

Placa eritematoviolácea en paciente joven con insuficiencia venosa crónica

Erythematous-violaceous plaque in a young patient with chronic venous insufficiency

María Victoria Agüero¹, Agustina Fernández Capiet², Alejandro Sanz³ y Silvana Alejandra Leon⁴

¹ Médica Residente

² Jefa de Residentes

³ Médico de Planta

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Churrua Visca, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Contacto de la autora: María Victoria Agüero

E-mail: victoriagr4@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 8/6/2025

Fecha de trabajo aceptado: 19/12/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 178-180

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 44 años, con antecedentes de insuficiencia venosa crónica en ambos miembros inferiores en tratamiento con diosmina + hesperidina, fue derivada al Servicio de Dermatología por presentar dermatosis en la pierna derecha de un año de evolución.

Al examen físico presentaba una placa eritematoviolácea con sectores hiperpigmentados y superficie queratósica, de bordes irregulares, indurada, levemente pruriginosa y dolorosa a la palpación, de 2 x 6 cm de diámetro, localizada en la cara interna de la pierna derecha (Foto 1). Además, se evidenciaba edema en ambos miembros inferiores. Los pulsos periféricos se encontraban conservados. A la dermatoscopia se encontró un patrón en arcoíris rodeando una costra serohemática (Foto 2). La paciente negó traumatismos previos.

Se solicitó laboratorio completo con serologías, que no arrojó datos patológicos, y ecografía Doppler arterial

y venosa de ambos miembros inferiores, que informó insuficiencia bilateral de la vena safena magna en todo su recorrido, con predominio del lado derecho.

Se realizó biopsia por punch para estudio histopatológico el cual evidenció epidermis con hiperqueratosis y acantosis, y en dermis numerosos capilares agrupados (Foto 3); los mismos, presentaban paredes engrosadas asociadas a extravasación de eritrocitos y hemosiderófagos, rodeados por fibrosis sin evidencia de atipia citológica. Con la técnica de tinción de Pearls se destacó la presencia de hierro (Foto 4). La expresión de ADN del herpes virus 8 humano (HVH-8) fue negativa.

Como tratamiento, se indicaron medidas generales, clobetasol en crema, elastocompresión, venotónicos y humectación, y se solicitó interconsulta con el Servicio de Flebología para seguimiento en forma conjunta. Desafortunadamente, la paciente no regresó a los controles posteriores y se perdió su seguimiento.



FOTO 1: Placa eritematoviolácea con sectores hiperpigmentados y superficie queratósica, de bordes irregulares, indurada, de 2 x 6 cm diámetro, localizada en la cara interna de la pierna derecha.



FOTO 2: Patrón en arcoíris rodeando una costra serohemática.

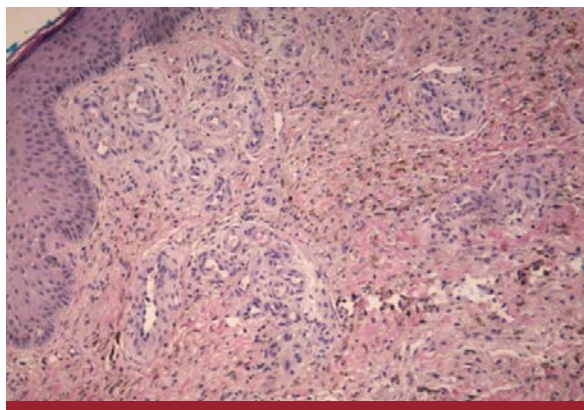


FOTO 3: Epidermis con hiperqueratosis y acantosis, y en dermis numerosos capilares agrupados (HyE, 10X).

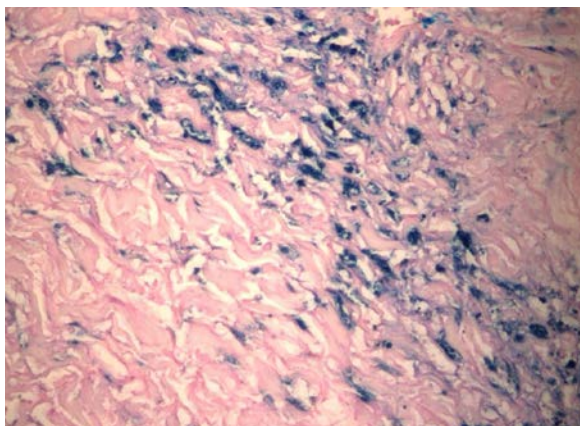


FOTO 4: Presencia de hierro con técnica de tinción de Pearls (40X).

DIAGNÓSTICO

Acroangiodermatitis de Mali, pseudosarcoma de Kaposi.

COMENTARIOS

La denominación acroangiodermatitis fue descrita por primera vez en 1965 por Mali, quien la empleó para describir lesiones de coloración violácea ubicadas en los miembros inferiores de pacientes con insuficiencia venosa crónica¹.

Por su similitud clínica e histopatológica con el sarcoma de Kaposi, también se denomina pseudosarcoma de Kaposi, lo que constituye el principal desafío en el diagnóstico diferencial^{2,3}.

Su etiopatogenia aún no se encuentra completamente dilucidada. Varios autores destacan el éstasis venoso, que desencadenaría un aumento de la presión a nivel poscapilar, la cual, de forma crónica, estimularía la proliferación de fibroblastos y la aparición de neovascularización².

Si bien la principal causa es la insuficiencia venosa crónica, que genera el subtipo específico denominado acroangiodermatitis de Mali, se han descrito formas secundarias a muñón de amputación, malformaciones arteriovenosas o síndrome de Bluefarb-Stewart, fistulas arteriovenosas en pacientes en hemodiálisis, extremidades paralizadas y otras causas sistémicas^{2,4}.

Clínicamente, el pseudosarcoma de Kaposi se caracteriza por presentarse inicialmente como máculas y placas de coloración violácea en la región inferior de los miembros, asociadas a edema, como fue el caso de nuestra paciente. Las mismas pueden ser asintomáticas o presentarse con dolor o prurito, y evolucionar a pápulas, nódulos o placas que progresan en número y pueden desarrollar hiperpigmentación posinflamatoria, ulceración y necrosis³.

En caso de sospecha clínica de acroangiodermatitis, se deben descartar trastornos procoagulantes subyacentes y cuadros de oclusión microvascular que cursen con vasculitis cutánea en general. En pacientes jóvenes y de presentación unilateral, se recomienda descartar además fistulas arteriovenosas, aunque cabe destacar que existen casos comunicados de las mismas en forma bilateral^{3,5}.

Entre los diagnósticos diferenciales, como se mencionó anteriormente, el que presenta mayor dificultad por su similitud clínica e histopatológica es el sarcoma de Kaposi. Otros diagnósticos diferenciales como liquen plano, hemangioma verrucoso, vasculitis, liquen simple crónico, carcinoma basocelular, dermatitis por éstasis, angioma en fresa, linfangioma, linfangioendoteloma, linfoangiosarcoma,iringofibroadenoma ecirino y el angiohistiocitoma de células multinucleadas, también deberían tenerse en cuenta³.

A nivel histopatológico, usualmente no hay cambios epidérmicos, aunque puede existir espongiosis leve, hiperqueratosis y paraqueratosis. En la dermis papilar se evidencia proliferación de células endoteliales con vasos de pared gruesa y generalmente con patrón lobulado, asociadas a pericitos circundantes. También se puede hallar extravasación de eritrocitos, fibrosis dérmica, depósitos de hemosiderina e infiltrado de linfocitos, histiocitos y eosinófilos, aunque no tan intenso, generalmente con ausencia de plasmocitos a diferencia de cómo se presenta en el sarcoma de Kaposi^{4,6}.

La técnica de inmunohistoquímica muestra utilidad para diferenciar ambas entidades, ya que el marcador CD34 es positivo únicamente en las células endoteliales del sarcoma de Kaposi y no en los pericitos del pseudosarcoma; de todas formas, no es infrecuente que el sarcoma de Kaposi presente células fusiformes que

podrían confundirse con los pericitos del pseudosarcoma⁴. Por otro lado, este último es negativo para herpes virus humano 8 (HVH 8) por PCR^{4,7,8}.

En relación al tratamiento, suele ser conservador y dependerá de la naturaleza de la alteración circulatoria de base. El vendaje compresivo asociado a la elevación de los miembros inferiores en pacientes con insuficiencia venosa crónica puede proporcionar alivio sintomático, asociado o no a corticoterapia tópica. En caso de malformación vascular, pueden considerarse la

escleroterapia, la ablación con láser y la embolización de fístulas arteriovenosas, con el riesgo potencial de isquemia tisular⁴.

Con respecto al tratamiento que recibió nuestra paciente, no se pudo realizar el control clínico correspondiente ya que no concurrió nuevamente a la institución.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Graciela L. Carabajal, Médica Dermatopatóloga, del Hospital Churrua Visca.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mali JW, Kuiper JP, Hamers AA. Acro-angiodermatitis of the foot. *Arch Dermatol*. 1965;92:515-518.
2. Sandoval-Osses M, Concha-Rogazy M, Cataldo-Cerda K. Acroangiodermatitis: reporte de dos casos y revisión de la literatura. *Piel*. 2013;28:248-255.
3. González-Escudero M, Peraza-Cruz D, Roque-Pérez L. Pseudosarcoma de Kaposi tipo Mali unilateral en paciente con insuficiencia venosa crónica. *Rev Habanera Cienc Méd*. 2020;19:e3129
4. Rébora I, Valdez RP, Stringa M, Castro C, et al. Acroangiodermatitis tipo Stewart-Bluefarb (pseudosarcoma de Kaposi). *Dermatol Argent*. 2008;14:137-140.
5. Bluefarb SM, Adams LA. Arteriovenous malformation with angiodermatitis. *Arch Dermatol*. 1967;96:176-181.
6. Alarcón PD, Alarcón CR, Alarcón AF. Acroangiodermatitis de Mali. *Rev Chil Dermatol*. 2010;26:309-317.
7. Fernández R, Vereá MM, Martínez W, Yebra-Pmentel MT, et al. Pseudosarcoma de Kaposi bilateral en miembros superiores. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:268-270.
8. Pimentel MI, Cuzzi T, Azeredo-Coutinho RB, Vasconcellos Éde C, et al. Acroangiodermatitis (pseudo-Kaposi sarcoma): a rarely-recognized condition. A case on the plantar aspect of the foot associated with chronic venous insufficiency. *An Bras Dermatol*. 2011;86:S13-S16.