

**Tabla 2** Datos clínico-epidemiológicos

	Población autóctona	Población inmigrante
Edad en el momento de consulta/(décadas más frecuentes)	19-65 años (2. <sup>a</sup> y 3. <sup>a</sup> décadas)	19-53 años (2. <sup>a</sup> y 3. <sup>a</sup> décadas)
T.º de evolución de las lesiones	Un mes-7 años (6 pacientes más de un año)	Un mes-2 años (5 pacientes más de un año)
N.º de lesiones	Única: 29 pacientes	Única: 3 pacientes
Prácticas sexuales de riesgo	28 pacientes (condilomas en su pareja: 7 casos)	5 pacientes (condilomas en su pareja: un caso)
ETS asociada	VIH+ un paciente U. gonocócica: un paciente Sífilis latente: un paciente Hepatitis B activa: un paciente	U. gonocócica: un paciente Lúes residual: 2 pacientes Hepatitis B pasada: 2 pacientes

ETS: enfermedades de transmisión sexual; N.º: número; T.º: tiempo; U: uretritis.

## Bibliografía

- Jansà JM, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 1:207-13.
- De Eusebio Murillo E, Zambrano Centeno B, Jaén Olasolo P. Patología dermatológica en inmigrantes. *SEMERGEN.* 2004;30:345-55.
- Postigo C. Enfermedades de transmisión sexual e inmigración en España. *Actas Dermosifiliogr.* 2007;98:513-7.
- Porta N, San Juan J, Simai E, Baldellou R, Ara M, Zubiri ML. Análisis de la demanda asistencial de dermatología en la población inmigrante del área de salud del Hospital Miguel Servet de Zaragoza. *Actas Dermosifiliogr.* 2008;99:127-33.
- Albares Tendero MP, Belinchón Romero I, Ramos Rincón JM, Sánchez Payá J, Lucas Costa A, Pérez Crespo M, et al. Dermatoses en Latin American immigrants seen in a tertiary hospital. *Eur J Dermatol.* 2009;19:157-62.
- Taberner R, Nadal C, Llambrich A, Vila A, Torné I. Motivos de consulta dermatológica en la población inmigrante y española

del área de salud del Hospital Son Llàtzer (Mallorca). *Actas Dermosifiliogr.* 2010;101:323-9.

- Albares MP, Belinchón I, Ramos JM, Sánchez Payá J, Betlloch I. Estudio epidemiológico de la patología cutánea en la población inmigrante de Alicante. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103:214-22.

R.M. Díaz Díaz<sup>a,\*</sup>, C. Garrido Gutiérrez<sup>a</sup>, A. Navarro Cantero<sup>b</sup> y E. Ruíz Bravo-Burguillos<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Sección de Dermatología Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

<sup>b</sup> Sección de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [rmaria.diaz@salud.madrid.org](mailto:rmaria.diaz@salud.madrid.org), [roadiazdiaz@terra.es](mailto:roadiazdiaz@terra.es) (R.M. Díaz Díaz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.10.008>

## Angiosarcoma irreseccable tratado con bevacizumab y paclitaxel

### Unresectable Angiosarcoma Treated With Bevacizumab and Paclitaxel

El angiosarcoma es un tumor de origen endotelial de comportamiento agresivo de mal pronóstico. Nuevos tratamientos como el bevacizumab basan su eficacia en su capacidad anti-angiogénica, actuando sobre el factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) implicado en la patogenia<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 68 años que consultó por una lesión tumoral, eritematoviolácea, de 1 cm de diámetro, localizada en el cuero cabelludo. La biopsia cutánea fue compatible con un angiosarcoma pobremente diferenciado. En un período de un mes la lesión creció rápidamente convirtiéndose en una tumoración multilobulada y ulcerada que asentaba sobre un área que abarcaba toda la mitad izquierda del cuero cabelludo y la región occipital derecha, en la que se

identificaban máculas de 1-2 cm de diámetro rojo-vinosas (fig. 1).

Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) que descartó afectación a distancia, por lo que se estableció el diagnóstico de angiosarcoma pobremente diferenciado (T2b, N0, M0) estadio III de la *American Joint Committee on Cancer 2010* (AJCC 2010).

Se descartó tratamiento quirúrgico inicial dada la extensión de la lesión, que ocupaba más de la mitad del cuero cabelludo, y se inició tratamiento neoadyuvante con paclitaxel (80 mg/m<sup>2</sup> semanal) y bevacizumab (en uso compasivo, 10 mg/kg cada 15 días), con una rápida respuesta de la lesión (fig. 2). Finalizó el tratamiento tras 14 ciclos (cada ciclo consistió en una infusión de bevacizumab y 2 de paclitaxel) con buena tolerancia. Se realizó extirpación quirúrgica de la lesión cicatricial sin evidencia de angiosarcoma en esta área en el estudio anatomopatológico. Posteriormente se inició radioterapia adyuvante (fracciones de 2 Gy al día, hasta alcanzar una dosis total de 50 Gy) concomitante con bevacizumab (5 mg/kg cada 2 semanas) ante la persistencia de una lesión macular rojo-vinosa en el área preauricular izquierda, y a pesar de la biopsia no confirmatoria de angiosarcoma. Al



**Figura 1** Lesión tumoral eritematoviolácea de 4 cm de diámetro y con lesiones maculares periféricas.



**Figura 2** Imagen clínica tras finalizar el tratamiento con bevacizumab y paclitaxel.

finalizar ambos tratamientos mantenía respuesta completa de la enfermedad.

Dos meses después empeoró su estado general y se detectó recidiva clínica del angiosarcoma en la región preauricular izquierda. En la TAC se evidenciaron metástasis óseas. Se reinició la terapia combinada con paclitaxel y bevacizumab, pero la enfermedad progresó y la paciente falleció 14 meses después del diagnóstico.

El angiosarcoma es un tumor poco frecuente con comportamiento muy agresivo y una elevada capacidad metastásica. Se clasifica en 3 formas diferentes, siendo

la clásica (de cabeza y cuello) la más frecuente<sup>3</sup>. El tratamiento de elección es quirúrgico, con márgenes amplios, seguido de radioterapia adyuvante a dosis elevadas (> 50 Gy)<sup>1,4,5</sup> sobre campos amplios. En estadios avanzados o tumores irresecables la quimioterapia es la única opción terapéutica, pero no existen ensayos clínicos que avalen la eficacia de los diferentes regímenes terapéuticos<sup>1,2</sup>. Las pautas de quimioterapia muchas veces están limitadas por su toxicidad<sup>1</sup>. Las más utilizadas actualmente incluyen antraciclina y taxanos, pero la respuesta es limitada. En estudios prospectivos de tratamiento del angiosarcoma cutáneo con paclitaxel la supervivencia media fue de 8 meses con un tiempo medio libre de progresión de la enfermedad de 4 meses<sup>2</sup>.

Por todos estos motivos interesa la búsqueda de nuevos fármacos que añadan eficacia y tolerabilidad a los

**Tabla 1** Casos de angiosarcomas tratados con bevacizumab publicados hasta la fecha

Autor	Año	N	Edad	Diagnóstico	Localización	Dosis de bevacizumab	Otros tratamientos	TLP (meses)	Sv (meses)
Koontz et al. <sup>8</sup>	2008	2	5063	-AS T1N0M0 -AS epitelioides T2N0	Cara Cara	5 mg/kg cada 2 semanas; 4 dosis 10 mg/kg cada 2 semanas; 3 dosis	RT + Cx RT + Cx	> 26 > 8,5	- nc - nc
Rosen et al. <sup>9</sup>	2010	1	82	AS (nc. TNM)	Cara	5 mg/kg cada 2 semanas, 14 dosis	Ninguno	7	nc
Fuller et al. <sup>5</sup>	2010	1	77	AS T2bN0M0	Cara y cuello	nc	Paclitaxel	> 11	nc
De Yao et al. <sup>10</sup>	2011	1	88	AS T2aN0M0	Cuero cabelludo	5 mg/kg; cada 2 semanas; 4 dosis	RT	7	23
Caso actual	2013	1	68	AS T2bN0M0	Cuero cabelludo	5 mg/kg cada 2 semanas; 14 dosis	RT + Cx	11	14

AS: angiosarcoma; Cx: cirugía; N: número de pacientes; nc: no consta; RT: radioterapia; Sv: Supervivencia; TLP: tiempo libre de progresión.

tratamientos. Actualmente las moléculas antiangiogénicas son objetivo de estudio en este campo.

El angiosarcoma se desarrolla a partir de células endoteliales vasculares. Existen varios factores implicados en su patogenia, siendo uno de los más importantes el factor de crecimiento VEGF-A<sup>1,2</sup>. El VEGF-A es un factor de crecimiento implicado en la formación de nuevos vasos sanguíneos mediante la estimulación de receptores con actividad tirosín-cinasa de la superficie de células endoteliales. Su sobreexpresión por parte de las células neoplásicas, demostrada tanto en el angiosarcoma como en otros tumores (pulmón, mama, colorrectal), favorece la angiogénesis y, por lo tanto, el aporte sanguíneo y el crecimiento tumoral<sup>2,6</sup>. El bevacizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el VEGF-A que actúa impidiendo la unión a su receptor y, por lo tanto, inhibiendo la angiogénesis. No obstante las recidivas y los periodos libres de progresión observados, de una duración limitada, hacen suponer otros mecanismos implicados que hacen que el bloqueo de VEGF no sea suficiente para impedir el desarrollo de este tumor<sup>7</sup>.

Existen 5 casos publicados hasta la fecha de angiosarcoma cutáneo tratado con bevacizumab, solo o asociado a otros tratamientos. En todos ellos la respuesta fue favorable, con tiempos de supervivencia mayores de los obtenidos con otras terapias, y con buena tolerabilidad por parte de los pacientes (tabla 1).

Recientemente han sido publicados los resultados del primer ensayo clínico en fase II sobre la utilización del bevacizumab en monoterapia para el tratamiento del angiosarcoma metastásico o localmente avanzado. Los resultados de Agulnik et al. son prometedores, ya que un 50% de los sujetos del estudio presentaron una estabilización de su enfermedad con un tiempo medio hasta la progresión de la enfermedad de 26 semanas<sup>2</sup>.

Consideramos que bevacizumab podría ser tenido en cuenta para su utilización en casos similares al presentado, dada la escasa disponibilidad de tratamientos eficaces y los resultados observados en los casos publicados y en los recientes ensayos clínicos. Además, todo parece indicar que en el futuro bevacizumab en combinación con otros fármacos podría mejorar el pronóstico de estos pacientes.

## Bibliografía

1. Young RJ, Brown NJ, Reed MW, Hughes D, Woll PJ. Angiosarcoma. *Lancet Oncol*. 2010;11:983-91.

2. Agulnik M, Yarber JL, Okuno AH, von Mehren M, Jovanovic BD, Brockstein BE, et al. An open-label, multicenter, phase II study of bevacizumab for the treatment of angiosarcoma and epithelioid hemangioendotheliomas. *Ann Oncol*. 2013;24:257-63.
3. Armengot-Carbó M, Roca-Estellés MJ, Quecedo-Estébanez E, Gimeno-Carpio E. Angiosarcoma cutáneo tras radioterapia por cáncer de mama. *Actas Dermosifiliogr*. 2012;103:557-9.
4. Hulyalkar R, Rakkhit T, García-Zuazaga J. The role of radiation therapy in the management of skin cancers. *Dermatol Clin*. 2011;29:287-96.
5. Fuller CK, Charlson JA, Dankle SK, Russell TJ. Dramatic improvement of inoperable angiosarcoma with combination paclitaxel and bevacizumab chemotherapy. *J Am Acad Dermatol*. 2010;63:e83-4.
6. Shrod SS, Bressler LR, Tierney LA, Cuellar S, George A. Understanding and managing the possible adverse effects associated with bevacizumab. *Am J Health-Syst Pharm*. 2009;66:999-1013.
7. Park MS, Ravi V, Araujo DM. Inhibiting the VEGF-VEGFR pathway in angiosarcoma, epithelioid hemangioendothelioma, and hemangiopericytoma/solitary fibrous tumor. *Curr Opin Oncol*. 2010;22:351-5.
8. Koontz BF, Miles EF, Rubio MAD, Madden JF, Fisher SR, Scher RL, et al. Preoperative radiotherapy and bevacizumab for angiosarcoma of the head and neck: Two case studies. *Head Neck*. 2008;30:262-6.
9. Ronsen A, Thimon S, Ternant D, Mchet MC, Paintaud G, Mchet L. Partial response to bevacizumab of an extensive cutaneous angiosarcoma of the face. *Br J Dermatol*. 2010;163:208-34.
10. De Yao JT, Sun D, Powell AT, Rehms EH. Scalp angiosarcoma remission with bevacizumab and radiotherapy without surgery: A case report and review of the literature. *Sarcoma*. 2011;2011:160369. <http://dx.doi.org/10.1155/2011/160369>.

M.V. Nespereira-Jato<sup>a,\*</sup>, C. Peña-Panabad<sup>a</sup>,  
M. Quindós-Varela<sup>b</sup> y J. García-Silva<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Oncología, Hospital Abente y Lago, Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vnespereira@hotmail.com](mailto:vnespereira@hotmail.com)  
(M.V. Nespereira-Jato).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2013.08.006>

## Miasis cutánea no importada por *Chrysomya bezziana*

### Autochthonous Cutaneous Myiasis Due to *Chrysomya bezziana*

Las miasis son infestaciones parasitarias de tejidos u órganos de vertebrados (incluyendo el hombre) producidas por las larvas de moscas (dípteros) de diferentes especies<sup>1-3</sup>. Se clasifican dependiendo de la relación que el parásito establece con el huésped, distinguiéndose entre miasis obligadas, facultativas y accidentales; o dependiendo del área

anatómica de infestación, diferenciándose entre miasis cutáneas, intestinales o cavitarias<sup>1-3</sup>. Las miasis cutáneas desde un punto de vista clínico se dividen en forunculares, migratorias y de las heridas<sup>1-3</sup>. Su incidencia es mayor en países tropicales con clima húmedo y cálido y con bajo nivel socioeconómico<sup>1-3</sup>.

Presentamos un caso de miasis cutánea autóctona producida por *Chrysomya bezziana* (*C. bezziana*), especie que aparece de forma excepcional en Europa.

Se trata de un varón de 56 años de edad, con antecedentes personales de obesidad, consumo de alcohol ocasional, hipertensión arterial, síndrome de apnea-hipopnea del sueño, asma extrínseco y portador de la mutación PT20210A