina área de piel pálida en el interior de un anillo equimótico, en relación con el depósito local de hemosiderina³, dando un aspecto en diana a la lesión. En fase involutiva pueden aparecer áreas pálidas dentro del anillo purpúrico, o incluso este puede desaparecer. Estos ciclos de evolución e involución de una misma lesión son frecuentes y se han relacionado en algunos casos con cambios hormonales o procesos traumáticos⁴. El patrón dermatoscópico más común del HHD lo componen lagunas rojas y oscuras ocupando el área central y un anillo homogéneo rojizo-violáceo o equimótico en la periferia, como el caso que nos ocupa. Se

presenta en el 71,4% de los casos estudiados en algunas series publicadas⁵. Deberemos prestar especial atención si clínica y dermatoscópicamente se muestran patrones no targetoideos que a menudo imitan otras lesiones, incluyendo melanoma amelanótico o hipomelanótico. En estos casos, el examen histopatológico sigue siendo el patrón oro diagnóstico. El estudio histológico revela en la dermis superficial vasos dilatados de paredes delgadas revestidos por células endoteliales en tachuela y vasos con una luz más reducida en la dermis profunda. Son frecuentes los eritrocitos y los depósitos de hemosiderina extravasados⁶.

La dermatoscopia ha demostrado ser una herramienta útil para la práctica clínica del médico de familia, porque es más sensible que la simple inspección visual. La mayor limitación de la dermatoscopia es la necesidad de un entrenamiento previo en la técnica mediante formación específica y práctica y la identificación de patrones sencillos como el mostrado en esta lesión vascular, que permitirá reducir el número de escisiones y biopsias innecesarias.

Se ha contado con el consentimiento de la paciente y se han seguido los protocolos de los centro de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

Bibliografía

1. Trindade F, Kutzner H, Tellechea Ó, Requena L, Colmenero I. Hobnail hemangioma reclassified as superficial lymphatic malformation: A study of 52 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:112–5.
2. Al Dhaybi R, Lam C, Hatami A, Powell J, McCuaig C, Kokta V. Targetoid hemosiderotic hemangiomas (hobnail hemangiomas) are vascular lymphatic malformations: A study of 12 pediatric cases. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66:116–20.
3. Campillo-Lopez F, Delgado-Díez B, Ruiz-Hernández F, de Lucas-Laguna R. Hemangioma hemosiderótico en diana. *An Pediatr.* 2015;82:111–2.
4. Gutte RM, Joshi A. Targetoid hemosiderotic hemangioma. *Indian Dermatol Online J.* 2014;5:559–60.
5. Zaballos P, Llambrich A, del Pozo LJ, Landi C, Pizarro A, Vera A, et al. Dermoscopy of targetoid hemosiderotic hemangioma: A morphological study of 35 cases. *Dermatology.* 2015;231:339–44.
6. Mentzel T, Partanen TA, Kutzner H. Hobnail hemangioma ("targetoid hemosiderotic hemangioma"): Clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 62 cases. *J Cutan Pathol.* 1999;26:279–86.