

# Placas eritematovioláceas simétricas en extremidades inferiores en un varón de 30 años

A. Fernández Casado<sup>1</sup>, X. Perich<sup>2</sup>, C. Barranco<sup>3</sup>, R.M. Pujol<sup>1</sup>.  
Servicio de Dermatología<sup>1</sup>. Servio de Radiología<sup>2</sup>. Servicio de Anatomía Patológica<sup>3</sup>.  
Hospital del Mar-IMAS. Barcelona. España.

## Introducción

La presencia de placas violáceas que simulan lesiones de sarcoma de Kaposi y que aparecen secundariamente a la presencia de hipertensión venosa crónica define las lesiones de acroangiodermatitis. Presentamos un varón de 30 años con lesiones de acroangiodermatitis en el que el estudio angiográfico demostró la presencia de fistulas arteriovenosas bilaterales.

## Caso Clínico

Un varón de 30 años sin antecedentes patológicos personales ni familiares de interés acudió al servicio de Dermatología para la valoración de placas eritematovioláceas en extremidades inferiores de siete años de evolución. Las lesiones eran asintomáticas y dos años antes, a nivel maleolar interno, una de ellas presentó un episodio de ulceración que se resolvió espontáneamente con curas tópicas. Su estado general estaba conservado y no refería ninguna manifestación clínica sistémica asociada. En la exploración física destacaban placas eritematovioláceas con tendencia a la simetría, de crecimiento progresivo en extremidades inferiores por debajo de la rodilla. Mostraban un tamaño variable, entre 1 y 8 cm de diámetro, con bordes irregulares. La piel circundante presentaba áreas atróficas y se acompañaba de pigmentación ocre reticulada. Asimismo, destacaba la presencia de venas varicosas distribuidas de forma irregular en el mismo territorio. La piel proximal a las rodillas era de características normales y no se observaron otras lesiones en el resto de la superficie cutánea (Fig. 1 y 2).

El estudio histológico demostró la presencia de una proliferación vascular de vasos de pequeño calibre, maduros, sin atipia celular, sin signos de vasculitis ni trombosis, e intensos depósitos dérmicos de hemosiderina (Fig. 3). El hemograma y la bioquímica de sangre periférica no detectaron anomalías. Se realizó estudio de trombofilia (tiempo de protrombina, TTPA, proteínas C y S, factor V de Leiden, homocisteína, antitrombina III, protrombina 20210, anticuerpos anticardiolipina, antifosfolípido y anticoagulante lúpico) obteniendo valores dentro de la normalidad. El estudio inmunológico realizado, que incluía ANA, FR, ANCA, C3, C4, CH50 tampoco detectó anomalías.

En ausencia de hallazgos sugestivos de una etiología sistémica, se realizó un estudio morfológico vascular mediante angiorresonancia magnética, que detectó la presencia de fistulas arteriovenosas bilaterales a nivel poplíteo, con dilatación varicosa secundaria (Fig. 4 y 5). Estos hallazgos nos permitieron llegar al diagnóstico de Síndrome de Bluefarb-Stewart o acroangiodermatitis secundaria a fístula arteriovenosa.



Figura 1



Figura 2

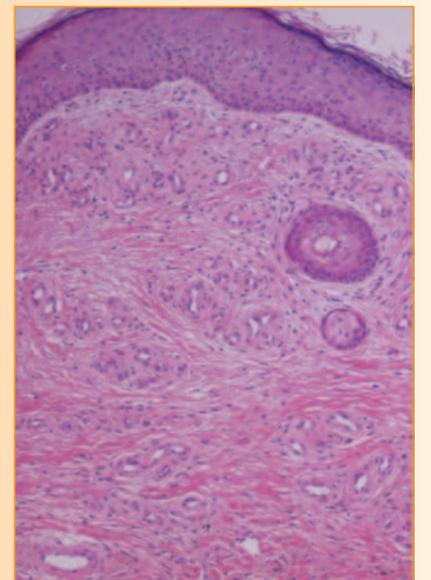


Figura 3

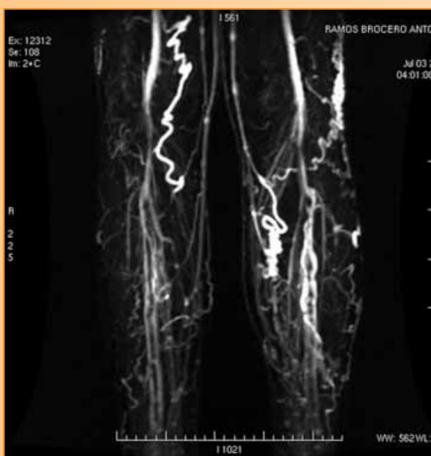


Figura 4

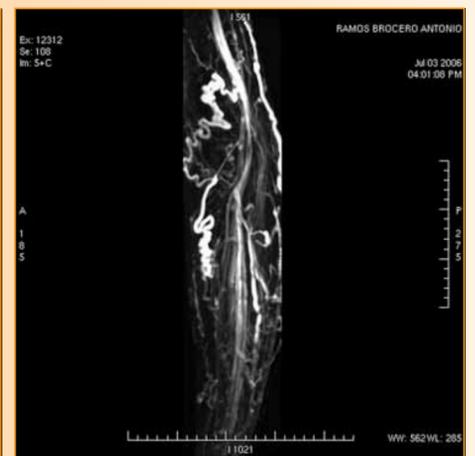


Figura 5

## Discusión

La acroangiodermatitis o pseudosarcoma de Kaposi es un grupo de entidades descrito inicialmente por Mali en 1965<sup>1</sup>, caracterizadas clínicamente por placas eritematovioláceas o purpúricas similares al sarcoma de Kaposi y que etiopatogénicamente tienen el denominador común de una hipertensión venosa que puede responder a diversas causas subyacentes. Se han descrito formas secundarias a insuficiencia venosa crónica, malformaciones arteriovenosas (Sd. de Bluefarb-Stewart), fístula arteriovenosa en hemodializados, extremidad paralizada, muñón de amputación<sup>2</sup> y causas sistémicas como el déficit de proteína C<sup>3</sup>.

Ante la sospecha clínica de acroangiodermatitis, se deberá realizar un estudio de trombofilia para descartar un trastorno procoagulante subyacente, así como otros cuadros

de oclusión microvascular como la presencia de crioglobulinas o diferentes entidades que cursan con vasculitis cutánea. Especialmente en personas jóvenes y en casos que presenten lesiones unilaterales, la práctica de un estudio morfológico vascular puede ser útil para descartar la presencia de fistulas arteriovenosas subyacentes<sup>4</sup>.

La presencia de acroangiodermatitis simétrica bilateral en extremidades inferiores es una manifestación excepcional del síndrome de Bluefarb-Stewart hasta ahora no descrita y que obliga a descartar una causa sistémica del proceso. De forma excepcional, como en nuestro caso, puede responder a fistulas arteriovenosas bilaterales.

## Bibliografía

1. Mali JW, Kuiper JP, Hamers AA. Acro-angiodermatitis of the foot. Arch Dermatol 1965; 92:515-8.
2. Samad A, Dodds S. Acroangiodermatitis: review of the literature and report of a case associated with symmetrical foot ulcers. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2002; 24:558-60.
3. Scholz S, Schuller-Petrovic S, Kerl H. Mali acroangiodermatitis in homozygous activated protein C resistance. Arch Dermatol. 2005; 141:396-7.
4. Bluefarb SM, Adams LA. Arteriovenous malformation with angiodermatitis. Arch Dermatol 1967; 96:176-81.