

Telangiectasias arborescentes en miembro superior derecha

Arborescent Telangiectasias in limb upper right

Leonardo A. Sánchez-Saldaña*

Enfermedad actual

Paciente de sexo femenino, 23 años de edad, sin antecedentes personales y familiares patológicos de interés. Menciona que toma anticonceptivo desde hace dos años; consulta por presentar lesiones vasculares lineales rojas que se inician en el dorso de las manos y se van extendiendo progresivamente por el miembros superior hasta la región torácica derecho, asintomáticas, de 6 meses de evolución.

Examen físico

Al examen físico se evidencia máculas vasculares puntiformes rojo oscuras, telangiectasias, que se distribuyen en un patrón lineal desde el dorso de las

manos derecha, cara posterior externa de antebrazos, cara anterior de brazos y región torácica superior derecha, que desaparecen a la digito presión. Resto del examen clínico fue normal. Figuras 1 a 4.

Se solicitaron estudios de laboratorio biometría hemática y perfil de coagulación, pruebas de función hepática, renal y tiroidea que fueron negativas; serología para hepatitis B y C, ecografía de hígado y vías biliares normales.

Histopatología

La biopsia realizada informó discreta dilatación del plexo vascular superficial, sin infiltrado inflamatorio. Algunos vasos congestivos. Figuras 5 a 7.



Figura N° 1. Telangiectasias dorso de mano derecha.



Figura N° 2. Telangiectasias que se extienden por cara posterior del antebrazo.



Figura N° 3. Telangiectasias que se extienden por cara posterior del antebrazo.

* Profesor Invitado de Post Grado de Dermatología. UNMSM.



Figura N° 4. Telangiectasias en la región pectoral.

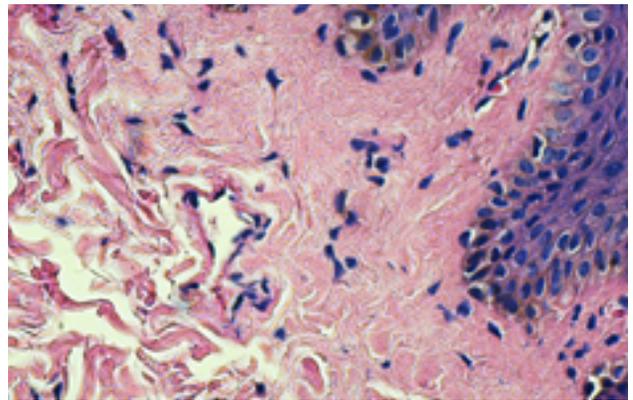


Figura N° 6. Vasos de pared delgada en la dermis superficial, dilatados, no se observa infiltrado inflamatorio.

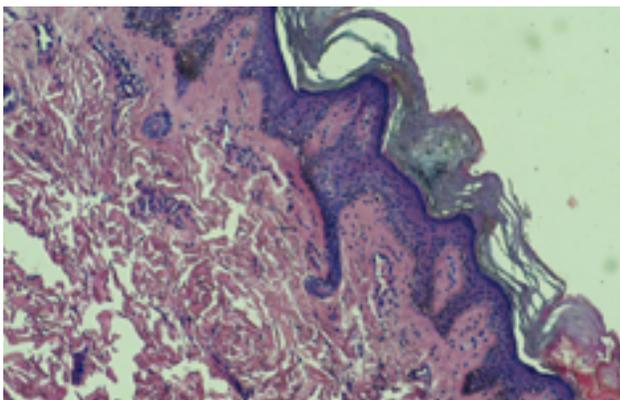


Figura N° 5. Dilatación capilar en el plexo vascular superficial, ausencia de células inflamatorias.

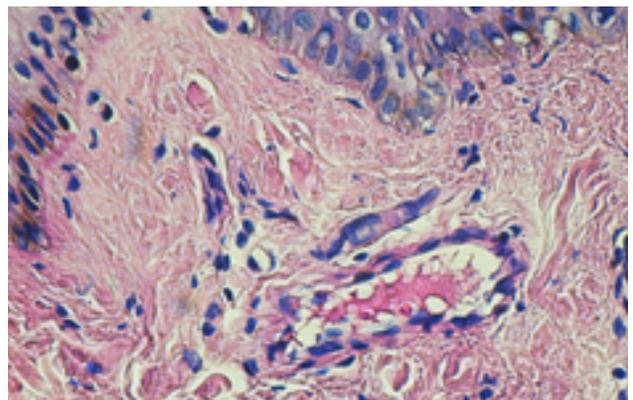


Figura N° 7. Vasos de la dermis superficial congestivos, con células endoteliales prominentes, no se observa infiltrado inflamatorio.

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

Telangiectasia nevoide unilateral

Comentario

La *telangiectasia nevoide unilateral* (TNU) es un raro desorden congénito o adquirido, de etiología desconocida, caracterizada por dilataciones vasculares pequeñas, telangiectásicas, de aspecto arborescente, unilaterales, con distribución lineal, segmentaria o metamérica.^{1,2}

Fue descrita por primera vez en 1899 por Blaschko, quien observó la presencia de éstas telangiectasias de forma adquirida^{1,2}. En 1931, *Pautrier* y *Ullmo* la denominaron «telangiectasia en araña adquirida». *Bowen* le da el nombre de «microtelangiectasia esencial progresiva unilateral». *Selmanowitz*, en 1970, le confiere su denominación actual de «telangiectasia nevoide unilateral».^{1,3}

La telangiectasia nevoide unilateral es una dermatosis poco común, de incidencia desconocida, afecta todas las edades y ambos géneros. Los casos congénitos son raros, se heredan de forma autosómica dominante^{1,2}, ocurren durante o luego del periodo neonatal y son más comunes en el sexo masculino^{1,2}. Las formas adquiridas son más frecuentes (75%) y tienen predilección por el sexo femenino durante la edad fértil de la vida¹⁻⁷, suelen relacionarse con estados de hiperandrogenismo fisiológicos o patológicos. Dentro de las causas fisiológicas se mencionan pubertad precoz, toma de anovulatorios y el embarazo. Dentro de las causas patológicas se mencionan a la hepatopatía alcohólica o infecciosa (HCV, HBV, HAV)⁹ y los tumores primitivos o metastásicos del hígado.^{4,5,8-11}

La etiología y patogenia no están aún esclarecidas, pero existen investigaciones que demuestran que en algunos pacientes los niveles de receptores de estrógenos y/o progesterona en la piel comprometida están aumentados⁵. Otras hipótesis sostienen que existirían anomalías de ellos y que los estrógenos circulantes estimularían la producción de telangiectasias⁵. *Kreft* y cols¹ proponen defectos funcionales subclínicos en la microvasculatura cutánea. Las células endoteliales poseen receptores de estrógenos y esta hormona desempeña un papel en la angiogénesis⁸. El factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) juegan un papel en la patogénesis de la TNU en pacientes con enfermedad hepática subyacente¹⁰. Algunos autores especulan que en ciertos casos la TNU se relacionaría a mosaicismos por mutaciones somáticas de poblaciones celulares durante el desarrollo embriológico, y que en situaciones de hiperandrogenismo las lesiones cutáneas se harían visibles, pero que los niveles elevados de estrógenos no serían la causa

primaria de a enfermedad⁵. Algunos autores han notado que la distribución más que metamérica sigue a las líneas de Blaschko, situación que podría relacionarse con la migración celular durante el desarrollo embrionario⁵. Las lesiones son asintomáticas y no existe afectación mucosa ni sistémica. La evolución es benigna y en la mayoría de los casos su curso es crónico y persistente.^{2,5}

Clínicamente la TNU se caracteriza por la presencia de telangiectasias arborescentes, no confluyentes y sin vaso central. Son unilaterales y su distribución puede ser lineal, segmentaria o metamérica. Se localizan preferentemente en cabeza y cuello, pero se pueden encontrar en otras regiones corporales e incluso en un hemicuerpo. Los dermatomas C3 a D1 son los sitios más comúnmente involucrados.^{2,5}

El diagnóstico se realiza por correlación clínico-patológica³. La histopatología no es característica, se observa vasos dilatados de paredes delgadas revestidas de células endoteliales prominentes en la dermis papilar y media, sin proliferación endotelial y leve infiltrado linfocitario perivasculoso y perianexial.^{2,5,8}

El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con los síndromes telangiectásicos primarios: *Angiomas estelares simples*: escaso número o aislados, no adopta distribución metamérica. Si son numerosos debe sospecharse afectación hepática; el *angioma serpiginoso de Hutchinson* se localiza preferentemente en la cintura pelviana y miembros inferiores, de crecimiento progresivo, predomina en mujeres (90%) y aparecen durante la niñez. Las lesiones son puntiformes y se agrupan con disposición serpiginosa, superficie discretamente papulosa; la *telangiectasia esencial generalizada* se diferencia por ser difusa, predominantemente en extremidades inferiores, pero también puede aparecer coincidiendo con embarazo o pubertad. Predomina en el sexo femenino, telangiectasias generalmente lineales; *telangiectasia hemorrágica hereditaria o síndrome de Osler-Weber-Rendu*, tiene un patrón de herencia autosómica dominante y se presenta con epistaxis a repetición y afectación sistémica, las telangiectasias se localizan a nivel paranasal y peribucal; y la *telangiectasia macular eruptiva perstans*, que es una forma de mastocitosis cutánea, cursa con telangiectasias arborescentes y máculas eritematosas o hiperpigmentadas acompañadas por prurito.^{2,4,5}

Las alternativas terapéuticas para este trastorno meramente estético incluyen electrocoagulación, radiofrecuencia, criocirugía o láser de CO₂, argón, Nd:YAG, dye láser o luz pulsada intensa. La luz pulsada intensa es uno de los métodos más indicados para tratar telangiectasias, junto con el dye láser pulsado.^{1,5}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serra M, Reyes V, Hernandez M, Valente E, Kurpis M, Ruiz A. Telangiectasia nevoide unilateral: reporte de dos casos en mujeres embarazadas Arch Argent Dermatol 2012;62:144-147.
2. Romero-Noboa ME, Alzate-Torres M, Caicedo-Chávez D, Freire ME. Telangiectasia nevoide unilateral, Dermatol Peru 2016;26(4):235-238.
3. Cardona MA, Navarrete G, Gonzales M, Cabrera AL. Telangiectasia nevoide unilateral. Rec Cent Dermatol Pascua 2015;24(2):52-55.
4. Quevedo-Carrillo C, Vidarte-Orrego G, Álvarez-Bedolla P. Telangiectasia nevoide unilateral: reporte de dos casos. Dermatol Peru 2015;25(2):95-98.
5. Arias M, Gonzales R, Retamar R, López MC, Demarchi M, Kien MC, Chouela E. Telangiectasia nevoide unilateral. Comunicación de cuatro casos. Dermatología argentina 2009;15(1):44-49.
6. Ramirez-Andreo A, Gomez-Avivar P, Tercedor J, Fernandez-Vilariño E, Morales E, García-Lopez C y García-Mellado V. Telangiectasia nevoide unilateral. Actas Dermosifiliogr 2003;94(4):258-9.
7. Mauleón C, Valdivielso M, Chavarría E, Silvente C, Balbin E, Cueva P, Hernández JM. Telangiectasia nevoide unilateral. Acta Pediatr Esp 2012;70(1):20-21.
8. Camilios D, Siqueira AC, Eik R, Camargo MF. Unilateral nevoid telangiectasia, diagnostic and therapeutic challenge. J Dermat Cosmetol 2018;2(5):78-79.
9. Navarrete G, Gonzales M, Espinoza A, Maya SE, Lopez I, y Gaxiola EA. Telangiectasia nevoide unilateral asociada con hepatitis viral tipo A. Dermatol Rev Mex 2013;57(2):136-139.
10. Smith JA, Kamangar F, Prakash N, Fung MA, Konia T, Fazel N. Unilateral nevoid telangiectasia syndrome (UNTS) associated with chronic hepatitis C virus and positive immunoreactivity for VEGF. Dermatol on line J 2014;20(6).
11. Almazán-Fernández FM, Guiote MV, Burkhardt and Naranjo R. Unilateral nevoid telangiectasia in a patient with chronic hepatitis B virus infection. Actas Dermosifiliogr 2009;100:77-83.

Correspondencia: Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña
E-mail: dr_leonardosanchez@yahoo.es

Recibido: 04-01-19
Aceptado: 08-02-19



VISITA NUESTRA REVISTA

DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

www.dermatologiaperuana.pe

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA