

## Sarcoma de Kaposi en gestante del tercer trimestre

### Kaposi's sarcoma in pregnant women in the third trimester

Janny del Carmen León Pino<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-6823-8408>

Viviana de la C. Sáez Cantero<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1823-1643>

Xiomara Pujadas Ríos<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1682-439X>

<sup>1</sup>Hospital General Docente "Enrique Cabrera". La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [jannymayito@gmail.com](mailto:jannymayito@gmail.com)

#### RESUMEN

**Introducción:** El sarcoma de *Kaposi* es una neoplasia angioproliferativa multifocal de evolución maligna, que usualmente aparece en la piel, pero también puede afectar los órganos viscerales.

**Objetivo:** Mostrar un caso clínico de una gestante atendida en el Hospital General Docente Enrique Cabrera de la Habana y diagnosticada mediante biopsia como portadora de sarcoma de *Kaposi*.

**Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de un caso, mediante el análisis de la historia clínica y revisión de la bibliografía actualizada.

**Presentación de caso:** Se presenta el caso de una gestante, con diagnóstico de VIH/sida de seis años de evolución y en tratamiento con antirretrovirales. A las 32 semanas debuta con lesión vascular rojo-violácea y con sangrado moderado en el quinto dedo del pie derecho. Posteriormente aparecieron nódulos de iguales características en axilas y adenopatías inguinales dolorosas.

El estudio histológico diagnosticó sarcoma de Kaposi. Se realizó operación cesárea en la semana 37 sin complicaciones maternas o perinatales y se remitió a otro centro para concluir estudios diagnósticos e imponer la terapéutica adecuada.

**Conclusiones:** El ginecobstetra debe familiarizarse con las formas clínicas de aparición del sarcoma de *Kaposi* que se asocia en ocasiones a pacientes con VIH/sida, para

sospechar y llegar a su diagnóstico, y así poder indicar la mejor alternativa terapéutica y emitir un pronóstico que siempre requerirá de un manejo multidisciplinario.

**Palabras clave:** sarcoma de *Kaposi*; embarazo; lesión.

## ABSTRACT

**Introduction:** Kaposi's sarcoma is a multifocal angioproliferative neoplasia with malignant evolution that usually appears in the skin but it can also affect the visceral organs.

**Objective:** Show a clinical case of pregnant women attended in 'Enrique Cabrera' Teaching General Hospital and diagnosed through a biopsy as a carrier of Kaposi's sarcoma.

**Methods:** It was carried out a retrospective, descriptive study of a case through the assessment of the clinical history and the review of updated bibliography.

**Presentation of the case:** It is presented the case of a pregnant woman, with diagnosis of HIV/AIDS of 6 years of evolution and a treatment with antiretroviral drugs. At the week 32 of pregnancy appears a red-violet vascular lesion with moderate bleeding in the fifth toe of the right foot. Subsequently, nodules of similar characteristics appeared in the axillas and also some painful inguinal adenopathies. The histological study showed Kaposi's sarcoma. It was conducted a cesarean section in the week 37 without maternal or perinatal complications, and the patient was referred to other institution to finish the diagnosis studies and start the adequate therapy.

**Conclusions:** The Obstetrics/Gynecology specialists should become familiar with the clinical forms of Kaposi's sarcoma onset which it is sometimes associated to HIV/AIDS patients, in order to find a proper diagnosis, indicate the best alternative therapy, and give a prognosis that will always require a multidisciplinary management.

**Keywords:** Kaposi's sarcoma; pregnancy; lesion.

Recibido: 06/06/2020

Aprobado: 25/6/2020

## Introducción

El sarcoma de *Kaposi* (SK), también llamado angiosarcoma de *Kaposi* o sarcoma hemorrágico idiopático múltiple, es una neoplasia angioproliferativa multifocal de evolución maligna, que usualmente aparece en la piel, pero que también puede afectar los órganos viscerales.<sup>(1,2)</sup>

Este tipo de tumor, fue descrito por primera vez en 1872 en Viena por el dermatólogo austrohúngaro *Moritz Kaposi* con el nombre de Sarcoma Múltiple Pigmentado Idiopático que afectaba a varones fundamentalmente judíos y del área mediterránea.<sup>(3)</sup>

Por muchos años, su origen se relacionó con paciente inmunodeprimidos de larga evolución, al observar que en pacientes con VIH/sida, la presentación clínica difería significativamente de las variables clínicas descritas de este tumor, con mayor agresividad, casi siempre envolviendo mucosas, y progresión hacia afectación visceral, con disfunción múltiple de órganos y muerte. Posterior al reporte de casos de SK en individuos inmunocompetentes HIV negativos, se sugirió una infección de transmisión sexual y en 1996, se descubrió un nuevo virus asociado con todos los especímenes de SK examinados, el herpes virus humano 8 (HHV8).<sup>(1)</sup>

Además de la presencia del HHV8, se han mencionado varios cofactores necesarios para la evolución de la infección hacia el estadio tumoral, tales como: la coinfección con el citomegalovirus humano y el virus de *Epstein Barr*, el papel de la proteína *Tat* del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), factores del huésped (desnutrición, factores genéticos, hipoxia tisular), factores ambientales y otros.<sup>(4)</sup>

Clínicamente se caracteriza por la aparición de maculas, placas y/o nódulos, violáceos de diferentes tamaños generalmente cutáneos, aunque existen formas de presentación ganglionar sin lesiones de la piel, o como lesiones de las mucosas de boca e intestino.<sup>(5,6)</sup>

Otras localizaciones son las mucosas de los tractos aéreos y órganos sólidos.<sup>(7)</sup>

Se han descrito cuatro variedades: clásica, epidémica asociada a la infección por VIH, iatrogénica y endémica africana. Cada una de ellas presenta características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas particulares.<sup>(6)</sup>

La forma epidémica asociada al VIH/sida es la neoplasia o tumor más frecuente en pacientes infectados por el VIH, la cual representa un importante problema social al ser lesiones visibles y contribuye de un modo importante a la mortalidad de las personas afectadas.<sup>(7)</sup>

Aunque no es una de las complicaciones más frecuentes, el SK está entre las que se presentan en gestantes seropositivas al VIH, al igual que la neumonía bacteriana, sepsis urinaria, *herpes zoster* y tuberculosis. Esta última resulta la infección oportunista más común.<sup>(8)</sup>

Con fines docentes, se presenta el caso de una gestante con diagnóstico de VIH/sida, que debuta en el tercer trimestre con una lesión vascular en el pie derecho que inicialmente se interpretó como un granuloma infectado, y que definitivamente se diagnosticó mediante la biopsia, como sarcoma de *Kaposi*.

### Presentación de caso

Paciente femenina de 32 años, con diagnóstico de VIH/sida de 6 años de evolución, tratada con retrovirales desde su inicio (lopinavir 2 tabletas cada 12 horas y emtricitabina 1 tableta a las 10 pm), que debuta a las 32 semanas con lesión vascular en el quinto dedo del pie derecho, por lo cual fue valorada por especialistas en Dermatología y Angiología e interpretada inicialmente como un granuloma infectado.

En sus comienzos la lesión medía 4 cm de diámetro y era firme, pediculada de color rojo-violáceo muy vascularizada con sangrados moderados a repetición, pero sin causar alteraciones hemodinámicas (Fig. 1).



**Fig. 1** - Lesión en artejo del 5to dedo del pie derecho.

A las 36 semanas de gestación, cuando ya la lesión comprometía el resto de los artejos, la paciente se remitió a la terapia intensiva del hospital General Docente “Enrique Cabrera”,

La Habana, Cuba donde se impuso tratamiento con ceftriaxona, metronidazol y amikacina y se inició profilaxis de la enfermedad tromboembólica con fraxiheparina.

Todos los complementarios indicados se encontraron dentro de parámetros normales, excepto una velocidad de sedimentación en 100 mm/h y la carga viral 1180 copias del mes de julio (esposo sero discordante). El ultrasonido obstétrico mostró una biometría fetal acorde para la edad gestacional.

Al no tener criterio para su permanencia en una unidad de cuidados intensivos (UCIP), se traslada a sala de cuidados especiales materno-perinatales, donde se convoca a una discusión multidisciplinaria con ortopedicos, angiólogos, dermatólogos y oncólogos ya que reinició el sangrado moderado por la lesión mencionada que precisó de vendaje compresivo.

Datos positivos al examen físico general fueron, el hallazgo de adenopatías múltiples dolorosas en región inguinal derecha, nódulos de color rojo violáceo en ambas axilas y en la cavidad oral cerca del pilar anterior derecho, además de edemas importantes hasta el tercio medio del pie derecho que imposibilitaban casi la marcha.

Al examen obstétrico se constató una altura uterina de 36 cm, dorso derecho y una frecuencia cardiaca fetal de 140 x minuto sin dinámica uterina.

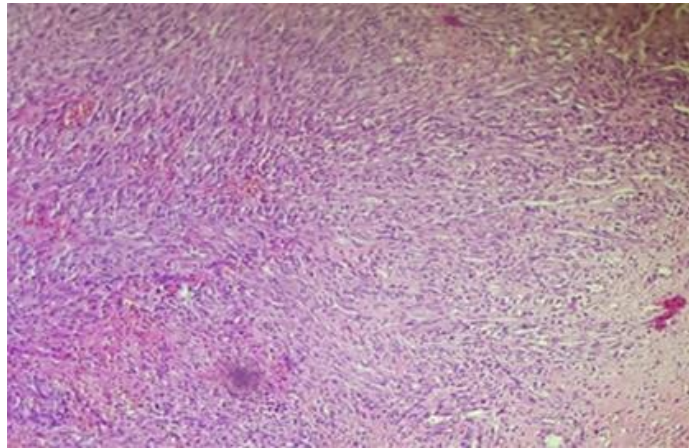
Se realizó ultrasonido de partes blandas en la región inguinal derecha y en la cadena cervical de ese mismo lado encontrándose múltiples nódulos con aumento de la vascularización. Además, se realizó radiografía de tórax que no mostró alteraciones pleuropulmonares.

Se decide cesárea electiva según protocolo, la cual se realiza a las 37,5 semanas y se obtiene un recién nacido vivo, femenino, con *Apgar* 9/9 y peso de 2940 g.

Posteriormente, se remite al Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” en La Habana, Cuba para continuar su estudio, con los siguientes resultados:

- Rayos X de tórax: Aumento del índice cardio-torácico, con forma de copa invertida, sugestivo de derrame pericárdico.
- Gastroduodenoscopia: Se observaron lesiones engrosadas rojas violáceas a nivel de antro pre pilórico, sin ocluir la luz antral y en tercio medio del esófago lesiones exofíticas rojo violáceas en número variable, por lo que se planteó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi en estómago y esófago.

- Ecografía de partes blandas de muslo derecho: Se reportó la existencia de adenopatías de bordes mal definidos, con centros hipoecogénicos y algunas imágenes ecolúcidas que podían estar en relación con pequeños abscesos que se interpretaron como adenopatías metastásicas.
- Carga viral en plasma: 27 000 cps/mL; CD4 en 14,1-160cel/mL.
- Serología para hepatitis B y C negativas.
- Urocultivo positivo a *Klebsiella neumoneae* para lo cual se impuso tratamiento con ceftriaxona por 10 días.
- Biopsia: Se realizó biopsia de la lesión del quinto metacarpiano y de ganglio linfático (Fig. 2 y 3).



**Fig. 2** - Muestra el tercer estadio de las lesiones del SK, la forma nodular compuesta por fascículos de células fusiformes con marcada atipia nuclear.



**Fig. 3** - Corte histológico de ganglio linfático que muestra hiperplasia, linfoide.

Los hallazgos histológicos, confirmaron el diagnóstico clínico y ecográfico ya realizado en esta paciente.

## Discusión

El SK, es mucho menos frecuente en las mujeres que en los hombres, con una proporción de 1:2 y aunque el tratamiento es similar para ambos sexos, tratar la enfermedad activa en una mujer embarazada puede plantear problemas especiales debido a los efectos secundarios de muchos de los medicamentos contra el cáncer.<sup>(2)</sup>

El mismo, representa un importante problema social, pues al ser las lesiones visibles, se han considerado como un estigma del sida. Las lesiones dolorosas o voluminosas en la cavidad oral pueden dificultar el habla y la deglución y el edema asociado al SK puede ocasionar dificultades para la deambulaci3n,<sup>(5)</sup> como ocurri3 con nuestra paciente.

La variedad epidémica o asociada al VIH/sida es más agresiva que la forma clásica, con una historia natural variable, en la cual el 50 % de los pacientes desarrolla lesiones de localización submucosa y de color rojo púrpúreo en la boca o en el aparato gastrointestinal.<sup>(9)</sup>

En raras ocasiones se produce un tumor cutáneo único, frecuentemente en la planta del pie, o en la cabeza y regi3n cervical, pues la mayoría de los pacientes se presentan con múltiples lesiones ampliamente distribuidas por todo el organismo.<sup>(9)</sup> Tal es el caso de la paciente que exponemos, que se presentó con una lesi3n en la regi3n plantar del quinto artejo del pie derecho, interpretada como aislada en sus inicios, pero que las investigaciones posteriores demostraron la toma del tracto gastrointestinal.

El amplio espectro morfol3gico del SK puede simular numerosas condiciones neoplásicas y no neoplásicas.<sup>(10)</sup> El diagnóstico diferencial se debe establecer con la angiomatosis bacilar, angiosarcomas y tumores de origen vascular, como el hemangioma en penacho y el granuloma pi3geno, tumores cutáneos como el melanoma o el nevo, metástasis cutáneas o linfomas cutáneos. En caso de las formas más nodulares de SK, también deben descartarse la esporotricosis y las infecciones por mycobacterias atípicas, como el *Mycobacterium Marinum*.<sup>(11,12)</sup>

Otro diagnóstico diferencial es el pseudosarcoma de *Kaposi* o acroangiodermatitis, que a diferencia del SK, no tiene relaci3n con el VHH-8 y se presenta en pacientes amputados,

pacientes en hemodiálisis con fístulas arteriovenosas, en pacientes con hepatitis C y en asociación con malformaciones vasculares.<sup>(11)</sup>

El diagnóstico del SK se confirma mediante el examen anatomopatológico de las lesiones, de ahí que el diagnóstico inicial, de granuloma infestado realizado en esta paciente no estuviera del todo desacertado.

En la forma epidémica de SK, se ha propuesto la clasificación TIS (tumor-sistema inmunitario - enfermedad sistémica) que se muestra a continuación (Cuadro).

**Cuadro - Clasificación TIS (tumor-sistema inmunitario - enfermedad sistémica)**

Clasificación	Buen pronóstico	Mal pronóstico
T: tumor	T0: Limitado a piel y/o ganglios y/o afectación mucosa mínima (lesiones planas)	Uno de los criterios: Edema o ulceración Afectación mucosa extensa Afectación visceral diferente a la ganglionar
I: sistema inmunitario	I0: CD4 > 200/ $\mu$ L	I1: CD4 < 200/ $\mu$ L
S: enfermedad sistémica	S0: No infección oportunista. No síntomas de tipo B Índice de <i>Karnofsky</i> > 70	S1: Infección oportunista. y/o síntomas de tipo B Índice de <i>Karnofsky</i> < 70 Otra afectación ligada al VIH/sida

Dentro de los tres parámetros que integran esta clasificación, el segundo de ellos es el que más importancia tiene como valor pronóstico.<sup>(2)</sup>

Nuestra paciente tenía una inmunodepresión severa, con un SK de mal pronóstico y aunque la localización cutánea no es mortal, la afectación gastrointestinal que presenta podía llevar a complicaciones hemorrágicas.

El manejo del SK va de la mano con la forma de presentación clínica, extensión de las lesiones, naturaleza cutáneo-mucosa o visceral y trastornos funcionales ocasionados. En el sarcoma de Kaposi asociado al VIH/sida, primeramente, se debe establecer un manejo antirretroviral específico (combinación de dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa y un inhibidor de proteasa), este es el primer pilar del tratamiento.<sup>(13,14)</sup>

El segundo pilar es el tratamiento tumoral específico, ya sea local (quirúrgico, laser, crioterapia, radioterapia, quimioterapia intralesional o aliretinoína) o sistémico, este



último indicado en la enfermedad avanzada o rápidamente progresiva, con más de 25 lesiones cutáneas o compromiso visceral sintomático.

La epidemia mundial de sida ha cobrado actualmente relevancia en los sistemas de salud, así como las diferentes patologías subyacentes asociadas, como es el caso del sarcoma de *Kaposi*.

### Conclusiones

El ginecobstetra debe familiarizarse con las formas clínicas de aparición del sarcoma de *Kaposi* que se asocia en ocasiones a pacientes con VIH/sida, para sospechar y llegar a su diagnóstico, y así poder indicar la mejor alternativa terapéutica y emitir un pronóstico que siempre requerirá de un manejo multidisciplinario.

### Referencias bibliográficas

1. Curtiss P, Strazzulla LC, Friedman-Kien AE. An Update on Kaposi's sarcoma: Epidemiology, Pathogenesis and Treatment. School of Medicine, New York. Dermatol Ther (Heidelb). 2016;6(4):465-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-016-0152-3>
2. Mora Morillas I. Sarcoma de Kaposi. An Med Interna (Madrid). 2003;20:167-9.
3. Vera Díaz ME. Perfil epidemiológico, y morbi-mortalidad por Sarcoma de Kaposi VIH, en el Hospital de Infectología Dr. José Daniel Rodríguez Maridueña, desde el año 2012 al 2014 [Tesis de Medicina en línea]. Ecuador: Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas; 2015. [citado 27/03/2019]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/12304>
4. León Polanco JR, Rodríguez FT, Franco YA. Sarcoma de Kaposi en paciente con SIDA. Rev Zoilo Marinello [Internet]. 2015 [citado 06/03/2019];40(2). Disponible en: [http://revzoilomarinellosldcu.com/index.php/zmv/article/view/104/html\\_21](http://revzoilomarinellosldcu.com/index.php/zmv/article/view/104/html_21)
5. Chávez RE, Castillo Moreno RC. Revisión bibliográfica sobre VIH/sida. Multimed [Internet]. 2013 [citado 27/03/2019];17(4):189-213. Disponible en: <http://www.revmultimed.sldcu.com/index.php/mtm/article/download/340/485>
6. Carrascosa R, Alfageme F, Roustán G, Suárez MD. Ecografía cutánea en el sarcoma de Kaposi. Actas Dermosifiliogr. 2016;107:19-22.

7. Vargas A, Solé S. Sarcoma de Kaposi: variedades clínicas y resultados del tratamiento local con radioterapia. Rev Med Chile [Internet]. 2018 [citado 27/03/2019];146:32-8. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872018000100032&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S003498872018000100032&script=sci_arttext&tlng=en)
8. Mayo Abad D. VIH/SIDA en gestantes. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2005 Dic [citado 27/03/2019];31(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138600X2005000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2005000300005&lng=es)
9. Project Inform. El sarcoma de Kaposi y la enfermedad del VIH. Guía de recursos relacionados con el VIH/SIDA. 2011;92(8):837-44. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s12105-018-0902-x>
10. Schneider JW, Dittmer DP. Diagnosis and Treatment of Kaposi Sarcoma. Am J Clin Dermatol. 2017 August;18(4):529–39. DOI: <https://dx.doi.org/10.1007/s40257-017-0270-4>
11. Hernández RE, García HA, Ferrando J. Sarcoma de Kaposi. Med Cutan IberLat Am. 2012;40(2):39-48.
12. AbiRached H, Javed S, Lepesant P, Mortier L. Enfermedad de Kaposi. EMC-Dermatología. Mar 2019;53(1). DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1761-2896\(19\)41714-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1761-2896(19)41714-7)
13. Figueroa BE, López Zepeda LD, Navarrete FG. Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia. Dermatología CMQ. 2018;16(2):128-33.
14. López M, Paciel D. Ateneo Clínico Sarcoma de Kaposi. Cátedra de enfermedades infecciosas. Montevideo, Uruguay. 2014 [citado 27/03/2019]. Disponible en: [http://www.infectologia.edu.uy/index.php?option=com\\_k2&Itemid=342&id=127\\_8a98d206e02c95e544f2c42e6dd612d4&lang=es&task=download&view=item](http://www.infectologia.edu.uy/index.php?option=com_k2&Itemid=342&id=127_8a98d206e02c95e544f2c42e6dd612d4&lang=es&task=download&view=item)

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses para la elaboración de este documento.

### Contribución de los autores

*Janny del Carmen León Pino* (atención intrahospitalaria, revisión de la historia clínica, redacción y edición del texto final).

*Viviana de la C. Sáez Cantero* (atención intrahospitalaria, revisión de la historia clínica y redacción parcial).

*Xiomara Pujadas Ríos* (revisión de la historia clínica, redacción y revisión bibliográfica)