

Sarcoma de Kaposi. Presentación inusual en pene de un paciente VIH positivo

Juan Carlos Márquez Heine,* Germán Recinos Cárdenas,**
Rodrigo Arzac Menéndez,*** Carlos Pacheco Gahbler,**** Francisco Calderón Ferro*****

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi es una patología frecuente en pacientes inmunodeprimidos, se ha visto un auge nuevamente con la aparición del virus de inmunodeficiencia humana. Los sitios más frecuentes de localización son en piel y tejidos blandos. Cuando su presentación es en genitales usualmente son lesiones planas y violáceas. Presentamos un caso donde la presentación es completamente atípica confundiendo en un principio con un Buschke-Löwenstein.

Palabras clave: Sarcoma de Kaposi, Buschke-Löwenstein, VIH.

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma is a frequent pathology in immunocompromised, there has been an increasing number of patients with the epidemic of AIDS. The most common localization is the skin and soft tissues. When its presentation is in the genitalia the lesions are blue and plane. We present a case where the clinical presentation is completely atypical being confused with a Buschke-Löwenstein.

Key words: Kaposi's sarcoma, Buschke-Löwenstein.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, soltero, católico, escolaridad licenciatura.

Como antecedentes de importancia presenta lo siguiente:

Carga genética para diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica.

Antecedentes personales no patológicos

Habita en casa de sus familiares con todos los servicios de urbanización sin hacinamiento o promiscuidad. Tabaquismo ocasional, alcoholis-

* Residente del Servicio de Urología. ** Residente del Servicio de Cirugía General. *** Adscrito del Servicio de Anatomía Patológica. **** Adscrito del Servicio de Urología. ***** Jefe del Servicio de Urología. Departamento de Urología. Hospital General "Dr. Manuel Gea González". México, D.F. Ssa

mo ocasional hasta la embriaguez, toxicomanías negadas.

Antecedentes personales patológicos

Médicos: VIH diagnosticado dos años previos en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias debutando con *Pneumocystis carinii*, es manejado con retrovirales hasta seis meses previo a su ingreso cuando presenta hepatitis medicamentosa, desde entonces suspendido el tratamiento.

Quirúrgicos: negados.

Alérgicos: penicilina y metamizol.

Traumáticos y transfusionales: negados.

Paciente homosexual con 10 parejas sexuales, nueve de ellas hombres y él es pasivo, todas sin protección.

Padecimiento actual

Inicia padecimiento actual hace un año con presencia de pequeña masa arborescente de aproximadamente 5 mm en cara dorsal de la corona del glande, con aumento progresivo de la lesión hasta que se vuelve imposible retraer el prepucio. Se acompaña de dolor a la micción y dolor al contacto con la ropa.

Exploración física

Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, fascies hipocrática, cooperador tranquilo. Cardiopulmonar sin datos de compromiso agregado aparente. Abdomen blando depresible no doloroso sin datos de irritación peritoneal o datos de abdomen agudo. No se palpan adenomegalias o visceromegalias. En genitales se encuentra masa de aproximadamente 5 x 2 x 3 cm arborescente dependiente de la corona del glande, amarillenta, firmemente adherida, de consistencia dura, olor fétido, fácilmente sangrante (*Figuras 1-3*). No se palpan adenomegalias inguinales. Resto de la exploración física sin datos de patología agregada aparente.

Se realiza biopsia excisional y se envía al Servicio de Anatomía Patológica para estudio con diagnóstico clínico de Buschke-Löwenstein.

Patología reporta sarcoma de Kaposi (*Figuras 4 y 5*).



Figura 1. Presentación clínica.



Figura 2. Presentación clínica.

COMENTARIO

El Buschke-Löwenstein o condiloma gigante, descrito por primera vez en 1925, se caracteriza por invadir localmente, destruye y comprime tejido adyacente. Ocasiona erosión y fístulas uretrales. El comportamiento es agresivo. Es frecuente el sangrado, mal olor y males general.



Figura 3. Momento durante la resección quirúrgica.

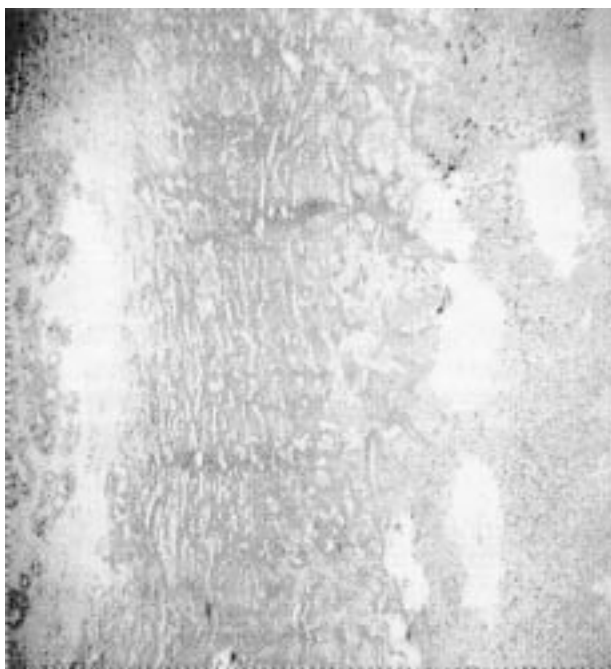


Figura 4. (De derecha a izquierda donde se observan sitios de ulceración-tejido de cicatrización con abundante fibrosis-tumor). Razón por las características de la presentación clínica.

Estas características son lo que lo diferencian de los condilomas, es un padecimiento que es poco probable que metastatice y cuando lo hace

significa degeneración y desdiferenciación. Su principal asociación es con ADN del virus del papiloma humano 6 y 11.

El sarcoma de Kaposi, descrito en 1972, es un tumor del sistema retículo endotelial. Se presenta como una lesión cutánea neovascular, la cual usualmente se presenta como una pápula o úlcera con coloración violácea (*Figura 6*).

Histológicamente el tumor es una proliferación de células en espiga y características vasformativas.

En un inicio era raro en los países industrializados, es un tumor de progresión lenta confinado a las extremidades inferiores y se encuentra frecuente en judíos, italianos y en ancianos o en pacientes bajo inmunosuprimidos. Es una enfermedad fuertemente ligada a pacientes con SIDA, en quienes toma un curso más agresivo. Presenta una alta tasa de recurrencia y se asocia con una menor expectativa de vida (promedio 408 días). Actualmente se subclasifica en cuatro:

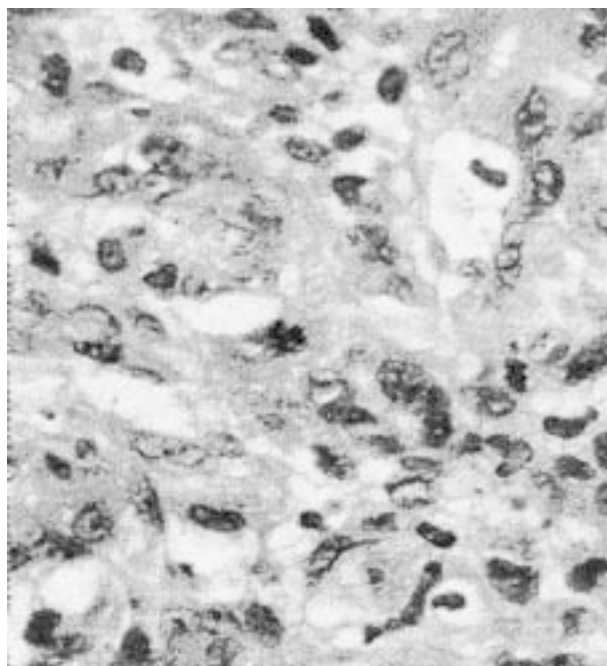


Figura 5. (Obsérvense las células en espiga, y la presencia en el centro de la imagen una célula con pérdida de la homogeneidad). Compatible con sarcoma de Kaposi.

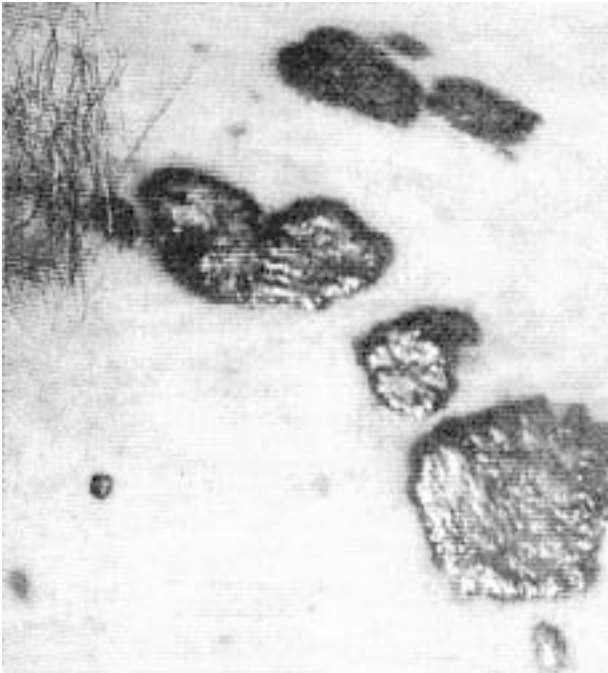


Figura 6. Presentación clínica clásica del sarcoma de Kaposi.

1. Clásico.
2. Relacionado con TX inmunosupresor.
3. Africano.
4. Relacionado con VIH.
 - a) Sin síntomas constitucionales $CD4 > 300$.
 - b) $CD4 < 300$ sin infecciones oportunistas.
 - c) Con síntomas constitucionales sin infecciones oportunistas.

- d) Historia de infecciones oportunistas (sobrevivida siete meses).

Las formas clásicas y las formas de “inmunosupresión” no son epidémicas.

El sárcoma de Kaposi en pene debe ser manejado agresivamente, ya que raras veces está asociado a enfermedad sistémica. En pacientes con bajo tratamiento inmunosupresor, el padecimiento involuciona al ajustarse la dosis del medicamento.

Los pacientes con SIDA presentan un aumento en el riesgo de infección de hasta 7,000 veces y hay una fuerte asociación con el virus del herpes Zoster 8.

CONCLUSIONES

La presentación clínica de este caso nos llevó a la impresión diagnóstica errónea, la cual se debió a que el tumor en este caso presentó erosión, zonas de ulceración, regeneración y fibrosis, las cuales ocasionaron el crecimiento papilar del sarcoma.

Es importante tener en cuenta siempre más de dos diagnósticos diferenciales al momento del procedimiento programado y contar con el apoyo de un Servicio de Patología confiable.

REFERENCIAS

1. Oesterling. *Urol Oncol* 1997; 591-604.
2. Walsh R. *Campbell's Urology* 2003; 18-19.