

CASO CLÍNICO

Hemorragia Intracórnea asociada a Nevo Melanocítico de la Unión. Reporte de un caso y breve revisión con especial referencia a la Hemorragia Intracórnea, su Clínica y su Dermatoscopia

Enrique Úraga,* Juan Carlos Garcés,** Verónica Úraga,*** Andrea Lubkov****

* Dermatólogo Director del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"
** Dermatopatólogo
*** Médico Dermatólogo del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"
**** Dermatólogo Jefe del Servicio de Dermatoscopia y Mapeo Corporal Digital del Centro Dermatológico "Dr. Úraga"

Correspondencia a:
drenriqueuragap@hotmail.com

Palabras clave: Hemorragia intracórnea. Nevo melanocítico acral. Dermatoscopia. Diferencial

RESUMEN

La hemorragia intracórnea (HI) es una condición reportada bajo múltiples acepciones refiriéndose todas ellas a una lesión cutánea asintomática, generalmente relacionada con traumas previos y que se ubica preferencialmente en zonas acrales, histologicamente es característica la presencia de sangre dentro del estrato córneo.

Se reporta el caso de una paciente que consulta por presentar dos lesiones con apariencia névica ubicadas en la planta de pie derecho, la primera de larga evolución y la segunda con un mes de aparición y que es la que realmente motiva la consulta. Se realiza el examen clínico y dermatoscópico de las dos lesiones y se remiten para estudio histopatológico.

INTRODUCCIÓN

Este proceso fue reportado por primera vez por J Crissey y J Peachey en 1961 bajo el nombre de **petequias calcáneas**. Los autores refieren haber observado 16 casos en los dos años previos a su publicación presentándose como lesiones muy características ubicadas en forma bilateral y simétrica en los talones de jugadores de basketball que fueron atribuidas a una intensa actividad deportiva y cuya importancia radicaba en su diferenciación con el melanoma maligno.¹ Sin embargo, no todos los casos tienen influencia deportiva y hay reportes de petequias calcáneas sin antecedentes de esta práctica.²

SINONIMIAS

Dentro de la literatura médica se han registrado más de 18 nombres para describir aquellas lesiones con presencia de sangre dentro del estrato córneo como por ejemplo hematoma intracórneo, petequias calcáneas, pseudo-cromhidrosis plantar, talón negro y talon noir, talones del jugador de baloncesto, talón del jugador de tenis, dedo del pie del jugador de tenis, hematoma subcórneo, hiperqueratosis hemorrágica, hemorragia postraumática por punción cutánea, pie violeta traumático, hematoma subcórneo diseminado, petequias pigmentadas de la palma, mácula negra palmar, pulgar del jugador de playstation, hemorragia intraepidérmica punzante, hemorragia intraepidérmica punteada diseminada, palma

negra, siendo el nombre de talón negro el más utilizado probablemente por ser la ubicación más frecuente.³⁻¹⁰

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 35 años de edad quien consulta por presentar dos pequeñas lesiones localizadas en la planta del pie derecho (Foto No. 1). La primera ubicada en el tercio anterior de la planta (círculo rojo) la recuerda desde su infancia. La segunda que corresponde al motivo de consulta y situada en el tercio inferior plantar (círculo amarillo) tiene una evolución de un mes con discreta sensación de dolor. No refiere antecedentes de trauma previo y no practica deporte alguno.

No se realizó la prueba del raspado para descartar HI pues la paciente solicitó el estudio histopatológico de ambas lesiones.



Foto No. 1. Se observan dos lesiones a nivel plantar, la primera en círculo rojo corresponde a la lesión presente desde temprana edad y la segunda en círculo amarillo a la lesión con un mes de evolución.

La lesión del tercio anterior del pie presenta bordes irregulares, superficie lisa y una pigmentación marrón oscura, asintomática y la paciente refiere recordarla de toda la vida sin poder precisar si nació con ella. Tiene un diámetro de 0,8 x 0,5 cm.

Se realiza examen dermatoscópico de la lesión (Foto No. 2) el cual nos muestra una lesión pigmentada, irregular, con un patrón paralelo del surco y dentro del mismo con disposición en doble línea la cual, es poco frecuente. Esta imagen dermatoscópica es bastante característica de los nuevos melanocíticos acrales.

El estudio histopatológico (Foto No. 3) reporta: Piel acral con proliferación melanocítica constituida por escasos nidos redondeados y regulares, dispuestos en la unión dermo epidérmica. Los melanocitos muestran citoplasma amplio discretamente eosinofílico, finamente pigmentado. La dermis con numerosos melanófagos. No se encuentran cambios que sugieran malignidad.

DH: Nevo Melanocítico de Unión

La segunda lesión ubicada en el tercio inferior plantar presenta bordes regulares, superficie lisa, coloración oscura y un diámetro de 0,6 x 0,4 cm. El paciente refiere se acompaña de discreta sensación de dolor o sensibilidad.

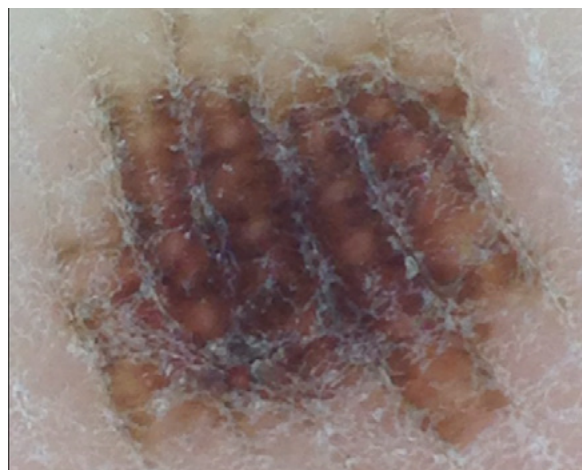


Foto No. 2. Lesión melanocítica con un patrón paralelo del surco y disposición en doble línea.

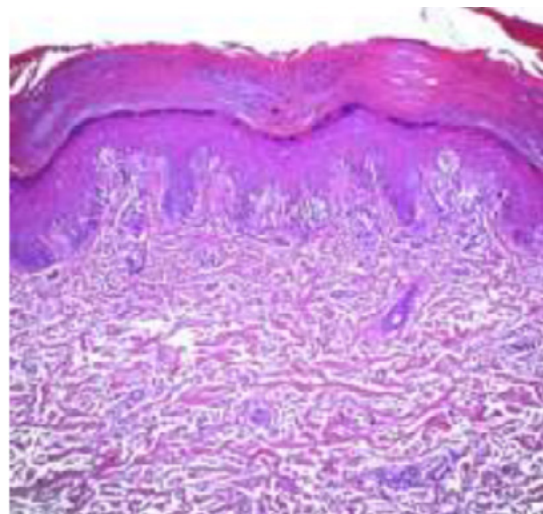


Foto No. 3. Histopatología que muestra proliferación melanocítica dispuesta en nidos en la unión dermoepidérmica.

Se realiza examen dermatoscópico (Foto No. 4) el cual nos muestra una lesión con una porción central de un tono rojo violáceo, y otra zona periférica de coloración rojiza, el patrón tiende a ser homogéneo y no se observan patrón tipo paralelo del surco, el cual es común en lesiones melanocíticas acrales. Se puede observar la presencia de pequeños glóbulos en la periferia lesional.

El estudio histopatológico de esta lesión (Foto No. 5) reporta presencia de piel acral con hemorragia intracórnea. No se encuentra proliferación melanocítica.

DH : Hemorragia intracórnea

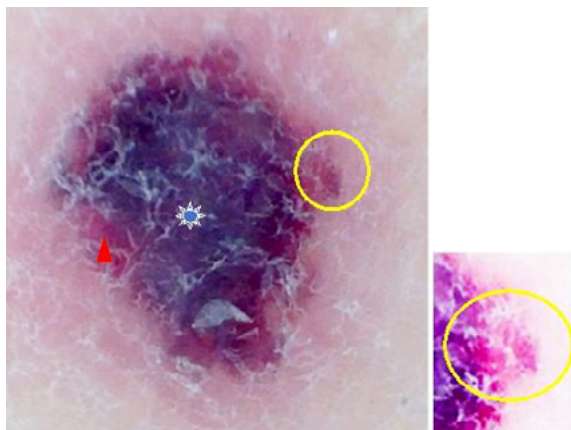


Foto No. 4. Dermatoscopia que permite observar una zona homogénea rojo violácea (estrella blanca) y otra rojo oscura (triángulo rojo). En el recuadro a la derecha se observan glóbulos periféricos en una ampliación de la zona del círculo amarillo.

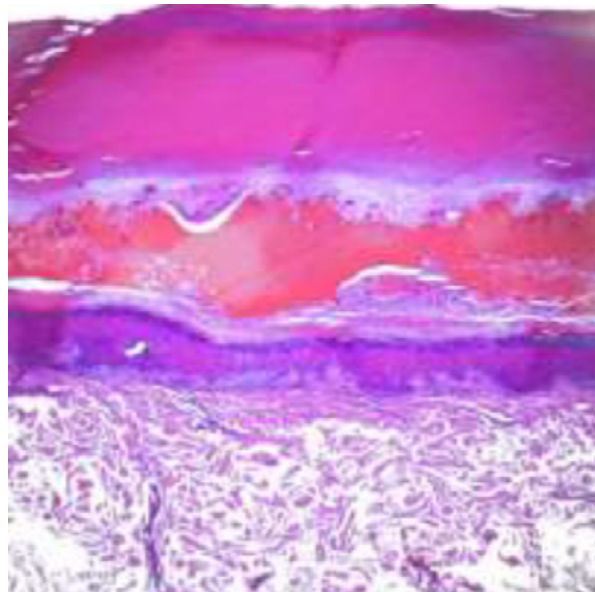


Foto No. 5. Histopatología que pone en evidencia la presencia de hemorragia intracórnea muy marcada.

DISCUSIÓN

Si bien la paciente presentaba dos lesiones, la primera de ellas no representaba preocupación para ella dado que la recordaba sin cambios desde su infancia, nos referimos al nevo melanocítico de unión, el cual presenta características clínicas y dermatoscópicas bastante clásicas y su comprobación histopatológica, por lo cual nos referiremos en forma somera al mismo ya que su presencia tiene como interés la probablemente infrecuente asociación con la HI en el mismo pie dándole importancia a este reporte y nos centraremos a continuación en el estudio de la HI.

ETIOLOGÍA DE LA HI

HI representa la presencia de sangre ubicada dentro del estrato córneo teniendo como antecedente un trauma localizado o la práctica de ejercicios físicos que pueden provocar la ruptura de vasos sanguíneos en dermis papilar con una subsecuente acumulación de sangre en la epidermis. Mientras la sangre esta atrapada dentro del estrato córneo estará protegida de las células fagocíticas que normalmente la degradarían, lo que da como resultado un tránsito retrasado a través de la epidermis.¹¹ Se han reportados casos en pacientes tomando anticoagulantes antes de la aparición de sus lesiones.¹² La existencia de terminología como hematoma subcórneo representa a nuestro entender estadios evolutivos de la lesión que probablemente se inicia en la dermis y asciende hasta el espacio córneo. Se observa sobre todo en aquellos deportes asociados con frecuentes arranques y paradas rápidas como son baloncestos, tennis, lacrosse o football soccer¹³⁻⁸ siendo los adolescentes y adultos jóvenes los más afectados por ser la edad de práctica de deportes activos.

LOCALIZACIÓN

Por la íntima relación con traumas precedentes las zonas mayormente afectadas son plantas y con menor frecuencia palmas y, en relación con ejercicios físicos o deportes activos los talones son los que con mayor frecuencia presentan lesiones las cuales son conocidas como talón negro o petequias calcáneas,¹⁰ pudiendo ser unilaterales en caso de traumatismos focales o bilaterales en caso de talón negro como en los casos reportados por Crissey.¹⁴ Por lo común son solo una o dos lesiones, sin embargo existen reportes de casos con lesiones múltiples⁷

CUADRO CLÍNICO

Se presenta con máculas bien delimitadas redondeadas o irregulares, unas veces lineares y otras puntiformes y en ocasiones algo nodulares con una variación de color que va del negro azulado a marrón violeta y ubicadas en las zonas antes citadas. Por lo común presentan antecedentes de un trauma previo, siendo los adultos jóvenes los más afectados por la práctica de deportes predisponentes.^{11,10}

DIAGNÓSTICO

- 1. Clínico:** Basado en las características lesionales, ubicación y antecedentes, sin embargo ante la duda de neoplasias melanocíticas a veces es necesario realizar un examen dermatoscópico o una biopsia que definan el proceso.
- 2. Histopatológico:** El mismo pondrá en evidencia la presencia de hemorragia dentro del estrato córneo
- 3. Prueba del raspado:** La cual se considera positiva cuando se obtiene la eliminación total o parcial de la pigmentación mediante el raspado del estrato córneo de la lesión con un bisturi o con una cureta.¹⁵
- 4. Dermatoscópico:** La dermatoscopia es una técnica útil y no invasiva y que permite actualmente el diagnóstico de muchas enfermedades cutáneas, sin embargo existen pocos trabajos centrados en las características dermatoscópicas de la hemorragia intracórnea.

A continuación exponemos las características dermatoscópicas tanto de la lesión melanocítica como de la hemorragia intracórnea.

DERMATOSCOPIA DE LA LESIÓN NÉVICA

Los hallazgos dermatoscópicos más comunes en las lesiones melanocíticas acrales fueron reportados por Emiroglu et al.¹⁶ en un estudio realizado en 210 pacientes con nevos acrales en los que encontraron los siguientes porcentajes:

- Patrón paralelo del surco: 41,4%
- Patrón globular: 11,4%
- Patrón fibrilar: 10,5%
- Patrón combinado: 9,1%
- Patrón enrejado: 7,1%
- Patrón homogéneo: 5,7%

- Atípico: 3,8%
- Patrón paralelo de la cresta: 12,9%
- Patrón reticular: 1%
- Patrón punteado de la cresta: 0,5%

A su vez el patrón paralelo del surco tiene 4 variantes:

- De una sola línea: 58,6%
- Línea punteada única: 16,1%
- Doble línea: 8%
- Línea punteada doble: 17,2%

Un estudio bastante completo de las características dermatoscópicas de los nevos melanocíticos acrales fue el realizado por Osdemir et al.¹⁷, quienes examinaron 2625 pacientes con nevos melanocíticos acrales reportando el predominio de:

- Patrón paralelo del surco: 58,5%
- Patrón fibrilar: 12,2%
- Patrón enrejado: 6,4%
- Patrón homogéneo 6,4%

Los otros patrones presentaron porcentajes menores, pero es interesante que en el mismo trabajo se comparan las características dermatoscópicas entre los diferentes nevos melanocíticos. En el caso del nevo de la unión predomina el patrón paralelo del surco en 8 pacientes, patrón enrejado en 3, atípico en 3 y fibrilar y homogénea con 1 caso cada uno.¹⁷

DERMATOSCOPIA DE LA HI

En un estudio de Zalaudek et al. reportan (12) las características dermatoscópicas encontradas en 15 pacientes con HI.

Color

- Negro rojizo (40%)
- Marrón a negro (33%)
- Grisáceo negruzco a gris-marrón (26,7%)

Patrón pigmentario

- Pigmentación homogénea rojo negruzco (53,3%) 6 casos
- Patrón de crestas paralelas (pigmentación a lo largo de las crestas) (40%) 5 casos
- Patrón paralelo del surco (pigmentación a lo largo de los surcos) (40%) 1 caso
- Patrón fibrilar (líneas perpendiculares a las crestas) 1 caso

Glóbulos rojo negruzcos periféricos o satélites independientes del cuerpo de la lesión (46,7%)

En otro estudio de Faruk et al.¹⁸ en 20 pacientes, 14 hombres y 6 mujeres reportan una edad media de 41,4, una media de duración lesional de un mes, siendo la planta la localización más frecuente (12,60%) seguido por las palmas (25%). De los 20 pacientes solo 4 tenían antecedentes de trauma y dos pacientes recibían anticoagulantes. La prueba del raspado fue positiva en todos los casos.

Dermatoscópicamente, el patrón pigmentario predominante fue el homogéneo (13,65%). De otro lado 55% mostraron un patrón globular y 40% mostraron un patrón paralelo de la cresta. En 40% de los casos hubo una combinación de patrón globular y homogéneo. Los glóbulos estaban separados del cuerpo lesional en 30% y en 10% estaban ubicados en la pigmentación homogénea.

Uslu et al.¹⁹ reportan un caso de HI con características clínicas y dermatoscópicas de melanoma lentiginoso acral y señalan que si bien generalmente las características dermatoscópicas del MM son diferentes de la HI (variedad de colores, patrón paralelo de la cresta y características dermoscópicas de regresión en el melanoma, mientras que en HI predomina la pigmentación homogénea asociada a glóbulos periféricos o satélites sin olvidar que el patrón paralelo de la cresta puede ser encontrado en 40% de los casos de HI) sin embargo, el caso de Uslu presentaba características sugestivas de MM por lo que el estudio histopatológico fue determinante.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se lo hará con verrugas plantares, lentigos, nevo melanocítico acral, nevo displásico, melanoma acral o hemorragia traumática. Tanto hematoma intracórneo como el subcórneo pueden convertirse en un desafío en el dife-

rencial con el melanoma lentiginoso acral in situ o invasivo pues como indica Kaminska en su artículo²⁰ el patrón paralelo de la cresta muy sugestivo de melanoma está presente también en la HI en 40% de los casos y por otra parte señala que a veces no es fácil distinguir la ubicación del pigmento bien sea que se trate de surcos o crestas, más aún si la lesión es más antigua y si muestran un patrón paralelo de la cresta dificulta el diferencial entre púrpura friccional y melanoma acral⁵ e incluso con lesiones pigmentarias de origen ocupacional que exhiben el patrón paralelo de la cresta como el caso que reportan Tanioka et al. en un trabajador que empapaba su bota con parafenilendiamina y produjo las lesiones plantares.²¹ Todo lo anterior da como resultado que el diagnóstico de una lesión pigmentada sea mucho más difícil siendo por ello necesario un minucioso examen clínico, dermatoscópico e histopatológico sin olvidar la prueba del raspado en la búsqueda de un correcto diagnóstico.

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Las lesiones se resuelven en forma espontánea con el paso del tiempo y a medida que el estrato córneo afectado se va desprendiendo o si se acelera este proceso mediante la eliminación del mismo.¹¹

TRATAMIENTO

Por lo común no es necesario por ser un cuadro benigno y autolimitado.

CONCLUSIÓN

Si bien la HI es un proceso relativamente de fácil diagnóstico clínico y más aún cuando existen antecedentes

	COLOR NEGRO-ROJIZO	COLOR MARRON A NEGRO	COLOR GRIS OSCURO A GRIS MARRÓN	PATRÓN HOMOGÉNEO	PATRÓN GLOBULAR	PATRÓN PARALELO DE LA CRESTA
Zaladek 15 casos	40%	33%	26,7%	53,3%	46,7%	40%
Faruk 20 casos	Predomina			13,65%	55%	40%
Uslu 1 caso		+				+

de traumatismo focal, en ciertos casos este proceso puede dar lugar a confusiones con nevos melanocíticos²² especialmente cuando la dermatoscopia muestra características más propias de nevos melanocíticos o incluso de melanoma acral y es que no debemos olvidar que en estos casos la prueba del raspado puede ser inusualmente negativa y la dermatoscopia también puede presentar colores y patrones que provocan confusión, esta técnica sin embargo se ha convertido en un método diagnóstico no invasivo que a pesar de los casos confusos facilita mucho el diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Crissey JT, Peachey JC. Calcaneal petechiae. *Arch Dermatol* 1961;501.
2. Saunders TS. Nonathletic Calcaneal Petechiae *Arch Dermatol*. 1977;113:519.
3. Martins da Silva LG, Pinto MV, Craide FH, Oliveira A, Bernardes F. Talon Noir: Relato de Caso em uma Criança. *Revista de Pediatria SOPERJ* 2013;14:33-35
4. Robertson SJ, Leonard J, Chamberlain AJ. PlayStation purpura. *Australasian Journal of Dermatology* 2010;51:220-222.
5. Feci L, Fimiani M, Rubegni P. Parallel-ridge pattern on dermoscopy: observation in a case of purpura traumatica pedis. *Dermatol Pract Concept* 2015;5:27-29
6. Ganpule M. Pinching trauma in "black heel". *BJD* 1967;79:654-655
7. Garcia-Doval I, de la Torre C, Losada A, Cruces MJ. Disseminated Punctate Intraepidermal Hemorrhage: A Widespread Counterpart of Black Heel. *Acta Dermato Venereologica*. 1999; 79(5):403
8. Ruiz S, Gómez Y, Martín C. Mancha negra en talón. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;70:183-4.
9. Levit F, Blankenship ML. Posttraumatic Punctate Hemorrhage of the Skin: A Better Name Than Black Heel. *Arch Dermatol*. 1972;105:759.
10. Tloutan BE, Mancini AJ, Mandell JA, Cohen DE, Sanchez MR. Skin Conditions in Figure Skaters, Ice-Hockey Players and Speed Skaters. Part I – Mechanical Dermatoses. *Sports Med* 2011;41:709-719.
11. Martinelli PT, Cohen PR, Schulze KE, Nelson BR. Intracorneal Hemorrhage. *Dermatology Nursing* 2006;18:373 y 382
12. Zalaudek I, Argenziano G, Soyer HP, Saurat JH, Braun RP. Dermoscopy of Subcorneal Hematoma. *Dermatol Surg* 2004; 30:1229-1232.
13. Wilkinson DS. Black heel a minor hazard of sport. *Cutis*. 1977;20:393-396.
14. Urbina F, León L, Sudy E. Black heel, talon noir o calcaneal petechiae? *Australasian Journal of Dermatology* 2008;49:148-151.
15. Savoia F, Ravaioli GM, Tabanelli M, Dika E, Patrizi A. Scraping test for the diagnosis of acral subcorneal hemorrhage. *J AM Acad Dermatol* 2019;81:e29-30.
16. Emiroglu N, Pelin F, Onsun N. Age and Anatomical Location-Related Dermoscopic Patterns of 210 Acral Melanocytic Nevi in a Turkish Population. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*. 2017;21:388-394.
17. Osdemir F, Kilinc I, Akalin T. Variations in the Dermoscopic Features of Acquired Acral Melanocytic Nevi. *Arch Dermatol* 2007;143:1378-1384.
18. Faruk O, Akdeniz N. Subcorneal hematoma as an imitator of acral melanoma: Dermoscopic diagnosis. *North Clin Istanbul* 2023;7:56-59.
19. Uslu U, Heppt F, Erdman M. Intracorneal Hematoma Showing Clinical and Dermoscopic Features of Acral Lentiginous Melanoma. *Case Report in Dermatological Medicine*. 2017;Art ID 3509146: 3 pages.
20. Kaminska-Winciorek G, Spiewak R. Tips and Tricks in the dermoscopy of pigmented lesions. *BMC Dermatology* 2012;12:14
21. Tanioka M, Matsamura Y, Utani A, Miyachi Y. Occupation-related pigmented macules on the sole with parallel-ridge pattern on dermoscopy. *Clinical and Experimental Dermatology*. 2009;34:e31-3.
22. Balestri R, Dika E, Patrizi A, Neri I. Subcorneal hematoma in superficial epidermolytic ichthyosis mimicking a melanocytic pigmented lesion. *EJD* 2011;21:818-819.