



MILANO, CENTRO CONGRESSI SAN RAFFAELE
19-21 SETTEMBRE 2013

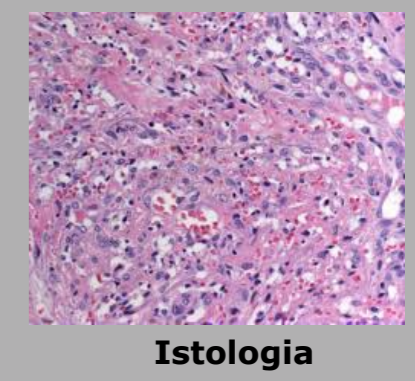
Presidenti del congresso: Piero Bonafini, Ornella Fornai, Maki Masoz

ULCERA CUTANEA A MANICOTTO DI GAMBA IN PAZIENTE CON SARCOMA DI KAPOSI

Nasole E, Nicoletti C¹, Giuffreda F², Migliore S³, Zuffi A⁴

¹UO Vulnologia Osp.Castiglione (MN), ²UO Vulnologia e Piede Diabetico CdC Pederzoli Peschiera(VR), ³Studio Rigenera Vignola (MO), ⁴UO Emodinamica Osp.Castiglione (MN)

Il Sarcoma di Kaposi è un tumore che prende origine dalle cellule endoteliali e può manifestarsi a livello di cute, mucose e organi interni. La crescita delle cellule endoteliali genera comparsa di macchie rosso-violacee a livello di cute e mucose che possono evolvere in veri e propri noduli. La diagnosi è clinica e viene di solito confermata dall'istologia. La terapia più adatta per il Sarcoma di Kaposi dipende dal numero, posizione e dimensioni delle lesioni. Quando le lesioni sono diffuse e di grandi dimensioni si ricorre alla radioterapia e alla chemioterapia.



IL CASO

DVR, 74 anni, maschio. A seguito di **LICHEN RUBER PLANUS** del dorso della mano, (2002) ingravescente, confermata all'esame istologico, viene sottoposto a terapia con ciclosporina-A (125mg/die per 1 mese)..

Nel 2003 Viene formulata diagnosi di **SARCOMA DI KAPOSI (SK)** che compare agli arti inferiori con lesioni rosso-violacee delle gambe e noduli alle dita dei piedi. E' quindi sottoposto a cicli di radioterapia (4 cicli di roentgenerapia, 3000 cGy/ciclo ogni 2 anni). **Nel 2010** compaiono alla gamba dx piccole lesioni ulcerate a lenta evoluzione, interpretate come radiodermite ulcerata. Agli **inizi del 2012** ciclo di terapia con vinblastina + bleomicina fino a maggio 2012. In **agosto 2012** elettrochemioterapia previa infusione di bleomicina (1 seduta) con parziale regressione delle lesioni.

2013: Dopo 3 anni (10 aa. dalla diagnosi di SK) le lesioni confluiscono fino allo sviluppo di un'unica ulcera a manicotto della gamba dx, abbondantemente secernente, maleodorante, con esposizione tendinea achillea.



LA DIAGNOSI

ULCERA POSTATTINICA vs. ISCHEMICA vs. NEOPLASTICA

Anamnesi. Si apprende dall'anamnesi che, prima dell'inizio della terapia con ciclosporina-A, il paziente presentava claudicatio intermittens dopo esercizio fisico.

Esame colturale. Viene sottoposto a tampone per esame colturale con riscontro di MRSA e Pseudomonas Aeruginosa.

Diagnostica vascolare. Si riesamina un'angiografia, effettuata 2 anni prima, che mette in evidenza occlusione della arteria tibiale posteriore (ATP) e steno-ostruzione della arteria tibiale anteriore (ATA), con agenesia della a. interossea (AI) con ramo malleolare dell'interossea originante dalla ATP.

Esame istologico. Si effettuano biopsie del fondo lesionale che escludono la presenza di neoplasia.

DIAGNOSI FINALE: ULCERA ISCHEMICA

L A T E R A P I A

Si procede a terapia antibiotica mirata sistemica, PTA delle ATP (che supplisce anche la AI e terapia a pressione negativa (NPWT))

Dopo 6 settimane il paziente viene sottoposto a ricostruzione tissutale con innesto cutaneo sottile con risoluzione della lesione dopo 6 settimane.

15 luglio: Intervento

26 luglio

13 agosto

2 settembre

5 settembre: guarigione clinica

Dopo 3 settimane di NPWT (2 cambi/settimana)

TAKE HOME MESSAGE

La particolarità del caso risiede nella difficoltà a formulare la diagnosi corretta quando la neoplasia primaria o la terapia adottata hanno distratto i curanti dall'individuare la giusta eziologia della patologia corrente.

Il caso clinico presentato, quindi:

- 1)rimarca quindi l'importanza dell'anamnesi nella impostazione della diagnosi
- 2)sottolinea che anche nei pazienti portatori di neoplasia cutanea (esclusa la presenza di recidiva) è possibile effettuare procedure di rivascularizzazione; ricostruzioni tissutali e praticare la NPWT.
- 3)ci ricorda che l'angiografia deve essere effettuata quando sia prevista la rivascularizzazione e non a scopo diagnostico.

Il paziente potrà ora riprendere la terapia specifica (chemioterapia) per il sarcoma di Kaposi.