

Medicent Electrón. 2022 oct.-dic.;26(4)

Informe de Caso

Sarcoma de Kaposi clásico

Classic Kaposi sarcoma

Jorge Miranda Chaviano^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8458-9526>

Mayelín Suárez Ramírez¹ <https://orcid.org/0000-0002-9216-7224>

Alicia Franco Rodón¹ <https://orcid.org/0000-0001-9051-5945>

¹Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: jorgemirch@infomed.sld.cu

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi es un tumor maligno de bajo grado derivado del endotelio vascular. Frecuentemente se diagnostica en hombres mayores de 50 años de edad y con serología positiva para el virus de inmunodeficiencia humana, con un curso relativamente benigno; en escasas ocasiones es la causa del fallecimiento del paciente. Se presenta el caso de una paciente femenina, de procedencia rural, que comenzó con lesiones maculares y nodulares de color rojo vino en ambos miembros inferiores y manos; se realizó biopsia de piel y fue diagnosticada de sarcoma de Kaposi. Se trata de una enfermedad infrecuente, poco informada en pacientes del sexo femenino. Se observó que la distribución de las lesiones en esta paciente era peculiar, pues también afectaba los miembros superiores.

DeCS: sarcoma de Kaposi.

976

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma is a low-grade malignant tumor derived from the vascular endothelium. It is frequently diagnosed in men over 50 years of age and with positive serology for the human immunodeficiency virus, with a relatively benign course; on rare occasions it is the cause of the patient's death. We present a female patient, of rural origin, who began with wine-red macular and nodular lesions on both lower limbs and hands; she underwent a skin biopsy and was diagnosed with Kaposi's sarcoma. It is a rare disease, poorly reported in female patients. It was observed that the distribution of the lesions in this patient was peculiar, since it also affected her upper limbs.

MeSH: sarcoma, Kaposi.

Recibido: 30/04/2021

Aprobado: 18/11/2021

El sarcoma de Kaposi, descrito por primera vez en 1872 por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi, es un tumor maligno de bajo grado derivado del endotelio vascular.^(1,2) Esta enfermedad era considerada poco frecuente hasta el decenio de 1980, cuando su incidencia aumentó en relación con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida;⁽³⁾ en el año 1994, Chang y colaboradores relacionaron al herpes virus humano tipo 8 (VHH-8) con la etiopatogenia de la enfermedad. Nuevas evidencias prueban que la infección por el VHH-8 precede obligatoriamente el surgimiento del sarcoma de Kaposi, aunque no es del todo suficiente, para la aparición de la neoplasia. Desde el punto de vista histopatológico, las lesiones son idénticas en todos los pacientes,⁽¹⁾ aunque desde el punto de vista clínico y evolutivo se distinguen cuatro grupos: el clásico, el endémico, el iatrogénico y el epidémico o asociado a la infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).^(2,4) La lesión inicial se caracteriza por ser una mácula rojiza, indolora y bien delimitada en miembros inferiores, con frecuencia



unilateral que evoluciona a nódulo, de apariencia sólida, de color rojo violáceo con algunas áreas de hiperqueratosis y tendencia a la ulceración. En los estadios avanzados, las lesiones son frecuentemente bilaterales, generalmente palpables, no pruriginosas y pueden comprometer toda la extremidad, así como las mucosas.^(4,5) La finalidad del presente trabajo es comentar un caso de sarcoma de Kaposi clásico con compromiso dérmico en una mujer de 87 años de edad.

Presentación del paciente

Se presentó una paciente femenina de 87 años de edad, de raza blanca, de procedencia rural, sin hábitos tóxicos conocidos, con antecedentes de hipertensión arterial que se controlaba con enalapril (20 mg por día), y cardiopatía isquémica que recibía tratamiento con espirolactona (25 mg 2 veces al día) y furosemida (40 mg por día). La paciente comenzó a presentar lesiones en la piel de 10 meses de evolución interpretadas como vasculitis, y recibió 40 mg al día de prednisona. Un mes antes del ingreso comenzó con decaimiento y pérdida de peso corporal de 7,5 kilogramos, y fue remitida al Hospital Universitario Dr. «Celestino Hernández Robau» encontrándose cifras bajas de hematocrito y se decidió su ingreso para estudio. Se le realizaron varias curas locales de las lesiones ulceradas en miembros inferiores y se le administró moxifloxacin, se transfundió con glóbulos y se le realizó biopsia de piel que resultó diagnóstica. Fue trasladada al Servicio de Oncología para tratamiento específico.

En el examen físico al ingreso se observó que las mucosas se encontraban húmedas e hipocoloreadas. En la piel de ambos miembros inferiores se observaron lesiones maculares y nodulares de color rojo vino, ulceradas en el dorso del pie (Figura 1). En el dorso de ambas manos y regiones tenar e hipotenar se observaron máculas no pruriginosas (Figura 2). El tejido celular subcutáneo se encontró infiltrado en ambos miembros inferiores. El resto del examen físico, incluso sus parámetros vitales, fue normal.





Figura 1. Lesiones maculares y nodulares de color rojo vino, ulceradas en el dorso del pie.



Figura 2. Máculas no pruriginosas en ambas manos.

Los complementarios presentamos los siguientes resultados:

Hto: 0,19 L/L, VSG: 60 mm/1ra hora.

Leucocitos $6,8 \times 10^9/l$, Neutrófilos: 0,50, Linfocitos: 0,49, Eosinófilos: 0,01.

Coagulograma: Normal.

Glicemia: 5,6 mmol/l, Creatinina: 140 mmol/l, Ácido úrico: 503 mmol/l

Colesterol: 3,1mmol/l, Triglicéridos: 0,9 mmol/l

ALT: 17 U/l, AST: 13U/l, LDH: 244 U/l.

Proteínas totales: 47 g/l, Albúmina: 26 g/l, Globulina 21 g/l

Transferrina: 1,50g/l, ferritina: 283 μ g/l, kappa 2,002 g/l

Complemento C3: 1,03 g/l, C4: 0,31 g/l

Conteo de inmunoglobulinas IGA: 1,95 g/l, IGG: 8,33 g/l, IGM 0,355 g/l

Serologías para VIH, HBsAg y VHC: negativas.

Proteinuria 24 h: negativa

Cultivo de secreciones de las úlceras en miembros inferiores: *Staphylococcus aureus*

Ultrasonido abdominal: normal.

Radiografía de tórax: Signos de fibroenfisema pulmonar, no derrame pleural, ICT normal.

EKG: Bloque rama izquierda del Haz de Hiss.

Ecocardiograma: Movimiento disquinético del septum, aparatos valvulares competentes, patrón de relajación diastólica prolongado, no trombos, no derrame, FEVI 55 %.

La biopsia de piel informó un tumor vascular compatible con sarcoma de Kaposi en estadio nodular (Figuras 3, 4 y 5).

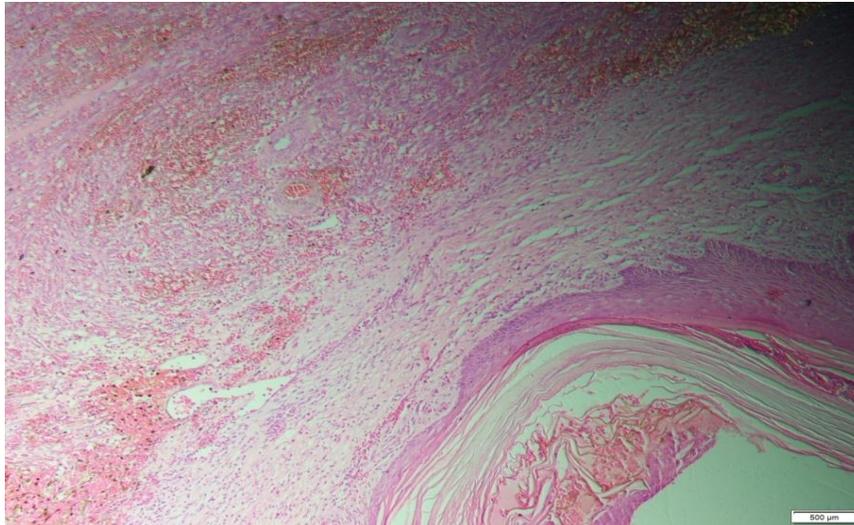


Figura 3. H/E 100x. Vista panorámica donde se observa proliferación neoplásica nodular dérmica de células fusiformes con formación de numerosos canales vasculares y extravasación de hematíes.

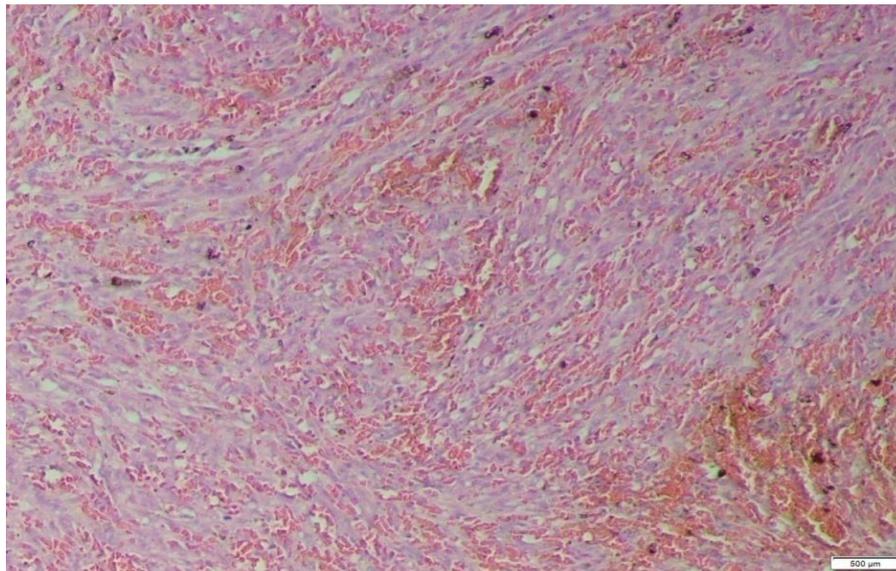


Figura 4. H/E 200x. En esta vista se observa más de cerca la proliferación de células neoplásicas fusiformes que forman numerosos canales vasculares microscópicos, presencia de hemorragias y depósitos focales de hemosiderina.

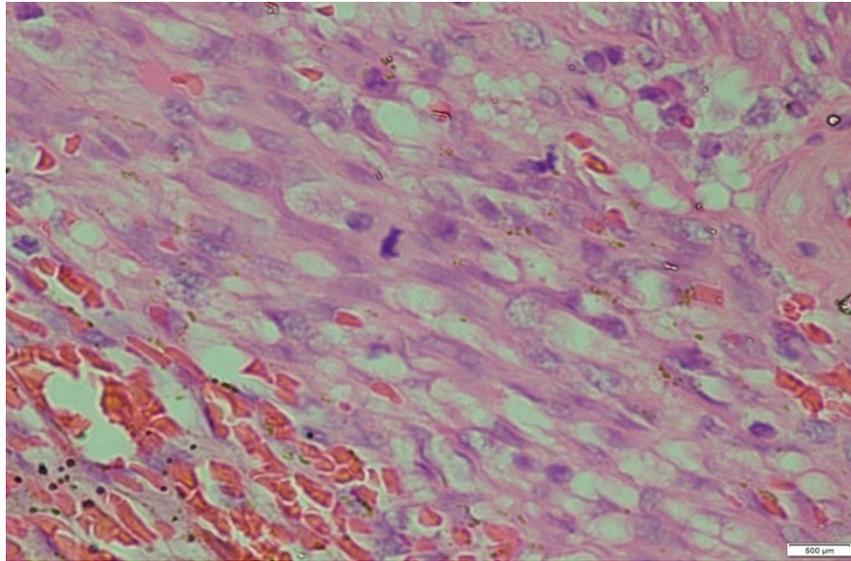


Figura 5. H/E 400x. Se observan numerosas mitosis en las células tumorales. Se nota el pleomorfismo celular y nuclear marcado, propio del estadio avanzado de la enfermedad.

Comentario

El sarcoma de Kaposi clásico, considerado poco frecuente, es el que aparece de forma típica en la población anciana, presentándose generalmente en varones,^(3,4,6) en una proporción de 10-15 hombres por cada mujer⁽⁷⁾ y en edades entre 50-70 años. Su evolución es relativamente benigna y en escasas ocasiones es la causa del fallecimiento de los pacientes.^(6,8) Se presentó una paciente de 87 años de edad con un sarcoma de Kaposi clásico. Desde el punto de vista topográfico, las lesiones predominan en miembros inferiores^(8,9) como las de esta paciente, aunque también se observaron lesiones en los miembros superiores. Navarro-Hernández CA y colaboradores, presentaron 2 casos de sarcoma de Kaposi clásico, y uno de ellos presentaba lesiones en los miembros superiores.⁽¹⁾ El estasis venoso y el linfedema de la extremidad inferior son complicaciones frecuentes como en esta paciente. En casos de larga evolución pueden aparecer lesiones en el tubo digestivo, en ganglios linfáticos y en otros órganos. La afectación visceral en el sarcoma de Kaposi clásico se estima menor del 10 %, por debajo de la encontrada en el sarcoma de Kaposi asociado al VIH.^(6,10) Hasta el 33 % de los pacientes con sarcoma de Kaposi clásico presentan una segunda neoplasia primaria, en la mayoría de los casos, linfoma no

Hodgkin. En esta paciente se realizó serología para VIH negativa, se descartó afección visceral, y no se evidenció una segunda neoplasia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navarro-Hernández CA, Sandoval-Contreras A, Hernández-Torres MM, González-Soto RF, Romo-Sánchez C. Sarcoma de Kaposi clásico. Dermatol Rev Mex [internet]. 2018 [citado 14 mar. 2021];62(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en:<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83794>
2. Méndez Mathey V. Sarcoma de Kaposi clásico. Rev Med Hered [internet]. 2017 [citado 14 mar. 2021];28(2):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v28n2/a09v28n2.pdf>
3. Arias Benítez LC, Alonso Álvarez A, Molina Aldas K, Jiménez Valladares J. Sarcoma de Kaposi a propósito de un caso. Rev Ciencias Méd Pinar Río [internet]. 2016 [citado 14 mar. 2021];20(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000400017
4. Rodríguez Fonseca RA, López Wilson A, Cabrera Pérez CR, de la Rosa Santana JD, Céspedes Domínguez SZ. Sarcoma de Kaposi Clásico. A propósito de un caso [internet]. La Habana: Morfovirtual; 2020 [citado 14 mar. 2021]. Disponible en: www.morfovirtual2020.sld.cu
5. Hernández D. Sarcoma de Kaposi clásico extenso. Características clínicas y tratamiento con la doxorrubicinaliposomal. Rev Venez Oncol [internet]. 2015 [citado 14 mar. 2021];27(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: www.redalyc.org
6. De la Puente Martínez M, Pallardo Rodil B, Valverde Moyar MV, Fernández Guarinoc M, Barrio Gardec J, Gómez Pavón J. Sarcoma de Kaposi clásico. Rev Esp Geriatr Gerontol [internet]. 2015 [citado 14 mar. 2021];50(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-sarcoma-kaposi-clasico-S0211139X15000268>
7. Medina Castillo D, Calderón Rocher C, Fernández Arista G, Valencia Herrera A, Mena Cedillo C. Sarcoma de Kaposi clásico en una adolescente inmunocompetente.



Rev Med Invest Univ Auton Méx [internet]. 2017 [citado 14 mar. 2021];5(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: www.rmi.diauaemex.com

8. Vargas A, Solé S. Sarcoma de Kaposi: Variedades clínicas y resultados del tratamiento local con radioterapia. Rev Med Chile [internet]. 2018 [citado 14 mar. 2021];146(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872018000100032

9. Requena C, Alsina M, Morgado Carrasco D, Cruz J, Sanmartín O, Serra Guillen C, *et al.* Sarcoma de Kaposi y angiosarcoma cutáneo: directrices para el diagnóstico y tratamiento. Acta Dermo-Sifilográficas [internet]. 2018 [citado 14 mar. 2021];109(10):[aprox. 10 p.]. Disponible en:

<https://www.actadermo.org/es-sarcoma-kaposi-angiosarcoma-cutaneo-directrices-articulo-S0001731018303600>

10. Carlin Ronquillo A, Aguilar Sánchez V, García Encinas CA, Gómez Hinojosa P, Pinto Valdivia JL, Silva Caso W. Sarcoma de Kaposi clásico con compromiso gastrointestinal multifocal. Reporte de un caso. Acta Gastroenterol Latinoam [internet]. 2020 [citado 14 mar. 2021];50(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en:

<https://actagastro.org/sarcoma-de-kaposi-clasico-con-compromiso-gastrointestinal-multifocal-report-de-un-caso/>

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

