

Sarcoma de Kaposi epidémico y la respuesta psicológica del paciente según su perfil de personalidad

Epidemic Kaposi's sarcoma and psychological response of the patient according its personality profile

María Trinidad Sánchez Tadeo,¹ Blanca Estela Estrada Moreno,² Liliana Berenice Alcázar García,³ Roxana Marisol Vázquez Hernández,⁴ Valeria Carrillo Manguart⁵ y Jeaneth Berenice de Santiago Gamero⁶

¹ Médico dermatólogo, Cirugía Dermatológica, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco

² Médico infectólogo, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco

³ Médico residente de Medicina Interna, Hospital Civil Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco

⁴ Médico interno de pregrado, Universidad de Guadalajara, Hospital General de Occidente. Zapopan, Jalisco

⁵ Médico residente de Medicina Interna. Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco

⁶ Médico residente de Medicina Interna, Hospital General de Occidente, Zapopan, Jalisco

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una de las neoplasias malignas más comunes en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Generalmente, al iniciar el tratamiento para esta patología se logra el control de las lesiones. Sin embargo, cuando se comunica la noticia al paciente de una enfermedad vitalicia, tanto el impacto como la respuesta psicológica que manifiesta éste son aspectos cruciales para lograr una buena respuesta clínica integral. Los pacientes que viven con VIH se pueden caracterizar mejor según el modelo de las "dimensiones de la personalidad", enfatizando las vulnerabilidades de los extremos del comportamiento.

Exponemos el caso de un paciente con perfil extrovertido-inestable, y una revisión de la conducta impulsada ante la situación.^{1,3,8}

PALABRAS CLAVE: VIH, personalidad, sarcoma de Kaposi.

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es una de las neoplasias malignas más comunes en enfermos con VIH. Generalmente el diagnóstico se realiza en pacientes que nunca han recibido terapia antirretroviral. Con la disminución de la viremia plasmática del VIH y la reconstitución inmunitaria, muchas lesiones del SK se estabilizan o incluso se resuelven por completo sin ningún tratamiento específico, aunque algunas veces es necesaria la quimioterapia.¹

La adherencia al tratamiento se obstaculiza en ocasiones por factores psicosociales y trastornos neuropsiquiátricos del paciente.²

La alta prevalencia de desórdenes neuropsiquiátricos con VIH depende de diversos factores: efecto directo del

ABSTRACT

The Kaposi's sarcoma (KS) is one of the most common malignancies in patients with human immunodeficiency virus (HIV). Usually at the beginning of the infection, treatment is to stabilize the lesions. However, when delivering the news of a life-long disease to a patient, the impact and psychological response that they manifest are crucial aspects to achieve a positive integral clinical response. People who live with HIV can be better characterized by the "dimensions of personality" model, emphasizing the vulnerabilities of personality extremes.

We present a 33-year-old male with an extroverted-unstable profile and a revision of the behavior triggered by the situation.

KEYWORDS: HIV, personality, Kaposi's sarcoma.

virus, condiciones psiquiátricas preexistentes, vulnerabilidades de la personalidad, adicciones, así como la respuesta personal al aislamiento social y la privación de derechos asociados con el diagnóstico de la infección. De todas estas circunstancias, la presencia de antecedentes personales de trastornos afectivos es el mejor predictor de desarrollo de episodios depresivos en pacientes con VIH. También los síntomas físicos y los signos clínicos vinculados con la enfermedad por VIH tienen un papel importante en la aparición de los síndromes afectivos. Los trastornos de la personalidad son más frecuentes entre las personas infectadas por VIH (19 a 36%) que en la población general (10%). Dentro de las clasificaciones surgen las "dimensiones de la personalidad", entre las que

CORRESPONDENCIA

Dra. María Trinidad Sánchez Tadeo ■ Dra.triny68@hotmail.com ■ Teléfono: 33 3640 0345
Herrera y Cairo 2604, Circunvalación Vallarta, C.P. 44680, Guadalajara, Jalisco

están la introversión-extroversión y la inestabilidad-estabilidad emocional, que aportan un mejor entendimiento y menor estigmatización del comportamiento de esta población.^{3,10}

En la literatura está muy poco descrita la respuesta psicológica ante situaciones de estrés como la adquisición de una enfermedad crónica, controlable pero no curable de índole del VIH, lo cual se cataloga erróneamente como trastornos psiquiátricos. En este trabajo se muestra el caso y la evolución de un paciente con diagnóstico reciente de VIH y su comienzo con SK, quien a partir de la dimensión de su personalidad, manifestó su inconformidad y desmoralización al observar sus lesiones.

Caso clínico

Se trata de un hombre de 33 años, originario de Jalisco y residente de Guanajuato, soltero, profesional de la salud,

que mantiene relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, diagnosticado con infección por VIH una semana previa a su primera consulta.

Se presentó en buen estado general, orientado en tiempo, espacio y persona, coloración de tegumentos adecuada, mucosas bien hidratadas, sin caries, en el cuello se observaron adenopatías de 5 mm en cadena lateral derecha, tórax normal, abdomen con hígado palpable 3 cm por debajo del reborde costal derecho, bazo no palpable, genitales acordes con su edad y sexo. Tenía una dermatosis que afectaba el tronco, sobre todo en la cara posterior, localizada y con tendencia a la simetría, monomorfa, constituida por placas ovales de 10 a 15 mm, eritematovioláceas, consistencia firme, bordes precisos y superficie lisa-brillantes (**figura 1**), de tres meses de evolución, asintomáticas; el paciente comentó la sensación de inconformidad y desmoralización al observar sus “manchas”.



Figura 1. Antes de iniciar terapia antirretroviral, sarcoma de Kaposi en fase de placa.

Los resultados de los estudios paraclínicos mostraron carga viral de 97 882 copias/ml, Log, linfocitos T (CD3/CD4) 443 cel/ μ L. En la tomografía del cuello no se encontró evidencia de adenopatías cervicales sospechosas. Se apreciaban ganglios con centro graso en el nivel II bilateral que medían 2.1 del lado derecho y 1.9 del lado izquierdo. La tomografía toracoabdominal simple: datos de hígado graso con patrón difuso, hernia umbilical.

La biopsia en huso reportó epidermis atrófica con incontinencia del pigmento, en la dermis reticular había proliferación de vasos sanguíneos de pequeño calibre de forma perianexial con células endoteliales de aspecto epitelioide, depósitos de pigmento de hemosiderina. Se confirmó el diagnóstico de la dermatosis como SK.

Se comenzó tratamiento con bictegravir 50 mg, emtricitabina 200 mg y alafenamida de tenofovir 25 mg vía oral cada 24 horas.

Al tercer mes de tratamiento antirretroviral acudió a consulta con buen control virológico (carga viral 77 copias/ml, Log y linfocitos T (CD3/CD4) 360 cel/ μ L. Mencionó que no habían aparecido nuevas lesiones en la piel, sin embargo, el paciente se hizo tatuajes en 28 lesiones (**figura 2**). La remisión total de las mismas ocurrió al sexto mes de tratamiento (**figura 3**), pero persistieron las figuras tatuadas con pigmento exógeno en colores negro y rojo.

Discusión

El SK sigue siendo una de las neoplasias malignas más comunes en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a quienes afecta de una forma mucho más severa, agresiva y fulminante en comparación con otros grupos poblacionales.^{1,4}

Es una neoplasia o hiperplasia vascular multifocal de origen endotelial, inusual, que fue descrita por el derma-



Figura 2. Durante el tercer mes de tratamiento antirretroviral, tatuajes en el sarcoma de Kaposi.

tólogo húngaro Moritz Kaposi en 1872 en Viena, en un principio llamada “sarcoma idiopático múltiple pigmentado de la piel”. Se caracteriza por neoformación capilar y proliferación de tejido conjuntivo perivascular. Antes de la aparición del VIH era una neoplasia rara. La variedad clásica que afectaba más a hombres ancianos del Mediterráneo era la más prevalente.^{5,6}

En 1994 Chang y Moore identificaron el herpes virus 8 como uno de los desencadenantes.⁵ Sin embargo, no todos los pacientes con inmunosupresión ni todos los infectados por herpes virus humano 8 presentan sarcoma de Kaposi, por lo que se sugiere que es necesario un grupo de cofactores que aumentan el riesgo de presentar esta patología.⁷

En México 6.8% de los pacientes con VIH/SIDA tienen neoplasias malignas, de las que 72.7% corresponden a sarcoma de Kaposi. Es hasta seis veces mayor en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.⁴

El sarcoma afecta principalmente la piel y las mucosas, en especial los miembros inferiores. Las lesiones elementales son manchas y placas eritematovioláceas asintomáticas, se distribuyen sobre todo a lo largo de las líneas de tensión de la piel relajada, progresivamente infiltrantes, que no desaparecen por la vitropresión y con frecuencia adoptan un aspecto equimótico, hemorrágico o pigmentado. La evolución de la enfermedad es muy variable: los tumores pueden permanecer sin cambios durante meses o años, o es posible que crezcan rápidamente en unas pocas semanas y diseminarse. El crecimiento rápido puede provocar dolor localizado y una decoloración verde-amillenta del área alrededor del tumor, como resultado de una hemorragia. Un mayor progreso del tumor puede conducir a necrosis central y ulceración. Los tumores pueden sangrar fácilmente. También es posible que aparezcan nódulos angiomatosos de consistencia dura o nódulos



Figura 3. Despues de seis meses de tratamiento antirretroviral, sarcoma de Kaposi en remisión.

telangiectásicos de consistencia blanda, en ocasiones hay linfedema y fenómeno de Koebner.⁸ Dada la presentación y el impacto en el aspecto físico, el paciente puede manifestar intolerancia y tristeza por la alteración de su imagen corporal, llegando a ocasionar episodios de reacción de estrés agudo o depresión, influyendo de forma negativa en la funcionalidad y la vida personal de quien la vive.

La afección de mucosas es poco frecuente, y cuando existe se localiza en la boca o en el tracto gastrointestinal, e incluso en el pene. El daño visceral se da sólo en 10% de los casos, los más frecuentes son pulmón, páncreas, corazón, médula ósea, hueso, músculo y ganglios.^{1,5,7}

Sus variedades son: clásico, endémico o africano, epidémico o asociado a SIDA, yatrogénico o por inmunosupresión y no endémico, forma clásica de SK, en hombres con vida sexual con hombres sin relación con VIH.⁸

El diagnóstico de SK cutáneo generalmente se basa en hallazgos clínicos visibles. En casos cuestionables se requiere el diagnóstico histológico. La estadificación del SK incluye las membranas mucosas orales y genitales, una ecografía abdominal y una radiografía de tórax (exclusión de un SK pulmonar). Cuando las membranas mucosas están involucradas se debe considerar la gastroduodenografía y la colonoscopia. Recientemente se propuso la estadificación T como base para la planificación del tratamiento.¹

El tratamiento depende de la presentación clínica, la extensión y la naturaleza cutáneo-mucosa o visceral de los trastornos funcionales ocasionados.⁵

Dependiendo de donde se encuentre la afección limitada, algunas veces la abstención terapéutica es una opción. Las alternativas terapéuticas incluyen cirugía, láser, crioterapia y quimioterapia intralesional con alcaloides de vinca o IFN. Otras modalidades usadas son la radiación de rayos X suaves, terapia con haz de electrones, radiación de cobalto (fraccionado), gel de alitretinoína o imiquimod. La terapia compresiva con medias elásticas puede ser una estrategia importante en el tratamiento del linfedema asociado al SK. La opción sistémica con quimioterapia específica está indicada sólo en patología diseminada, evolución rápida y edema segmentario doloroso. En el SK asociado a SIDA primero se debe establecer un tratamiento antirretroviral con dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa y un inhibidor de la proteasa. Con la disminución de la viremia plasmática del VIH y la reconstitución inmunitaria, muchas lesiones del SK se estabilizan o incluso se resuelven por completo sin ningún tratamiento específico.^{1,5}

La regresión del SK durante el tratamiento no sólo está indicada por una reducción en el tamaño de la lesión, sino también por cambios en el color de rojo oscuro a rojo bri-

llante. Sin embargo, algunas lesiones pueden persistir de por vida como hiperpigmentaciones, como el resultado de depósitos de hemosiderina y/o melanina, que son causados por una mayor estimulación de los melanocitos.¹

El impacto psicológico y la respuesta que cada persona manifiesta cuando se le diagnostica una enfermedad para la que el tratamiento es vitalicio, es un aspecto importante y crucial para lograr una buena respuesta clínica integral.⁹

Las enfermedades mentales están mayormente asociadas a pacientes con VIH/SIDA, lo que puede interferir con su adherencia al tratamiento; asimismo, algunos trastornos mentales se producen como resultado de esta infección.⁹

La alta prevalencia de desórdenes neuropsiquiátricos depende de diversos factores: efecto directo del virus ya que tiene una predilección por las áreas límbicas que están implicadas en la regulación de la experiencia emocional, condiciones psiquiátricas preexistentes, vulnerabilidades de la personalidad, trastornos afectivos, adicciones, respuestas personales al aislamiento social y la privación de derechos asociados con el diagnóstico de VIH.^{3,10}

Vázquez y Mukamutara realizaron un estudio descriptivo transversal en el que participaron 741 pacientes con VIH/SIDA, 70.7% manifestó algún síntoma psicológico al momento de la entrevista, entre los que destacaron síntomas depresivos, seguido de ansiedad, agitación psicomotriz, insomnio, alucinaciones, déficits cognitivos y el consumo excesivo de alcohol. Los diagnósticos más comunes fueron los trastornos adaptativos (18.7%), trastorno depresivo mayor (16.8%), psicosis (10.5%), trastornos de personalidad (5%) y el trastorno distímico (3.6%).⁹

Los trastornos de la personalidad son más frecuentes entre los enfermos infectados por VIH (19 a 36%) que en la población general (10%). El antisocial es el más común.³

Los síndromes depresivos de intensidad moderada pueden aparecer en cualquier momento en el curso de la infección por VIH. La depresión afecta a entre 20 y 30% de estas personas y es el trastorno psiquiátrico más prevalente en esta población. Algunos factores predisponentes fueron un patrón de consumo de alcohol perjudicial, abuso de sustancias, así como violencia (verbal, emocional, física o sexual) en el último año y durante la infancia.^{2,10}

De acuerdo con la definición de depresión de la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CIE-10) y la Escala de Hamilton, el paciente cursó con un episodio depresivo leve: no reconocía algún trastorno mental previo, tuvo reducción de su energía, autoestima y confianza en sí mismo, con algunas ideas de culpa pero sin dejar de realizar sus actividades. Las estrategias para clasificar fuera de los trastornos psiquiátricos descritos en la quinta edición del *Diagnostic and statistical manual of mental*

disorders (DSM-5) dándoles el enfoque de las dimensiones de la personalidad, pueden ayudar a los pacientes con VIH inestables y extrovertidos a cambiar la forma en que responden a los problemas al redefinir sus objetivos hacia la salud y la función, y así cambiar gradualmente sus vidas de una manera fundamental.³

Es importante considerar que los pacientes con VIH se pueden caracterizar mejor según el modelo de las "dimensiones de la personalidad" enfatizando las vulnerabilidades de los extremos del comportamiento. En interés de la claridad de mente y de los sentimientos, es importante que una persona conozca cuántas dificultades de su vida cotidiana son consecuencia de la enfermedad y cuáles se relacionan con problemas de carácter y personalidad. Carl Jung no definió la personalidad introversión y extroversión centrándose en lo social. Para él, lo que definía la dimensión de personalidad introversión-extraversión eran las actitudes hacia los fenómenos subjetivos (frutos de la imaginación y del propio pensamiento) y los objetos externos a uno mismo (lo que pasa a nuestro alrededor). La dimensión extroversión/introversión se define como la tendencia del individuo a responder a los estímulos: orientados en el presente, dirigidos por los sentimientos en búsqueda de recompensa o con predominancia de la lógica y evitando consecuencias adversas, respectivamente. La dimensión estabilidad/inestabilidad se basa en el grado de labilidad emocional. La juxtaposición de estas dos dimensiones lleva a la clasificación en cuatro tipos de personalidades: extroversión inestable, extroversión estable, introversión estable e introversión inestable.^{11,12}

El perfil predominante es el extrovertido-inestable, como en el caso de nuestro paciente, en quien se realizó el inventario de Personalidad Eysenck Forma B. Este tipo de pacientes se encuentran más vulnerables cuando se trata de evitar consecuencias y enfocarse en el futuro, por ejemplo, apegarse a un régimen de tratamiento antirretroviral diario.³ Jung, quien en las etapas iniciales del psicoanálisis decía que somos un cuerpo, vivimos en él y a partir del mismo trascendemos, también afirmaba que la psique es "la totalidad de la mente" y se regenera a sí misma, tiende a la integración y señala al individuo hacia la actualización de sí mismo cuando se le desvía. Por lo que el proceso de adaptación a esta situación de alteración del equilibrio psíquico muchas veces apela a acciones como la descrita en este caso. El tatuaje de sus lesiones revela una tendencia exhibicionista-masoquista, con la flor que simboliza la brevedad de la vida y lo efímero del placer; el rojo es sangre, es vida, pasión y amor, mientras que el negro es penitencia, germinación oculta en la oscuridad o muerte.¹¹

Se han propuesto enfoques particularmente útiles para optimizar el tratamiento de pacientes extrovertidos inestables, como describir comportamientos en términos de recompensas poniendo énfasis en lograr que el paciente elija el comportamiento deseado directamente relacionado con la recompensa. Sugerir al paciente que se retire de situaciones potencialmente problemáticas o que tengan una respuesta planificada, reconociendo sus vulnerabilidades; así como describir el plan de tratamiento claramente y con límites firmes. Esto proporciona a todos los médicos un conjunto unificado de objetivos y expectativas, y aumenta la probabilidad de persuadir a un paciente para que se adhiera a los objetivos de tratamiento del médico. Si la enfermedad es de extensión limitada o si responde fácilmente al tratamiento instituido, el paciente se adaptará mejor a tener una enfermedad no evidente disponiendo de sentimientos de mayor seguridad.^{3,12}

Conclusión

El caso que se expone es representativo de SK epidémico con enfermedad limitada, donde la abstención terapéutica es la opción dado que, al disminuir la carga viral y la consecuente reconstitución inmunitaria, las lesiones se resolverían por completo sin ningún tratamiento específico. Además de los signos clínicos, debemos considerar que las características demográficas de cada paciente con VIH se convierten en factores de estrés psicosocial, por lo tanto, pueden contribuir a agravar la situación del enfermo y propiciar la aparición de complicaciones psicopatológicas o bien llevarlos a tomar decisiones no asertivas respecto del manejo de las patologías asociadas al VIH.

Se debe considerar a los trastornos neuropsiquiátricos como una comorbilidad importante en la gente que vive con VIH, cuyas consecuencias son alteraciones en la adherencia a la terapia antirretroviral, incremento en la mortalidad y aumento de costos en el tratamiento de estos pacientes.^{2,10}

Es necesario reconocer que existen los perfiles de personalidad y no sólo trastornos neuropsiquiátricos; el perfil extrovertido-inestable caracterizó a nuestro paciente llevándolo a tatuarse las lesiones cutáneas características del SK.

Como dermatólogos formamos parte del equipo interdisciplinario que trata a pacientes con infección por VIH, por lo que debemos detenernos e informar al afectado con paciencia y claridad el proceso de regresión del SK, ya que las enfermedades mentales y los perfiles de la personalidad interfieren en el apego al tratamiento y la toma de decisiones del paciente respecto de su salud. Una vez que se enseña a los pacientes estrategias para enfrentarse

a su dermatosis, es probable que encuentren que la alianza terapéutica con ellos sea cada vez más fuerte y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Hoffmann C, Sabranskia M y Esser S, HIV: associated Kaposi's sarcoma, *Karger GmbH* 2017; 40(3):94-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000455971>.
- Salazar, LM *et al.*, Trastornos neuropsiquiátricos en la población con VIH: una revisión narrativa, *Universitas Médica* 2017; 58 (1). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.umed58-1.tnpv>.
- Pieper AA, Treisman GJ, Silver JM y Salomon D, UpToDate. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-neuropsychiatric-aspects-of-hiv-infection-and-aids?search=aspectos%20neuropsiquiatricos,%20vih&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
- Vázquez-Aguirre NA, Arenas-Guzmán R y Juárez-Durán E, Sarcoma de Kaposi asociado con VIH, *Med Int Mex* 2020; 36(4):570-4. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v36i4.3164>.
- Figueredo E, López LD, Navarrete G *et al.*, Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia, *DCMO* 2018; 16(2):128-33.
- Arenas-Guzmán R, *Dermatología. Atlas diagnóstico y tratamiento*, 7^a ed., México, McGraw Hill, 2019, pp. 799-804.
- Uribe E, Alba MV, Londoño Amalia *et al.*, Sarcoma de Kaposi cutáneo y visceral extenso asociado a inmunosupresión, *DCMO* 2017; 15(1):18-21.
- Jean BJ, Dermatología. En *Sarcoma de Kaposi*, 4^a ed., Madrid, Elsevier, 2018, pp. 1421-2.
- Vázquez MA y Mukamutara J, Psicopatología y características sociodemográficas en personas con el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, *Acta Med Cent* 2019; 13(2):208-20. Disponible en: <https://www.medicgraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=86482>.
- Mateos JLA y Del Barrio JAG, Trastornos neuropsiquiátricos asociados a la infección por VIH. En *Tratado de psiquiatría*, 2021, pp. 483-90.
- Winski N, *Entendiendo a Jung. 6 tipos psicológicos: tipo sensitivo extravertido*, México, Diana, 1973, p. 117.
- Grimalt F, *Dermatología y psiquiatría*, Aula Médica Ediciones, 2002, pp. 245-8.