



" A MI HIJO LE HA SALIDO UN LUNAR EN LA PIERNA": ANGIOQUERATOMA SOLITARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: M^a Teresa Navarro Esteban*, Francisco Hernández Fuentes*, Francisco Gómez Puche*, Pablo Párraga Avilés*, Elisa Pino Ruiz*.

* Médicos Internos Residentes de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

Dentro de las lesiones vasculares benignas cutáneas se encuentra el angioqueratoma solitario, poco frecuente en la infancia, pero que debe ser tenido en cuenta. Se trata de lesiones localizadas en la dermis superficial, compuestas por grupos de vasos capilares dilatados, asociados a una reacción epidérmica con acantosis e hiperqueratosis. Suele aparecer entre la segunda y cuarta década de la vida, y rara vez antes de estas edades. Afecta de forma similar a ambos sexos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un escolar de 12 años que consulta en su centro de salud por aparición de una lesión papulosa de base violácea con superficie verrugosa en cara posterior de muslo izquierdo de 1 mes de evolución (*Imagen 1*).

El paciente no refiere antecedentes personales ni familiares de interés.

La madre del paciente refiere aparición de la lesión inicialmente como una mácula que posteriormente progresó a pápula con desarrollo de la superficie verrugosa actual de color negrozco (*imagen 2*). La lesión es levemente dolorosa a la palpación. No recuerda haber sufrido traumatismo en la zona ni aparición de lesiones similares en otras localizaciones. El paciente se ha mantenido asintomático desde el inicio del cuadro.

A la dermatoscopia se aprecia lesión de aspecto vascular, con múltiples lagunas negras en la superficie, lo que hizo sospechar el diagnóstico de angioqueratoma. El resto de la exploración física fue normal.

Durante el seguimiento la lesión se mantiene estable con mínima regresión y sin aparición de nuevas lesiones, por lo que se manejó de forma conservadora



Imagen 1



Imagen 2

DISCUSIÓN

El angioqueratoma es una lesión vascular benigna, que se manifiesta como una pápula rojo-violácea o negra de 2-10 mm de tamaño como en nuestro caso, con superficie verrugosa. Existen cinco formas clínicas, siendo la más frecuente la forma solitaria, aunque de presentación rara por debajo de la segunda década de la vida.

Se suele localizar en extremidades inferiores y, aunque la fisiopatología es desconocida, parecen estar relacionados con traumatismos en la zona. La importancia de estas lesiones se debe a que en su presentación generalizada (glúteos, periumbilicales, genitales y de extremidades inferiores) se debe descartar enfermedad de Fabry, aunque no son patognomónicos. También se debe hacer diagnóstico diferencial con otras lesiones como nevus melanocítico, nevus de Spitz o melanoma maligno, siendo la dermatoscopia esencial en estos casos. El tratamiento sería la extirpación, electrocoagulación o ablación con láseres vasculares en caso de que produjese picor o quemazón importante.