

## CASO CLÍNICO

### **Sarcoma de Kaposi en un adulto con trasplante renal**

### **Kaposi's sarcoma in an adult with renal transplantation**

**MsC. Enrique Emilio Jiménez López <sup>1</sup> y Dr. Edwin Emilio Jiménez Matos <sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Especialista de Nefrología. Máster en Enfermedades Infecciosas. Instructor. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Doctor en Medicina. Hospital de Matahambre, municipio Songo- La Maya, Santiago de Cuba, Cuba.

### **RESUMEN**

Se presenta el caso clínico de un paciente con trasplante renal, atendido en el Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, que a los 12 meses de operado comenzó a presentar lesiones eritematosas en la piel. Los resultados de los exámenes complementarios, incluida la biopsia, confirmaron que se trataba de un sarcoma de Kaposi. El afectado egresó y continuó su seguimiento por consulta externa. A los 3 meses, la dermatopatía había desaparecido totalmente y disminuido a 50 % el índice de filtración glomerular.

**Palabras clave:** adulto, sarcoma de Kaposi, trasplante renal, dermatopatía, índice de filtración glomerular, atención secundaria de salud

### **ABSTRACT**

The case report of a patient with renal transplantation, attended in the "Saturnino Lora Torres" Teaching Provincial Hospital from Santiago de Cuba who, after 12 months of his surgery, began to present erythematous lesions in the skin is presented. The results of the additional tests, including the biopsy, confirmed that it was a Kaposi's sarcoma. He was discharged and continued his follow up through the out patient department. After 3 months, the dermatopathy had totally disappeared and the glomerular filtration index decreased to 50% .

**Key words:** adult, Kaposi's sarcoma, renal transplantation, dermatopathy, glomerular filtration index , secondary health care

## INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por primera vez en 1872 por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi. Desde entonces hasta la actualidad, cuando la epidemia del virus de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) azota a la humanidad, este tumor era poco común.<sup>1</sup>

Muchos de los casos vistos en Europa y América del Norte han ocurrido en hombres ancianos de ascendencia italiana o judía de Europa Oriental, en otros grupos específicos de la población como son los varones jóvenes adultos, negros africanos, niños prepubescentes, receptores de un injerto alogénico renal y en otros pacientes que reciben terapia inmunosupresora. Ha sido identificado, además, en hombres homosexuales no afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La forma diseminada y fulminante del SK, asociada con dicho virus, se denomina sarcoma de Kaposi epidémico, para distinguirlo de las otras variedades del neoplasma como: la clásica, la africana y la relacionada con trasplantes.<sup>1-2</sup>

Aunque la histopatología de los diferentes tumores de Kaposi es esencialmente idéntica en todos estos grupos, sus manifestaciones clínicas y el desarrollo de la enfermedad difieren.<sup>2</sup> Una clave importante para descifrar el enigma sobre la patogénesis de esta afección fue el descubrimiento de un virus herpes gamma en 1994, el virus herpes humano tipo 8 (HHV-8), conocido también como virus herpes del sarcoma de Kaposi. El HHV-8 fue identificado, mediante biopsias, en casi todos los pacientes que padecían sarcoma de Kaposi clásico o africano, relacionado con un trasplante, o asociado con el SIDA, pero no fue hallado en tejidos no dañados.<sup>3-4</sup>

En 1969 se describió el primer caso con esta neoplasia, asociado con la inmunosupresión en una persona con trasplante renal. Desde entonces, en varios receptores de trasplante renal y de otros órganos, que fueron tratados con prednisona y azathioprina, se desarrolló el SK poco después del inicio de la terapia inmunosupresora.<sup>5-6</sup>

Los estudios realizados sobre la ocurrencia del SK en los trasplantes renales con inmunosupresión, oscilan entre 150 y 200 veces la incidencia esperada del tumor en la población general. El tiempo promedio para aparezca SK después del trasplante es de aproximadamente 16 meses, aunque en pacientes con inmunosupresión iatrogénica a menudo se mantiene localizado en la piel, de modo que resulta común que se presente diseminación generalizada con afección de órganos mucocutáneos o viscerales.<sup>5</sup>

En algunos casos, la reducción o cambios en la terapia inmunosupresora ha traído consigo la regresión de estos tumores, de modo que el tratamiento de pacientes con trasplante renal en los cuales se desarrolla SK es bastante difícil, pues requiere de un análisis sobre el equilibrio entre el riesgo de muerte por SK generalizado, el rechazo del

injerto y complicaciones de insuficiencia renal que pueden ocurrir si se suspende la terapia inmunosupresora.<sup>7-8</sup>

### CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 54 años de edad, con trasplante renal, cuya evolución fue satisfactoria hasta un año después de la operación, período en el que comenzaron a aparecer lesiones eritematosas en la piel, inicialmente como máculas de color rojo violáceo, que después formaron placas brillosas, localizadas en el miembro inferior derecho, hasta que ocuparon casi toda la pierna (**figura**). Luego se expandieron a la región anterior del pie derecho, a la planta de este y hacia el tronco (alrededor del ombligo). No hubo afectación de las mucosas y el resto del examen físico resultó negativo.



Figura. Lesiones del sarcoma de Kaposi

### Exámenes complementarios

Las radiografías, sonografías y tomografías efectuadas fueron normales. Se realizó biopsia de la lesión, cuyo resultado permitió confirmar que se trataba de un sarcoma de Kaposi.

Se hicieron ajustes terapéuticos a fin de disminuir la inmunosupresión, se retiró la ciclosporina A y se redujo la dosis de azathioprina a 75 % de la dosis establecida, al igual que la prednisona. El paciente egresó, aunque se le indicó seguimiento por consulta externa, a fin de monitorear la función renal y observar la evolución de las lesiones, las cuales comenzaron a disminuir y a los 3 meses ya habían desaparecido totalmente.

Todavía en el 2010 el paciente mantiene una disfunción renal crónica estable del injerto, con creatinina sérica de 185  $\mu\text{mol/L}$  e índice de filtración glomerular de 40  $\text{mL/min /1,73 m}^2$  de superficie corporal.

## COMENTARIOS

De acuerdo con la clasificación establecida por Al-Khader *et al*,<sup>9</sup> y por no encontrarse daño visceral, este paciente se ubicó en el estadio 2 de la afección.

El SK se presenta como complicación del trasplante renal, para lo cual se indica, en el mejor de los casos, la reducción de la inmunosupresión inicialmente, lo que depende de la evolución del afectado; por tanto es necesario un seguimiento adecuado, pues de no obtenerse una respuesta favorable es preferible la retirada de la inmunosupresión y recomenzar el tratamiento dialítico, teniendo en cuenta que lo primordial es siempre preservar la vida del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plancoulaine S, Gessain A. Aspects épidémiologiques de l'herpèsvirus humain 8 (HHV-8) et du sarcome de Kaposi. *Médecine et Maladies Infectieuses* 2005; 35(5):314-21.
2. Singh NB, Lakier RH, Donde B. Hypofractionated radiation therapy in the treatment of epidemic Kaposi sarcoma -a prospective randomized trial. *Radiother Oncol* 2008;88(2):211-6.
3. Volberding PA. Hematology and oncology in patients with human immunodeficiency virus infection. In: *Textbook of medicine. Cecil Medicine*. 23 ed. Philadelphia: Saunders, 2007:416.
4. Pastor MA, Vasco B, Mosquera JM, Deben G, Bautista P, Resquena L. Dos enfermedades relacionadas con el VHH-8 en un paciente VIH-negativo: sarcoma de Kaposi y enfermedad de castle multicéntrica. Respuesta a tratamiento con rituximab y CHOP. *Act Dermosifiliogr* 2006;97(6):385-90.
5. Stallone G, Échème A, Grandaliano G. Kaposi`s sarcoma alter renal trasplantation. *N Engl J Med* 2005;353(8):846-7.
6. 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.
7. Pérez Rodríguez A, Molina Alfonso S, Mármol Sónora A, Pérez de Prado Valdivia JC, Herrera Vilches M, Parodis López Y. Sarcoma de Kaposi en el paciente receptor de un trasplante renal. Presentación de 1 caso <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000100011&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000100011&script=sci_arttext)> [consulta: 16 enero 2010].
8. Sala M, Font B, Sanfeliu I, Quesada M, Ponts I, Segura F. Bacillary angiomatosis caused by bartonella quintana. *Ann Acad Sci*. 2005; 1063:302-7.
9. Al-Khader AA, Sulciman M, Al-Hasani M, Haleem A. Posttransplant Kaposi`s sarcoma: staging as guide to therapy and prognosis. *Nephron* 1988; 48:165.

MEDISAN 2010;14(7):1004

Recibido: 4 de mayo de 2010

Aprobado: 16 de mayo de 2010

**MsC. Enrique Emilio Jiménez López.** Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres". Avenida de los Libertadores S/N, e/ 4ta y 6ta. Reparto Sueño. CP 90100, Santiago de Cuba, Cuba.  
Dirección electrónica: jimenez@medired.scu.sld.cu