



PRESENTACIÓN DE CASO

Sarcoma de Kaposi asociado al VIH/SIDA

Kaposi's sarcoma associated with HIV/AIDS

Tania Alemán-Martínez¹✉ , Daniela María Hernández-Alemán² , Caudia Alemán-Hernández² 

¹Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Policlínico Docente "Julio Castillo". Chambas. Ciego de Ávila. Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Facultad de Ciencias Médicas Arley Moreira. Morón, Ciego de Ávila, Cuba.

Recibido: 21 de febrero de 2023

Aceptado: 29 de marzo de 2023

Publicado: 9 de octubre de 2023

Citar como: Alemán-Martínez T, Hernández-Alemán DM, Alemán-Hernández C Sarcoma de Kaposi asociado al VIH/SIDA. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2023 [citado: fecha de acceso]; 27(2023): e5936. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5936>

RESUMEN

Introducción: entre los principales problemas de salud a nivel mundial está el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual favorecen la producción de afecciones dermatológicas resistentes al tratamiento como las infecciones oportunistas y los tumores malignos.

Objetivo: presentar un caso de sarcoma de Kaposi en un paciente joven con diagnóstico de VIH/SIDA.

Presentación del caso: paciente de 32 años, blanco, masculino con diagnóstico de infección por el VIH desde hace ocho años, con inadecuado control de su enfermedad, que acude a consulta dermatológica por presentar lesiones en la piel que se han extendido rápidamente, en forma de placas sobreelevadas de tamaño variable, amarronadas o eritematovioláceas, sin síntomas subjetivos asociados. Se sospecha el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi por la clínica y se confirma por estudio histopatológico. El paciente se trata con terapia antirretroviral y quimioterapia, pocas semanas después se complica con un sangramiento digestivo alto y fallece.

Conclusiones: resulta esencial el cumplimiento de la terapia antirretroviral y el adecuado seguimiento y control del paciente que vive con VIH/SIDA, para reducir la incidencia de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden acelerar el desenlace fatal.

Palabras Clave: VIH/SIDA; Sarcoma De Kaposi; Lesiones Cutáneas.

ABSTRACT

Introduction: Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) represents one of the main public health problems in the world and favors the development of treatment-resistant dermatological conditions such as opportunistic infections and malignant tumors.

Objective: to present a case of Kaposi's sarcoma in a young patient diagnosed with HIV/AIDS.

Case presentation: 32-year-old, white, male patient diagnosed with HIV infection for 8 years, with inadequate control of his disease, who attended a dermatological consultation for presenting skin lesions that had spread rapidly, in the form of raised plaques of variable size, brownish or erythematous-violaceous, with no associated subjective symptoms. The diagnosis of Kaposi's sarcoma is suspected on clinical grounds and confirmed by histopathology. The patient was treated with antiretroviral therapy and chemotherapy, a few weeks later he developed complications with upper gastrointestinal bleeding and died.

Conclusions: Adherence to antiretroviral therapy and adequate follow-up and control of the patient living with HIV/AIDS is essential to reduce the incidence of opportunistic infections and diseases that can accelerate the fatal outcome.

Keywords: HIV; Sarcoma; Kaposi.

INTRODUCCIÓN

Entre los principales problemas de salud a nivel mundial está el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuyo agente etiológico es un retrovirus, que pertenece al género lentivirus, conocido como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), los linfocitos T son las células que más se afectan en quienes padecen la enfermedad. La disminución de los linfocitos CD4, las células de Langerhans, células natural killer (NK), macrófagos y los cambios en la producción de citocinas de Th1 a Th2, conducen a la aparición de enfermedades dermatológicas resistentes al tratamiento,⁽¹⁾ infecciones oportunistas y tumores malignos.⁽²⁾

Las manifestaciones dermatológicas se clasifican en infecciosas y no infecciosas y éstas en inflamatorias, neoplásicas y asociadas a la terapia antirretroviral (TARV). Entre ellas están la candidiasis oro-faríngea y esofágica, candidiasis de vías respiratorias, criptococosis, herpes simple prolongado con evolución mayor a 1 mes y el sarcoma de Kaposi (SK), reconocidas como marcadores cutáneos del HIV/SIDA.^(1,3) El SK es considerado una condición definitoria de SIDA. Las infecciones oportunistas constituyen las complicaciones más frecuentes que sufren los pacientes con infección por el VIH.⁽⁴⁾

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular multifocal, se presenta con mayor frecuencia en la piel.⁽⁴⁾ Las principales formas epidemiológicas son: la clásica, la endémica o africana, la iatrógena o asociada con inmunosupresión y la epidémica o vinculada con el virus de inmunodeficiencia humana.^(5,6) Con variabilidad en su curso, frecuencia de aparición y pronóstico.⁽⁵⁾

Moritz Kaposi describe la enfermedad por primera vez en 1872, como un hemangiosarcoma múltiple idiopático, enfermedad rara, multifocal que afecta la piel, con tendencia a la evolución crónica, más frecuente en hombres mayores de 40 años, con repercusión visceral y naturaleza vascular. Esta forma, se conoce como SK clásico.⁽⁴⁾

La incidencia del SK aumenta a partir de los años 80, asociada con el SIDA; en su etiopatogenia se invoca el herpes virus humano tipo 8 (VHH-8).⁽⁷⁾

El 12 % de las neoplasias que desarrollan los pacientes con VIH se corresponden con el SK, clínicamente dada por lesiones características en la superficie cutánea, con un riesgo incrementado de afectar a esta población.⁽⁸⁾ El presente artículo tiene como objetivo presentar un sarcoma de Kaposi en un paciente joven con diagnóstico de VIH/SIDA.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente joven de 32 años, blanco, masculino con diagnóstico de infección por el VIH desde hace ocho años, que pasó los últimos tres años en prisión donde no llevaba un adecuado régimen de vida ni un buen control de su enfermedad. Alrededor de los ocho meses de encontrarse en la comunidad, acude a consulta dermatológica en la Atención Primaria de Salud porque comienza a presentar lesiones en la piel que se han extendido rápidamente.

Al examen físico se constata cuadro cutáneo diseminado en cara, tronco, miembros superiores e inferiores y mucosa ocular dado por lesiones en placas sobreelevadas de tamaño variable, amarillentas o eritematovioláceas, sin síntomas subjetivos asociados. (Fig. 1y 2)



Fig. 1 Placas eritematovioláceas en tronco y miembros superiores.



Fig. 2 Placas eritematovioláceas en mucosa ocular.

Entre los exámenes de laboratorio están: hemoglobina 90 g/L, hematocritos: 0.30 L/L, leucocitos $5,4 \times 10^9/L$, velocidad de sedimentación globular (VSG) 79 mm/h, otros complementarios más específicos por su enfermedad de base fueron los CD4 con cifras de 145 cél/ml y la carga Viral en 200 copias/ml. Se realizaron estudios de imagen como Rx de tórax, AP sin alteraciones y ultrasonido abdominal donde se observó hepatoesplenomegalia discreta sin otras alteraciones intrabdominales.

Se ingresa en Hospital Provincial "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila inmediatamente después del diagnóstico clínico donde se realiza la biopsia de piel de una de las placas localizadas en el muslo derecho, el informe describe células fusiformes con núcleo ligeramente alargado que contiene cromatina granular, el citoplasma es escaso y eosinófilo. Las células con eritrocitos y globos hialinos mostraban un aspecto vascular, lo que confirmó el diagnóstico de SK.

El paciente se trata con TARV y quimioterapia, pocas semanas después el paciente se complica con un sangramiento digestivo alto y fallece.

DISCUSIÓN

Los pacientes con VIH/SIDA tienen un riesgo incrementado de desarrollar neoplasias malignas, lo que está en relación con la inmunosupresión y la coinfección con otros virus entre ellos están el papiloma humano (VPH), herpes humano 8 (HHV-8), también se ha descrito asociación a los virus Epstein-Barr (VEB), hepatitis B y C (VHB, VHC).⁽⁸⁾

En los casos infectados por VIH/SIDA uno de los tumores más frecuentes (60 %) es el SK y la variedad cutánea se presentan en estos pacientes al parecer relacionados con la inmunosupresión que padecen.⁽⁹⁾

La variedad epidémica de esta neoplasia asociada al SIDA, surge en los años 80 y la mayor incidencia se presenta en homosexuales masculinos y bisexuales enfermos, en forma diseminada.⁽⁹⁾ En este caso el SK se presenta asociado a la inmunosupresión causada por el VIH/SIDA.

El diagnóstico del SK se realiza por los hallazgos clínicos e histopatológicos.⁽¹⁰⁾ Las lesiones cutáneas se manifiestan por máculas o manchas, rojo-violáceas, que coalescen y forman placas y/o nódulos negruzcos o violáceos;^(8,9) es común el edema. Los nódulos pueden invadir los tejidos profundos y los huesos,⁽⁸⁾ ocasionar daños a nivel de diferentes órganos como la tráquea, los pulmones e incluso invadir el tracto digestivo, sin que existan lesiones cutáneas.⁽⁹⁾ Las lesiones en las mucosas se presentan en el 40 % de los pacientes y las más afectadas son la mucosa oral y la conjuntiva ocular. A pesar que estas lesiones son típicas del SK, se deben considerar otras enfermedades infecciosas que se manifiestan con lesiones cutáneas semejantes en estos pacientes.⁽⁸⁾

En un estudio realizado por Alcalá Villalón T y cols,⁽¹¹⁾ presentaron un paciente con diagnóstico de SK y VIH/SIDA simultáneo, lo que se denomina debut clínico de SIDA e implica el comienzo tardío de la TARV. En el caso que se presenta el paciente llevaba unos años con un control inadecuado de la enfermedad y un régimen de vida poco favorable para su condición, además en los últimos meses había suspendido la TARV, hechos que sin dudas favorecieron el desarrollo del SK.

La forma de presentación del tumor y la extensión de las lesiones están directamente relacionadas con la mortalidad. Cuando la enfermedad se circunscribe a la piel, la supervivencia es mayor que cuando existe afectación visceral.⁽¹²⁾

La variante epidemiológica define el tratamiento,^(9,11) éste es individualizado pero está fundamentado en TARV, asociado a la quimioterapia y la radioterapia. En los casos con VIH/SIDA se aplica la TARV. Se emplean otras opciones terapéuticas como la radioterapia, procedimientos quirúrgicos como la electrocoagulación, la criocirugía y la extirpación quirúrgica en lesiones localizadas. Los retinoides orales, interleucinas 4 y 12 son grupos farmacológicos en estudio, al igual que los anticuerpos monoclonales contra IL-6, el factor de crecimiento endotelial vascular, la talidomida y los inhibidores de metaloproteínasa de matriz.⁽⁹⁾

En este caso se restablece la TARV y durante el ingreso se interconsulta con oncología para el inicio de la quimioterapia, pocas semanas después se complica con un sangramiento digestivo alto y fallece, lo que nos hace pensar que se trataba de un SK metastásico, casi siempre cuando el tumor afecta el tubo digestivo tiene un curso silente inicialmente, aunque puede presentar dolor abdominal y sangramientos digestivos.⁽¹²⁾ Los SK de manera general no causan la muerte ni conducen a discapacidad, pero cuando metastatiza a órganos como los pulmones, hígado o tubo digestivo, puede ser fatal. La variedad clínica epidémica es más agresiva y diseminada en enfermos con SIDA.⁽⁹⁾

Los autores de la investigación consideran importante resaltar lo crucial que resulta mantener un adecuado control de la enfermedad y un buen régimen de vida en los pacientes que viven con el VIH para evitar las complicaciones de la inmunodeficiencia y mejorar su calidad de vida.

CONCLUSIONES

Resulta esencial el cumplimiento de la terapia antirretroviral y el adecuado seguimiento y control del paciente que vive con VIH/SIDA, para reducir la incidencia de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden acelerar el desenlace fatal.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los Autores

TAM: Conceptualización, investigación, administración del proyecto, supervisión, visualización, redacción - borrador original, redacción - revisión y edición.

DMHA: Conceptualización, investigación, redacción - borrador original.

CAH: Conceptualización, investigación, redacción - borrador original.

Todos los autores aprobaron la versión final del manuscrito.

Financiación

Para la realización de este estudio no se recibió financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldama Negrete JG, Aldama Negrete F, Aldama Caballero AB. Infecciones mucocutáneas en pacientes con VIH/SIDA. Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int [Internet]. 2020 [citado 03/02/2023]; 7(2): 48-54. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932020000200048&lng
2. Thompson Grant D, Pila Peláez M, Pila Peláez RI, Guerra Rodríguez C. Sarcoma de kaposi de cavidad bucal en pacientes con sida. AMC [Internet]. 2002 [citado 23/01/2023]; 6(Suppl 2): 907-912. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552002000800015&lng=es
3. Betancourt Gambino J. Cáncer en pacientes viviendo con VIH/sida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2018 Jun [citado 03/02/2023]; 34(2): 1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000200012&lng
4. García Roco Pérez Oscar N, Castillo Betancourt Esther M, Más Sarabia M, Dueñas Rosquete L. Algunas consideraciones sobre el sarcoma de kaposi bucal epidémico. AMC [Internet]. 2007 [citado 03/02/2023]; 11(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552007000200019&lng
5. Albín-Cano R. Sarcomas: etiología y síntomas. Revista Finlay [Internet]. 2012 [citado 03/02/2023]; 2(2): 116-119. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/108/1287>
6. Vázquez-Aguirre NA, Arenas-Guzmán R, Rodrigo Juárez-Durán E. Sarcoma de Kaposi asociado al VIH. Rev Med Int Méx [Internet]. 2020 [citado 03/02/2023]; 36(4): 570-574. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/sarcoma-de-kaposi-asociado-con-vih/>
7. Miranda Chaviano J, Suárez Ramírez M, Franco Rodón A. Sarcoma de Kaposi clásico. Medcentro Electrónica [Internet]. 2022 [citado 03/02/2023]; 26(4): 976-984. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432022000400976&lng
8. Camacho-Olguín C, Lagunes-López M, Jiménez-Salazar J, Padovani-Clemente S. Sarcoma de Kaposi en diagnóstico tardío de VIH/sida. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2022 [citado 23/02/2023]; 59(1): e3200. Disponible en: <https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/3200>
9. Rivera Rivadulla R, Giniebra Marín G, Gorrín Díaz Y. Sarcoma de Kaposi oral en paciente seropositivo, fase sintomática avanzada. Presentación de caso. Rev.Med.Electrón [Internet]. 2021 [citado 03/02/2023]; 43(1): 2977-2985. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102977&lng=es
10. Cruz Abascal R, Martín Pozo Y, Ramos Valdez J. Sarcoma de Kaposi y trasplante renal. Medcentro Electrónica [Internet]. 2021 [citado 03/01/2023]; 25(4): 786-794. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432021000400786&lng=es
11. Alcalá Villalón T, Oliva Venereo D, Pérez López A. Amigdalitis hemorrágica como presentación de Sarcoma de Kaposi. Rev haban cienc méd [Internet]. 2019 Abr [citado 03/01/2023]; 18(2): 241-253. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2019000200241&lng=es

12. Sanchez García N, Periles Gordillo U, Pérez Triana F, González Fabián L. Sarcoma de Kaposi gástrico como causa inusual de sangrado digestivo. AMC [Internet]. 2017 [citado 03/01/2023]; 21(4): 535-539. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000400012&lng=es