

Acroangiodermatitis de Mali

Daniela Alarcón P.,¹ Rosario Alarcón C.,² Francisco Alarcón A.³

¹Médico Cirujano, Hospital San José de Coronel, ²Dermatóloga, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, ³Alumno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad San Sebastián

Paciente de sexo masculino, de 68 años, nefrópata crónico en hemodiálisis, diabético, hipertenso, con insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial oclusiva crónica e insuficiencia vascular de extremidades inferiores, en tratamiento con atorvastatina, carvedilol, furosemida, insulina, nifedipino, neosintrón y ácido fólico. Consulta por la aparición progresiva desde hace cuatro años de papulonódulos asintomáticos, violáceos, en extremidades inferiores, de aproximadamente 2 mm a 1 cm, con tendencia a agruparse en rodillas. Exámenes de laboratorio, de acuerdo a sus múltiples patologías crónicas. VIH (-).

Postulamos diagnóstico de Acroangiodermatitis de Mali; se realizó biopsia de piel, que resultó compatible. Inmunohistoquímica: CD 34(+) en vasos.

Acroangiodermatitis son procesos vasculares benignos, localizados, que comprenden dos diferentes condiciones: la acroangiodermatitis de Mali, que corresponde a lesiones cutáneas en extremidades inferiores secundarias a insuficiencia venosa crónica, y la segunda, al síndrome de Bluefarb-Adams, que presenta lesiones similares en miembros inferiores asociadas a malformaciones arteriovenosas. Se ha reportado, asimismo, en *shunts* arteriovenosos iatrogénicos en pacientes en hemodiálisis, parálisis de miembros de cualquier etiología y en muñones de miembros amputados.

Aunque la causa subyacente no está clara, consiste básicamente en proliferación reactiva de vasos dérmicos superficiales, producto de alteraciones en la hemodinamia de grandes vasos subyacentes.

Clínicamente estas entidades pueden semejar al sarcoma de Kaposi (SK) en placa o parche, pero histológicamente son diferentes. En la variante de Mali, los hallazgos histológicos son los de una dermatitis por estasis, principalmente en la porción superior de la dermis. En el síndrome de Bluefarb-Adams se encuentran los mismos hallazgos, pero en todo el espesor de la dermis.

En el caso del SK existe proliferación de canales o vasos irregulares, acompañados de células fusiformes que disecan las bandas de colágeno, rodeando vénulas o anexos, esparcidos difusamente en la dermis, con extravasación de

eritrocitos y hemosiderófagos y presencia ocasional del signo del promontorio (placas de células endoteliales que protruyen en espacios vasculares dilatados recientemente formados). En las acroangiodermatitis la proliferación de vasos capilares con extravasación de eritrocitos y hemosiderina es más uniforme, acompañada de variable infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular. Usualmente no hay cambios epidérmicos, aunque puede existir espongiosis leve, hiperqueratosis y paraqueratosis.

El tratamiento de las acroangiodermatitis se basa en la corrección de la hipertensión venosa: elevación del miembro afectado, vendajes compresivos asociados con hidrocortisona tópica, ablación con láser, escleroterapia de la malformación vascular, embolización de fístulas arteriovenosas con riesgo de isquemia tisular. Trabajos mencionan resultados medianamente satisfactorios con diamino-difenil-sulfona y otros, con eritromicina oral.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernandez R, Vereza MM, Martinez W, Yebra-Pimentel MT, Fonseca E. Bilateral Pseudo-Kaposi Sarcoma in Upper Limbs. *Actas Dermosifiliogr* 2007; 98:268-70.
- Brenner S, Martinez de Moretin E. What's new in pseudo-Kaposi's sarcoma. *JEADV* 2001; 15:382-4.

Correspondencia: Rosario Alarcón C.
E-mail: rosalarc@gmail.com