

Sarcoma de Kaposi gástrico en un paciente con virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Gastric Kaposi Sarcoma in a patient with HIV

Julián D. Martínez^{1,2}, Geovanny Hernández², Carolina Salinas², Natán Hormaza, Martín Garzón², Jorge Lizarazo², Camilo Manrique², Juan Marulanda², Juan Molano², Mario Rey², Daysi Rivera²

¹ Facultad de medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

² Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

Recibido: 15/12/2013; Aprobado: 12/05/2014

RESUMEN

Hombre de 38 años que consultó por sangrado digestivo de dos días de duración. La esofagogastroduodenoscopia demostró múltiples lesiones nodulares de color púrpura en el antro gástrico. La histopatología mostró un tumor formado por células fusiformes y proliferación vascular, hallazgos consistentes con sarcoma de Kaposi del estómago. Posteriormente se determinó la infección por virus de inmunodeficiencia (VIH) del paciente.

Palabras clave: Sarcoma de Kaposi; Antro gástrico; VIH (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

A 38 years old man with 48 hours of gastrointestinal bleeding was admitted to the hospital. The EGD revealed red-purple nodules in the gastric antrum. Histopathologically, there were spindle cells and capillary size vascular proliferation. These findings were consistent with Kaposi sarcoma of the stomach. Immediately after, the patient had a positive test for HIV.

Key words: Sarcoma, Kaposi; Gastric antrum; HIV (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia mesenquimática que se origina en el endotelio vascular y se clasifica en cuatro grupos: clásico, endémico (africano), iatrogénico (asociado a trasplantes) y epidémico (asociado a VIH/SIDA). Todos los grupos se relacionan con la infección por el virus herpes humano tipo 8 y cada una tiene sus propias características epidemiológicas, clínicas y patológicas^(1,2).

Presentamos un caso de sarcoma de Kaposi (SK) gástrico en un paciente con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

CASO CLÍNICO

Hombre de 38 años que ingresa por cuadro de hematemesis, melenas y dolor epigástrico de dos días de evolución. Sin antecedentes patológicos relevantes. El examen físico mostró un paciente consiente, orientado, pálido, delgado con IMC 18,5, con 90 pulsaciones por minuto y presión arterial de 100/70 mmHg.

Se inicia manejo hemodinámico con cristaloides parenterales EV y se realiza endoscopia de vías digestivas altas, encontrándose en el antro gástrico, múltiples lesiones submucosas, redondeadas, elevadas, violáceas, sin evidencia de sangrado activo; sugestivas de sarcoma de Kaposi (Figura 1), se toman biopsias cuyo estudio

histológico mostró proliferación fusiforme vascular y el marcador de inmunohistoquímica HHV8 positivo lo que confirmó el diagnóstico (Figura 2). Se diagnosticó infección por VIH con carga viral 303.445 copias/ml y conteo de linfocitos CD4 23/mm³, las serologías para criptococo, criptosporidium y toxoplasmosis fueron negativas. Se inicia tratamiento anti-retroviral.



Figura 1. Vista endoscópica de múltiples nódulos de color púrpura en antro gástrico.

Citar como: Martínez JD, Hernández G, Salinas C, Hormaza N, Garzón M, Lizarazo J, et al. Sarcoma de Kaposi gástrico en un paciente con virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Rev Gastroenterol Peru. 2014;34(2):145-7.

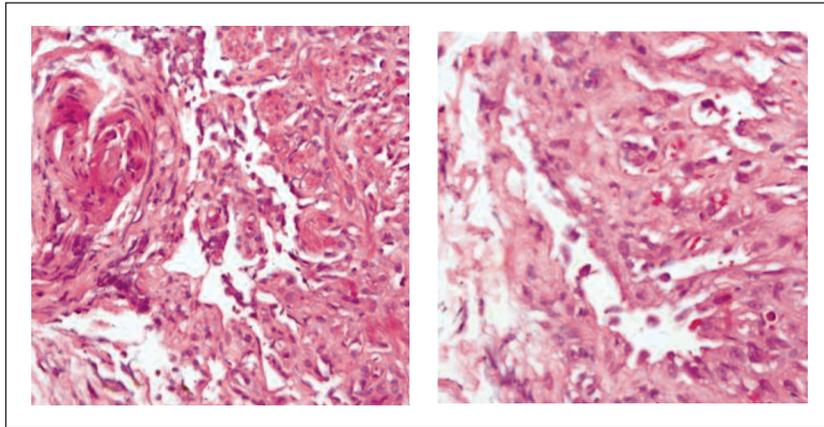


Figura 2. Microfotografía, tinción hematoxilina eosina, muestra la proliferación de células fusiformes y vasculares, los espacios o hendiduras y la extravasación de hematíes.

DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito en 1872 por el médico húngaro Moritz Kaposi en cinco pacientes como “sarcoma múltiple pigmentado idiopático de la piel” informando una enfermedad multisistémica de origen mesenquimal que compromete vasos linfáticos y sanguíneos ⁽¹⁾.

El SK representa del 60% de los tumores que se desarrollan en los pacientes con VIH/SIDA y es también la neoplasia intrabdominal más frecuente en ellos ^(2,3). Se presenta 20 veces más en pacientes homosexuales que en heterosexuales con el mismo estado de inmunosupresión y es más frecuente en los hombres, con una relación de 50 hombres por una mujer ⁽⁴⁾. Cerca del 50% de los sarcoma de Kaposi en el tracto gastrointestinal se ha visto en pacientes con SIDA y SK cutáneo.

La presentación del SK gastrointestinal puede ser sincrónica o asincrónica con la aparición de lesiones dérmicas. Sin embargo el 15% de los pacientes con SK visceral no tienen compromiso cutáneo ⁽⁴⁾.

Se ha documentado compromiso gástrico en cerca del 40% de hombres homosexuales con VIH/SIDA, también se ha informado afectación de orofarínge, esófago, estómago, hígado, intestino delgado y colon ⁽²⁾. En un estudio de 47 autopsias de pacientes se encontró que 14 de estos presentaron compromiso en el intestino delgado en especial en duodeno, 8 en colon y 7 en estómago ^(4,5).

En México, Guevara y cols. informaron una prevalencia de 0,0003% SK gástricos en una serie de 16,200 endoscopias digestivas altas ⁽⁶⁾.

En los pacientes con SIDA, el SK además de ser una complicación habitual es también su principal causa

de muerte, superando a las infecciones oportunistas. Esta situación parece depender por la rápida y eficaz mejoría del sistema inmune lograda por la terapia anti-retroviral ⁽⁷⁾.

Esta enfermedad suele ser asintomática, sin embargo es frecuente la pérdida de peso, el dolor abdominal, los vómitos, la diarrea, y el síndrome de mala absorción, también se ha informado sangrado gastrointestinal y obstrucción gástrica ^(2,3,8).

Los hallazgos endoscópicos pueden ser variados desde lesiones ulceradas que se confunden con úlceras pépticas hasta las lesiones submucosas nodulares, vasculares de color púrpura, como en el caso informado. Es importante resaltar que no siempre las biopsias endoscópicas son diagnósticas, pues se trata de una lesión submucosa y en algunos casos será necesario tomar muestras de mayor profundidad. La TAC abdominal con contraste, permite observar masas submucosas polipoideas ente 5 y 30 mm de diámetro así como engrosamiento irregular de los pliegues mucosos, además puede observarse compromiso de los ganglios linfáticos ⁽⁹⁾.

En el diagnóstico histológico, el principal reto para el patólogo es la evaluación precisa de la proliferación vascular del SK. Sus características histológicas más importantes son la presencia de espacios (hendiduras) vasculares, células endoteliales y extravasación de hematíes con depósitos de hemosiderina. La inmunohistoquímica es positiva para CD34 y VHH8 y es útil para diferenciarlo de otras lesiones tumorales como melanomas, leiomiomas, tumores estromales (GIST) y pseudo-tumores inflamatorios ⁽¹⁰⁾.

La aparición de estas lesiones a nivel gastrointestinal es de mal pronóstico y el tratamiento generalmente va encaminado a medidas paliativas con el fin de mejorar

síntomas y disminuir la progresión. Como toda neoplasia el SK tiene una estadiaje, los criterios más utilizados son los de la ACTG (AIDS-Clinical Trial Group), que utiliza como criterios la extensión tumoral (T) y el estado sistémico del paciente (S).

Un tumor T0 (de buen pronóstico) está circunscrito a la piel y/o ganglios linfáticos y/o presenta mínimo compromiso de la boca. El tumor T1 (de mal pronóstico) presenta extenso compromiso oral, gastrointestinal o de otros órganos. En el estado S0 (con buen pronóstico), los pacientes no tienen historia de infecciones oportunistas, tampoco informan fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de más del 10% de su peso corporal o diarrea crónica y tienen un score de Karnofsky >70%. Los pacientes S1 (de mal pronóstico) padecen de infecciones oportunistas y de otras enfermedades relacionadas con el VIH con scores de Karnofsky < 70%^(7,9).

Dentro de las opciones terapéuticas se cuenta con la terapia anti-retroviral, radioterapia, quimioterapia (doxorubicina liposómica) y terapias combinadas^(1,3,10),

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez F, Barbaglia Y, Juárez L, Bucci P, Tedeschi F, Zalazar F. [Sarcoma de Kaposi gastrointestinal asociado a síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Descripción de un caso.](#) Acta Gastroenterol Latinoam. 2011;41(4):308-11.
2. Crespo L, Cano AC, Linette J, Moreno C, Quereda C. [Sarcoma de Kaposi gástrico asociado a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana \(variante epidémica\).](#) Med Clin (Barc). 2010;134(7):331.
3. Markos P, Ivekovic H, Pulanic R, Vucelic B. [Isolated Kaposi sarcoma of the stomach.](#) Endoscopy. 2012;44 Suppl 2 UCTN:E112-3. doi: 10.1055/s-0031-1291670.
4. Arora M, Goldberg EM. [Kaposi sarcoma involving the gastrointestinal tract.](#) Gastroenterol Hepatol (N Y). 2010 Jul;6(7):459-62.
5. Beatty GW. [Diarrhea in patients infected with HIV presenting to the emergency department.](#) Emerg Med Clin North Am. 2010 May;28(2):299-310. doi: 10.1016/j.emc.2010.01.003.
6. Guevara M, Guerrero G, Ramírez JL, Castro M, Gavito P. [Diagnóstico del sarcoma de Kaposi en el tubo digestivo: estudio retrospectivo.](#) Rev Mex Radiol. 1998;52(3):105-7.
7. Nasti G, Talamo R, Antinori A, Martellotta F, Jacchetti G, Chiodo F, et al. [AIDS-related Kaposi's sarcoma evaluation of potential new prognostic factors and assessment of the AIDS Clinical Trial Group Staging System in the Haart Era the Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors and the Italian Cohort of Patients Naive From Antiretrovirals.](#) J Clin Oncol. 2003 Aug 1;21(15):2876-82.
8. Attia S, Dezube BJ, Torrealba JR, Sosman JM, McHaffie DR, Pfau PR, et al. [AIDS-related Kaposi's sarcoma of the gastrointestinal tract.](#) J Clin Oncol. 2010 Jun 1;28(16):e250-1. doi: 10.1200/JCO.2009.26.5868.
9. Willatt J, Moyano C, Apey C, Lidid L. [Sarcoma de Kaposi extratorácico: evidencia de una enfermedad multisistémica.](#) Rev Chil Radiol. 2010;16(2): 80-5.
10. Taccogna S, Crescenzi A, Stasi R, Turrini L, Gallo A, Rossi Z. [Kaposi sarcoma of the stomach: a case report.](#) BMJ Case Rep. 2009;2009. pii: bcr03.2009.1666. doi: 10.1136/bcr.03.2009.1666.

Correspondencia:

Dr. Julián David Martínez
Carrera 8 # 0-55. Bogotá DC, Colombia
E-mail: jdmartinez@yahoo.com