



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

347/1218 - ESTA LESIÓN NO MEJORA

M. Montilla Álvaro^a, A. Delgado Vidarte^b, C. Chamorro González-Ripoll^c y C. García Ruiz^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Los Rosales. Huelva. ^bMédico de Familia. Centro de Salud La Orden. Huelva. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Manuel Leiva. Huelva. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Adoratrices. Huelva.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años natural de Camerún, residente en España desde hace 15 años. Trabaja en el campo. Acude a consulta por lesiones cutáneas redondeadas marrón-violáceas en dorso del pie y otra de características exofítica en región plantar a nivel interdigital. Se instaura tratamiento tópico con mupirocina. A la semana tras la no mejoría se deriva a urgencias dermatológicas pero no es atendido por lo que se deriva de forma reglada. Se inician curas diarias por enfermería. Tras presentar signos inflamatorios en pie y sobreinfección y ulceración de las lesiones se inicia tratamiento con amoxicilina 875 mg/clavulánico 125 mg y curas diarias con mejoría escasa adquiriendo aspecto fungoso. 4 meses después es visto por Dermatología realizándose biopsia con punch y se envía a AP con sospecha de lesión melanocítica plantar.

Exploración y pruebas complementarias: AP: material con abundantes células inflamatorias sin contenido melanocítico. Un mes después es intervenido de nuevo realizándose afeitado de lesiones en dorso del pie y exéresis de la lesión exofítica de la zona interdigital de 2º y 3º dedos. AP: extensa proliferación vascular con células eosinofílicas fusocelulares perivasculares que expresan CD34 y CD31.HHV8+. Diagnóstico: sacoma de Kaposi. Analítica en centro de salud normal salvo aumento leve de transaminasas. Se solicita nuevo estudio de hipertransaminasemia y determinación VIH. Pendiente de estudio de extensión y tratamiento radioterápico.

Orientación diagnóstica: Lesión cutánea de evolución tórpida que no mejora tras curas locales ni antibioterapia.

Diagnóstico diferencial: Melanoma. Leishmania. Sarcoma. Filaria. Tiña.

Comentario final: Ante lesiones cutáneas de evolución tórpida es importante realizar estudio anatomopatológico completo ya que tomar una pequeña muestra puede causar errores diagnósticos. El sarcoma de Kaposi es causado por la infección del VHH8 en personas inmunodeprimidas, adultos de ascendencia judía o mediterránea y hombres jóvenes de origen africano. El SK africano es más frecuente en varones y se muestra como una enfermedad más activa con tumores exofíticos fungosos que pueden invadir el tejido subcutáneo y circundante y el hueso subyacente.

Bibliografía

1. Martín MP, Pallardo Rodil Be, Valverde Moyar MV, et al. Sarcoma de Kaposi clásico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2015;50:200-1.

-
2. Schwartz RA, Lambert WC. Kaposi sarcoma.eMedicine. Dermatology. 2008. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1083998-overview>.

Palabras clave: Lesión cutánea. Biopsia. Sarcoma de Kaposi.