

Sarcoma de Kaposi postrasplante renal, evolución favorable al tratamiento

Post-transplantation Kaposi sarcoma: a favorable treatment course

My. Lázaro L. Capote Pereira^I Dra. Eloisa del Cueto de Inastria^{II}; Dr. Eliseo Capote Leyva^{III}; Tte. Cor. Santiago Alfonso Morejón^{IV}; Lic. Yamila Navarro Rojas^V

^IEspecialista de II Grado en Nefrología. Máster en Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Profesor Instructor. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de I Grado en Nefrología. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Dermatología. Asistente. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{IV}Licenciada en Enfermería. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el segundo reporte en Cuba de un paciente que se le realizó trasplante renal, quien recibió esquema inmunosupresor a base de Imurán, ciclosporina y prednisona. A los 20 meses de haber realizado el trasplante se consulta por presentar lesiones de tipo máculo, nodulares, en placas de color rojo violáceo distribuidas en todo el cuerpo menos en la cara y el cuello, además de lesiones nodulares en el paladar blando. Se le realizó una biopsia de piel donde se le diagnosticó un sarcoma de Kaposi y se efectuó tinción de Warthin Starry. Se le retiró el tratamiento con ciclosporina y se le redujo la dosis de Imurán. Las lesiones desaparecieron paulatinamente hasta alcanzar casi un 100 % de recuperación a los 3 meses aproximadamente de haber disminuido la dosis de los inmunosupresores. Las cifras de creatinina no presentaron un aumento significativo a pesar de la reducción de la inmunosupresión. La reducción de la inmunosupresión y la disminución de las dosis de los anticalcineurínicos mejoraron la evolución de las lesiones dermatológicas de dicho paciente.

Palabras clave: Sarcoma de Kaposi, trasplante renal.

ABSTRACT

This is the second report in Cuba from a patient undergoes a renal transplantation who received an immunosuppressive scheme based on Imuran, Cyclosporine and Prednisone. Twenty months post-transplantation is seen in consulting room from macular, nodular, in red-violet plaques lesions distributed in whole body except in the face and neck as well as nodular lesions in soft palate. We obtained a skin biopsy with a diagnosis of Kaposi's sarcoma and Warthin Starry dye was performed. Cyclosporine treatment was stopped and Imuran was decreased. Lesions disappeared gradually until achieving almost a 100 % of recovery at three months approximately after decrease the immunosuppressive dose. Creatinine figures have not a significant increase despite immunosuppression reduction and decrease of anticalcineurinic dose improved dermatologic lesions course of such patient.

Key words: Kaposi's sarcoma, renal transplantation.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que se les realiza trasplante renal presentan un mayor riesgo de cáncer en algún momento de su evolución que la población general.¹ Su incidencia es de un 3 a un 9 % con una media de 6 %.²

El tiempo medio de presentación para todas las neoplasias es de 61 meses con un rango de 1 a 298,5 meses, depende del tipo de tumor y del tiempo de trasplante.³ Para el sarcoma de Kaposi (SK) el tiempo medio de aparición es de 22 meses con un rango entre 1 y 225,5 meses.⁴

Anaya,³ en 1 528 pacientes que se les realizó trasplante renal con características en cuanto a protocolo inmunosupresor parecidas a las nuestras, entre 1970 y 1995 reportó una incidencia de 46 neoplasias y de estas 4 pacientes presentaron SK para un 9,5 %, con un tiempo medio de presentación de 60 ± 36 meses y de estos 3 pacientes tenían tratamiento con ciclosporina y fallecieron 2 pacientes.⁴

El SK se considera una neoplasia compuesta por elementos vasculares y fibroblásticos. Su histogénesis es todavía controvertida, su origen se relaciona con distintos elementos mesenquimales que incluyen células de Schwann y vasos sanguíneos. Cerca del 60 % de los pacientes tienen afectación de la piel, de la mucosa orofaríngea o de ambas. La causa es aún controversial, pero se asocia con la evidencia serológica de infección por el herpes virus humano tipo 8 (VHH-8).⁵

En los pacientes que se realizó trasplante renal es lógico pensar que la infección por el VHH-8 desempeña alguna función en su etiología y que puede ser una reactivación, una infección de novo o transmitida por el donante, esto último lleva a muchos grupos de trasplante, como lo reporta Stallone,⁶ a determinar VHH-8 al donante y al receptor, lo que permite un cambio a tiempo de los medicamentos ANI y dar una solución más temprana al problema.⁶

En Cuba se reporta poco el SK en pacientes que se les ha realizado trasplante renal; en el 2004 *Pérez y otros*⁷ informaron la presencia de un SK en un paciente que se les realizó trasplante renal, y a pesar de las medidas médicas tomadas el paciente falleció.

Ahora se presenta el segundo caso en la literatura médica cubana de un paciente que se le realizó trasplante renal quien presentó un SK en estadio III y una remisión de casi un 100 % de las lesiones con el cambio de estrategia en la terapia inmunosupresora.

CASO CLÍNICO

Paciente JRV, de 58 años de edad, mestizo e hipertenso. Se le realizó trasplante renal en el 2004 a partir de un donante cadavérico, recibió esquema inmunosupresor a base de Imurán, ciclosporina y prednisona. Fue dado de alta en el t-36 con creatinina en 148 mmol/L.

A los 20 meses de haber realizado el trasplante se consulta por presentar lesiones de tipo máculo, nodulares, en placas de color rojo violáceo distribuidas en todo el cuerpo menos en la cara y el cuello. También presentó lesiones nodulares en el paladar blando.

Las lesiones comenzaron por el abdomen en el sitio de implantación de riñón trasplantado y en los miembros inferiores, confluyeron posteriormente y adoptaron un aspecto liquenificado que le dificultaba la marcha por el dolor y la rigidez de la piel en la pierna y planta del pie izquierdo ([fig. 1, a y b](#)).

Las cifras de creatinina oscilaron entre 180 y 250 mmol/L.

Se le realizó una biopsia de piel donde se le diagnosticó un SK y se realizó tinción de Warthin Starry.

Se le retiró el tratamiento con ciclosporina y se le redujo la dosis de Imurán.

Las lesiones desaparecieron paulatinamente hasta alcanzar casi un 100 % de recuperación ([fig. 2, a,b,c](#)) a los tres meses aproximadamente de haber disminuido la dosis de los inmunosupresores. Las cifras de creatinina no presentaron un aumento significativo a pesar de la reducción de la inmunosupresión.

DISCUSIÓN

La frecuencia del SK en pacientes que se les realizó trasplante renal, se estima en unas 400-500 veces superior a la población general.⁸ La presentación es dentro los 12 primeros meses con el empleo de ANI y de 24 meses con el uso de azatioprina.⁹ Existe un claro predominio en el varón 3/1.⁵ La edad media de presentación es de 40 años.³ Esto coincide con las características del caso que se reporta.

La localización de lesiones de SK se limita a piel en más del 75 % de los casos de trasplante renal.¹⁰ En el caso que se presenta existían lesiones distribuidas

principalmente en la piel de los miembros inferiores y en el abdomen en el sitio que corresponde a la implantación del riñón.

El diagnóstico de SK además de clínico es anátomo-patológico,⁵ en el paciente que se presenta se le realizó una biopsia de piel con coloración de hematoxilina y eosina, además de la coloración de Warthin Starry para hacer el diagnóstico diferencial con una lesión angiomasosa secundaria a una infección por *Bartonella quintana* o Henselae, ya que se trataba de un paciente inmunodeprimido, donde es frecuente esta enfermedad y se reporta que la *Bartonella quintana* aumenta la expresión del factor de crecimiento endotelial vascular (FCEV).^{11,12}

En el caso que se presenta se evidenció una disminución casi en su totalidad de las lesiones de piel y del paladar blando al reducirse la terapia inmunosupresora y la suspensión de medicamento ANI. Hay autores como *Campistol*¹³ y *Stallone*⁶ que además de retirar los anticalcineurínicos también recomiendan la terapia con inhibidores de la proliferación como el Everolimus y el Sirulimus, ya que estos inhiben la angiogénesis por disminución de la producción del FCEV, que es fundamental en el crecimiento del tumor y mantienen un nivel de inmunosupresión que protegen al paciente contra el rechazo.

En el caso que se reporta, la buena respuesta a la disminución de la inmunosupresión y la retirada de la ciclosporina solamente pudo estar dada por la premura del diagnóstico y de la toma de conducta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cancers complicating organ transplantation. N Engl J Med. 1990; 323: 1767-9.
- 2- Penn I. The incidence of malignancies in transplant recipients. Traspl Proc. 1985; 7: 323-6.
- 3- Anaya F, Escribano G, Hernández C, Sánchez-Viera M, Rengel M, Gómez-Campdera F, et al. Incidencia y tratamiento de neoplasias después del trasplante renal. Nefrología. 1995; XV(Supl 3): 42-50.
- 4- Sheil A, Clavel S. Cancer incidence in renal transplant patients treated with azathioprine or cyclosporine. Transplant Proc. 1987; 19: 2214.
- 5- Kourí V, Sybil M, Rodríguez ME, Resik S, Orraca O, Moore P, Chang Y. Seroprevalencia del herpes virus asociado con el sarcoma de Kaposi en diversas poblaciones en Cuba. Pan Am J Public Health. 2004 May; 15(5): 320-5.
- 6- Stallone G, Écheme A, Grandaliano G. Kaposi`s Sarcoma alter renal transplantation. N Engl J Med. 2005 Aug.; 353(8): 846-7.
- 7-A. Pérez S. Molina A. Mármol J, Pérez de Prado C, Herrera M, Parodis Y. Sarcoma de Kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. Presentación de 1 caso. Rev Cubana Med. 2004 ene.-feb.; 43(1).
- 8-Touraine JL, Raffaele P, Traeger J. Kaposi`s sarcoma in organ transplantation (Lyon experience, 1965-1995). Cancer in transplantation prevention and treatment. Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1996. p. 73-80.

9- Penn I. Malignancies that occur in organ allograft recipients. *Current Opinion Organ Transplantation*. 1998; 3:73-77.

11- Schulte B, Linke D, Klumpp S, Schaller M, Riess T, Autenrieth IB, et al. *Bartonella Quintana* variably expressed outer membrane proteins mediate vascular endothelial growth factor secretion but not host cell adherence. *Infect Immun*. 2006; 74(9):5003-13.

12- Sala M, Font B, Sanfeliu I, Quesada M, Ponts I, Segura F. Bacillary angiomatosis caused by *Bartonella quintana*. *Ann N Y Acad Sci*. 2005; 1063:302-7.

13- Campistol JM, Schena FP Kaposi's sarcoma in renal transplant recipients-the impact of proliferation signal inhibitors. *Nephrol Dial Transplant*. 2007; 22 Suppl 1:i17-22.

Recibido: 5 de enero de 2009.

Aprobado: 12 de febrero de 2009.

My. *Lázaro L. Capote Pereira*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Ave Monumental y Carretera de Asilo. Habana del Este. La Habana, Cuba.