



Localizador: 15001

Sarcoma de Kaposi ulcerado

Ulcered Kaposi sarcoma

María Verónica Reyes,* Marcelo Villafañe,† Florencia Pascualini,*
Iliana Garay,* María Kurpis,* Alejandro Ruiz-Lascano*

Palabras clave:

Úlcera, sarcoma,
Kaposi.

Key words:

Ulcer, sarcoma,
Kaposi.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad con antecedentes de trasplante renal y rechazo posterior. Consultó por úlcera en la pierna izquierda de seis meses de evolución. La biopsia informó la presencia de células fusadas con núcleos hiperclomáticos que formaban espacios vasculares. Con base en la histología e inmunohistoquímica, se diagnosticó sarcoma de Kaposi. Describimos una rara presentación de sarcoma de Kaposi.

ABSTRACT

We report the case of a 55-year-old woman with history of kidney transplant and rejection later, with a 6-month history of ulcer in the left leg. The biopsy reported spindle-cells with pleomorphic hyperchromatic nuclei forming vascular spaces. The diagnosis of Kaposi Sarcoma was based on upon histology and immunohistochemistry. We describe a rare presentation of Kaposi's sarcoma.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor vascular proliferativo multicéntrico que compromete la piel y otros órganos. El herpes virus 8 ha sido detectado en este tipo de lesiones y es considerado como el agente causal. Se clasifica en cuatro variantes clínicas con base en las circunstancias en las cuales se desarrolla: clásico, endémico-africano, epidémico asociado con HIV e iatrogénico asociado con inmunosupresión y trasplante, principalmente en aquellos que fueron trasplantados renalmente. Hay pocos reportes en pacientes dializados.¹

Generalmente se manifiesta por la presencia de máculas, placas y nódulos purpúricos, rojo azules o marrón oscuro a negros. En el caso clínico presentado, describimos una paciente con lesión ulcerosa en pierna, cuya histopatología e inmunohistoquímica nos confirmaron el diagnóstico de SK.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 55 años, con antecedentes de insuficiencia renal posterior a eclampsia, hepatitis C, anemia e hiperparatiroidismo secundario con hiperfosfatemia. Se encontraba en hemodiálisis, luego de rechazo de trasplante renal de donante cadavérico. Estaba medicada con eritropoyetina, hierro y

acetato de calcio. Consultó por úlcera en la pierna que había comenzado como una placa violácea seis meses previos. Al examen físico, se observó una úlcera dolorosa en cara interna de pierna izquierda de 8 cm de diámetro con borde violáceo sobreelevado, base cubierta por material fibrinoso y costra hemática (Figura 1). Sin otras lesiones cutáneo-mucosas.

Se tomó biopsia de lecho de úlcera y borde, la cual mostró en dermis proliferación de células fusadas pleomórficas con núcleos hiper-



Figura 1. Lesión ulcerada en cara interna de pierna izquierda.

* Servicio de Dermatología.
† Clínica médica.

Hospital Privado
Universitario de Córdoba.
Argentina.

Conflicto de intereses:
Ninguno.

Recibido: 05/Enero/2015.
Aceptado: 12/Enero/2015.



cromáticos, entrelazadas, formando espacios vasculares, que invadían al tejido celular subcutáneo (Figura 2). La inmunohistoquímica mostró CD34: +/+ (Figura 3), CD31: +/+, CD68: -/-, Ki67: 90%. PCR herpes virus 8: positivo. En el hemograma se observó: hemoglobina 10.7 g/dL, hematocrito 34.2%, calcio 7.3 mg/dL, fósforo 5.9 mg/dL, creatinina 10.04 mg/dL, urea 159 mg/dL, parathormona 1,152 pg/mL. HIV: no reactivo. Bacteriológico directo: flora microbiana, escasos cocos Gram (+) y Gram (-), BAAR (-). Micológicos directo y cultivo: (-). La ecografía de abdomen y el examen de sangre oculta en heces fueron normales. La tomografía de tórax con contraste evidenció

presencia de tres nódulos pulmonares compatibles con metástasis.

Llegamos al diagnóstico de sarcoma de Kaposi iatrogénico, estadio metastásico. Se inició tratamiento con doxorubicina liposomal 20 mg/m² cada 21 días; luego de cinco ciclos se observó agrandamiento de lesiones metastásicas en la tomografía de tórax, con derrame pleural y empeoramiento de la úlcera. Se rotó a paclitaxel 135 mg/m². A los dos días posteriores del primer ciclo de paclitaxel fue internada por neutropenia febril y sepsis, con posterior óbito.

COMENTARIOS

El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por primera vez por Moritz Kaposi en 1872. Es un tumor linfoangioproliferativo,² multifocal que se manifiesta en sitios mucocutáneos, típicamente en la piel de extremidades inferiores, rostro, tronco, genitales y mucosa orofaríngea. También, compromete los ganglios linfáticos y órganos viscerales, generalmente del tracto respiratorio y gastrointestinal.³ Actualmente, se han descrito cuatro variantes clínicas del SK que tienen características histológicas idénticas pero se desarrollan en poblaciones específicas, comprometen diferentes sitios y tienen distintas formas de progresión: SK clásico: caracterizado por nódulos y placas azul-violáceas que aparecen inicialmente en manos y pies y que progresan lentamente a brazos y piernas, con compromiso de mucosas o vísceras en un 10% de los pacientes; endémico-africano: es más agresivo que la variante clásica, con un amplio espectro clínico, puede comprometer ganglios linfáticos y es más frecuente en niños; epidémico asociado con HIV con afectación de piel, mucosas, ganglios linfáticos y vísceras, y el tipo iatrogénico asociado con trasplante de órganos sólidos e inmunosupresión,^{1,2,4} que corresponde a la variedad que presentaba nuestra paciente.

En 1994 fue aislado un herpesvirus gamma de biopsias de SK. Aunque fue inicialmente referido como herpesvirus asociado con SK, fue nombrado herpes humano 8 (HHV-8) basado en la secuencia de su genoma. Aunque la asociación entre HHV-8 y SK está bien establecida en pacientes con HIV, es menos clara en receptores de trasplante. Sin embargo, la frecuencia de infección por HHV-8 postrasplante se incrementa a medida que aumenta la inmunosupresión. En receptores de trasplante renal, no todos los portadores de HHV-8 o en quienes se demuestre la seroconversión desarrollarán SK. Un gran número de pacientes pueden portar el virus sin desarrollar el tumor. Esto significa que otros factores como el estado inmune,

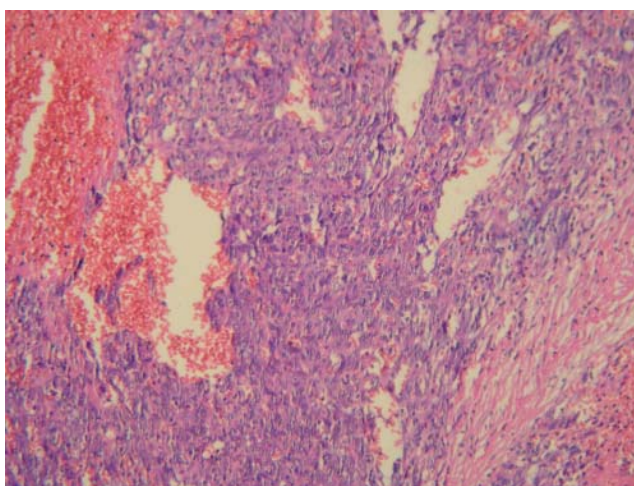


Figura 2. Biopsia de lecho de úlcera y borde. Hematoxilina-eosina.

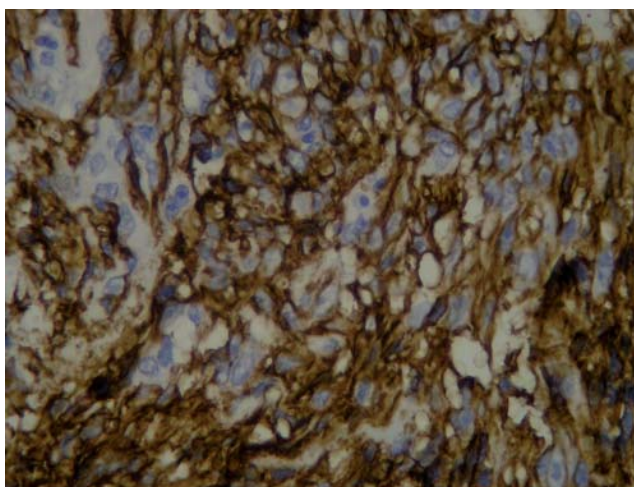


Figura 3. Inmunohistoquímica CD34.

genéticos, geográficos y étnicos influyen en el desarrollo del tumor.^{1,6}

En general, las lesiones son típicamente parches o placas y pueden volverse nodulares, infiltrativas, exofíticas, linfadenopáticas, equimóticas, telangiectásicas o queloideas.⁷ En nuestro caso, la paciente había presentado inicialmente una placa violácea que posteriormente se ulceró. Hemos encontrado pocos casos en que el SK se manifiesta en forma de úlceras: asemejándose a úlceras de estasis, insuficiencia arterial, úlceras vasculares y heridas infectadas.³⁻⁷ También está reportada la ocurrencia de SK sobre cicatriz de quemadura imitando una úlcera de Marjolin.⁸

El tratamiento depende de la extensión y localización de las lesiones así como de la variante clínica.⁹ Criocirugía, radiación ionizante, escisión quirúrgica y terapia fotodinámica han sido utilizadas para lesiones cutáneas localizadas. Para pacientes con SK diseminado, progresivo o sintomático se indica tratamiento sistémico con quimioterapia citotóxica. Se consideran de primera línea

vinblastina o la combinación vinblastina y bleomicina. Otros tratamientos sistémicos aprobados por la FDA son la doxorubicina liposomal, paclitaxel e interferón- α .¹⁰

CONCLUSIÓN

El interés de este reporte es presentar una variante poco frecuente de SK, destacando la importancia de incluir al SK en el diagnóstico diferencial de lesiones ulcerosas en pacientes trasplantados. Se deben realizar biopsias para histopatología, inmunohistoquímica y PCR para herpes virus 8 para confirmar el diagnóstico.

Correspondencia:

María Verónica Reyes

Naciones Unidas Núm. 346,

5016, Córdoba, Argentina.

Teléfono: (0054) 0351 4688810

E-mail: mveroreyes@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Lee D, Chun JS, Hong SK, Kang MS, Seo JK, Koh JK et al. Kaposi sarcoma in a patient with chronic renal failure undergoing dialysis. *Ann Dermatol*. 2013; 25 (4): 475-478.
2. Gonzalez-Sixto B, Conde A, Mayo E, Pardavilla R et al. Kaposi sarcoma associated with systemic corticosteroid therapy. *Actas Dermosifiliogr*. 2007; 98: 553-555.
3. Pantanowitz L, Dezube BJ. Kaposi sarcoma in unusual locations. *BMC Cancer*. 2008; 8: 190-199.
4. Animan K, Chang Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med*. 2000; 342: 1027-1038.
5. Hosseini-Moghaddam SM, Soleimanirahbar A, Mazzulli T, Rotsstein C, Husain S. Post renal transplantation Kaposi's sarcoma: a review of its epidemiology, pathogenesis, diagnosis, clinical aspects, and therapy. *Transpl Infect Dis*. 2012; 14: 338-345.
6. Serrano C, Sánchez G, Serrano M, Linares J, Dulanto C, Naranjo R. Nódulos y placas violáceas en escroto y muslo. *Actas Dermosifiliogr*. 2005; 96 (2): 127-1279.
7. Johnson EL, Pierpont YN, Donate G, Hiro MH, Mannari RJ, Strickland TJ et al. Clinical challenge: cutaneous Kaposi's sarcoma of the lower extremity. *Int Wound J*. 2011; 8: 163-168.
8. Monteiro D, Horta R, Eloy C, Silva P, Silva A. Kaposi's sarcoma arising in a burn scar mimicking Marjolin's ulcer. *Burns*. 2013; 39 (4): e25-e28.
9. Schwartz RA, Micali G, Nasca MR, Scuderi L. Kaposi sarcoma: a continuing conundrum. *J Am Acad Dermatol*. 2008; 59: 179-206.
10. Kim SY, Kim DH, Lee HJ, Seo YJ, Lee JH, Lee Y. Treatment of disseminated classic type of Kaposi's sarcoma with paclitaxel. *Ann Dermatol*. 2011; 23 (4): 504-507.

www.medigraphic.org.mx