

CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión angiomatosa en un paciente con sida

Juan Vázquez García y Eduardo Fonseca Capdevila

Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. La Coruña.



Figura 1. Lesión eritematoviolácea en el dorso del antebrazo.

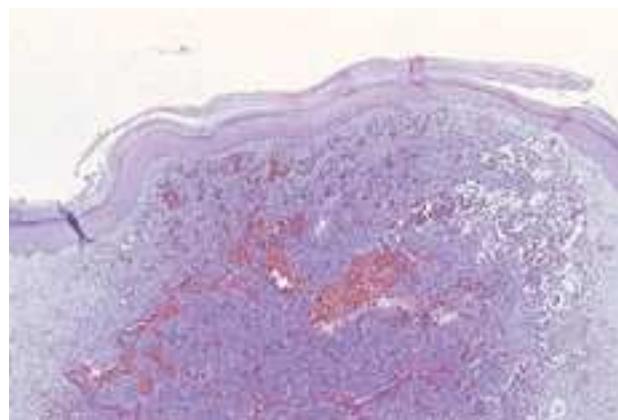


Figura 2. Aspecto histológico de la lesión (HE, 40).

181

Varón de 30 años, con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral y sida de varios años de evolución, en tratamiento con zidovudina, lamivudina e indinavir, así como antidepresivos. En la actualidad, su carga viral es de menos de 200 copias/ml y tiene una cifra de CD4 de 636/ml.

Enfermedad actual

Consulta por una lesión única en el dorso del antebrazo derecho, de un año de evolución, estable y asintomática, sin aparente relación con nada, que se ha hecho dolorosa en los últimos días. No ha realizado tratamiento alguno.

Correspondencia: Dr. J. Vázquez García.
Servicio de Dermatología. Complejo Hospitalario Juan Canalejo.
Xubias de Arriba, 84. 15006 La Coruña.
Correo electrónico: der@canalejo.org

La lesión consiste en una pápula engastada, de 1 cm de diámetro, rojo-azulada, dolorosa a la presión, rodeada de un halo eritematoso, indurada, localizada en el dorso del antebrazo (fig. 1). No se aprecian otras lesiones cutáneas ni mucosas.

Se realiza exéresis de la lesión bajo anestesia local y cierre directo.

El estudio histológico pone de manifiesto una lesión en la dermis reticular, constituida por una proliferación de células fusiformes, con algunos histiocitos xantomizados y células gigantes multinucleadas de tipo Touton, llenas de pigmento hemosiderótico. Dentro de la lesión se aprecian grandes espacios vasculares sin revestimiento endotelial, llenos de eritrocitos y fibrina. Entre ellos existen zonas de proliferación mesenquimal con áreas de colágeno grueso. La epidermis evidencia una moderada atrofia (fig. 2).

DIAGNÓSTICO

Dermatofibroma aneurismático (angiomatoide).

COMENTARIO

El dermatofibroma es una lesión tumoral dérmica, de límites mal definidos, constituida por haces de células fusiformes entrelazados, en medio de un estroma colagenizado. Pueden encontrarse otros tipos celulares, como células espumosas y gigantes. Clínicamente, se presenta como una lesión engastada en la piel, bien limitada, habitualmente asintomática y con comportamiento estable a lo largo de los años.

Se han descrito muchas variantes, dependiendo del elemento histológico predominante. Una de ellas es el dermatofibroma aneurismático. Fue descrito inicialmente por Santa Cruz y Kriakos, en 1981, quienes lo denominaron histiocitoma fibroso aneurismático¹. Se presenta en forma de lesiones nodulares, su localización más habitual es en las piernas y es más frecuente en mujeres adultas. De color rojizo o azulado, suele tener un crecimiento rápido y doloroso debido a la hemorragia en su interior, lo que habitualmente es el motivo de consulta.

Histológicamente, la característica más sobresaliente es la presencia de grandes espacios vasculares en su interior, sin revestimiento endotelial, que en ocasiones ocupan más de la mitad del volumen del tumor. Las áreas vasculares se encuentran rodeadas de histiocitos cargados de gránulos de hemosiderina, fibroblastos y células espumosas. Estos espacios cavernosos son la clave del diagnóstico y, a la vez, el elemento que puede incrementar el número de diagnósticos diferenciales²⁻⁵.

Diagnóstico diferencial

Sarcoma de Kaposi. Es la neoplasia más frecuente en la infección por el VIH y un criterio diagnóstico de sida, producida por el virus herpes humano tipo 8, cuya transmisión es fundamentalmente por vía sexual. Puede comenzar como lesión única, aunque lo más frecuente es que se generalice y crezca. En ocasiones es el primer signo clínico de sida y puede preceder en años a otras manifestaciones. En etapas avanzadas puede afectar a otros órganos internos y ser causa de la muerte.

Angiomatosis bacilar. Es una enfermedad infecciosa que afecta fundamentalmente a pacientes con infección por el VIH. Se caracteriza por la aparición de tumores cutáneos, que pueden diseminarse de forma sistémica. El agente etiológico, *Bartonella henselae*, es un bacilo gramnegativo que está muy relacionado con *Bartonella quintana* (antes *Rochalimaea quintana*). Las lesiones recuerdan al granuloma piogénico o al sarcoma de Kaposi. Para el diagnóstico es fundamental la realización de tinciones argénticas que evidencien al agente etiológico. El tratamiento con eritromicina o doxiciclina durante 3-4 semanas suele controlar la infección⁶.

Hemangioma capilar. Es una malformación vascular que suele permanecer estable a lo largo de la vida, aun-

que puede ser susceptible de complicaciones, como la trombosis o la hemorragia, que lo harían sintomático y podrían plantear problemas de diagnóstico diferencial con otras entidades. Es el tumor más frecuente en la infancia y afecta hasta al 1% de la población. Se han descrito múltiples variantes del hemangioma capilar, como el hemangioendotelioma juvenil, el angioma senil y el angioblastoma o hemangioma en ovillo, que plantean problemas y controversias en cuanto a su clasificación y denominación.

Nevo azul. Es una neiformación benigna que se presenta en forma de pequeñas lesiones menores de 1 cm de diámetro, bien circunscritas, con un color azulado, que varían desde ser planas hasta cupuliformes. Su localización más frecuente es en el dorso de los miembros, en zonas acrales. En general son lesiones únicas. Histológicamente están constituidos por haces de melanocitos elongados, con los ejes mayores paralelos a la epidermis, que no evidencia alteraciones. Se encuentran tan llenos de gránulos de melanina que con frecuencia el núcleo es difícil de ver⁷.

Histiocitoma fibroso angiomatoide maligno. Es un tumor que suele afectar a pacientes muy jóvenes, de menos de 20 años, con localización más frecuente en las extremidades inferiores. La presentación clínica habitual es como una lesión indolora de crecimiento progresivo. Histológicamente es muy característica la infiltración por células plasmáticas y linfocitarias alrededor de la lesión. El índice de recurrencia tras la exérésis es del 50%⁸.

Angiosarcoma. Este tumor maligno se localiza con frecuencia en la cara y el cuello de pacientes ancianos, y su histopatología es muy característica, con células endoteliales atípicas y abundantes figuras de mitosis. En el caso de desarrollarse sobre un linfedema crónico o sobre una radiodermatitis crónica pueden verse otras variantes. El tumor suele extenderse mucho más allá de la lesión clínicamente evidente y el pronóstico es infausto⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santa Cruz DJ, Kryakos M. Aneurysmal («angiomatoid») fibrous histiocytoma of the skin. Cancer 1981;47:2053-61.
2. Alvarez Fernández JG, Pérez Campos A, Romero Maté R, Gómez de la Fuente E, Rodríguez Peralto JL, Iglesias Díez L. Histiocitoma fibroso aneurismático (angiomatoide). Actas Dermosifiliogr 1999;90:128-31.
3. Calonje E, Fletcher CDM. Aneurysmal benign fibrous histiocytoma: clinicopathological analysis of 40 cases of a tumour frequently misdiagnosed as a vascular neoplasm. Histopathology 1995;26:323-31.
4. Zelger BW, Zelger BG, Steiner H, Öfner D. Aneurysmal and haemangiopericitoma-like fibrous histiocytoma. J Clin Pathol 1996;49:313-8.
5. Sood U, Mehergan AH. Aneurysmal («angiomatoid») fibrous histiocytoma. J Cutan Pathol 1985;12:157-62.
6. Muñoz Pérez MA. Manifestaciones cutáneas del sida. Piel 2000;15:256-66.
7. Elder D, Elenitsas R. Benign pigmented lesions and malignant melanoma. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Jr, editors. Lever's histopathology of the skin. 8th. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 625-84.
8. Enzinger FM. Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma. A distinct fibrohistiocytic tumor in children and young adults simulating a vascular neoplasm. Cancer 1979;44:47-57.
9. Calonje E, Wilson-Jones E. Vascular tumors. In: Elder D, Elenitsas R, Jaworsky C, Johnson B Jr, editors. Lever's histopathology of the skin. 8th. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997; p. 889-932.