



PRESENTACIÓN DE CASO

Sarcoma de Kaposi a propósito de un caso

Kaposi sarcoma: report of a case

Dra. Liusy C. Arias Benítez¹, Aracelys Alonso Álvarez², Katia Molina Aldas³, Joel Jiménez Valladares⁴

¹ Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. liusyarías@princesa.pri.sld.cu

² Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. aracelys@princesa.pri.sld.cu

³ Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. katia@princesa.pri.sld.cu

⁴ Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Profesor Auxiliar. joel2357@princesa.pri.sld.cu

Recibido: 21 de enero de 2016
Aprobado: 30 de mayo de 2016

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi ó reticuloendoteliosis angiogénica, como también se conoce a esta entidad dermatológica, fue descrito por

primera vez por Moritz Kaposi en 1872 y por un siglo fue una enfermedad rara de varones ancianos. El sarcoma de Kaposi clásico es cosmopolita. Se observa con mayor frecuencia en Europa oriental y la región del Mediterráneo, entre judíos e italianos. Presentamos a un paciente con antecedentes de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. Con lesiones nodulares de color violáceo en miembro inferior derecho. Se le realiza biopsia de piel donde se constata la presencia de un sarcoma de Kaposi Clásico.

DeCS: Sarcoma de Kaposi, neoplasias de células epitelioides perivasculares; anciano; herpesvirus humano 8

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma or angiogenic reticuloendotheliosis, as this dermatologic entity is also known, was first described by Moritz Kaposi in 1872 and for a century it was a rare disease of elderly men. Classic Kaposi's sarcoma is cosmopolitan. It is most often seen in Eastern Europe and the Mediterranean region, among Jews and Italians. A patient with a history of hypertension and ischemic heart disease with violaceous nodular lesions in the right leg is presented. He underwent skin biopsy where the presence of classic Kaposi's sarcoma was found.

DeCS: Kaposi Sarcoma; perivascular epithelioid cell neoplasms; aged; human herpesvirus 8

INTRODUCCIÓN

Neoplasia vascular multifocal, probablemente de origen viral, que puede afectar piel y vísceras; se caracteriza por neoformación

capilar y proliferación de tejido conectivo perivascular. En el decenio de 1980 su prevalencia aumentó en forma espectacular en pacientes con SIDA, especialmente homosexuales.

En 1994 se encontró en las lesiones el herpesvirus humano 8 (HHV-8) y se ha documentado en casi todas las formas clínicas, no obstante, la presencia de éste se considera ahora un factor necesario, pero no suficiente, ya que el estado de inmunodepresión es un factor fundamental.

Es posible que la célula de origen del sarcoma de Kaposi (SK) sea una célula mesenquimatosa pluripotencial o una célula endotelial más diferenciada, promovida por factores como la presencia de fragmentos de DNA del herpesvirus 8, que se demuestra por hibridación in situ y reacción en cadena de la polimerasa. Además del agente infeccioso se necesita la alteración del sistema inmunitario, que puede estar dada por desnutrición, inmunosupresores o enfermedades como el SIDA.¹

En la actualidad se considera desde el punto de vista clínico la siguiente clasificación: clásico, endémico (africano), yatrógeno (por inmunosupresión) y epidémico (relacionado con SIDA).^{1, 2, 3}

El sarcoma de Kaposi clásico es cosmopolita. Predomina en varones (de 50 a 80 años de edad) a razón de 10:1; es más frecuente en quienes por su ocupación permanecen mucho tiempo de pie. Representa 0,05 al 4% de las neoplasias.^{4, 5}

El SK endémico afecta a sujetos de raza negra en África ecuatorial, en los países cercanos a los Grandes Lagos, como Kenia, Zaire, Tanzania y Uganda, donde representa 97% de las neoplasias malignas, predomina en varones (de 25 a 40 años de edad) a razón de 17:1; en niños esta relación es 3: 1. El SK yatrógeno se observa en pacientes de 23 a 59 años de edad, y la razón de varón a mujer es de 2,3:1. El SK epidémico es más frecuente en varones homosexuales con Sida (95%) y en otros grupos con infección por HIV (5%). Las formas clásica, endémica y yatrógena se han relacionado con HLA-DR5.^{2, 6, 7}

Presentación del caso

Motivo de consulta: presencia de lesiones nodulares de aspecto vascular en miembro inferior derecho.

Historia de la enfermedad actual. Paciente masculino de 85 años de edad, piel blanca, antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica que acude refiriendo que desde hace varios meses notó la presencia de lesiones elevadas de color violáceo en el 1/3 proximal de la cara interna del muslo derecho, no dolorosas, con escasa tendencia al sangrado sobre todo a los pequeños traumas.

Antecedentes patológicos familiares: hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos personales: hipertensión arterial, cardiopatía isquémica.

Hábitos tóxicos: fumador.

Interrogatorio por aparatos: lesiones elevadas en miembro inferior derecho no dolorosas que sangran a los pequeños traumas.

Examen físico dermatológico: numerosas lesiones nodulares de aspecto vascular, color violáceo, no dolorosas y de aparición progresiva en el 1/3 proximal de la cara interna del muslo derecho. Figura 1.

Complementarios realizados

-Hematocrito: 0,35L/L; leucocitos: $8 \times 10^9/L$; eritrosedimentación: 15 min; creatinina: 131 mmol/L; VIH: negativo; VDRL: no reactivo; AgS: negativo.

-Transaminasa glutámico pirúvico: 20.9 unidades; glicemia: 5.9 mmol/L; cituria: negativa; electrocardiograma: normal.

USG abdominal sin alteraciones.

Rx de tórax: dilatación aneurismática de la aorta torácica no lesiones metastásicas.

Biopsia de piel: sarcoma de Kaposi avanzado no asociado a inmunodeficiencia.

Se solicita interconsulta con Oncología.

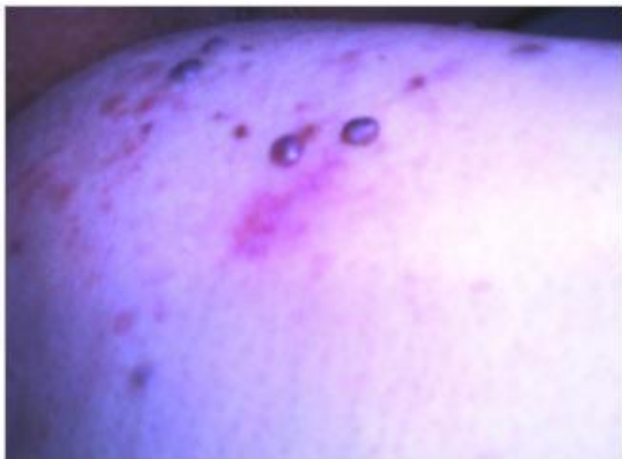


Figura 1. Lesiones cutáneas inflamatorias.

DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi que se produce en personas que no están infectadas por el VIH o no han recibido trasplantes es una enfermedad rara. Típicamente, tiene una evolución benigna que puede durar de 10 a 15 años o más, con un lento aumento de tamaño de las anomalías originales de la piel y el desarrollo gradual de otras. ^{1, 4, 5}

A medida que las lesiones envejecen o involucionan adquieren un color parduzco. Las lesiones comienzan como pápulas pequeñas y pueden progresar a placas, nódulos o tumores; pueden alcanzar 10 cm. de diámetro o más y varían desde una a ciento, en un paciente determinado. Los tumores y nódulos pueden estar cubiertos por piel normal, atrófica o pueden ulcerarse, algunos tienen una superficie verrugosa o fungosa. Las lesiones son más frecuentes en las extremidades inferiores y se extienden centripetamente de forma lenta.

Las lesiones pueden arder, picar o doler, en las localizadas en miembros inferiores el dolor puede limitar la deambulación. El edema es frecuente, especialmente en las piernas, y puede ser suficientemente severo para limitar la marcha. Pueden producirse hemorragias espontáneas o secundarias a traumatismos.

Los tumores únicos pueden extirparse mediante cirugía o terapia con láser o bien congelarse con crioterapia. La enfermedad avanzada precisa quimioterapia sistémica. Dos de los fármacos más usados en el

tratamiento del sarcoma de Kaposi son la doxorubicina liposómica pegilada (Doxil®) y el interferón alfa-2a (IF-alfa). En un estudio alemán, la administración mensual de Doxil resultó superior al tratamiento con IF-alfa. ⁸⁻¹¹

La combinación de Vinblastina y Bleomicina parece ser un tratamiento de quimioterapia inicial activo para el sarcoma de Kaposi avanzado. Más de tres cuartas partes de los pacientes tienen una respuesta inmediata al tratamiento y uno de cada cinco pacientes experimenta una respuesta anticancerosa completa. ^{6-9, 12}

CONCLUSIONES

Los sarcomas de Kaposi habitualmente no son potencialmente mortales ni discapacitantes, pero pasa a serlo cuando el cáncer se extiende a los pulmones, el hígado o el tubo digestivo. El SK metastásico se asocia a síntomas importantes, como sangrado del tubo digestivo o dificultades para respirar debido a las metástasis pulmonares y en el 37% de los casos hay otra neoplasia maligna, en especial del sistema retículoendotelial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gámez Pérez A, Díaz Rodríguez D, Rodríguez Orta C, Fernández Lara A, Rodríguez Orta. I. Sarcoma de Kaposi: a propósito de un caso clínico, actualización del tema. Rev de Ciencias Méd de Pinar del Río [Internet]. [citado 2015 Oct 8]; 13(4):[aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400025
2. Lasso B M, Pérez G J, Noriega R L, Malebrán R A, Espinoza V S. Kaposi sarcoma in HIV patients: Response to antiretroviral treatment and chemotherapy. Rev. méd. Chile [Internet]. 2003 May [citado 2015 Oct 08]; 131(5): [aprox. 7p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000500002&lng=en

<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000500002.->

3. Hernández-Ruiz E, García-Herrera A, Ferrando J. Sarcoma de Kaposi . Med Cutan Iber Lat Am 2012[Internet].; [citado 2015 Oct 8]; 40(2):[aprox. 4p.] .Disponible en: <http://www.medcutan-ila.org/images%5Cpdf%5C02educacionmedicacontinuada01.pdf>

4. Barba Evi a. J R . Herpes virus 8: Sarcoma de Kaposi, enfermedad de Castleman y linfoma de efusión primario. Rev Latinoamer Patol Clin[Internet]. Enero-Marzo, 2012[citado 2015 Oct 08] ; 59(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/patol/pt-2012/pt121h.pdf>

5. de la Torre Navarro L M, Domínguez Gómez J. Sarcoma de Kaposi. Una revisión. Rev haban cienc méd [Internet]. 2010 Nov [citado 2015 Oct 08] ; 9(4): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000400012&lng=es

6. Elers Bandera M.Sarcoma de Kaposi en una paciente de Santo Tomé y Príncipe. MEDISAN[Internet]. 2013 [citado 2015 Oct 08] ; 17(10): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_10_13/san161710.pdf

7. Zazzetti1 F , Aroca Briones E , Laborde1 H.A , Marini M , Barreira1 J.C. Sarcoma de Kaposi en lupus eritematoso sistémico: presentación de un caso y revisión de la literatura. Rev Arg Reumatol [Internet]. 2012[citado 2015 Oct 08];23(1): [aprox. 6p.]. Disponible en : http://www.google.com/cu/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKewiQm77do6rMAhWLcD4KH7bB28QFggfMAA&url=http%3A%2F%2Frevistasar.org.ar%2Frevistas%2F2012%2Fnumero_1%2Fcaso_clinico_sarcoma.pdf&usq=AFQjCNHdn8wXlifDJtttYc_eVHrppmotQg

8. Hernández DE; Muci-Mendoza R; Comegna M. Sarcoma de Kaposi asociado a VIH. Uso de doxorubicina liposomal, terapia antirretroviral de alta eficacia. Rev Venez Oncol [Internet]. 2011[citado 2015 Oct 08];;23(1): [aprox. 6p.]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ve/pdf/rvo/v23n1/art03.pdf>

9. Rivera S A, Cortez F, Carayhua D , Díaz C, Núñez J et al. Sarcoma de Kaposi clásico en un paciente joven e inmunocompetente: reporte de un caso. Dermatol PerU[Internet]. 2013[citado 2015 Oct 08]; 23 (3): [aprox. 6p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v23_n3/pdf/a07v23n3.pdf

10. Ruiz Bravo-Burguilllos E , Rodríguez E, Franjo D . Sarcoma de Kaposi laríngeo: Presentación inusual de un caso tras un golpe de tos [Internet]. SEAP2011 [citado 2015 Oct 08]: [aprox. 2p.]. Disponible en: https://www.seap.es/posters1/-/asset_publisher/Roi3/content/id/95296;jsessionId=0795277B0504E8F1E4C2B406E657BD9C?redirect=https%3A%2F%2Fwww.seap.es%2Fposters1%3Bjsessionid%3D0795277B0504E8F1E4C2B406E657BD9C%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_Roi3%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3Dnormal%26p_p_mode%3Dview%26p_p_col_id%3Dcolumn-2%26p_p_col_count%3D1%26p_r_p_564233524_categoryId%3D11749

11. Varsky C. Sarcoma de Kaposi gastrointestinal *Acta Gastroenterol Latinoam* [Internet]. 2012 [citado 2015 Oct 08]; 23 (3): [aprox. 1p.]. Disponible en: http://www.actagastro.org/actas/2012/n2/carta_al_editor.pdf

12. Trevisan- F, Rowilson Cunha P, Lopes Pinto C A, Xavier de Moraes Alves,CA Classic Kaposi's sarcoma treated with elastic stockings and outpatient follow-up of a 90-year-old patient. An Bras Dermatol. 2013 Nov-Dec; 88(6 Suppl 1): 200-202. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v88n6s1/0365-0596-abd-88-06-s1-0200.pdf>



Liusy C. Arias Benítez: Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. ***Si usted desea contactar con el autor principal de la investigación hágalo [aquí](#)***