

CASO CLÍNICO

Angioma serpiginoso unilateral en muslo: Correlación clínico-dermatoscópica de una malformación vascular infrecuente.

Javier Rosero,^{*,*} Carolina Narváez,^{*,*} Ernesto Rosero^{*,**}

* Médico posgradista en Dermatología, Universidad UTE, Quito, Ecuador.
** Médico general, Universidad UTE, Quito, Ecuador.

Correspondencia:
Javier Alejandro Rosero Caiza
javier.rosero94@gmail.com

Palabras claves: angioma serpiginoso, dermatoscopia, malformación vascular capilar, lagunas rojas, diagnóstico no invasivo

Cómo citar este artículo:
Rosero J., Narváez C., Rosero E. Angioma serpiginoso unilateral en muslo: correlación clínico-dermatoscópica de una malformación vascular infrecuente. – Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(2).

Fecha de recepción: 3/3/2026
Fecha de aceptación: 30/7/2026

RESUMEN

El angioma serpiginoso (AS) es una malformación vascular capilar benigna infrecuente, caracterizada por la proliferación de capilares ectasiados en la dermis papilar que se manifiesta clínicamente como agrupaciones de pápulas puntiformes rojizas que no desaparecen a la vitropresión. Presentamos una mujer de 27 años con una placa constituida por múltiples pápulas eritematosas puntiformes agrupadas en muslo izquierdo, de inicio en la adolescencia temprana (12 años), asintomática y lentamente progresiva. La dermatoscopia reveló el patrón diagnóstico característico de lagunas rojas redondeadas bien delimitadas, regulares, sobre fondo rosado, sin red pigmentaria ni estructuras vasculares lineales. El diagnóstico fue clínico-dermatoscópico, sin requerir biopsia confirmatoria. Este caso destaca la utilidad de la dermatoscopia como herramienta no invasiva para el diagnóstico diferencial con lesiones vasculares y purpúricas, evitando procedimientos invasivos innecesarios.

INTRODUCCIÓN

El angioma serpiginoso (AS) fue descrito por primera vez por Hutchinson en 1889 como una lesión vascular cutánea benigna de la dermis papilar.^{1,2} Su prevalencia exacta es desconocida, pero se estima en menos de 1/1.000.000, con predominio en mujeres (relación 9:1) y edad de inicio habitualmente en la infancia o adolescencia, con el 80% de los casos diagnosticados antes de los 20 años.^{1,3}

Clínicamente se manifiesta como agrupaciones de pápulas puntiformes eritematosas (1–3 mm) que adoptan un patrón girado o serpiginoso, con extensión centrífuga lenta y posible aclaramiento central. Las lesiones

suelen ser asintomáticas y no desaparecen por completo a la vitropresión. La distribución es habitualmente unilateral, con predilección por extremidades inferiores y glúteos, y en algunos casos sigue las líneas de Blaschko, lo que sugiere mosaicismo somático. También se han descrito presentaciones extensas, acrales o asociadas a hipertrofia de tejidos blandos.^{1,4–7}

La dermatoscopia constituye una herramienta diagnóstica útil al mostrar lagunas o glóbulos rojos redondeados, bien delimitados y relativamente regulares sobre un fondo rosado. Este patrón se correlaciona con capilares ectasiados en la dermis superficial y facilita

la diferenciación frente a dermatosis purpúricas y otras lesiones vasculares.⁸⁻¹² En presentaciones clínicas y dermatoscópicas típicas puede apoyar un diagnóstico no invasivo; la biopsia se reserva para casos atípicos o dudosos.^{1,7,9}

CASO CLÍNICO

Mujer de 27 años, mestiza, estudiante universitaria, procedente de Quito. Sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia. Sin medicación habitual. Niega traumatismos previos en la región afectada. Consulta por lesión cutánea asintomática en muslo izquierdo de 15 años de evolución, con inicio a los 12 años como «puntitos rojos pequeños» que han aumentado lentamente en número sin alcanzar resolución espontánea. Motivo de consulta actual: preocupación estética.

Examen físico: en cara anterolateral de muslo izquierdo se observan dos agrupaciones de pápulas puntiformes eritematosas a rojo vinoso (1-2 mm de diámetro), dispuestas en clústeres irregulares de aproximadamente 1,5 × 1 cm cada uno, sobre piel de coloración normal. Las lesiones son no palpables, no dolorosas y no pruriginosas. Diascopía: las pápulas no desaparecen completamente a la vitropresión. No se observan lesiones similares en otra localización corporal. Sin linfadenopatías regionales. Resto del examen físico sin alteraciones.

Dermatoscopía: múltiples lagunas (glóbulos) rojas redondeadas, bien delimitadas, de tamaño uniforme (0,2-0,5 mm), dispuestas en patrón agrupado sin confluencia, sobre fondo rosado pálido homogéneo. Ausencia de red pigmentaria, velo azul-blanquecino, estructuras vasculares lineales, glomerulares o en horquilla. Sin signos de hemorragia reciente ni depósitos de hemosiderina. Patrón diagnóstico compatible con angioma serpiginoso.

Estudios complementarios: hemograma con recuento plaquetario normal (248.000/ μ L). Tiempos de coagulación (TP, TTPa): normales. No se realizó biopsia cutánea dado el patrón dermatoscópico patognomónico y la naturaleza benigna de la lesión.

Diagnóstico: angioma serpiginoso unilateral de muslo, basado en la correlación clínico-dermatoscópica.

Conducta: se explicó a la paciente la naturaleza benigna de la lesión y su curso crónico estable. Se ofreció tratamiento con láser de colorante pulsado (PDL) como opción terapéutica electiva con fines estéticos, con respuestas favorables descritas en la literatura, aunque pueden requerirse varias sesiones y presentarse recurrencias.¹²⁻¹⁵ La paciente optó por observación clínica y seguimiento anual.



Figura 1. (A izquierda) Clínica: dos agrupaciones de pápulas puntiformes eritematosas a rojo vinoso en cara anterolateral de muslo izquierdo, sobre piel de coloración normal.

(B derecha) Dermatoscopía ($\times 10$, luz polarizada): múltiples lagunas rojas redondeadas, bien delimitadas y de tamaño uniforme, dispuestas en patrón agrupado sobre fondo rosado pálido; ausencia de red pigmentaria y estructuras vasculares lineales.

DISCUSIÓN

El AS es una entidad poco reportada que puede confundirse con púrpura, vasculitis, angioqueratoma o hemangioma capilar, lo que puede conducir a estudios innecesarios. Histológicamente se observan capilares dilatados en la dermis papilar y superficial, sin inflamación significativa ni depósitos de hemosiderina.^{1,3,4,7} La naturaleza proliferativa o malformativa del AS continúa en debate; la positividad para WT-1 descrita en algunos casos sugiere un componente angiogénico, aunque su comportamiento clínico es benigno y crónico.^{2,7}

La dermatoscopia ha mejorado el abordaje diagnóstico del AS. El hallazgo más consistente es la presencia de lagunas o glóbulos rojos, redondeados u ovalados, bien delimitados y agrupados sobre un fondo rosado.^{8,10,11} Este patrón refleja los capilares ectasiados de la dermis papilar y permite distinguir la lesión de dermatosis purpúricas, en las que predominan áreas rojizas irregulares, puntos o glóbulos marrones y depósitos de hemosiderina.^{4,7,9,11} Entre los principales diagnósticos diferenciales se incluyen angioqueratoma, púrpura pigmentaria progresiva, Petequias y otras malformaciones capilares.⁷⁻⁹

La presentación de nuestro caso es concordante con lo descrito: mujer joven, inicio en la adolescencia temprana, distribución unilateral en una extremidad inferior, curso asintomático lentamente progresivo y patrón dermatoscópico característico. El predominio femenino ha motivado la hipótesis de una influencia hormonal; sin embargo, la evidencia disponible no permite establecer una relación causal.^{1,2,7}

Respecto al tratamiento, el AS no requiere intervención si no existe preocupación estética. Cuando se solicita tratamiento, el láser de colorante pulsado es una de las opciones mejor documentadas, con mejoría clínica variable y posibilidad de recurrencia.^{12,14,15} Técnicas no invasivas como la dermatoscopia de alta resolución, la ecografía de alta frecuencia y la tomografía de coherencia óptica confocal de campo lineal permiten caracterizar la lesión in vivo y pueden evitar biopsias en casos seleccionados.⁹

CONCLUSIÓN

El AS es una malformación vascular capilar benigna infrecuente cuyo diagnóstico puede establecerse de forma no invasiva mediante la correlación clínico-dermatoscópica. El patrón de lagunas rojas redondeadas regulares sobre fondo rosado es patognomónico y evita biopsias innecesarias. Su reconocimiento por parte del dermatólogo es esencial para evitar diagnósticos erróneos de vasculitis o discrasias sanguíneas, y para ofrecer al paciente información pronóstica favorable y opciones terapéuticas electivas con láser cuando existe preocupación estética.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La paciente otorgó consentimiento informado escrito para la publicación de imágenes clínicas y datos con fines académicos. Se garantizó la confidencialidad de sus datos identificativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anjaneyan G, Syed HA, Kaliyadan F. Angioma serpiginosum. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [updated 2023 Nov 5; cited 2026 Jul 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459213/>
2. Sammarco E, Ametrano O, Errico ME, Ruocco G, Bifano D, Barbato F, et al. Angioma serpiginosum: two cases in children and review of literature. *Dermatol Reports*. 2022;14(1):9260. doi:10.4081/dr.2022.9260.
3. Singh SK, Kumari A, Najeeb A, Jha PK. Atypical distribution of angioma serpiginosum: a report of 2 cases. *Indian J Dermatol*. 2022;67(2):209. doi:10.4103/ijd.ijd_771_21.
4. Das P, Arora S, Singh GK, Prashantha GB, Barui S, Singh V. Angioma serpiginosum: clinico-dermoscopic histopathology correlation. *Indian J Vasc Endovasc Surg*. 2022;9(1):108-110. doi:10.4103/ijves.ijves_73_21.
5. Vather D, Harvey G, Agnew K, Purvis D. Two cases of unusually early onset extensive angioma serpiginosum. *Australas J Dermatol*. 2023;64(1):e91-e93. doi:10.1111/ajd.13967.

6. Gupta I, Dayal S, Sahu P, Sen R. Angioma serpiginosum with soft tissue hypertrophy and palmar involvement: a rare presentation. *Indian J Dermatol.* 2023;68(3):354. doi:10.4103/ijd.ijd_535_17.
7. Diociaiuti A, Cutrone M, Rotunno R, De Vito R, Neri I, Pisaneschi E, et al. Angioma serpiginosum: a case report and review of the literature. *Ital J Pediatr.* 2019;45(1):53. doi:10.1186/s13052-019-0644-8.
8. Mahajan SA, Kabbannavar YR, Vishwanath T, Singh S. Dermoscopy of angioma serpiginosum. *Indian J Dermatopathol Diagn Dermatol.* 2022;9(1):41-43. doi:10.4103/ijdpdd.ijdpdd_74_21.
9. Tognetti L, La Marca F, Cinotti E, Rubegni P. Non-invasive diagnosis of angioma serpiginosum plantaris: high-resolution dermoscopy, high-frequency ultrasound, and line-field confocal optical coherence tomography. *J Vasc Dis.* 2024;3(2):152-160. doi:10.3390/jvd3020013.
10. Dhanta A, Taneja G, Hazarika N, Joshi P. Clinico-pathological and dermoscopic features in Blashkoid angioma serpiginosum. *Dermatol Pract Concept.* 2021;11(1):e2021107. doi:10.5826/dpc.1101a107.
11. Ohnishi T, Nagayama T, Morita T, Miyazaki T, Okada H, Ohara K, et al. Angioma serpiginosum: a report of 2 cases identified using epiluminescence microscopy. *Arch Dermatol.* 1999;135(11):1366-1368. doi:10.1001/archderm.135.11.1366.
12. Ilknur T, Fetil E, Akarsu S, Altiner DD, Ulukus C, Gunes AT. Angioma serpiginosum: dermoscopy for diagnosis, pulsed dye laser for treatment. *J Dermatol.* 2006;33(4):252-255. doi:10.1111/j.1346-8138.2006.00061.x.
13. Kanji A, Laguda B, Roberts N. Angioma serpiginosum. *Br J Hosp Med (Lond).* 2023;84(7):1. doi:10.12968/hmed.2023.0030.
14. Kamath C, Kowe P, Dhurat RS, Jain D. Angioma serpiginosum: a rare vascular anomaly with unique clinical and dermoscopic features. *CosmoDerma.* 2024;4:141. doi:10.25259/CSDM_173_2024.
15. Bishara M, Jiaravuthisan M, Weinstein M. A 13-year-old presenting with recurrent angioma serpiginosum. *J Cutan Med Surg.* 2018;22(5):511-513. doi:10.1177/1203475418758987.

ORCID

Javier Rosero  <https://orcid.org/0000-0002-3635-6653>

Carolina Narváez  <https://orcid.org/0009-0003-5405-1882>

Ernesto Rosero  <https://orcid.org/0009-0008-8228-7258>