

PRESENTACIÓN DE CASOS

Instituto Nacional de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López"

Sarcoma de Kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. Presentación de 1 caso

Dr. Alexis Pérez Rodríguez,¹ Dr. Saúl Molina Alfonso,² Dr. Alexánder Mármol Sóñora,¹ Dr. Juan C. Pérez de Prado Valdivia,¹ Dra. Mercedes Herrera Vilches¹ y Dra. Yanet Parodis López¹

Resumen

Se realizó la presentación clínica de un paciente de 56 años de edad a quien se le practicó un trasplante renal de donante vivo en el Instituto Nacional de Nefrología, en Cuba y a los 4 ½ meses de evolución se le diagnosticó un sarcoma de Kaposi el cual tuvo una evolución desfavorable, no respondió a las medidas terapéuticas prescritas que incluyeron reducción de la inmunosupresión y radioterapia, se diseminó el proceso tumoral por todo el cuerpo e hizo metástasis a estómago. Se presentaron las lesiones propias de este proceso tumoral.

Palabras clave: Transplante de riñón, sarcoma de Kaposi.

El empleo durante largos períodos de los agentes inmunosupresores en el trasplante renal, incrementa el riesgo de neoplasias.¹⁻⁴ Los tipos de cánceres encontrados en los receptores de injerto renal son diferentes de los que se encuentran en la población normal, con una alta frecuencia de carcinoma de células escamosas de la piel, linfoma no –Hodgkin, sarcoma de Kaposi, carcinomas *in situ* de cervix uterino, carcinoma de vulva y perineo, etcétera.^{1,2,5,6} La frecuencia de tumores en la población que ha recibido un trasplante es 100 veces más alta que la de la población general. El tiempo medio de aparición de los tumores se sitúa en 61 meses con desviaciones muy amplias, así el sarcoma de Kaposi se sitúa en 21 meses y representa un 3,2 % de todos los tumores.^{2,7}

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia compuesta por elementos vasculares y fibroblásticos. Su histogénesis es todavía controvertida, su origen ha sido relacionado con distintos elementos mesenquimales que incluyen células de Schwann y vasos sanguíneos. Se ve en ambos sexos por igual y cerca del 60 % de los pacientes tienen afectación de la piel, de la mucosa orofaríngea o de ambas. El resto tiene afectación visceral, fundamentalmente del tracto gastrointestinal y/o respiratorio aunque

raramente se puede ver un sarcoma de Kaposi sin que haya visibles lesiones en la piel.⁷⁻⁹

La etiología es desconocida, pero es otro de los tipos de cánceres con posible implicación vírica, se asocia con la evidencia serológica de infección por HV 8, demostrado en pacientes con enfermedad por VIH.^{1,8,10-13}

En el tratamiento pueden incluirse distintas medidas como incisión de las lesiones, radioterapia, quimioterapia y reducción o supresión de la inmunosupresión medicamentosa. La reducción de esta terapia se asocia con desaparición del sarcoma de Kaposi en un 16-17 % de los pacientes.^{1,2,7,9}

Presentación del caso

Paciente de 56 años de edad, blanco, que llega a la insuficiencia renal crónica terminal por vía de la nefroangiosclerosis. Se realiza trasplante renal, de donante vivo emparentado (hermano HLA idéntico), el 28 de mayo de 2001, sin haberse realizado transfusiones sanguíneas previas ni diálisis. El órgano fue implantado con isquemia fría de 45 min y caliente secundaria de 25 min. Se realizó inducción con terapia triple, ciclosporina a 8 mg/kg/d, imuran a 2,5 mg/kg/d y pulsos de metilprednisolona 1 g en total.

El paciente tuvo una evolución favorable en el postrasplante inmediato por lo que fue egresado el día 18 después del trasplante con una función del injerto caracterizada por cifras de creatinina sérica en 1,23 mg % y filtrado glomerular en 64 mL/min.

Fue reingresado a los 4 meses del trasplante por padecer pielonefritis del injerto, la cual evolucionó satisfactoriamente con antibioticoterapia.

La dosis de ciclosporina fue reducida evolutivamente para mantener cifras de ciclosporinemia en ventana (150-250 pcg/mL), llegó a usarse a los 4 meses una dosis del 3 mg/kg/d, que mantuvimos hasta el año y medio de trasplante que se descendió aún más a 2 mg/kg/d, se mantuvo durante su evolución con dosis de esteroide a 0,15 mg/kg/d y a igual dosis de imuran que en la inducción hasta los 4 meses, cuando padeció de pielonefritis del injerto pues a partir de ese momento continuó su terapia inmunosupresora con biterapia (ciclosporina y prednisona).

A los 4 ½ meses de trasplante se diagnosticó un sarcoma de Kaposi con lesiones localizadas en piel de ambos miembros inferiores por lo que al quinto mes de trasplante recibe tratamiento con sesiones de radioterapia (14 sesiones), sin mejoría de dichas lesiones; se decide su egreso y seguimiento ambulatorio para evaluar respuesta a la baja inmunosupresión que tenía, se le orientan dosis ultrabajas de ciclosporina y baja de prednisona (biterapia).

El proceso tumoral continuó extendiéndose por lo que reingresa al año y medio de trasplante con lesiones nodulares violáceas de sarcoma de Kaposi diseminadas que sólo respetan cara y cuello (figs. 1, 2 y 3), en ambos miembros inferiores, con compromiso de circulación venosa y linfática (fig. 4). Se decidió dar nuevamente sesiones de radioterapia, fue necesario suspender estas en la tercera, por lesiones de piel sépticas en ambos miembros inferiores, secundarias a esta terapia radiante (fig. 4).



Fig. 1. Lesiones diseminadas en pecho y miembros superiores.



Fig. 2. Lesiones diseminadas en el pecho.



Fig. 3. Lesiones en la espalda.



Fig. 4. Lesiones en miembros inferiores.

Se realizaron estudios de órganos profundos; se comprobó en el contexto de manifestaciones digestivas como acidez y dolor epigástrico, que el paciente tiene metástasis en órganos profundos, se visualizaron lesiones polipoideas violáceas en estómago y duodeno, con características propias descritas en la literatura médica,¹⁴⁻¹⁶ por lo que se decide su tratamiento en forma ambulatoria.

Comentarios

El uso de medicamentos inmunosupresores con acción principalmente sobre los linfocitos, como es el caso de la ciclosporina, ha permitido mejorar los resultados en el trasplante renal, con el inconveniente que estas drogas linfocito específicas favorecen la aparición de infecciones víricas y de neoplasias que se relacionan con estas infecciones como es el caso del sarcoma de Kaposi. A pesar de que se presenta, aproximadamente a los 21 meses de trasplante, en raras ocasiones se presenta mucho más temprano como ocurrió en nuestro paciente (a los 4 ½) teniendo una evolución muy desfavorable debido, entre otros factores, a que en este período de postrasplante las dosis de inmunosupresores son altas por la mayor incidencia de rechazo agudo en los primeros 6 meses del trasplante renal.

Summary

The case of a 56-year-old patient who underwent a kidney transplant from a living donor at the National Nephrology Institute, Cuba, and at the 4 ½ months was diagnosed a Kaposi's sarcoma, was clinically presented. His evolution was not favorable, since he did not answer to the therapeutical measures prescribed that included the reduction of immunosuppression and radiotherapy. The tumoral process spreaded over the whole body and it metastasized to the stomach. The characteristic lesions of this tumoral process were presented.

Key words: Kidney transplatation; saroma Kaposi.

Referencias bibliográficas

1. Pallardó LM. Neoplasias. Editorial médica panamericana. En: Nefrología clínica. En: CD-ROM, 1997.
2. Brenner Rector's. The Kidney. Management of the patient with renal failure, 59: Clinical aspects of Renal Transplantations. Medical complications. En: CD-ROM, 2000.
3. Penn I. Cancer following cyclosporine therapy. Transplantation Proceeding 1987;19:2211-12.
4. Farge D. Kaposi's Sarcoma in organ transplant recipients: the collaborative transplantation research group of Ile de France. Eur J Med 1993;2:339.
5. Pen I. The changing patterns of pos transplant malignancies. Transplant Proc 1991;23:1101-03,
6. _____. Cancers complicating organ transplantation. N Engl J Med 1991;323:1767-9.
7. Robles NR, Caralps A. Complicaciones extrarrenales del trasplante renal. En: Llach y Valderrábano. Insuficiencia renal crónica. Ediciones Norma 1997;2:1657-94.

8. Dezube BJ, Groopman JE. AIDS - related Kaposi's sarcoma: clinical features and treatment. Up To Date 11.1.
9. Briggs JD, Brian JR, Jr. Long - term results and complications. The transplant patient. The Oxford Textbook of Clinical Nephrology. En: CD - ROM, 1999.
10. Regamey N, Tamm M, Wernli M. Transmissions of human herpesvirus 8 infection from renal - transplant donors to recipients. N Engl J Med 1998;339:1358.
11. Corey Casper, Lawrence Corey. Kaposi's sarcoma associated Herpes virus infection (Human herpesvirus 8 infection). Abstract; UpTo Date 11.1.
12. Rezza G, Andreoni M, Dorrucchi M. Human herpesvirus 8 seropositivity and risk of Kaposi's sarcoma and other acquired immunodeficiency síndrome - related disease. J Natl Cancer Inst 1999;91:1468.
13. Martin JN, Ganem DE, Osmond DH. Sexual Transmission and the natural history of human herpesvirus 8 infection. N Engl J Med 1998;338:948.
14. Danzig JB, Brandt LJ, Reinus JF. Gastrointestinal malignancy in patientswith AIDS. Am J Gastroenterol 1991;86:715.
15. Laine L, Amerian J, Rarick M. The response of symptomatic gastrointestinal Kaposi's sarcoma to chemotherapy: A prospective evaluation using an endoscopic method of disease quantification. Am J Gastroenterol 1990;85:959.
16. Friedman SL, Wright TL, Altman DF. Gastrointestinal KS in patients with the acquired immune deficiency syndrome: Endoscopic and autopsy findings. Gastroenterology 1985;89:102.

Recibido: 19 de noviembre de 2003. Aprobado: 8 de abril de 2004.

Dr. *Alexis Pérez Rodríguez*. Instituto Nacional de Nefrología "Dr. Abelardo Buch López" Avenida 26 y Boyeros, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹ **Especialista de I Grado en Nefrología.**

² **Especialista de II Grado en Cirugía General.**

[Indice Anterior](#)