



# Hemangioma infantil: Estudio clínico epidemiológico en un hospital regional del norte del Perú. Período 2010-2016

*Infantile hemangioma: Clinical epidemiological study in a regional hospital in northern Peru. 2010-2016*

**Jenny Valverde-López<sup>1,2</sup>, Natalia Rafael-Robles<sup>3</sup>, Percy Rojas-Plasencia<sup>1,2</sup>, Dora Vicuña-Ríos<sup>1,2</sup>**

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de hemangioma infantil en el Hospital Regional Docente de Trujillo durante el periodo 2010-2016. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo de tipo serie de casos. Se incluyó en el estudio a pacientes con diagnóstico de hemangioma infantil menores de 3 años de edad que acudieron a su primera atención dermatológica. Se revisó el registro de consultas externas del Servicio de Dermatología así como las historias clínicas de los pacientes registrándose variables epidemiológicas y clínicas en un instrumento de recolección de datos. **RESULTADOS:** Se incluyó en el estudio a 107 pacientes, 62,6% eran de sexo femenino y el 37,4% de sexo masculino, el 93,5% procedía de la ciudad de Trujillo. La primera atención dermatológica se realizó entre los 3 y 6 meses (38%), la lesión única fue la forma de presentación más frecuente (84%), siendo notadas con mayor frecuencia durante la primera semana de vida (74%). El 66% de lesiones presentaron la forma clínica superficial, 31% mixta y 3% profunda. La localización más frecuente fue en cabeza (55%), seguida del tronco (17%). El timolol tópico fue el tratamiento más frecuente (43%), seguido de la observación (39%) y el propranolol oral (16%). **CONCLUSIONES:** Los pacientes con hemangioma infantil del Hospital Regional Docente de Trujillo son predominantemente de sexo femenino, acuden a consulta generalmente después de los 3 meses de edad, con lesiones en cabeza o tronco y con las formas clínicas superficial o mixta.

**PALABRAS CLAVE:** Hemangioma infantil, epidemiología, clínica.

Dermatol Peru 2018; 28 (2): 80-83

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To describe the epidemiological and clinical characteristics of patients diagnosed with infantile hemangioma in the Regional Teaching Hospital of Trujillo during the period 2010-2016. **MATERIAL AND METHODS:** Descriptive study of a series of cases. Patients with a diagnosis of infantile hemangioma under 3 years of age who attended their first dermatological care were included in the study. The registry of external consultations of the Dermatology Service was reviewed, as well as the clinical records of the patients, registering epidemiological and clinical variables

in a data collection instrument. **RESULTS:** 107 patients were included in the study, 62.6% were female and 37.4% were male, 93.5% were from the city of Trujillo. The first dermatological care was performed between 3 and 6 months (38%), the single lesion was the most frequent form of presentation (84%), being noticed more frequently during the first week of life (74%). 66% of lesions presented the superficial clinical form, 31% mixed and 3% deep. The most frequent location was in the head (55%), followed by the trunk (17%). Topical timolol was the most frequent treatment (43%), followed by observation (39%) and oral propranolol (16%). **CONCLUSIONS:** The patients with infantile hemangioma of the Regional Teaching Hospital of Trujillo are predominantly of feminine gender, they come to consultation generally after 3 months of age, with lesions in head or trunk and with superficial or mixed clinical forms.

**KEY WORDS:** Infantile hemangioma, epidemiology, clinic.

1. Docente de la facultad de medicina de la Universidad Nacional de Trujillo  
2. Medico asistente del Hospital Regional Docente de Trujillo  
3. Medico residente de dermatologia de la Universidad Nacional de Trujillo

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones vasculares infantiles se clasifican en dos grandes grupos: tumores y malformaciones vasculares<sup>1</sup>. Los hemangiomas infantiles (HI) son los tumores vasculares más comunes<sup>2</sup>. La incidencia de los HI es desconocida, se estima que se presentan en 4-5% de infantes a nivel mundial pudiendo llegar hasta el 10% en infantes caucásicos<sup>3,4</sup>. Si bien la mayoría de hemangiomas se producen esporádicamente, se ha reportado su transmisión familiar de forma autosómica dominante<sup>5</sup>. Los HI son dos o tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, así como en la raza blanca no hispana que en otros grupos raciales<sup>6,7</sup>. Su incidencia aumenta en los recién nacidos prematuros; siendo el bajo peso al nacer el factor de riesgo más significativo probablemente. Asimismo, muchos casos de HI ocurren más frecuentemente en productos de gestaciones múltiples, edad materna avanzada, placenta previa y preeclampsia.<sup>7</sup>

Los HI clásicamente pasan por 3 fases, empezando por la fase proliferativa, de crecimiento rápido (hasta 1 año de duración), seguida de la fase de meseta (1 a 8 años) y finalmente la fase de involución que es de larga evolución, incluso de años observándose que el 50% regresionan a los 5 años, el 70% a los 7 y el 90% a los 9; se estima que posterior a esta última fase del 40 a 50% quedarían con algún cambio residual<sup>8,9</sup>. Sus características clínicas son variables; las lesiones superficiales tienden a ser pápulas o nódulos rojos, mientras las profundas son nódulos suaves de color azulado y pueden tener telangiectasias en la superficie.<sup>10</sup> La localización más frecuente es en cabeza y cuello (80%) seguido por el tronco (25%) y las extremidades (15%).<sup>10-14</sup>

A pesar de su naturaleza benigna y autolimitada, algunos HI pueden causar complicaciones como ulceración y desfiguración permanente pudiendo comprometer la función de algún órgano vital o producir anomalías subyacentes del desarrollo de la columna vertebral, el sistema nervioso central, sistema circulatorio y otros. Se estima que alrededor de 10 a 20% pueden causar serias consecuencias estéticas, funcionales o inclusive vitales. El tamaño considerable, la ubicación facial y/o la morfología segmentaria son los predictores más comunes de malos resultados a corto plazo, incluyendo complicaciones y fracaso de tratamiento. La mayoría de los HI no necesitan de intervención alguna, pero requieren un seguimiento acucioso<sup>11,15-19</sup>.

Según el último Consenso Español sobre hemangioma infantil, la protocolización sobre cuándo y cómo tratar un HI es compleja ya que no todos los hemangiomas de igual

tamaño y localización experimentan la misma evolución clínica y el impacto psicológico del HI en el niño y la familia no es extrapolable entre pacientes con el mismo tumor. Existen indicaciones absolutas de tratamiento: 1) HI potencialmente mortales o que ponen en peligro la capacidad funcional; 2) HI ulcerados con dolor y/o ausencia de respuesta a las medidas básicas de cuidado de heridas, y 3) HI con riesgo de cicatrices permanentes o desfiguración.<sup>20</sup>

Hasta el 2008, los corticoides orales fueron el tratamiento de elección para los HI complicados, a pesar de sus efectos secundarios a dosis altas y a la ausencia de respuesta al tratamiento en un tercio de los casos. En la actualidad, el propranolol por vía oral se considera el tratamiento de elección de los HI ya que es el único aprobado para dicha indicación, por su alta y rápida efectividad; el timolol tópico es considerado una importante alternativa para el tratamiento de los HI pequeños y localizados, sobre todo en la región periocular.<sup>20</sup>

La presente investigación tiene como objetivo determinar las características clínico epidemiológicas de los pacientes con HI Hospital Regional Docente de Trujillo durante el período 2010-2016.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de tipo serie de casos. Se incluyó a pacientes con diagnóstico clínico de hemangioma infantil, menores de 3 años que acudieron a su primera atención dermatológica, se excluyó a aquellos que no contasen con información completa. No se realizó muestreo, se trabajó con la totalidad de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión por ser un número pequeño y accesible.

Se revisó el registro de consultas del Servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo correspondiente al período 2010-2016 así como las historias clínicas de los pacientes obteniéndose las siguientes variables clínicas y epidemiológicas:

- ▲ Variables clínicas: Tiempo de enfermedad, número de lesiones, localización anatómica, forma clínica, tratamiento recibido y empleo de antibióticos.
- ▲ Variables epidemiológicas: Edad de presentación, edad en primera atención dermatológica, sexo, procedencia

La información obtenida fue registrada en un instrumento de recolección de datos elaborado para la presente investigación y pasó a formar parte de una base de datos informática en el programa Microsoft Excel.

Se realizó estadística descriptiva basada en la obtención de frecuencias y porcentajes. La investigación utilizó una fuente secundaria de información por lo que no se requirió de un consentimiento informado. La información obtenida fue confidencial y fue usada únicamente para fines científicos, conservando el anonimato de cada paciente.

## RESULTADOS

Se incluyeron 107 pacientes, el 62,6% correspondió al sexo femenino y el 37,4% al sexo masculino, la mayor frecuencia de los casos se encontraba en el grupo de edad entre los 3 y 9 meses que representó el 60.7%. En la mayor frecuencia de los casos, los cuidadores refirieron que notaron las lesiones durante la primera semana de vida (73,8%). El lugar de procedencia más frecuente fue la provincia de Trujillo (93,4%), de los distritos pertenecientes a la provincia de Trujillo, Trujillo fue el más frecuente (n=72), seguido por La Esperanza (n=15), Huanchaco (n=6) y El Porvenir (n=3). Las características epidemiológicas de los pacientes con HI se muestran en la tabla 1.

La forma clínica más frecuente fue la superficial (65,9%), la lesión única constituyó la forma de presentación más frecuente (84,1%). Las lesiones se presentaron con mayor frecuencia en la cabeza (64,5%), tronco (20,6%) y miembro inferior (19,6%). Las lesiones de la cabeza se presentaron principalmente en cara (n=34), cuero cabelludo (n=16), boca (n=8), párpado (n=7) y nariz (n=4). Esto se muestra en la tabla 2.

**Tabla 1:** Características epidemiológicas de los pacientes con HI en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Característica	Frecuencia	%
Edad de presentación		
▲ Hasta 1 semana	79	73,8
▲ De 2 a 4 semanas	21	19,6
▲ Más de 4 semanas	7	6,5
Edad primera atención dermatológica		
▲ Menos de 3 meses	15	14,0
▲ 3-6 meses	41	38,3
▲ 6-9 meses	24	22,5
▲ 9-12 meses	11	10,3
▲ 12-15 meses	6	5,6
▲ 15 a más meses	10	9,3
Procedencia		
▲ Trujillo	100	93,4
▲ Ascope	5	4,8
▲ Virú	1	0,9
▲ Casma	1	0,9

**Tabla 2:** Características clínicas de los pacientes con HI en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

Característica	Frecuencia	%
Forma clínica		
▲ Superficial	85	65,9
▲ Profunda	4	3,1
▲ Mixta	40	31,0
Número de lesiones		
▲ Lesión única	90	84,1
▲ Dos lesiones	13	12,1
▲ Tres lesiones	3	2,8
▲ Cuatro lesiones	1	0,9
Localización		
▲ Cabeza	69	64,5
▲ Tronco	22	20,6
▲ Miembro inferior	21	19,6
▲ Miembro superior	11	10,3
▲ Genitales	3	2,8
▲ Cuello	3	2,8
Tratamiento		
▲ Solo observación	50	46,7
▲ Prednisona (oral)	3	2,8
▲ Propranolol (oral)	20	18,7
▲ Timolol (tópico)	56	52,3

En cuanto al tratamiento, el timolol tópico fue el más usado (52,3%), seguido de la observación sola, propranolol oral y prednisona oral. El 6,5% de los pacientes requirió antibioticoterapia debido a sobreinfección de las lesiones (ver tabla 2).

## DISCUSIÓN

La presente investigación muestra que los pacientes con HI del Hospital Regional Docente de Trujillo son predominantemente de sexo femenino y acuden a consulta generalmente después de los 3 meses de edad, con lesiones en cabeza o tronco, con las formas clínicas superficial o mixta y con lesiones únicas localizadas principalmente en la cabeza.

Los resultados obtenidos coinciden con los de Chiller<sup>6</sup> y Reynoso<sup>21</sup> a nivel internacional así como por los reportados por Moreno<sup>18</sup> a nivel nacional en los que el sexo femenino es el predominante en los HI. Acerca de las características demográficas, la procedencia denota una gran inclinación hacia el sector urbano (distritos de la provincia de Trujillo), sin embargo, no se puede dejar de lado que probablemente la mayoría de casos del sector rural y/o urbano-marginal no hayan buscado atención médica o no hayan sido referidos al hospital. Las características epidemiológicas

halladas en la presente investigación son similares a las reportadas en la literatura nacional e internacional.

Se ha observado también, que en cerca de la mitad de pacientes la atención especializada por parte del dermatólogo es buscada de forma tardía (en infantes mayores de 6 meses), aun cuando las lesiones características fueron advertidas durante el primer mes de vida lo cual coincide con lo reportado por Drolet<sup>22</sup>. Esto denota que en nuestro medio existe aún desinformación, tanto en la población en general como en el primer nivel de atención en salud.

La forma de presentación clínica más frecuente fue la lesión única lo cual concuerda con lo reportado por Drolet<sup>22</sup>. En cuanto a la forma clínica de los hemangiomas, más de la mitad de lesiones eran superficiales y cerca de la tercera parte eran mixtos lo cual concuerda con lo reportado a nivel internacional. La localización más frecuente de las lesiones fue en la cabeza (importante por sus repercusiones estéticas) y de ella, la cara y cuero cabelludo fueron los lugares afectados con mayor frecuencia. Esto es similar a lo reportado por Chiller<sup>6</sup>, Haggstrom<sup>11</sup> y Reynoso<sup>21</sup>.

Debido a que la forma superficial fue la más frecuente, el timolol tópico representó el esquema de tratamiento más utilizado, así como la observación sola casi en la mitad de casos. Por otro lado, se continúa con el uso del propranolol oral, por su utilidad para las formas mixtas y profundas. Los tratamientos con timolol tópico y propranolol oral están avalados por evidencia de ensayos clínicos y metanálisis.<sup>23,24</sup>

En conclusión, los pacientes con hemangioma infantil del Hospital Regional Docente de Trujillo son predominantemente de sexo femenino, acuden a consulta generalmente después de los 3 meses de edad con lesiones en cabeza o tronco y con las formas clínicas superficial o mixta.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Enjolras O, Mulliken JB. Vascular tumors and vascular malformations (new issues). *Adv Dermatol* 1997;13:375.
- Bruckner AL, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy. *J Am Acad Dermatol* 2003; 48:477.
- Alper JC, Holmes LB. The incidence and significance of birthmarks in a cohort of 4,641 newborns. *Pediatr Dermatol* 1983;1:58.
- Jacobs AH. Strawberry hemangiomas: the natural history of the untreated lesion. *Calif Med*. 1957;86(1):8-10.
- Blei F, Walter J, Orlow SJ, Marchuk DA. Familial segregation of hemangiomas and vascular malformations as an autosomal dominant trait. *Arch Dermatol* 1998; 134:718.
- Chiller KG, Passaro D, Frieden IJ. Hemangiomas of infancy: clinical characteristics, morphologic subtypes, and their relationship to race, ethnicity, and sex. *Arch Dermatol* 2002;138:1567.
- Hemangioma Investigator Group, Haggstrom AN, Drolet BA, et al. Prospective study of infantile hemangiomas: demographic, prenatal, and perinatal characteristics. *J Pediatr* 2007;150:291.
- Higuera S, Gordley K, Metry DW, Stal S. Management of hemangiomas and pediatric vascular malformations. *J Craniofac Surg*. 2006;17:783-9.
- Pandey A, Gangopadhyay AN, Upadhyay VD. Evaluation and management of infantile hemangioma: an overview. *Ostomy Wound Manage*. 2008;54:16-18. 20, 22-26, 28-29.
- Balma-Mena A, Lara-Corrales I. Clasificación, manejo y complicaciones de los hemangiomas de la infancia. *Acta Pediatr Costarric* 2012;22:7-13
- Haggstrom AN, Drolet BA, Baselga E, Chamlin SL, Garzon MC, Horii KA, et al. Prospective study of infantile hemangiomas: clinical characteristics predicting complications and treatment. *Pediatrics*. 2006;118:882-7.
- Ballona R. Beta-bloqueadores y hemangiomas: de lo fortuito a lo accidental. [artículo en línea] *Dermatol Pediatr Lat*. 2010;8(1):46-9.
- Baselga E. Hemangiomas de la infancia: pasado, presente y futuro del tratamiento con propranolol. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102(7):484-6.
- Chang LC, Haggstrom AN, Drolet BA, Baselga E, Chamlin SL, Garzon MC, et al. Hemangioma Investigator Group. Growth characteristics of infantile hemangiomas: Implications for management. *Pediatrics*. 2008;122(2):360-7.
- Starkey E, Shahidullah H. Propranolol for infantile haemangiomas: a review. *Arch Dis Child* 2011;96:890-93.
- Metry D, Hebert A. Benign cutaneous vascular tumors of infancy: when to worry, what to do. *Arch Dermatol* 2000;136:905-14.
- Garzon M, Frieden I. Hemangiomas: when to worry. *Pediatr Ann* 2000;29:58
- Moreno M, Cortéz F, Rodríguez S. Eficacia y seguridad de la criocirugía en el tratamiento de hemangiomas infantiles de "alto riesgo" en lactantes menores tras sedación con hidrato de cloral 10% solución. *Dermatol Perú* 2008;18(3):284-94.
- Thomas R, Hornung R, Manning S. Hemangiomas of Infancy. *Arch Facial Plast Surg*. 2011;13(3):145-51.
- Baselga Torres E, Bernabéu Wittel J, van Esso Arbolave DL, Febrer Bosch MI, Carrasco Sanz A, de Lucas Laguna R, et al. Consenso español sobre el hemangioma infantil. *An Pediatr (Barc)*. 2015; 85(5):256-65.
- Reynoso J, Abreu R, Marte TJ, Pimentel MI, Almeida M, Núñez A, et al. Criocirugía en el tratamiento de los hemangiomas. Revisión estadística en el Instituto Dermatológico y Cirugía de Piel "Dr. Huberto Bogaert Díaz". Enero - Diciembre 2008. *Rev Dom Dermatología* 2011; 38(1):1-4.
- Drolet BA, Esterly NB, Frieden IJ. Hemangiomas in children. *N Engl J Med* 1999; 341:173.
- Léauté-Labrèze C, Hoeger P, Mazereeuw-Hautier J, Guibaud L, Baselga E, Posiunas G, et al. A randomized, controlled trial of oral propranolol in infantile hemangioma. *N Engl J Med* 2015; 372:735-46.
- Novoa M, Baselga E, Beltran S, Giraldo L, Shahbaz A, Pardo-Hernandez H, et al. Interventions for infantile haemangiomas of the skin. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD006545.

Correspondencia: Jenny Valverde López  
jennyvalverde4@gmail.com

Fecha de recepción: 08-05-18  
Fecha de aprobación: 14-06-18