

SARCOMA DE KAPOSI CLASICO

Gómez Molina, María Clemencia
Gómez Uribe, José Ignacio

RESUMEN

En 1872, Moritz Kaposi describió en 5 hombres adultos una neoplasia cutánea y extracutánea multicéntrica que afectaba principalmente a ancianos; él la llamó "Sarcoma pigmentario de piel idiopático y múltiple".^{1,2,3} Desde entonces se han descrito 4 variedades clínicas; actualmente la más frecuente es la asociada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En esta oportunidad presentamos un caso de sarcoma de Kaposi (SK) clásico.

Palabras Clave: Sarcoma de Kaposi, Radioterapia, Quimioterapia.

HISTORIA CLINICA

A.R. Hombre de 49 años, raza negra, con cuadro de 5 años de evolución consistente en lesiones de miembros inferiores acompañadas de intenso dolor y edema. Estas lesiones se iniciaron como pápulas y nódulos en tercio inferior de miembros inferiores, plantas y principalmente dorso de ambos pies; luego progresaron a placas y masas exofíticas con áreas hiperqueratósicas; además fisuración, ulceración y episodios de infección a repetición (Fig. No. 1), por lo cual ha requerido varias hospitalizaciones. Se encontraron escasas lesiones con características similares, en manos y antebrazos. Desde el inicio se encontraron adenopatías inguinales que eran duras y fijas.

Estudios Iniciales

H.L.G y sedimentación: Normal. VDRL y Elisa para HIV: Negativos. Rx de tórax: Normales. Ecografía abdominal: Normal.

Estudio histopatológico de piel con H-E: Lesión nodular recubierta por epidermis aplanada con capa córnea gruesa y en los bordes marginales hiperplásica. La lesión en el dermis está constituida por proliferación de vasos sanguíneos irregulares, de tamaño variable, algunos con endotelio prominente, rodeados por formación densa de células en forma de huso con aspecto de fibroblasto, dispuestas en pequeños haces que se distribuyen en diferentes direcciones dejando hendiduras entre ellos. Hay extravasación de eritrocitos, acúmulos de hemosiderina y leve infiltrado inflamatorio mononuclear difuso, confirmándose el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi (Fig. No. 2).

María Clemencia Gómez Molina, Residente: II Dermatología.
Universidad de Antioquia.

José Ignacio Gómez Uribe, MD Dermatólogo. Docente Sección de Dermatología. Universidad de Antioquia.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia, Medellín.

Correspondencia: María Clemencia Gómez. Sección de Dermatología, Depto. Medicina Interna. Universidad de Antioquia.



Fig. No. 1. Masas y nódulos exofíticos con necrosis y signos de infección

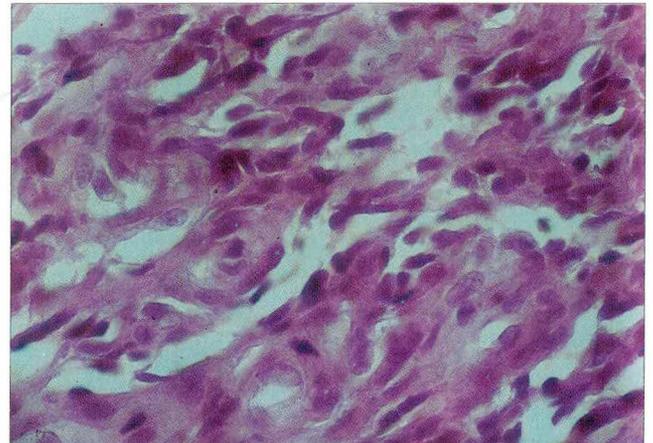


Fig. No. 2. Cuadro histológico característico de Sarcoma de Kaposi.

Controles Posteriores

Sangre oculta en materias fecales: Positiva.

Tránsito intestinal: Hallazgos compatibles con compromiso intestinal inicial de sarcoma de Kaposi.

Biopsia de ganglio inguinal: Matástasis de SK.

Cuadro hemático: Anemia microcítica, hipocrómica con sedimentación elevada.

Nuevo Elisa para HIV: No reactivo

Endoscopia digestiva (#2): Esófago normal, descartar CA de antro (se toman biopsias que informan: Inflamación crónica activa superficial) y duodeno normal.

Recibe manejo inicialmente con radioterapia y quimioterapia con vinblastina (10 mg/semanales), con mejoría parcial. En la última hospitalización se maneja con radioterapia y quimioterapia con vincristina y vinblastina con disminución de las masas tumorales en aproximadamente un 90% (Fig. No. 3).



Fig. No. 3. Control posterior al tratamiento. Mejoría del 90%.

COMENTARIOS

Existen cuatro variedades clínicas del SK: La forma clásica, el SK endémico o africano, la forma asociada con inmunosupresión iatrogénica y el SK epidémico asociado con SIDA.^{2,3,4,5}

La forma clásica afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y la edad de inicio está entre los 50 y los 80 años; típicamente compromete las extremidades inferiores en forma bilateral, aunque puede aparecer en cualquier localización. Las lesiones se inician como máculas solitarias o múltiples, rosadas, rojas o de color salmón que van evolucionando a placas o nódulos que aumentan de tamaño y coalescen formando grandes tumores dolorosos que pueden ulcerarse, sangrar o infectarse secundariamente. Se presenta también edema crónico e inducción del tejido subcutáneo por extensión del tumor.²

Luego de la piel, los sitios más comunes de compromiso son los ganglios linfáticos subcutáneos,⁶ las mucosas, especialmente en la cavidad oral y el tracto gastrointestinal (donde puede ser asintomático, sólo detectado por exámenes paraclínicos en aproximadamente el 90% de los pacientes).³

La enfermedad tiene un curso crónico de aproximadamente 8 a 15 años; el pronóstico es generalmente bueno y la muerte ocurre como resultado del compromiso GI o pulmonar.²

El SK en Colombia presenta características epidemiológicas, clínicas e histopatológicas similares a las informadas en la literatura mundial.⁴

Su etiología continúa siendo desconocida y persiste también controversia acerca de su célula de origen.^{2,3}

Los hallazgos histopatológicos evolucionan por varios estadios; en general ocurren dos tipos de formaciones: una vascular con predominio de células endoteliales y una formación de células fusiformes que contienen hendiduras vasculares; adicionalmente hay reacciones inflamatorias, dando algunas de ellas apariencia de tejido de granulación.^{3,6}

Existen varias opciones de tratamiento, dependiendo de la extensión y localización de las lesiones. Si son únicas puede realizarse excisión quirúrgica, tratamiento con láser o crioterapia; en caso contrario se realiza radioterapia, poli quimioterapia con alcaloides derivadas de la vinca y en los últimos años se ha usado inmunoterapia con alfa-interferón.^{2,3}

SUMMARY

In 1872 Moritz Kaposi described five elderly males with a multicentric cutaneous and extracutaneous neoplasia that he named "Idiopathic and multiple skin pigmentary sarcoma". Since then, four clinical varieties have been described. The one associated with AIDS is the commonest one to day. This is a report of a case of classical Kaposi's Sarcoma.

Key Words: Kaposi's sarcoma. Radiotherapy, Chemotherapy

BIBLIOGRAFIA

1. Kaposi M. Idiopathisches multiples pigmentsarkom der haut. Arch Derm Syph. 1872; 4: 265-269.
2. Martin RW, Hood AF, Farmer ER. Kaposi sarcoma. Medicine 1993; 72: 245-261.
3. Rappersberger K, Wolff K, Stingl G. Kaposi's sarcoma. In: Fitzpatrick TB, Eisen AZ et al eds. Dermatology in general medicine. Fourth Edition. New York. McGraw Hill, 1993; 1244-1256.
4. García A, Olivella F, et al. Kaposi's sarcoma in Colombia. Cancer 1989; 64: 2393-2398.
5. Gómez JI, Arango JL. Sarcoma de Kaposi en dos pacientes, postrasplante renal. Med Cut I.L.A. 1984; 12: 215-219.
6. Lever WF. Tumors of vascular tissue. In: Lever WF, Schaumburg - Lever G. (Eds.) Histopathology of the skin. Seventh edition. Philadelphia, JB Lippincott Co. 1990; 704-707.