

Sarcoma de Kaposi Clásico

Presentación de un caso y revisión

Classic Kaposi Sarcoma

Case presentation and Review

*Dra. Patricia Mejía León-Gómez**

RESUMEN. Presentación del caso de un paciente masculino de ochenta y cuatro (84) años de edad cardiópata, manejado con diuréticos, Digoxina y Aspirina, con historia de Diez (10) meses de iniciar lesiones nodulares en planta de pie izquierdo de crecimiento lento, en forma ascendente hasta muslo, asintomáticas de coloración eritemato-violáceas. Se toma biopsia de piel con consideraciones diagnósticas: Cáncer metastásico, Melanoma, Angiomatosis bacilar, Sarcoma de Kaposi (SK). Se confirma este último con examen HIV negativo, por lo que por su forma de presentación clínica, edad del paciente y serología negativa, se llega a la conclusión que se trata de un S.K. clásico.

Palabras Clave: *Sarcoma de Kaposi.*

SUMMARY. Presentation of a case of a male patient of eighty four (84) years old, with cardiopathy managed with diuretics, digoxin and aspirin, with a history of 10 months of having nodular lesions on the sole of the left foot, of slow growth, ascending up to the thigh, with a red-violet color, asymptomatic. A skin biopsy was taken with the following diagnostic considerations:

Metastatic carcinoma, Melanoma, Bacilar angiomatosis, Kaposi's sarcomas (KS). The last one was confirmed, HIV test was negative, because of it's clinical presentation, age of the patient and negative HIV serology we conclude this is a classic KS.

Key words: *kaposi's Sarcoma.*

INTRODUCCION

Desde la aparición del SIDA, se ha profundizado el estudio de Sarcoma de kaposi debido a la asociación de esta Neoplasia con la infección por el VIH. Sin embargo debe recordarse que existen también otras formas de Sarcoma de Kaposi no asociados al SIDA.

SK es un tumor multifocal derivado del endotelio reportado por primera vez por Moritz Kaposi en 1772 como un "Sarcoma idiopático pigmentado de Piel",¹ Esta descripción original se refiere a lo que ahora conocemos con el término de SK Clásico en pacientes masculinos mayores, de crecimiento lento con nódulos cutáneos obre todo en extremidades inferiores. En la década de los 50's se separa el término SK Africoendémico para hombres negros jóvenes del Africa Ecuatorial; en los 60's se describe el primer caso de SK iatrogénico en pacientes inmunocomprometidos que habían recibido trasplante renal y otros tratados con drogas inmunosupresoras. En los 80's en forma alarmante aparecen los casos en

* Dermatóloga. Centro Médico Las Mercedes, Siguatepeque, Comayagua.

pacientes homosexuales VIH positivo, siendo hasta 300 veces más común que en otras formas de presentación.¹

Ya la literatura actual clasifica entonces al SK en 4 subtipos:

- S.K. Clásico
- S.K. Endémico-Africano
- S.K. Iatrogénico en pacientes inmunocomprometidos
- S. K. Epidémico Asociado a SIDA, positivo.

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino, 84 años de edad, originario de Siguatopeque, Comayagua, casado, cardiópata manejado con Digoxina, Aspirina y Diuréticos.

Se presenta a mi consultorio el mes de Noviembre de 1998 con historia de aproximadamente 10 meses de evolución de iniciar en planta de pie izquierdo lesiones nodulares, no dolorosas de crecimiento lento ascendentes, hasta muslo, con cambios inflamatorios secundarios en dicho miembro.

Al examen físico: Buen estado general, con múltiples nódulos eritemato-violáceos desde planta de pie hasta muslo de pierna izquierda (figs. 1 y 2) con edema secundario que le causa cierta dificultad para deambular. Se toma biopsia de piel que informa:

"Cortes muestran lesión donde la piel presenta hiperqueratosis y acantosis, en la dermis existe lesión nodular vascular maligna compuesta por células fusiformes hiper-cromáticas con mitosis con presencia de hemosiderina y hemorragia reciente.

DATOS DE LABORATORIO

Ht:37 Hb: 12.6 Orina:normal Heces :normal
Glicemia: 89 mg/dl AST: 12.4ul ALT: 8.3ul
Fosfatasa Alcalina: 24ul RPR: N.R.
Sangre Oculta heces: Negativo. VIH: N.R.
Se maneja sintomáticamente con remisión a Oncología.

DISCUSION DIAGNOSTICA. El caso anterior nos ilustra un paciente de la tercera edad con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi y Serología para VIH negativo. No lo presentamos como desafío diagnóstico, sino para recordar que existen otras formas de presentación clínica no asociados con SIDA y sobre todo recordar que la forma de presentación clínica es muy característica en el S.K Clásico.



Fig. 1. Sarcoma de Kaposi en la planta del pie izquierdo.



Fig. 2. Sarcoma de Kaposi en cara posterior del muslo izquierdo.

SARCOMA DE KAPOSI CLASICO

No se cuenta con un dato epidemiológico preciso de la incidencia anual del S.K. Clásico pero se ha estimado 0.02 a 0.06% de todos los tumores malignos de Estados

Unidos.⁴ Tiende a manifestarse en ciertos grupos étnicos especialmente descendientes del mediterráneo y población judía, lo que ha sugerido que pudiese haber un factor genético en el rol de la etiopatogenia, sin embargo no se ha encontrado un marcador específico de H.L.A.

La incidencia, de hombres/mujeres es 15,1⁵ aproximadamente dos tercios de personas desarrollan lesiones después de los 50 años con un promedio de presentación clínica entre 64 a 66 años.¹ El SK clásico inicia como máculas eritemato-violáceas en la porción distal de extremidades inferiores. En la mayoría de los casos progresa lentamente y puede coalescer formando placas o también lesiones nodulares o tumores fungiformes la afectación es unilateral al inicio y posteriormente puede ser bilateral o diseminarse.

Las lesiones más viejas pueden oscurecerse o volverse verrucosas. Se encuentra también cambios eczematosos y/o dermatitis por estasis, finalmente pueden observarse placas ulceradas o múltiples tumores en miembros afectados y edema del mismo. Puede involucrar membranas mucosas, tracto GI sin manifestaciones y encontrarse sólo por autopsia. Su evolución puede ser lenta en otras fulminantes y un 2% remisión completa.⁵

La etiología aún se desconoce pero se relaciona con factores genéticos, virales, inmunológicos y sustancias cancerígenas. Se han encontrado virus herpes humano tipo 8⁽⁶⁾ en las culturas donde predomina SK clásico y un C.M.V. en la población Europea y de Norte América, también Epstein Barr, Virus papiloma humano, Hepatitis

A B, por lo que se postula que un virus inicia los eventos que culminan con lesiones de SK. Por el curso lento del SK clásico en la mayoría de las pacientes se considera que su pronóstico es benigno.

TRATAMIENTO

La elección del tratamiento depende de la extensión, localización y sub-tipo clínico. Lesiones solitarias pueden ser manejadas quirúrgicamente, por rayos laser, nitrógeno líquido. La terapia con radiación es una de las mejores alternativas tanto para lesiones solitarias como diseminadas, poliquimioterapia e Interferon alfa, hipertermia sistémica, también son propuestas.

REFERENCIAS

1. **Rappersberger K, Wolf K, Stingl L.: Kaposi's sarcoma en Fitzpatrick Dermatology in General Medicine, 4ta. Edición, McGraw Hill, 1993; 1244-1255.**
2. **Marinich C et al, Immunologic and immunogenetic feature of primary kaposi sarcoma cancer 1985;55:1899.**
3. **Peterman et al, Kaposi's sarcoma and exposure to faeces (letter) Lancet, 1992; 339: 685.**
4. **Hymer KB et al Kaposi's Sarcoma in homosexual men. A report of eight cases. Lancet 1981;19: 598-600.**
5. **Moncayo Elva, et al, Sarcoma de Kaposi: a propósito de una revisión Clinicopatológica. Dermatol. Chile 1994; 104 247-252.**
6. **Schwartz Robert A, Kaposi's sarcoma: Advances and perspectives, Journal of the American Academy of Dermatology, 1996; 34.**

LA ÚNICA MANERA DE DESCUBRIR EL LÍMITE DE LO POSIBLE, ES IR
MÁS ALLÁ Y ADENTRARSE EN LO IMPOSIBLE.

ARTHUR C. CLARKE
