


Sarcoma de Kaposi en diagnóstico tardío de VIH/sida

Kaposi sarcoma in late HIV/AIDS diagnosis

Carlos Guillermo Camacho Olguín¹ , Mario Alberto Lagunes López² , Juan David Jimenez Salazar³ , Sandra Padovani Clemente⁴ 

RESUMEN

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una neoplasia maligna multifocal de células endoteliales, que se presenta con lesiones características en la piel, boca y ganglios linfáticos.

Objetivo: Describir un caso de sarcoma de Kaposi que, por sus características, entorpeció el diagnóstico de infección por VIH.

Presentación del caso: Paciente masculino, de 30 años, diagnosticado recientemente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, sin tratamiento. Fue referido a la consulta de cirugía maxilofacial para biopsia de adenopatía cervical derecha. Durante el examen físico se observó edema generalizado en ambos miembros inferiores, con lesiones hiperpigmentadas de aspecto macular y papular de varias tonalidades. En la mucosa del paladar duro se apreció una lesión pigmentada violácea, que abarcaba la línea media palatina y se extendía hacia la hemiarcada izquierda. Se realizó la exégesis de la adenopatía con fines diagnósticos, con lo cual se confirmó sarcoma de Kaposi.

Conclusiones: La falta de familiaridad con las características clínicas, así como la falta de una biopsia de las lesiones cutánea y un examen completo de la cavidad oral, ocasionaron que esta neoplasia pasara desapercibida en los exámenes médicos de rutina en el caso presentado, lo que condujo a un bajo índice de sospecha de la infección por VIH/sida y retrasó el tratamiento oportuno. Cuando la inmunosupresión está avanzada, el sarcoma de Kaposi relacionado al síndrome de inmunodeficiencia adquirida tiende a ser más agresivo.

Palabras clave: sarcoma de Kaposi; virus de inmunodeficiencia humana; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; México.

ABSTRACT

Introduction: Kaposi sarcoma is a multifocal malignant neoplasm of endothelial cells which presents with characteristic lesions on the skin, mouth and lymph glands.

Objective: Describe a case of Kaposi sarcoma with characteristics that hindered HIV infection diagnosis.

Case presentation: A case is presented of a male 30-year-old patient recently diagnosed with acquired immunodeficiency syndrome, and not following any treatment. The patient was referred to the maxillofacial surgery service for right cervical adenopathy biopsy. Physical examination revealed generalized edema in both lower limbs, with hyperpigmented lesions of macular and papular appearance and various shades of color. A purplish pigmented lesion was detected in the hard palate mucosa. The lesion covered the palatal midline and extended toward the left hemiarch. Exeresis of the adenopathy was performed for diagnostic purposes, confirming the diagnosis of Kaposi sarcoma.

Conclusions: Lack of familiarity with the clinical characteristics of Kaposi sarcoma, and not performing a biopsy of the skin lesions and a complete examination of the oral cavity, made the neoplasm go unnoticed to routine medical tests, leading to low suspicion of HIV/AIDS infection and delaying timely treatment. In advanced immunosuppression, Kaposi sarcoma related to acquired immunodeficiency syndrome tends to be more aggressive.

Keywords: Kaposi sarcoma, human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, Mexico.

INTRODUCCIÓN

En el 2019 el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/sida en México notificó que 89 910 casos de VIH se encontraban vivos según el estado de evolución.⁽¹⁾ Sin tratamiento, la infección por VIH causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y cánceres propios del sida como el linfoma no Hodgkin, sarcoma de Kaposi y cáncer de cuello uterino.⁽²⁾ En las últimas décadas el tratamiento del VIH ha mejorado dramáticamente disminuyendo el riesgo de sida, mejorando la función inmune y la supervivencia, y ha reducido los cánceres propios del sida en esta población. Sin embargo, a medida que las personas que viven con el VIH tienen vidas más largas y saludables, experimentan un mayor riesgo de presentar otros tipos de cáncer que no están relacionados con el sida como el linfoma de Hodgkin y los cánceres de boca, gar-

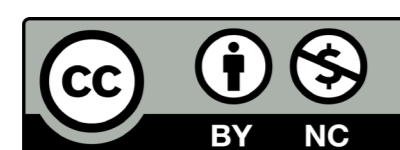
Recibido: 18/02/2020
Aceptado: 09/09/2020

¹ Clínica de Cirugía de Cabeza, Cuello y Maxilofacial. Pachuca de Soto, México.

² Clínica de Cirugía Rino-Facial. Puebla, México.

³ Hospital Universitario "General Calixto García", Servicio de Cirugía Maxilofacial. La Habana, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Estomatología "Raúl González Sánchez". La Habana, Cuba.



ganta, hígado, pulmón y ano.⁽³⁾

El sarcoma de Kaposi representa aproximadamente el 12 % de los cánceres diagnosticados en personas que viven con VIH.⁽⁴⁾ Es una neoplasia maligna multifocal de células endoteliales, descrita por primera vez en 1872 por Moritz Kaposi. Se presenta con máculas y pápulas características en la piel. El riesgo de presentarse en esta población es 500 veces mayor.⁽⁵⁾ El objetivo es, pues, describir un caso de sarcoma de Kaposi que, por sus características, entorpeció el diagnóstico de infección por VIH

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 30 años de edad, que al asistir a consulta refería que desde hacía dos años había comenzado con un aumento de volumen en la región derecha del cuello. El médico general le informó que se trataba de un ganglio inflamado y por lo que no recibió tratamiento. Seis meses después notó múltiples hematomas y edema en el miembro inferior derecho, por lo cual acudió a la consulta de angiología, en la que recibió tratamiento con escleroterapia y terapia medicamentosa durante seis meses. Al empeorar el cuadro clínico acudió al servicio de medicina interna, en el que se le indicó complementarios hematológicos y panel viral, este último fue positivo para VIH/sida y se transfirió al paciente a consulta de cirugía maxilofacial, con un diagnóstico presuntivo de tuberculosis o linfoma, para una biopsia excisional de la adenopatía cervical derecha, a fin de valorar si esta tenía relación con el cuadro clínico.

Al examen físico el paciente presentó claudicación intermitente dolorosa. Se observó edema generalizado en ambos miembros inferiores, con lesiones hiperpigmentadas de gran extensión, de aspecto macular y papular, que iban del color verde-amarillento al azul, con tonos violáceos, rojos y púrpuras hasta el color negro. Estas lesiones se extendían desde la región calcánea a la región plantar, dedos del pie y llegaba a la región anterior de las piernas. En la región anterior de la pierna derecha dichas lesiones convergían formando placas elevadas y papulares de gran tamaño, con bordes irregulares y límites poco definidos que cubrían casi en su totalidad la superficie de dicha región y una úlcera de 0,5 x 0,5 cm en el borde medial anterior de la pierna; mientras que en la región anterior de la pierna izquierda las lesiones eran pequeñas y multifocales. En el dorso de la mano izquierda se observó una lesión purpúrea y circunscrita de 1,0 x 1,0 cm. Dentro de la boca, en la mucosa del paladar duro, por detrás de las rugas palatinas, se observó una lesión pigmentada, no elevada, que abarcaba la línea media palatina y se extendía hacia la hemiarcada izquierda, de color violácea en su mayor superficie y con tonalidades azules y rojas hacia su periferia, de aproximadamente 3,0 x 2,0 cm, de bordes irregulares y poco definidos (Fig. 1).



Fig. 1 - A. Mancha en vino de Oporto en la mucosa del paladar, que abarca la línea media palatina y se extiende hacia la hemiarcada izquierda con una lesión satélite adyacente y otra en la tuberosidad del maxilar del mismo lado. | B. Lesiones hiperpigmentadas de aspecto macular y papular de ambos miembros inferiores. | C. y D. Lesiones de la región plantar de miembro inferior derecho.

En el cuello se observó una adenopatía en nivel III derecho de 4,0 x 2,0 cm y otra en el nivel V izquierdo de 1,0 x 0,5 cm. Ambas bien circunscritas, normocoloreadas, no fijas a piel o planos profundos, no dolorosas y normotérmicas. En los complementarios de tipo hematológicos presentó una cuenta de linfocitos CD4+ de 147 μ L y una carga viral VIH de 92,705 mL. La tomografía axial computarizada (TAC) contrastada de tórax, abdomen y pelvis informó la presencia de adenopatías a nivel paraaórtico infrarrenal izquierdo, así como en mesocolon derecho, con una alta captación del contraste.

Se realizó una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) de la adenopatía cervical derecha la cual no identificó la presencia de células epiteliales.

Se programó la exéresis de la adenopatía cervical derecha. Mediante una incisión arciforme en un pliegue cutáneo del cuello, aproximadamente 5 cm adyacente a la adenopatía. Se incidió sobre la piel, el tejido celular subcutáneo y el músculo platisma. Se elevó un colgajo subplatisma y mediante disección roma se expuso la adenopatía y se realizó su exéresis. La pieza quirúrgica fue enviada para su estudio anatomopatológico con

una impresión diagnóstica de sarcoma de Kaposi vs. linfoma. El paciente evolucionó favorablemente a la adenectomía cervical (Fig. 2).

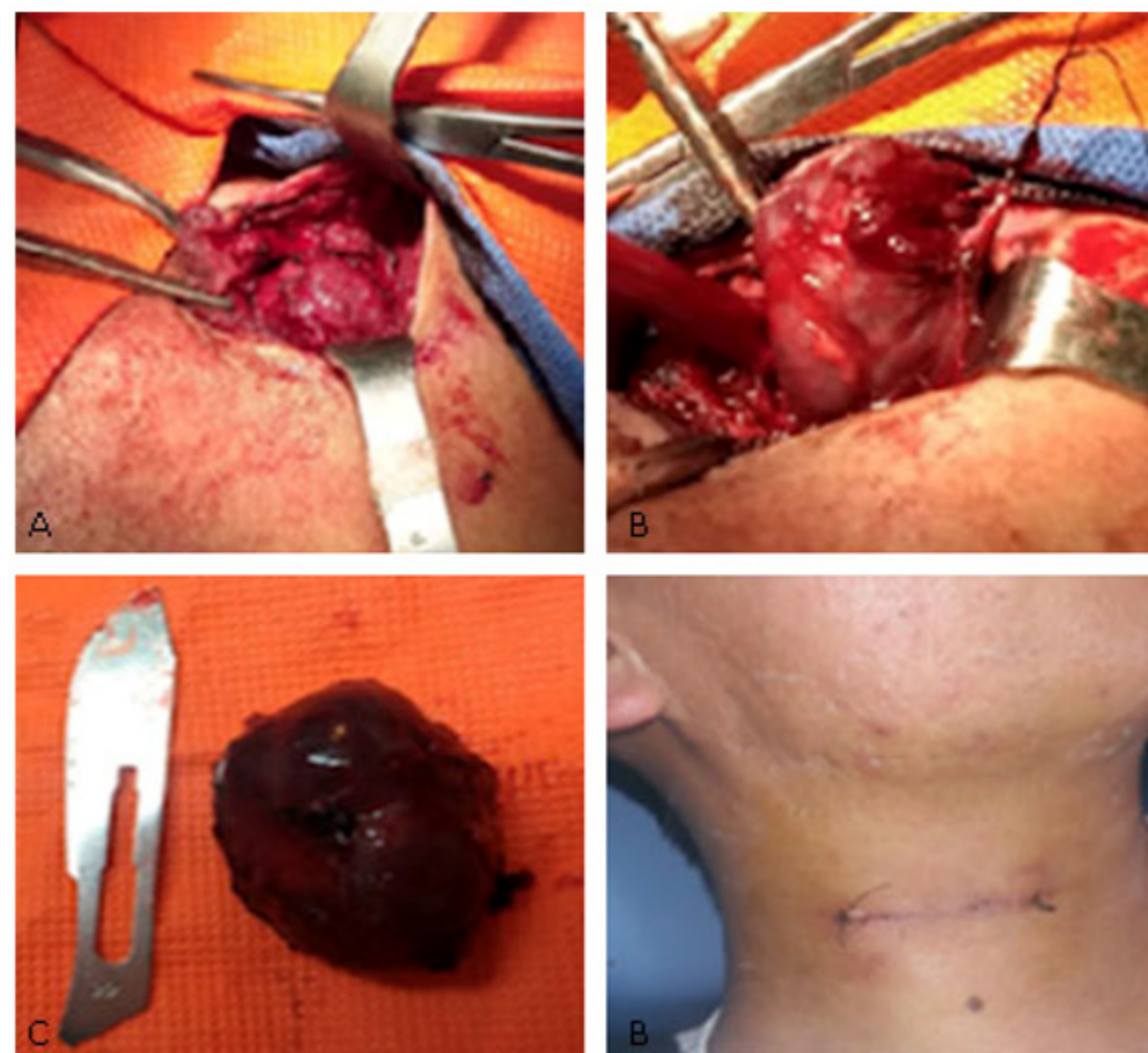


Fig. 2 - A. y B. Exposición y exéresis de la adenopatía. | C. Especimen quirúrgico. | D. Herida quirúrgica.

El resultado anatomopatológico confirmó sarcoma de Kaposi, ya que la lesión estaba compuesta por haces de células fusiformes, con escaso citoplasma, intensamente eosinófilo y núcleo alargado, con cromatina finamente granular. Estas células formaban hendiduras de aspecto vascular con presencia de eritrocitos en su interior. Se identificaron glóbulos malignos, eosinófilos, pequeños, aledaños. La inmunohistoquímica fue positiva para VHH-8 (Fig. 3).

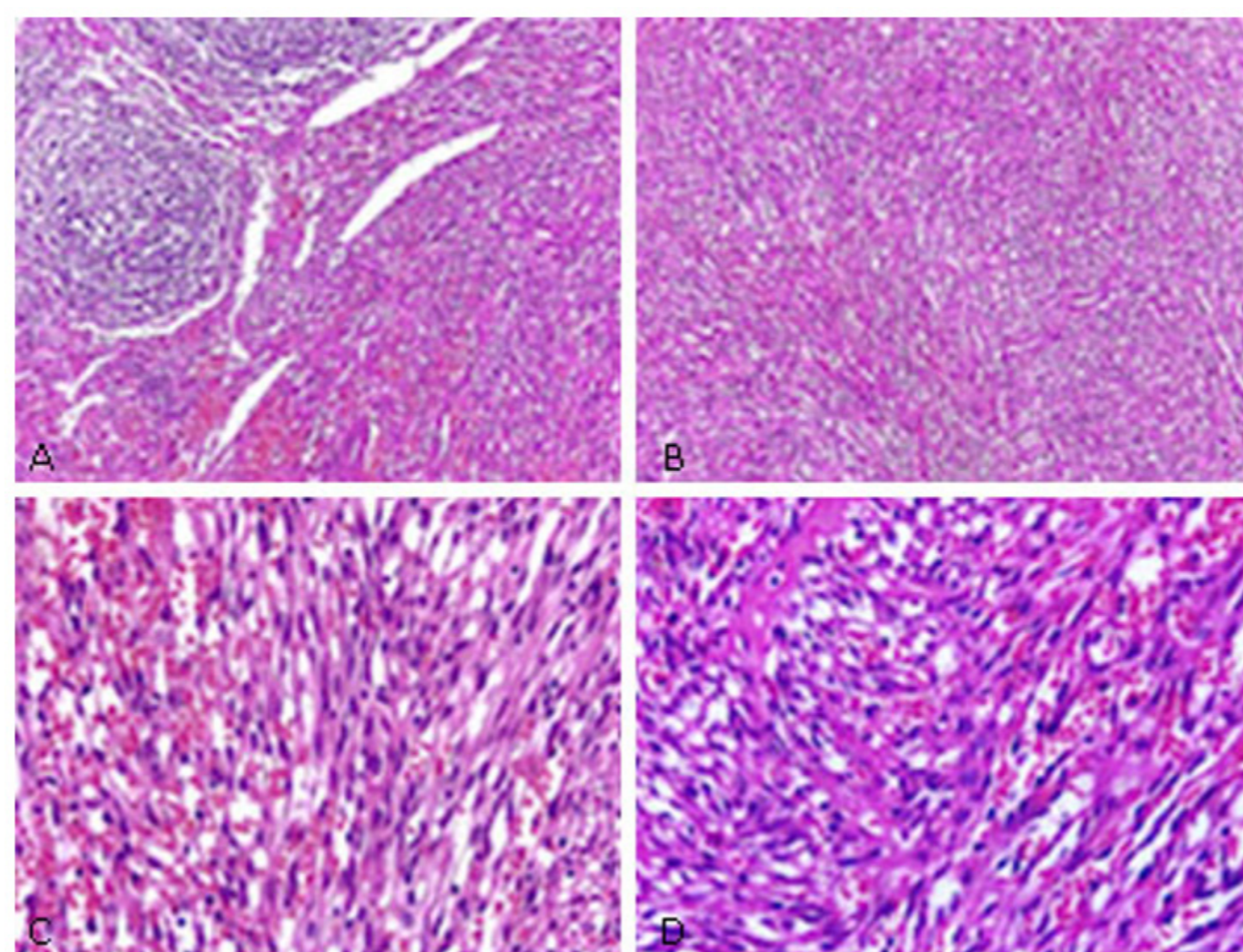


Fig. 3 - A. y B. Lesión focal irregular, compuesta de haces de células fusiformes (10x). | C. y D. Hendiduras de aspecto vascular con presencia de eritrocitos en su interior, así como escasos globos hialinos (40x).

Una vez confirmado el diagnóstico, se declaró la enfermedad en estadio T1,I1,S0 remitiendo al paciente a su centro de salud correspondiente para terapia antirretroviral y oncológica apropiada.

DISCUSIÓN

Actualmente en México 301 182 personas viven con VIH/sida,⁽⁶⁾ pero no se sabe con exactitud la tasa de incidencia de las neoplasias malignas asociadas a este síndrome. Sin embargo, el Instituto Nacional de Cancerología refiere una disminución de nuevos casos de sarcoma de Kaposi a partir del acceso en México al tratamiento antirretroviral.⁽⁷⁾ Se sabe también que existe un mayor riesgo de desarrollar cáncer en personas con VIH/sida, probablemente debido a la disregulación inmune subyacente y la coinfección con virus como el papiloma humano (VPH), herpes humano 8 (HHV-8), hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC) y Epstein-Barr (VEB).

Se han descrito cuatro tipos de sarcoma de Kaposi, pero cuando ocurre en contexto con el VIH, se considera una enfermedad asociada al sida y se conoce como sarcoma de Kaposi relacionado al SIDA.⁽⁸⁾ Ha estado universalmente asociado con la infección por HHV-8 desde 1994 cuando Chang y otros⁽⁹⁾ identificaron la presencia

de ADN de este virus en muestras cutáneas. Según Florek y otros,⁽¹⁰⁾ el virus parece ser una condición necesaria pero no absoluta de esta enfermedad. Contrario de Antman y Chang⁽¹¹⁾ argumentando que más del 95 % de las lesiones de sarcoma de Kaposi, independientemente de su subtipo clínico, están infectadas con HHV-8, por lo que consideran la presencia de este como factor primario y necesario en su desarrollo. En la actualidad se sabe que el HHV-8 juega un papel importante en el origen del sarcoma de Kaposi, como lo corroboró la inmunohistoquímica en el caso presentado, pero la inmunosupresión por el diagnóstico tardío del VIH/sida fue también un factor desencadenante.

Clínicamente el sarcoma de Kaposi se presenta con lesiones cutáneas maculares asintomáticas, violáceas, rosadas o rojas que pueden converger para formar placas y nódulos de color azul violáceo o negro; también puede haber edema. En ocasiones los nódulos pueden penetrar en el tejido blando e invadir hueso. En un 40 % de los casos pueden aparecer lesiones en las mucosas oral y en la conjuntiva ocular.⁽¹²⁾ Aunque estas lesiones son características del sarcoma de Kaposi, no son patognomónicas, por lo que es importante tener en cuenta que ciertas enfermedades infecciosas pueden provocar lesiones cutáneas similares en esta población.

Forrastel y otros⁽¹³⁾ reportaron 3 casos de angiomas basilar en pacientes infectados por VIH/sida que clínicamente e histológicamente fueron reportadas como sarcoma de Kaposi. De igual modo, Giudice y otros⁽¹⁴⁾ describieron el caso de un paciente con VIH/sida que padecía severa inmunodepresión, el cual manifestaba lesiones cutáneas similares al sarcoma de Kaposi; sin embargo, el estudio histopatológico reportó histoplasma capsulatum en todas las muestras enviadas, por lo que se le diagnosticó histoplasmosis diseminada.

Asimismo, debe hacerse diagnóstico diferencial con otras enfermedades dentro del espectro clínico de aquellas asociadas al HHV-8, como el linfoma de efusión primario y la enfermedad de Castleman multicéntrica, sobre todo si múltiples cadenas ganglionares, vísceras o estructuras óseas están involucradas.⁽¹⁵⁾ Cacciari y otros⁽¹⁶⁾ reportaron dos casos clínicos con VIH/sida que presentaban adenomegalias generalizadas, síntomas B y lesiones cutáneas planas de color marrón, por lo que sospecharon sarcoma de Kaposi; la biopsia ganglionar informó enfermedad de Castleman multicéntrica relacionada al HHV-8. Rodríguez y otros⁽¹⁷⁾ publicaron un estudio de un caso clínico de una mujer inmunosuprimida con dermatosis de curso indolente en extremidades, múltiples adenomegalias, esplenomegalia y síntomas sistémicos. Mediante inmunohistoquímica se comprobó la coexistencia de sarcoma de Kaposi y enfermedad de Castleman multicéntrica relacionados al HHV-8. Tal vez la falta de familiaridad de las características clínicas del sarcoma de Kaposi por parte de los médicos que la trataron pudo deberse a la gran variedad de infecciones, coinfecciones y enfermedades que comparten características clínicas e imagenológicas en pacientes que viven con VIH/sida.

Con respecto al pronóstico, en 1997 Krown y otros⁽¹⁸⁾ describieron las recomendaciones y criterios para la clasificación del estadio del sarcoma de Kaposi relacionado al sida, para lo que utilizaron el sistema TNM que evalúa el tumor, el sistema inmune y la enfermedad sistémica con 0 para un buen pronóstico y 1 para un pronóstico desfavorable. Para Maya y otros⁽¹⁹⁾ la presencia de lesiones bucales y el linfedema asociados al sarcoma de Kaposi son signos ominosos de fatalidad, por lo que enfatiza en su diagnóstico precoz. Volkow y otros⁽²⁰⁾ consideran que una alta carga viral con extensas lesiones en piel e involucramiento pulmonar por el sarcoma de Kaposi pueden llevar al paciente a un síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI) al momento de iniciar la terapia antirretroviral, lo cual está asociado a un pronóstico desfavorable. Esto concuerda con el Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors,⁽²¹⁾ que sugiere que las características de la T y S tienen mejor valor pronóstico que la etapa 1, como lo demostraron en su estudio, en el que evaluaron 211 pacientes con sarcoma de Kaposi relacionado al SIDA, de los cuales, los estadios T1S1 tuvieron una tasa de supervivencia a los tres años de 53 %; mientras que los estadios T0S0, T1S0 o T0S1 tuvieron una tasa de supervivencia de hasta 88 %. El caso presentado se clasificó como T1I1S0 con pronóstico desfavorable, debido a la carga viral y la clínica observada. Actualmente el paciente se encuentra con tratamiento antirretroviral y cumpliendo su segundo ciclo de quimioterapia con doxorubicina liposomal.

CONCLUSIONES

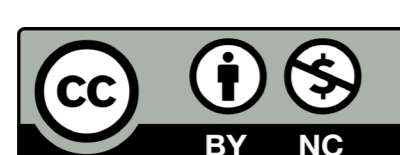
El sarcoma de Kaposi es el cáncer más común relacionado al sida. La falta de familiaridad con las características clínicas, así como la falta de una biopsia de las lesiones cutánea y un examen completo de la cavidad oral, ocasionaron que esta neoplasia pasara desapercibida en los exámenes médicos de rutina, lo cual condujo a un bajo índice de sospecha de la infección por VIH/sida y retrasó el tratamiento oportuno. Cuando la inmunosupresión está avanzada, el sarcoma de Kaposi relacionado al sida tiende a ser más agresivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. México. Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, Dirección General de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de sida. Actualización al 3er. trimestre del 2019. 2019. [acceso

05/02/2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513719/RN_3erTrim_2019.pdf

2. Hwang JP, Granwehr BP, Torres HA, Suarez-Almazor ME, Giordano



TP, Barbo AG, et al. HIV testing in patients with cancer at the initiation of therapy at a large US comprehensive cancer center. *J Oncol Pract.* 2015;11:384-90. PMID: [26243649](#)

3. Li J, Thompson TD, Tai E, Zhao G, Oster AM. Testing for human immunodeficiency virus among cancer survivors under age 65 in the United States. *Prev Chronic Dis.* 2014 [acceso 05/02/2020];11:E200. PMID: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25393748/>

4. Yarchoan R, Uldrick TS. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. *N Engl J Med.* 2018 [acceso 05/02/2020]; 378 (11):1029-1041. PMID: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6890231/>

5. Robbins HA, Shiels MS, Pfeiffer RM, Engels EA. Epidemiologic contributions to recent cancer trends among HIV-infected people in the United States. *AIDS.* 2014;28(6):881-90. PMID: [24300545](#)

6. México. Gobierno de México, Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Día mundial del sida. 2019. [acceso 20/02/2020]. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/513718/BOLETIN_D_A_MUNDIAL_28_NOV_VFIN.pdf

7. Cornejo P, Cavildo D, Volkow P. Non-AIDS defining cancer (NADC) among HIV-infected patients at an oncology tertiary-care center in Mexico. *AIDS Res Ther.* 2018;15(1):16. PMID: [30368240](#)

8. Cañas-Ruano E, Martín-Castillo M, Raventós B, Burgos J, Curran A, Navarro J, et al. Incidence of malignancy in a Spanish cohort of patients infected by the human immunodeficiency virus. *Med Clin (Barc).* 2020;155(7):288-94. PMID: [32005558](#)

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;1266:1865-9. PMID: [7997879](#)

10. Florek A, Eilers D, Armstrong A. A case of Kaposi sarcoma in an immunocompetent, heterosexual Irish man: a discussion of etiology and viral transmission. *Dermatol Online J.* 2015;21(10). PMID: [26632797](#)

11. Antman K, Chang Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med.* 2000;342(14):1027-38. PMID: [10749966](#)

12. Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. *Nat Rev Dis Primers.* 2019;62(6):730-8. PMID: [PM6685213](#)

13. Forrestel A, Naujokas A, Martin J, Maurer T, McCalmont T,

Laker-Opwonya M, et al. Bacillary angiomatosis masquerading as Kaposi's sarcoma in East Africa. *J Int Assoc Provid AIDS Care.* 2015;14(1):21-5. PMID: [24718378](#)

14. Giudice G, Paciel D, Vola M, Agorio C. Co-infección Sarcoma de Kaposi - Histoplasmosis en una paciente con VIH. 16.º Congreso Uruguayo de Dermatología 16-20 Oct 2018. Montevideo; 2019. [acceso 09/02/2020]. Disponible en: <http://www.infectologia.edu.uy/produccion-cientifica/congresos/2018/co-infeccion-sarcoma-de-kaposi-histoplasmosis-en-una-paciente-con-vih>

15. Katano H. Pathological Features of Kaposi's Sarcoma-Associated Herpesvirus Infection. *Adv Exp Med Biol.* 2018;1045:357-76. PMID: [29896675](#)

16. Cacciari V, Arra A, D'Alessandro D, Errea S, Kohan D, Elsner B, et al. Enfermedad de Castleman e infección por HIV. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. *Acta SIDA Infec.* 2015 [acceso 09/02/2020]; 23(88):33-41. Disponible en: <https://infectologia.info/wp-content/uploads/2016/07/ASEI-88-2.pdf>

17. Rodríguez L, Mahaht G, Salazar L, Magola. Sarcoma de Kaposi y enfermedad de Castleman multicéntrica VHH-8 positivo - VIH Negativo. *Acta Med Colomb.* 2018;43(1):30-2. DOI: <https://doi.org/10.36104/amc.2018.1357>

18. Krown S, Testa M, Huang J. AIDS-related Kaposi's Sarcoma: Prospective Validation of the AIDS Clinical Trials Group Staging Classification. *AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee. J Clin Oncol.* 1997;15:3085-92. PMID: [9294471](#)

19. Maya A, Segovia S, Madrigal S, Abrego I, Salas J. Sarcoma de Kaposi en región oral y maxilofacial, una neoplasia olvidada. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2018 [acceso 10/02/2020]; 40(1):22-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130055817300060?via%3Dihub>

20. Volkow P, Cesarman G, Garcidiego P, Rojas E, Cornejo P. Clinical characteristics, predictors of immune reconstitution inflammatory syndrome and long-term prognosis in patients with Kaposi sarcoma. *AIDS Res Ther.* 2017;14(1):30. PMID: [28558783](#)

21. Berretta M, Martellotta F, Di Francia R, Spina M, Vaccher E, Balestrieri L. Clinical presentation and outcome of non-AIDS defining cancers, in HIV-infected patients in the ART-era: The Italian Cooperative Group on AIDS and tumors activity. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015;19(19):3619-34. PMID: [26502852](#)

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

