

## Caso clínico

**Telangiectasia nevoide unilateral asociada con hepatitis viral tipo A**

Gisela Navarrete Franco,<sup>1</sup> Maribet González González,<sup>2</sup> Alma Espinosa Altamirano,<sup>3</sup> Susana Esther Maya Aranda,<sup>4</sup> Iliana López Zaragoza,<sup>5</sup> Edna A Gaxiola Álvarez<sup>5</sup>

**RESUMEN**

La telangiectasia nevoide unilateral (TNU) es una dermatosis benigna, poco frecuente, que afecta principalmente la cara y cuello, a nivel de los dermatomas trigeminal y cervical (tercero y cuarto). Constituida por lesiones vasculares de tipo telangiectasias. Puede ser congénita o adquirida cuando se presenta un exceso fisiológico o patológico de estrógenos, como en la pubertad, embarazo o enfermedad hepática crónica. Se relaciona con un incremento de los receptores para estrógenos y progesterona en la piel afectada.

**Palabra clave:** telangiectasia nevoide unilateral.

La enfermedad fue descrita originalmente por Blaschko, en 1899. Pautrier y Ullmo en 1931 emplearon el término “telangiectasia en araña adquirida”. En 1964 Bowen publicó un caso como “microtelangiectasia esencial progresiva unilateral”. El nombre de “telangiectasia nevoide unilateral” fue sugerido por primera vez en 1970 por Selmanowitz. En el mismo año Aram y Solomon reportaron un caso de “telangiectasia lineal”. En 1972, se adicionaron otros casos por Cunliffe y colaboradores con el término de “nevo araña

**ABSTRACT**

The unilateral nevoid telangiectasia (TNU) is a benign dermatosis that appears infrequently that mainly affects face and neck, in the level of trigeminal and cervical dermatomes (third and fourth). It is constituted by vascular lesions telangiectasia type. It can be congenital or acquired when it presents physiological or pathological excess of estrogens in puberty, pregnancy or chronic hepatic disease. It is related to an increase of receptors for estrogens and progesterone in affected skin.

**Key word:** unilateral nevoid telangiectasia.

unilateral”<sup>1</sup> y por Koop-manns-van Dorp simplemente como “telangiectasia unilateral”. En 1978 Wilkin sugirió el término de “telangiectasia superficial del dermatoma unilateral”.<sup>2,3</sup>

**Etiopatogenia**

Esta entidad se asocia con un incremento de los niveles de estrógenos circundantes, se ha informado aumento de los receptores de estrógenos y progesterona en la piel afectada; sin embargo, esto no se ha confirmado en todos los casos.<sup>4</sup> Hynes y Shenefelt propusieron que se debe a un aumento de los niveles de estrógenos localizados en dermatomas específicos, debido a mosaicismo somático y que la predisposición para desarrollar la enfermedad podría ser desencadenada por condiciones fisiológicas que ocasionan un exceso relativo de estrógenos. Esta teoría podría explicar la distribución de la TNU a lo largo de las líneas de Blaschko.<sup>5</sup>

**Epidemiología**

Predomina en el sexo femenino y las lesiones pueden ser congénitas o adquiridas. Los casos adquiridos se asocian con situaciones fisiológicas en donde hay un incremento de estrógenos, como el embarazo, pubertad, tratamiento hormonal o cirrosis, pero también puede ocurrir en estados patológicos de androgenización, tales como alcoholismo

<sup>1</sup> Jefa del servicio de Dermatopatología.  
<sup>2</sup> Dermatóloga y Dermatopatóloga adscrita al servicio de Dermatopatología  
<sup>3</sup> Dermatóloga egresada. Práctica privada.  
<sup>4</sup> Residente de segundo año de Dermatopatología.  
<sup>5</sup> Residente de primer año de Dermatopatología.  
 Centro Dermatológico Dr. Ladislao de la Pascua, SSDF, México DF.

Correspondencia: Dra. Gisela Navarrete Franco. Dr. Vértiz 464, colonia Buenos Aires, CP 06780, México, DF.  
 Recibido: septiembre, 2012. Aceptado: noviembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Navarrete-Franco G, González-González M, Espinosa-Altamirano A, Maya-Aranda SE y col. Telangiectasia nevoide unilateral asociada con hepatitis viral tipo A. *Dermatol Rev Mex* 2013;57:136-139.

sin cirrosis, metástasis hepáticas de carcinoma y hepatitis C.<sup>6-10</sup> Aunque se han publicado casos de pacientes con TNU sin presentar enfermedades asociadas o incremento de los niveles de estrógenos.<sup>11</sup>

### Cuadro clínico

La TNU se presenta en los dermatomas trigeminal y cervical (cara, cuello, miembros superiores y tronco). Siempre unilateral. Morfológicamente se observan manchas vasculares de tipo telangiectasias, cuyo número, forma y tamaño es variable. Puede haber lesiones dispersas localizadas en sitios distantes de la lesión principal y en la parte contralateral del cuerpo.<sup>12</sup>

La TNU que se presenta durante la gestación disminuye e incluso puede desaparecer luego del parto y puede recaer con los embarazos posteriores.

Excepcionalmente se registra compromiso gástrico.<sup>13</sup> Se ha reportado un caso en donde la TNU se traslapa con la melanosis de Becker.<sup>14</sup>

### Histopatología

En la dermis superficial, media y en menor grado en la profunda, se encuentran numerosos vasos dilatados de pequeño calibre. Se producen por dilataciones de las vénulas postcapilares del plexo horizontal superficial.<sup>15,16</sup>

### Diagnóstico

El diagnóstico de telangiectasia nevoide unilateral se realiza por correlación clínico-patológica.

### Tratamiento

En ocasiones las lesiones involucionan espontáneamente, como en los casos relacionados con el embarazo, pues desaparecen después del parto, pero por lo general son persistentes y no existe un tratamiento específico. Se han utilizado terapias a base de electrocoagulación, así como la aplicación de diversos tipos de láser para las lesiones vasculares, con grado de respuesta variable.<sup>17</sup>

### CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 21 años de edad, estudiante, originario y residente de la Ciudad de México; con dermatosis localizada a cabeza, de la que afecta cara y de ésta región frontal, ciliar y palpebral superior derecha. Unilateral. De aspecto monomorfo, constituida por



Figura 1. Aspecto clínico de la TNU. Conjuntivas ictéricas.



Figura 2. Manchas eritematosas con disposición metamérica.

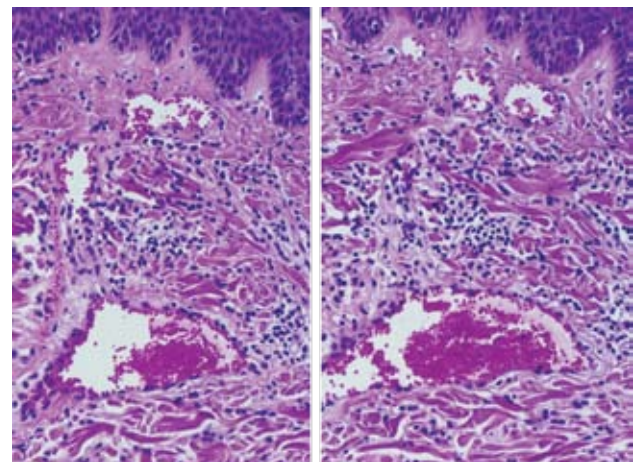
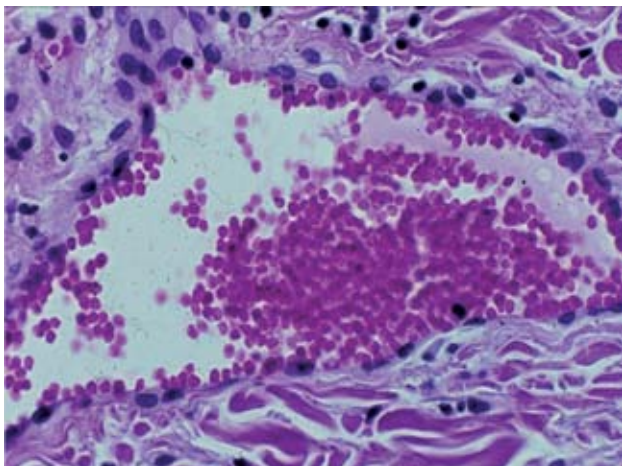


Figura 3. Epidermis acantósica. En dermis superficial presencia de numerosos vasos dilatados y congestionados (H/E 20x).



**Figura 4.** Vaso de pequeño calibre con dilatación y congestión (H/E 40x).

manchas eritematosas ovales y circulares que miden de 5 mm a 2 cm y que siguen un trayecto lineal o zosteriforme. Evolución crónica, ocasionalmente pruriginosa y dolorosa.

Al interrogatorio el paciente refiere que inició en diciembre del año 2005, al presentar un “golpe en la frente con el filo de una madera que le ocasionó enrojecimiento”, y que en marzo de 2006 se extendió a ceja y párpado; utilizó tratamiento tópico con retinoide y neomicina, así como concha nácar y fomentos con agua caliente sin presentar mejoría aparente. Con los datos clínicos se hizo el diagnóstico presuntivo de lupus eritematoso cutáneo, por lo que se realiza biopsia incisional, cuyo estudio histopatológico muestra una epidermis con escasa capa córnea, tapones córneos, acantosis irregular moderada a expensas de los procesos interpapilares e hiperpigmentación de la capa basal. En dermis superficial y media se advierte la presencia de vasos dilatados y congestionados cuya pared está constituida por una capa de células endoteliales. Así mismo, infiltrados moderados linfocitarios dispuestos en focos que en algunas zonas rodean vasos y anexos. Por lo que se revalora al paciente y se observa clínicamente la presencia de ictericia conjuntival, reinterrogando hacia la búsqueda de hepatopatía, pensando en el diagnóstico de TNU asociada a trastorno hepático. El paciente refiere el antecedente de hepatitis viral de tipo A que padeció hace 5 años, por lo que se realiza protocolo de estudio, presentando una biometría hemática con cifras normales, pruebas de funcionamiento hepático con aumento de las transaminasas, así como de la bilirrubina total a expensas

de la bilirrubina indirecta y de la deshidrogenasa láctica; panel viral positivo para hepatitis A, el ultrasonido de hígado y vías biliares se reportó normal.

Con estos datos se hizo el diagnóstico definitivo por correlación clínico-patológica de telangiectasia nevoide unilateral asociado a hepatitis A. El tratamiento consistió en una amplia explicación, uso de protector solar y láser de CO<sub>2</sub>.

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La importancia de presentar este caso radica en que a través de los datos dermatológicos se puede encontrar patologías subyacentes de tipo sistémico. Por otro lado, llama la atención que el paciente refiere antecedente de hepatitis viral tipo A hace cinco años y que muestra actividad de la hepatopatía, tanto clínicamente como laboratorialmente.

## REFERENCIAS

1. Cunliffe W, Dodman B, Butterworth M. Unilateral spider naevi. *Br J Dermatol* 1972;87:51-52.
2. Wilkin J, Smith G, Cullison D, Peters G, et al. Unilateral dermatomal superficial telangiectasia. *J Am Acad Dermatol* 1983;8:468-477.
3. Coronell S, Soljancic C, Ruiz J, Cohen E, Cabrera H. Telangiectasia unilateral nevoide. Presentación de un caso. *Dermatol Argent* 2003;9:285-288.
4. Woscoff A, Bermejo I, Wagner A, Jaimovich C, et al. Telangiectasia nevoide unilateral (Estudio de receptores estrogénicos). *Arch Argent Dermat* 1987;87:21-26.
5. Freedberg I, Eisen A, Wolf K, Austen K, et al. Fitzpatrick, *Dermatología en Medicina General*. 5ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2001;1244-1246.
6. Uhlin S, McCarty K. Unilateral nevoid telangiectatic syndrome. *Arch Dermatol* 1983;119:226-228.
7. Mirrer E, Cipriano A, McGuire J. Unilateral nevoid telangiectasia. *Arch Dermatol* 1971;103:320-323.
8. Beacham B, Kurgansky D. Unilateral naevoid telangiectasia syndrome associated with metastatic carcinoid tumor. *Br J Dermatol* 1991;124:86-88.
9. Hynes L, Shenefelt P. Unilateral nevoid telangiectasia: Occurrence in two patients with hepatitis C. *J Am Acad Dermatol* 1997;36:819-822.
10. Ramírez-Andreo A, Gómez-Avivar P, Tercedor J, Fernández-Vilariño E, et al. Telangiectasia nevoide unilateral. *Actas Dermosifiliogr* 2003;94:258-259.
11. Taskapan O, Harmenyeri Y, Sener O. Acquired unilateral nevoid telangiectasia syndrome. *Acta Derm Venereol (Stockh)* 1997;77:62-63.
12. Okinaga M, Go K, Mizoguchi M. Unilateral dermatomal superficial telangiectasia. *J Dermatol* 1990;17:638-642.
13. Anderton R, Smith G. Unilateral nevoid telangiectasia with gastric involvement. *Arch Dermatol* 1975;111:617-621.

14. Wagner C, Grande D, Bhawan J, Hellerstein M, Longcope C. Unilateral dermatomal superficial telangiectasia overlapping Becker's melanosis. Int J Dermatol 1989;28:595-596.
15. Elder D, Lever W. Histopatología de la piel. 8ª ed. Buenos Aires: Intermédica, 1999;778.
16. Weedon D, Strutton G. Piel patología. Madrid: Marbán, 2002;826.
17. Sánchez-Regaña M, Forteza F, Creus L, Umbert P. Telangiectasia nevoide unilateral: tratamiento con láser CO<sub>2</sub>. Actas Dermosifiliogr 1994;85:378-380.



La Sociedad Nacional de Dermatoscopia invita al  
**XVIII Curso Internacional de Dermatoscopia**

Del 22 al 24 de mayo del 2013  
Sede: Unidad de Congresos, Centro Médico Nacional, Auditorio 3 PB

Titular:  
Dra. Blanca Carlos Ortega

Adjunto:  
Dr. Ricardo Quiñones Venegas

Coordinador:  
Dr. Fernando Montes de Oca M

Profesores invitados:  
Dra. A. Domínguez, Dr. R. González, Dra. M. Saeb y Dra. S. Puig

Dirigido a: Médicos especialistas, residentes en Dermatología y Médicos familiares  
Informes: 5286-0001, 5286-0109, [blancarlos@sndermatoscopia.org](mailto:blancarlos@sndermatoscopia.org),  
[www.sndermatoscopia.org](http://www.sndermatoscopia.org)