

Sarcoma de Kaposi en una paciente de Santo Tomé y Príncipe

Kaposi sarcoma in a patient from São Tomé and Príncipe

Dra. Melba Elers Bandera

Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente que fue asistida en el Hospital General "Dr. Ayres Menezes" de la República Democrática de Santo Tomé y Príncipe, por presentar fiebre y lesiones en la piel, a la cual se le diagnosticó sarcoma de Kaposi asociado a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana/sida. La evolución tórpida y el estadio tan avanzado de la enfermedad, así como la resistencia a los fármacos antirretrovirales, ocasionaron la muerte de la fémina.

Palabras clave: sarcoma de Kaposi, fármacos antirretrovirales, virus de inmunodeficiencia humana/sida, virus del herpes humano de tipo 8.

ABSTRACT

The case report of a patient who was attended in "Dr. Ayres Menezes" General Hospital from the Democratic Republic of São Tomé and Príncipe is presented because of fever and skin lesions, to whom Kaposi sarcoma was diagnosed associated with infection due to the human immunological deficiency/aids virus. The torpid clinical course and the so advanced stage of the disease, as well as the resistance to the antiretroviral drugs, caused the death of the patient.

Key words: Kaposi sarcoma, antiretroviral drugs, human immunological deficiency virus/aids, human herpesvirus type 8.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi es un tumor maligno vascular, multifocal, que puede aparecer en 4 formas clínicas principales: clásico, endémico africano, postrasplante o iatrogénico y asociado al sida o epidémico; todas originadas por el virus del herpes humano de tipo 8 (VHH8). Clínicamente se manifiesta con lesiones dermatológicas, en forma de máculas, pápulas o nódulos, de color pardo purpúreo o violáceo, y en los casos avanzados estas pueden confluir formando placas extensas, localizadas fundamentalmente en las piernas, aunque también suelen aparecer en la boca; se puede presentar daño visceral, en especial de la tráquea, los pulmones y el tracto digestivo, en ausencia de la enfermedad cutánea.^{1,2}

La enfermedad fue descrita por primera vez en 1872 por el médico húngaro Moritz Kaposi, y se diagnostica mediante el examen clínico, los análisis de laboratorio y el estudio hístico. No existe un tratamiento de elección y este depende de la extensión y la

localización de las lesiones, así como del tipo clínico de la enfermedad, de manera que pueden emplearse la quimioterapia citostática, el interferón alfa y el tratamiento antirretroviral. Localmente, en las lesiones que causan deformidades, es posible utilizar radioterapia, tratamiento quirúrgico o crioterapia.¹⁻⁴

En el año 2007, durante el cumplimiento de la misión internacionalista en la República Democrática de Santo Tomé y Príncipe, fue asistida una paciente con lesiones que se correspondían con la de la mencionada entidad clínica. Ello motivó a realizar este artículo.

CASO CLÍNICO

Se describe el caso clínico de una fémina de 45 años de edad, de raza negra, con ocupación de ama de casa y unida consensualmente, la cual fue internada en el Servicio de Medicina del Hospital General "Dr. Ayres Menezes" de la República Democrática de Santo Tomé y Príncipe, por presentar fiebre y lesiones en la piel.

La paciente refirió antecedentes aparentes de buena salud hasta hacia 5 meses en que, mientras trabajaba en Gabón, un país vecino, comenzó a presentar fiebre periódicamente, pérdida marcada de peso, malestar general, falta de apetito, diarreas y, posteriormente, manchas oscuras en la piel y lesiones en la boca.

Examen físico

Al realizar el examen físico, el estado general fue:

- Temperatura corporal: 39 °C.
- Mucosa conjuntival: hipocoloreadas.
- Mucosa de labios y boca: con lesiones blanquecinas y agrietadas (figura 1).
- Presencia de manchas hiperpigmentadas de diversos tamaños e indoloras, que formaban relieves y estaban localizadas en todo el cuerpo, fundamentalmente en los miembros superiores e inferiores (figura 2).
- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.



Fig 1. Lesiones blanquecinas y agrietadas en los labios



Fig 2. Manchas hiperpigmentadas en los miembros inferiores y superiores

Exámenes complementarios

- Hemoglobina: 87 g/dL.
- Hematocritos: 26,1 L/L.
- Leucocitos: 4,2.
- Eritrosedimentación: acelerada.
- Test de ELISA: dio positivo de los virus de inmunodeficiencia humana (VIH) I y II.
- Prueba confirmatoria de *Wester blot*: dio positivo de ambos virus.
- Conteo de CD4: menor de 200.
- Coprocultivo: aislamiento de *Salmonella*.
- Cultivo de lesiones de la boca: dio positivo de *Candida albicans*.
- Biopsia de las manchas en la piel: compatibles con sarcoma de Kaposi.

La evolución fue muy tórpida, con reacción adversa a la nevirapina y a otros medicamentos antirretrovirales (figura 3). Finalmente, la paciente manifestó un cuadro de convulsiones generalizadas y luego estuvo en estado de coma hasta que falleció.



Fig 3. Reacción adversa a la nevirapina

COMENTARIOS

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular, que se manifiesta en 4 variedades clínico-epidemiológicas bien diferenciadas, originadas por el VHH8, que fue identificado en 1994 por un grupo de investigadores de la Universidad de Columbia, sin que se pudiese establecer de forma exacta su función en la patogénesis de este proceso morboso. Para evolucionar, el síndrome de Kaposi requiere que se produzca una compleja interacción de citoquinas y factores de crecimiento. No se observan diferencias hísticas e inmunohistoquímicas entre las formas epidemiológicas, de las cuales las diferencias más importantes fueron las relativas al grado de desarrollo de la lesión.^{1,3}

La forma clásica de la enfermedad fue la primera en ser descrita. Esta afecta predominantemente a hombres ancianos y predomina en las regiones orientales del Mediterráneo, sobre todo en las penínsulas Itálica y Balcánica, y las islas griegas. Suele presentarse en forma cutánea, principalmente con lesiones en los miembros inferiores; es a menudo indolora y raramente daña otros órganos.⁵⁻⁷

Por otra parte, la forma endémica fue publicada por primera vez en 1914 y su carácter endémico fue descrito en 1950. Constituye una de las formas más frecuentes de cáncer en África Central y Oriental. Afecta mayormente a los hombres y en los ancianos la

evolución puede ser semejante a la de la forma clásica, pero en personas más jóvenes se presenta como un cáncer mucho más "agresivo" y diseminado, con lesiones multifocales (distribuidas), que a menudo afecta las vísceras y los ganglios.^{1,2}

Asimismo, la variante de entidad postrasplante o iatrogénica empezó a observarse en los años 1970 en pacientes con trasplante, sobre todo de riñón, sometidos a tratamientos inmunosupresores; también se ha observado en afectados tratados con corticoides por tiempo prolongado.^{8,9}

La forma de Kaposi asociada a sida o epidémica se presenta en pacientes con sida. Es más agresiva y diseminada, y afecta a personas de cualquier edad, en especial a hombres homosexuales y bisexuales. Los primeros casos fueron descritos en California (EE.UU.) a principios de la década de los 80 del pasado siglo.^{1,2}

En los países desarrollados la introducción de terapias antirretrovirales altamente activas ha reducido radicalmente la incidencia de la enfermedad; sin embargo, en países africanos, donde la prevalencia de estos virus es elevada y los recursos sanitarios son escasos, el sarcoma de Kaposi se ha convertido en el cáncer más común, con una representación de hasta 50 % de todos los tipos de cáncer en algunos territorios.

Raramente se han observado casos de sarcoma de Kaposi en los que no se ha podido demostrar la presencia del VHH8 ni del VIH.³

Cabe señalar que la paciente de este artículo, evidentemente era portadora de un sarcoma de Kaposi asociado al sida, con un estadio muy avanzado de la enfermedad de base y la presencia de otras afecciones oportunistas, que empeoraron su pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández Ruiz E, García Herrera A, Ferrando J. Sarcoma de Kaposi. *Med Cutan Iber Lat Am.* 2012; 40(2): 39-48.
2. Santana Gómez JA, Hernández Rodríguez BI, Negrín Valcárcel L, Martínez Hernández I, Rodríguez Lara LE. Sarcoma de Kaposi. *Rev Cubana Oncol.* 2000; 16(3): 150-3.
3. Vicario Bermúdez JM, Zabala López S, Pérez Vázquez G, Juyol Rodrigo MC. Sarcoma de Kaposi. *Med Clin (Barc).* 2010; 135(5): 241.
4. González de Arriba A, Pérez Gala S, Goiriz Valdés R, Ríos Buceta L, García Díez A. Sarcoma de Kaposi clásico tratado con alitretinoína tópica. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98(1): 50-3.
5. Cancela BR, Álvarez Gallegos V. Sarcoma de Kaposi clásico. *Rev Cent Dermatol Pascua.* 2000 [citado 14 Nov 2012]; 9(1). Disponible en: <http://www.Medigrafic.com/pdfs/derma/cd-2000/cd001b.pdf>
6. Mohanna S, Sánchez J, Ferrufino JC, Bravo F, Gotuzzo E. Sarcoma de Kaposi clásico en pene: Reporte de dos casos. *Folia Dermatol.* 2004; 15(3): 183-5.
7. Mohanna S, Sánchez J, Ferrufino JC, Bravo F, Gotuzzo E. Sarcoma de Kaposi clásico ganglionar. Comunicación de tres casos. *Rev Méd Chile.* 2007; 135(9): 1166-70.

8. González Sixto B, Conde A, Mayo E, Pardavila R, de la Torre C, Cruces M. Sarcoma de Kaposi asociado a corticoterapia sistémica. *Actas Dermosifiliogr.* 2007; 98(8): 553-5.
9. Pérez Rodríguez A, Molina Alfonso S, Mármol Sónora A, Pérez de Prado Valdivia JC, Herrera Vilches M, Parodis López Y. Sarcoma de Kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. Presentación de 1 caso. *Rev Cubana Med.* 2004 [citado 14 Nov 2012]; 43(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol43_1_04/med11104.pdf

Recibido: 10 de marzo de 2013.

Aprobado: 21 de marzo de 2013.

Melba Elers Bandera. Hospital Universitario "Dr. Ambrosio Grillo Portuondo", Carretera Central, km 21 ½, Melgarejo, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: melers@medired.scu.sld.cu