

# Sarcoma de Kaposi clásico localizado en pene

## *Penile classic Kaposi's sarcoma*

AA Garrido-Ríos, L. Sánchez-Velicia, JA Tejerina-García, A. Miranda-Romero

Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Facultad de Medicina de Valladolid. Valladolid. España.

### Correspondencia:

Anastasia A. Garrido Ríos  
Servicio de Dermatología  
Hospital Clínico Universitario de Valladolid  
Ramón y Cajal, 3, 5  
47005 Valladolid. España  
Tel.: 639732035  
e-mail: natachagarrido@hotmail.com

### Resumen

El Sarcoma de Kaposi es un tumor vascular de origen multifocal que se relaciona con el virus herpes humano tipo 8. La afectación genital en el sarcoma de Kaposi es rara sobretodo en pacientes VIH negativo. Las lesiones en este área muestran rasgos clínicos e histológicos similares a otras localizaciones, sin embargo, es interesante el diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan lesiones genitales. Presentamos un caso de sarcoma de Kaposi clásico localizado exclusivamente en pene.

(AA Garrido-Ríos, L. Sánchez-Velicia, JA Tejerina-García, A. Miranda-Romero. Sarcoma de Kaposi clásico localizado en pene. Med Cutan Iber Lat Am 2009;37(6):266-268)

**Palabras clave:** sarcoma de Kaposi, virus herpes humano tipo 8.

### Summary

*Kaposi's sarcoma is a multifocal vascular tumor which is related to human herpes virus type 8. The genital involvement in Kaposi's sarcoma is infrequent mostly in HIV - patients. Lesions in this area show similar clinical and histological features as Kaposi's sarcoma lesions in other locations. However, the differential diagnosis is interesting taking into account other dermatological conditions than present with genital lesions. We report a case of classic Kaposi's sarcoma located in the penis.*

**Key words:** Kaposi's sarcoma, human herpes virus type 8.

El sarcoma de Kaposi (SK) es una proliferación multifocal de capilares y tejido conectivo perivascular de la piel y los órganos internos[1]. El SK clásico afecta de manera preferente a varones a partir de la sexta década del este de Europa, judíos o de los países mediterráneos. La localización típica es el tercio distal de los miembros inferiores. La afectación genital en el SK es rara sobretodo en pacientes VIH. Describimos un caso de SK clásico localizado exclusivamente en el pene.

### Caso clínico

Varón heterosexual de 49 años, sin antecedentes de interés, consulta por lesiones en pene de 10 años de evolución. Estas lesiones eran asintomáticas salvo alguna parestesia

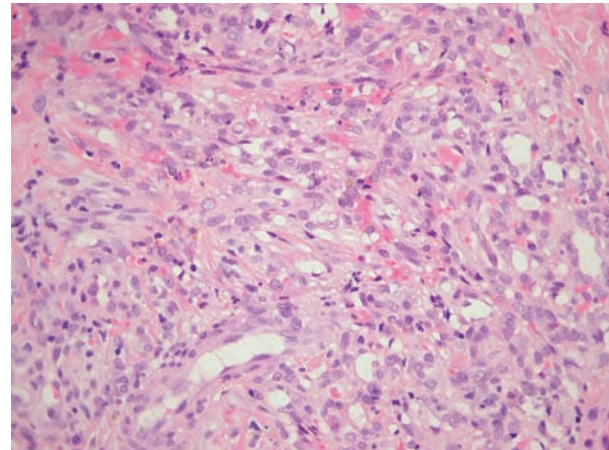
ocasional. También refería desaparición espontánea de alguna lesión y negaba haber mantenido relaciones homosexuales.

En la exploración física se observaban pequeñas tumores violáceas bien delimitadas de un tamaño inferior a 7 mm de diámetro localizadas en el cuerpo del pene y surco balanoprepucial así como otro tipo de lesiones constiuidas por máculas parduzcas de 2-3 mm de diámetro localizadas en el glande (Figura 1). No se palpaban adenopatías locorre-gionales. El resto de la exploración física era estrictamente normal.

El hemograma, bioquímica y el estudio de inmunidad, que incluía poblaciones linfocitarias, inmunoglobulinas y complemento, mostraron valores dentro de la normalidad.



**Figura 1.** Máculas parduzcas y nódulos violáceos en pene.



**Figura 2.** Luces vasculares y componente fusocelular.

Las serologías practicadas (incluyendo VIH) fueron negativas en dos ocasiones separadas por un período de 3 meses.

El TAC toraco-abdomino-pélvico no mostró afectación extracutánea.

Se realizó una biopsia para estudio histopatológico con hematoxilina eosina y técnicas de inmunohistoquímica. En las imágenes histológicas se evidenciaba una proliferación neoplásica que formaba luces vasculares de tamaños y formas variables, las cuales mostraban tendencia a rodear y disecar estructuras dérmicas preexistentes y que tenían además un componente fusocelular que formaba fascículos o acúmulos irregulares alrededor de los espacios vasculares (Figura 2). La célula neoplásica mostraba anisocariosis moderada y algunas mitosis. El estroma presentaba depósitos intra y extracelulares de hemosiderina, hematíes extravasados, cuerpos acidófilos intra y extracelulares y células plasmáticas. Las técnicas de inmunohistoquímica para CD34 y la expresión del virus del herpes humano tipo 8 (VHH-8) (Figura 3) fueron positivas.

Basándonos en los hallazgos clínicos e histológicos realizamos un diagnóstico de sarcoma de Kaposi clásico localizado en el pene.

Se practicó exéresis de las lesiones y posterior aplicación de radioterapia, obteniéndose una buena respuesta al tratamiento.

## Comentario

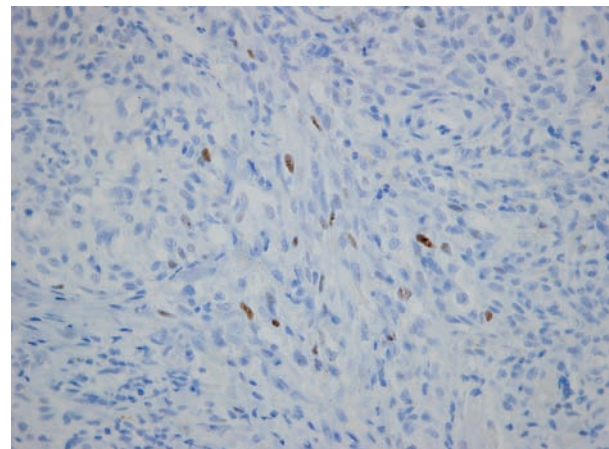
El sarcoma de Kaposi fue descrito en 1872 por Moritz Kaposi[2]. Se considera un tumor vascular de origen multifocal[3]. Actualmente están reconocidos 4 subtipos de SK: clásico o esporádico, endémico, asociado a inmunodepresión por una causa distinta del virus de la inmunodeficiencia

humana (VIH) y asociado a VIH (epidémico)[1]. En 1994 Chang et al[4] relacionaron el SK con el virus herpes humano tipo 8 (VHH-8), constatándose posteriormente esta asociación en numerosos trabajos.

El SK clásico es esporádico y afecta habitualmente a varones de edad avanzada del sudeste europeo (mediterráneo) particularmente en aquellos de origen judío[5].

Las lesiones tempranas del SK se manifiestan como placas de color marrón-rojizo o azul-violáceo, generalmente en el tercio distal de las piernas. Posteriormente se transforman en nódulos que en su crecimiento pueden coalescer[3]. Las lesiones son en su mayoría asintomáticas aunque en estadios finales pueden acompañarse de dolor, prurito o parestias[6].

La afectación genital en el SK es rara[7] y normalmente se observa en pacientes VIH positivos[5]. En la serie de Moreno-Presmanes et al[6] sólo 2 de los 25 pacientes con



**Figura 3.** Virus del herpes humano tipo 8 positivo.

SK presentaban lesiones en la mucosa genital. Clínicamente el SK en pene se presenta como máculas violáceas, pápulas, nódulos, aunque hay casos descritos de SK como una úlcera rápidamente progresiva[8]. La mayoría de los casos descritos en la literatura presentaban sólo una o dos lesiones, aunque había pacientes con múltiples lesiones[9]. La localización más frecuentemente implicada en el SK genital es el glande aunque también se describen lesiones en prepucio, surco balanoprepucial, meato y escroto. El SK genital puede ocasionar edema peneano y linfático por afectación masiva[8].

Los rasgos histológicos en el SK genital son similares a los del SK localizado en otras regiones anatómicas[10], es decir, células fusiformes con canales vasculares alineados por células endoteliales atípicas. Es característico el “signo del promontorio”, que consiste en la proliferación de estos canales vasculares irregulares que rodean parcialmente

vasos preexistentes. A menudo se observan eritrocitos extravasados, hemosiderina y fibrosis[3].

Dada la rareza de que el SK clásico se localice en pene, se trata de una enfermedad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial con otras lesiones de similares características que se presentan en esta área como son mollusum contagiosum, condilomas acuminados, enfermedad de Bowen, angiomas bacilar, anomalías y tumores vasculares entre otras[11].

En cuanto al tratamiento la escisión quirúrgica se recomienda en lesiones solitarias pequeñas y la radioterapia para lesiones de mayor tamaño. La radioterapia puede emplearse asociada a citrato de sildenafil lo que prevendría la posible fibrosis peneana postradioterapia[9]. Otros esquemas terapéuticos incluyen la inyección intralesional de agentes quimioterapéuticos, destrucción tisular local con láser, crioterapia y electrocoagulación[8].

## Bibliografía

1. Morales Callaghan AM, Miranda Romero A. Nódulo eritemato-violáceo en el antebrazo. *Piel* 2005; 20: 190-2.
2. Micali G, Nasca MR, De Pasquale R, Innocenzi D. Primary classic Kaposi's sarcoma of the penis: report of a case and review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2003; 17: 320-3.
3. Kaposi M. Idiopathisches multiples pigment-sarkom der Aut. *Arch Dermatol Syph* 1872; 4: 265-73.
4. Chang Y, Cesarman E, Pessins MS et al. Identification of new herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994; 266: 1865-9.
5. Chitale SV, Peat D, Meaden JD, Baillie Johnson H, Burgess NA. Kaposi's sarcoma of the glans penis in an HIV negative patient. *Int Urol Nephrol* 2002; 34: 251-3.
6. Moreno-Presmanes M, Aparicio-Fernández S, Fernández-Cañadas S, Moreno-Izquierdo R, Ledo-Pozueta A. Sarcoma de Kaposi clásico. Revisión de 25 casos. *Actas Dermosifiliogr* 1999; 90: 158-61.
7. Morelli L, Pusioli T, Pisciolli F, Höfler H, Weirich G, Werner M, Domenico Cabras A. Herpesvirus 8-associated penile Kaposi's sarcoma in an HIV-negative patient: first report of a solitary lesion. *Am J Dermatopathol* 2003; 25: 28-31.
8. Zargari O. Exclusive penile Kaposi's sarcoma: report of an HIV-negative man successfully treated with radiotherapy. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2006; 20: 318-20.
9. Ekmekci TR, Kendirci M, Kizilkaya O, Koslu A. Sildenafil citrate-aided radiotherapy for the treatment of Kaposi's sarcoma of the penis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005; 19: 603-4.
10. Gönen M, Cenker A, Kiyici H, Kalkan M. Penile Kaposi's sarcomas in a circumcised and HIV-seronegative patient. *Int J Urol* 2006; 13: 318-20.
11. Rosen T, Hoffman J, Jones A. Penile Kaposi's sarcoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 13: 71-3.