

## Sarcoma de Kaposi asociado con VIH

### Kaposi's sarcoma associated to HIV.

Nallely Alejandra Vázquez-Aguirre,<sup>1</sup> Roberto Arenas-Guzmán,<sup>2</sup> Eder Rodrigo Juárez-Durán<sup>2</sup>

#### Resumen

**ANTECEDENTES:** El sarcoma de Kaposi es una neoplasia de células endoteliales linfáticas. Se reconocen cuatro principales formas epidemiológicas: la forma clásica, la endémica o africana, la iatrogénica o asociada con inmunosupresión y la epidémica o vinculada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 28 años de edad con dermatosis diseminada, caracterizada por tumoraciones de aspecto nodular eritematosas y violáceas de 0.5 a 2.0 cm de diámetro. Tras el examen histológico se confirmó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi asociado con VIH; se inició ciclo de quimioterapia.

**CONCLUSIONES:** En el sarcoma de Kaposi de tipo asociado con VIH son más frecuentes las lesiones orales en el paladar y las encías, como el caso clínico comunicado; la disfagia es su primera manifestación.

**PALABRAS CLAVE:** Sarcoma de Kaposi; sarcoma de Kaposi epidémico; virus de inmunodeficiencia humana; VIH.

#### Abstract

**BACKGROUND:** Kaposi's sarcoma is a neoplasm of lymphatic endothelial cells. There are four main epidemiological forms: classical, endemic or African, iatrogenic or associated to immunosuppression and epidemic or related to human immunodeficiency virus (HIV).

**CLINICAL CASE:** A 28-year-old male presented with disseminated dermatosis characterized by erythematous and violaceous nodules of 0.5 to 2.0 cm in diameter. After the histological examination, the diagnosis of HIV-associated Kaposi's sarcoma was confirmed, starting the chemotherapy cycle.

**CONCLUSIONS:** In Kaposi's sarcoma associated to HIV oral lesions in palate and gums are more frequent, such as the reported case; dysphagia is its first manifestation.

**KEYWORDS:** Kaposi's sarcoma; Epidemic Kaposi's sarcoma; Human immunodeficiency virus; HIV.

<sup>1</sup> Medicina Interna, Hospital General de Ticomán, SSA, Ciudad de México.

<sup>2</sup> Sección de Micología, Hospital General Manuel Gea González, SS, Ciudad de México.

**Recibido:** 2 de mayo 2019

**Aceptado:** 30 de mayo 2019

#### Correspondencia

Nallely Alejandra Vázquez Aguirre  
nva3d@hotmail.com

#### Este artículo debe citarse como

Vázquez-Aguirre NA, Arenas-Guzmán R, Juárez-Durán ER. Sarcoma de Kaposi asociado con VIH. Med Int Méx. 2020; 36 (4): 570-574.  
<https://doi.org/10.24245/mim.v36i4.3164>

## ANTECEDENTES

El sarcoma de Kaposi, descrito en 1872 por el dermatólogo Moritz Kaposi, es una neoplasia de células endoteliales linfáticas. Se reconocen cuatro principales formas epidemiológicas: la forma clásica, la endémica o africana, la iatrógena o asociada con inmunosupresión y epidémica o vinculada con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).<sup>1-4</sup>

Se considera la neoplasia asociada con más frecuencia con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); afectando a los pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) en una forma mucho más severa, agresiva y fulminante en comparación con otros grupos de pacientes inmunodeficientes. La prevalencia de la asociación entre sarcoma de Kaposi y VIH varía en todo el mundo; en México 6.8% de los pacientes con VIH/SIDA tienen neoplasias malignas, de las que 72.7% corresponden a sarcoma de Kaposi. El riesgo de sarcoma de Kaposi es aproximadamente dos veces mayor en hombres heterosexuales que en mujeres y hasta seis veces mayor en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que en mujeres.<sup>1,5-8</sup>

En 1994 se reconoció al herpes virus asociado con el sarcoma de Kaposi (SKHV), también conocido como virus herpes humano 8 (HHV-8), como agente etiológico del sarcoma de Kaposi epidémico. Este virus pertenece al grupo de herpes virus gamma y ocupa el octavo lugar de los virus herpes, de ahí su denominación. La principal forma de transmisión es con transferencia de fluidos orales, aunque la transmisión también ocurre mediante sangre y sus derivados, donación de órganos sólidos y por contacto sexual.<sup>9,10</sup>

La manifestación clínica suele ser bilateral con topografía predominante en las extremidades inferiores, con máculas de color rojo-violáceo y placas irregulares que no desaparecen a la

vitropresión, tienen aspecto equimótico y con la evolución son infiltradas. En casos más antiguos se observan neoformaciones de aspecto nodular y angiomatoso, consistencia dura y tamaño variable. En un inicio, las lesiones referidas suelen ser asintomáticas; sin embargo, posteriormente pueden llegar a asociarse con sangrado y linfedema.<sup>11</sup> En 60% de los pacientes se verá afectada la piel y la mucosa orofaríngea, mientras que en aproximadamente 15 a 35% de los pacientes el daño será visceral.<sup>12</sup>

El diagnóstico de sarcoma de Kaposi se establece mediante sospecha clínica, se confirma con estudio histopatológico y el tratamiento dependerá de la forma de manifestación clínica, de la extensión de las lesiones y de la afección cutáneo-mucosa o visceral. Hasta el momento, no existe alguna intervención específica para la prevención del sarcoma de Kaposi.<sup>10,13</sup>

En este artículo se comunica un caso de la forma epidémica.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 28 años, originario de la Ciudad de México, soltero, bisexual, con antecedente de etilismo positivo desde los 13 años con patrón de consumo semanal. Combe negado. Antecedente de asma y rinitis alérgica, ambas diagnosticadas durante la infancia sin tratamiento. Consultó por una dermatosis generalizada, caracterizada por lesiones de aspecto nodular, con diámetros variables, no dolorosas a la palpación; al interrogatorio dirigido refirió pérdida ponderal de 10 kg en 4 meses, sudoración nocturna, fiebre no cuantificada y diarrea intermitente. A la exploración física se observó la mucosa oral regularmente hidratada, con lesiones nodulares en las encías y el paladar duro, así como dermatosis diseminada con lesiones de aspecto nodular, violáceas, de diámetros variables, la mínima de 5 mm y la mayor de 2 cm (**Figuras**

1 y 2). Se palparon múltiples adenopatías cervicales, cardiopulmonar con ruidos respiratorios disminuidos de manera generalizada, sin integrar síndrome pleuropulmonar. El resto de la exploración no mostró más alteraciones.

Los exámenes complementarios mostraron: leucocitos 7.9, neutrófilos 5.3, linfocitos 1.9, he-

moglobina 10.9, hematócrito 32.2%, plaquetas 208,000, procalcitonina 0.06, Glu 83, urea 26, BUN 12, Cr 1.2, PT 8.33, Alb 2.79, BT 0.22, TGO 15, TGP 6, GGT 14, DHL 272, FA 75, CPK 34, Na 132, K 4.36, Cl 102, Ca 8.21, Mg 2.04, P 3.96, TP 16.6, INR 1.5, TTP 42. Los estudios de ELISA y Western Blot mostraron reactividad para VIH.

Con el diagnóstico presuntivo de sarcoma de Kaposi se realizó biopsia de piel, que reportó estudio histopatológico de neoformación vascular en la dermis reticular, con extravasación de eritrocitos y escasos hemosiderófagos, células endoteliales con discreto grado de atipia y pleomorfismo (**Figuras 3 y 4**). De esta manera se estableció el diagnóstico final de sarcoma de Kaposi asociado con VIH, con recuento de CD4 104 y CV 60 mil copias. Se inició tratamiento con terapia antirretroviral combinada y es valorado por el servicio de Oncología, iniciando ciclo de quimioterapia.

## DISCUSIÓN

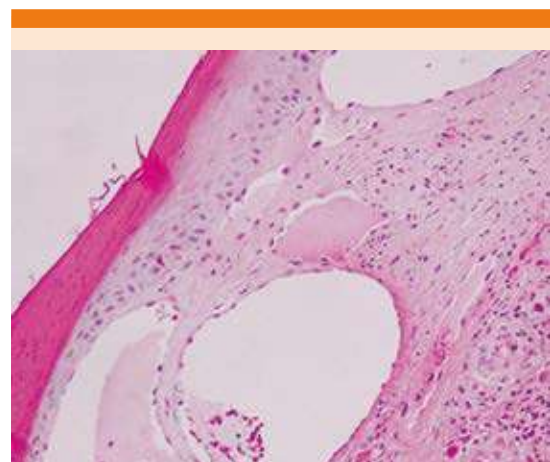
El paciente descrito representa un cuadro prototípico de sarcoma de Kaposi epidémico o



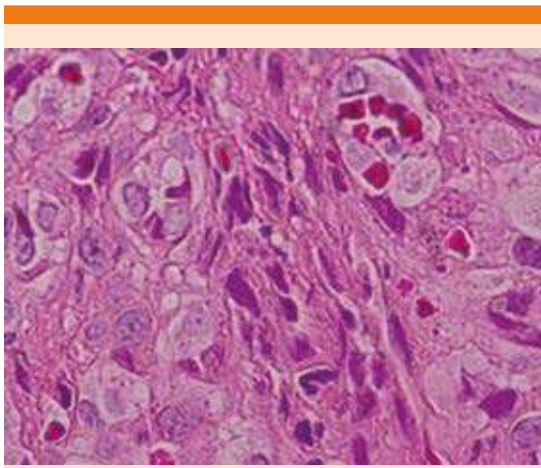
**Figura 1.** Lesión de la mucosa oral en el paladar duro.



**Figura 2.** Dermatitis diseminada con lesiones de aspecto nodular, violáceas y diámetros variables.



**Figura 3.** Biopsia de piel con proliferaciones vasculares.



**Figura 4.** Proliferación vascular en la dermis reticular, células endoteliales con discreto grado de atipia y pleomorfismo.

asociado con VIH. A pesar de que se reconocen cuatro principales formas epidemiológicas de sarcoma de Kaposi, recientemente se han reportado múltiples casos de sarcoma de Kaposi en pacientes hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sin infección por VIH, por lo que este grupo se reconoce cada vez más como una posible quinta forma de sarcoma de Kaposi.<sup>12,14</sup> En el sarcoma de Kaposi de tipo asociado con VIH son más frecuentes las lesiones orales en el paladar y las encías, como el caso clínico comunicado; la disfagia es su primera manifestación. Aunque la manifestación más común es con afectación cutánea y la mucosa orofaríngea, cuando existe daño visceral, éste se refiere a nivel gastrointestinal y pulmonar, con manifestaciones sistémicas que incluyen disnea, tos y hemoptisis cuando la afectación es pulmonar. Las lesiones gastrointestinales cursan de manera más asintomática; sin embargo, pueden sangrar o causar obstrucción. A pesar de lo referido, solicitar broncoscopia y endoscopia en pacientes con sarcoma de Kaposi no está justificado en ausencia de síntomas indicativos de lesiones viscerales. El diagnóstico confirma-

torio por medio de biopsia cutánea con tinción hematoxilina-eosina muestra vasos y células fusiformes distribuidos en la dermis de manera irregular. Se ha descrito de manera particular el signo del promontorio, que se debe a canales vasculares que disecan vasos preexistentes.<sup>13,15</sup>

Debe considerarse principal diagnóstico diferencial a la angiomatosis bacilar por *Bartonella henselae*. Otros diagnósticos que habrá que descartar son angiosarcoma, hemangioma, granuloma piógeno y dermatofibroma.<sup>16</sup>

A pesar de que hasta el momento la utilidad clínica de los fármacos antivirales que tienen actividad contra HHV-8 *in vitro* no está bien establecida, algunas investigaciones han demostrado que el agente viral ganciclovir disminuye la incidencia de sarcoma de Kaposi en pacientes con infección por VIH; sin embargo, no está indicada la administración rutinaria de este medicamento debido a su toxicidad. Por tanto, actualmente las medidas más prácticas de evitar la aparición de sarcoma de Kaposi van dirigidas a evadir la infección por VIH (profilaxis previa a la exposición), supresión de la replicación del virus y mantenimiento de la función inmunitaria de los pacientes con infección por VIH.<sup>12,17</sup>

Con la introducción de tratamiento antirretroviral combinado se redujo significativamente la incidencia del sarcoma de Kaposi asociado con VIH; además, algunas evidencias sugieren un efecto antitumoral directo en las lesiones angioproliferativas de sarcoma de Kaposi asociado con VIH, específicamente con los fármacos inhibidores de proteasas por inhibición de bFGF y VEGF.<sup>10</sup>

La terapia antirretroviral combinada puede prescribirse como la primera línea de tratamiento en la manifestación cutánea; será necesario considerar añadir quimioterapia en casos de enfermedad rápidamente progresiva, afectación visceral y en pacientes inmunosuprimidos.<sup>3,10</sup>

En formas limitadas se prescribe crioterapia, láser, terapia fotodinámica, alretinoína tópica, entre otros tratamientos. Asimismo, considerando que el sarcoma de Kaposi es un tumor altamente radiosensible, con este recurso podría conseguirse remisión completa con dosis entre 15 30 Gy en aproximadamente 85% de los pacientes. La radioterapia puede prescribirse de forma aislada o como coadyuvante a la quimioterapia sistémica.<sup>10</sup>

## REFERENCIAS

1. Sullivan RJ, Pantanowitz L, Casper C, Stebbing J, Dezube BJ. HIV/ AIDS: epidemiology, pathophysiology, and treatment of Kaposi sarcoma-associated herpesvirus disease: Kaposi sarcoma, primary effusion lymphoma, and multicentric Castleman disease. *Clin Infect Dis* 2008; 47: 1209-1215. doi: 10.1086/592298
2. Ariyoshi K, Schim van der Loeff M, Cook P, Whitby D, Corrah T, Jaffar S, et al. Kaposi's sarcoma in the Gambia, West Africa is less frequent in human immunodeficiency virus type 2 than in human immunodeficiency virus type 1 infection despite a high prevalence of human herpesvirus 8. *J Hum Virol* 1998; 1: 193-99.
3. Rojo EA. Sarcoma de Kaposi: revisión de la literatura e ilustración de un caso. *Act Med Gpo Ángeles* 2013; 11(1):23-31.
4. Schwartz R, Micalli G, Nasca M, Scuderi L. Kaposi sarcoma: a continuing conundrum. *J Am Acad Dermatol* 2008; 59(2): 179-206. doi: 10.1016/j.jaad.2008.05.001.
5. Szajerka T, Jablecki J. Kaposi's sarcoma revisited. *AIDS Rev* 2007; 9: 230-6.
6. Wamburu G, Masenga EJ, Moshi EZ, Schmid-Grendelmeier P, Kempf W, Orfanos CE. HIV-associated types of Kaposi's sarcoma in an African population in Tanzania. Status of immune suppression and HHV-8 seroprevalence. *Eur J Dermatol* 2006; 16(6): 677-82.
7. Roiz-Balaguer M, Morales-Barrabía I. Sarcoma de Kaposi: Clasificación y evaluación en Zimbabwe. *Rev Haban Cien Méd* 2010; 9(2): 230-237.
8. Frías-Salcedo JA, Garrido-Sánchez GA. Sarcoma de Kaposi asociado al VIH-SIDA. *Rev Sanid Milit Mex* 2015;69:476-482.
9. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, Lee F, Culpepper J, Knowles DM, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994; 266: 1865-1869. doi: 10.1126/science.7997879.
10. Figueroa BE, López-Zepeda LD, Navarrete-Franco G. Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia. *Dermatología CMQ* 2018; 16(2): 128-133.
11. Amerson E, Buziba N, Wabinga H, Wenger M, Bwana M, Muyindike W, et al. Diagnosing Kaposi's sarcoma (KS) in East Africa: how accurate are clinicians and pathologists? *Infect Agent Cancer* 2012; 7(1): P6. doi: 10.1186/1750-9378-7-S1-P6
12. Cesarman E, Damiana B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(9):1-21. doi: 10.1038/s41572-019-0060-9.
13. Requena L, Requena C. Histopathology of the more common viral skin infections. *Actas Dermosifiliogr* 2010; 101(3): 201-216. [https://doi.org/10.1016/S1578-2190\(10\)70618-1](https://doi.org/10.1016/S1578-2190(10)70618-1)
14. Denis D, Seta V, Regnier-Rosencher E, Kramkimel N, Chanal J, Avril MF, et al. A fifth subtype of Kaposi's sarcoma, classic Kaposi's sarcoma in men who have sex with men: a cohort study in Paris. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2018; 32: 1377-1384. doi: 10.1111/jdv.14831
15. Boshoff C, Schulz TF, Kennedy MM, Graham AK, Fisher C, Thomas A, et al. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infects endothelial and spindle cells. *Nat Med* 1995; 1: 1274-1278. doi: 10.1038/nm1295-1274
16. Mocroft A, Kirk O, Clumeck N, Gargalianos-Kakolyris P, Trocha H, Chentsova N, et al. The changing pattern of Kaposi sarcoma in patients with HIV, 1994-2003: the EuroSIDA study. *Cancer* 2004; 100: 2644-2654. doi: 10.1002/cncr.20309
17. Stebbing J, Sanitt A, Nelson M, Powles T, Gazzard B, Bower M. A prognostic index for AIDS associated Kaposi's sarcoma in the era of highly active antiretroviral therapy. *Lancet* 2006; 367: 1495-1502. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68649-2