



SARCOMA DE KAPOSI GASTROINTESTINAL: DESCRIPCION DE TRES CASOS

Susana Rubio Mediavilla*, Marta Mayorga Fernandez*, Laura Zaldumbide Dueñas*, Carmen Gonzalez Vela*, J. Fernando Val-Bernal*, Francisco Mazorra Macho*

* DEPARTAMENTO DE ANATOMIA PATOLOGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA SANTANDER (ESPAÑA)
ESPAÑA

Resumen

INTRODUCCION

El sarcoma de Kaposi es uno de los tumores más frecuentes en el Sida. La localización gastrointestinal se describe en la literatura en un 40-50 %.

Realizamos una búsqueda en nuestros archivos desde 1995 hasta junio del 2005 de las biopsias gastrointestinales con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

DESCRIPCION DE LOS CASOS

Presentamos tres casos de sarcoma de Kaposi de localización gastrointestinal, dos de ellos rectales, y duodenal y gástrico el tercero. Los tres eran varones VIH positivos. Dos de ellos estaban diagnosticados de sarcoma de Kaposi en piel en el mismo año y el tercero no mostraba lesiones cutáneas. Los tres tenían síntomas en relación con su localización. Endoscópicamente se observaban nódulos rojo-violáceos. Solo en uno de los casos la carga viral era importante. Microscópicamente se observaba proliferación de vasos, con hemorragia intersticial y glóbulos hialinos en las células intersticiales y endoteliales. En la actualidad los tres pacientes están vivos.

DISCUSION

El sarcoma de Kaposi fue descrito inicialmente en la piel por M. Kaposi en 1872. Su origen está en el sistema retículo-endotelial. Epidemiológicamente se describen cuatro grupos: esporádico, endémico, epidémico y iatrogénico. En los pacientes con Sida es la neoplasia más frecuente. Se asocia con infección por Virus Herpes Humano tipo 8. Cuando afecta a vísceras, el aparato gastrointestinal es la localización más frecuente. Solo en uno de nuestros tres casos había además lesiones pulmonares. La afectación gastrointestinal puede preceder a las lesiones de piel o aparecer sincrónicamente, aunque en ocasiones no existe afectación cutánea, como en uno de los tres casos. El diagnóstico diferencial debe hacerse con lesiones con células fusiformes y proliferación de vasos.

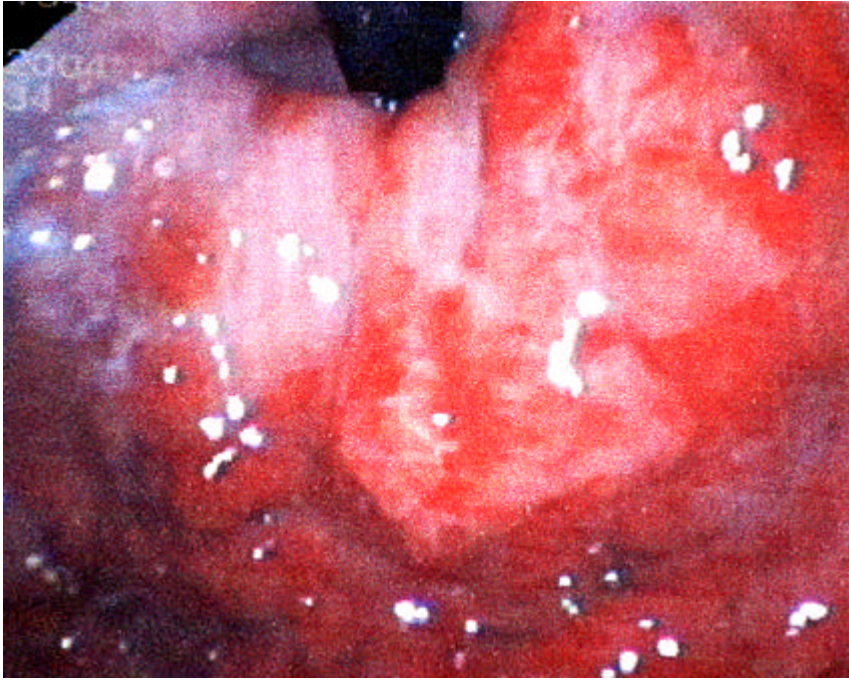


Figura 1 - Endoscopia

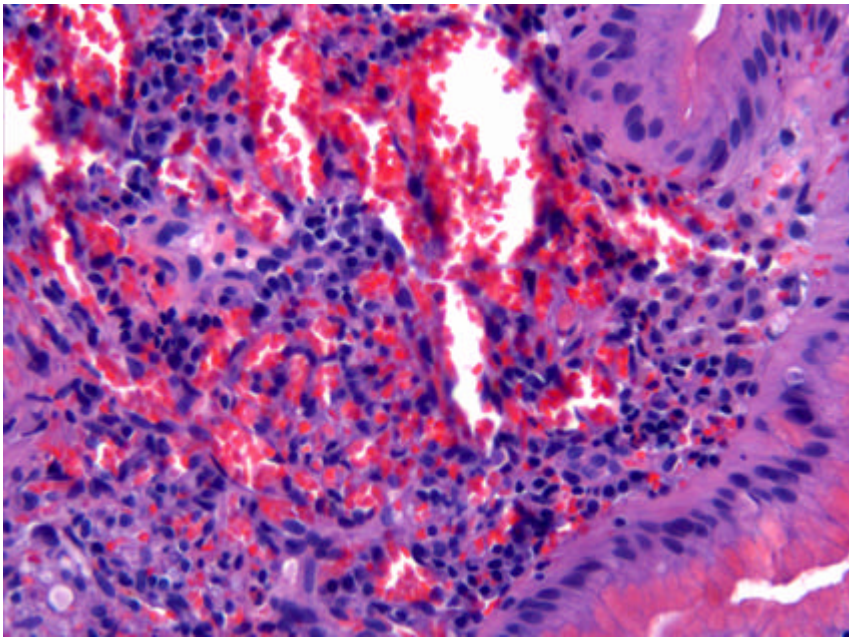


Figura 2 - Hematoxilina-Eosina

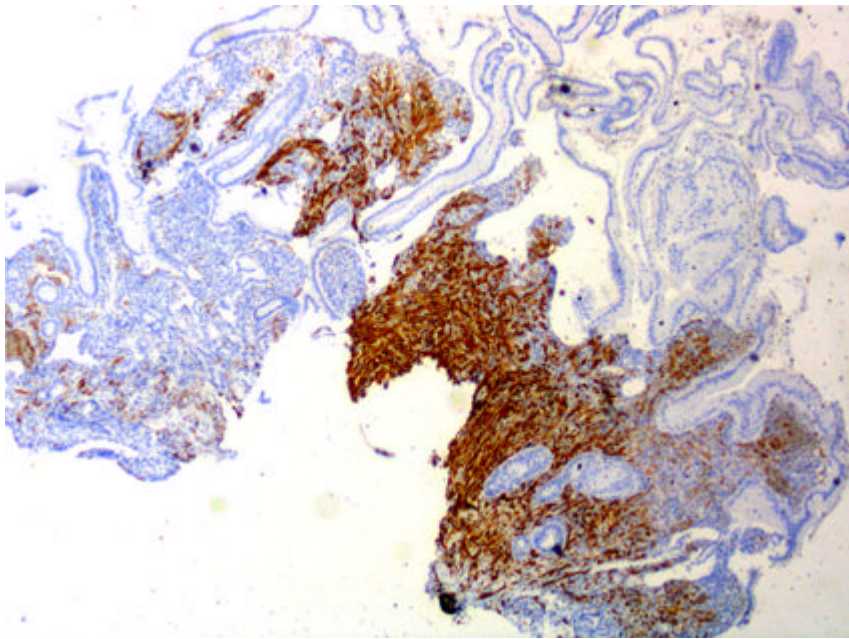


Figura 3 - Tinción inmunohistoquímica para CD34, donde se observa la intensa proliferación de vasos.

Introducción

Kaposi describe en 1872 una lesión tumoral cutánea de origen vascular (Kaposi 1872). El Sarcoma de Kaposi es uno de los tumores más frecuentes en el Sida (Parente y cols 1991). Es un tumor mesenquimal que afecta a vasos linfáticos y sanguíneos (Hengge y cols 2004).

Se describen cuatro tipos: esporádico, endémico, iatrogénico y epidémico, siendo este último el asociado al VIH. La afectación gastrointestinal esta descrita en un 40-50 % (Parente y cols 1991). Desde 1994 se conoce su asociación con el Virus Humano tipo 8 (Chang y cols 1994).

Realizamos una búsqueda en nuestros archivos desde junio de 1995 hasta junio del 2005 de las biopsias gastrointestinales con diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

Resultados

Durante los años 1995 a la mitad del 2005 (9 años y medio) se detectaron en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla tres casos de Sarcoma de Kaposi de localización gastrointestinal. El resumen de los datos clínicos y antecedentes se puede ver en la tabla 1.

Dos de los casos eran de localización rectal y el tercero de localización duodenal y gástrica. Los tres eran varones VIH positivos, con relaciones sexuales homosexuales. Su edad media era de 45 años ($\pm 17,77$), rango entre 25 y 59 años.

Dos de ellos estaban diagnosticados de sarcoma de Kaposi en piel el mismo año, en forma de múltiples placas rojo-violáceas, y el tercero no mostraba lesiones cutáneas. Los tres tenían síntomas en relación con su localización gastrointestinal, los afectados de Sarcoma de Kaposi rectal habían presentado clínica de rectorragias y dolor anal con proctitis y úlceras rectales, además de una importante pérdida de peso. Y el de Kaposi gástrico y duodenal tenía síntomas de esofagitis, gastritis y duodenitis.

Endoscópicamente se observaban nódulos rojo violáceos de un centímetro de diámetro, mucosa eritematosa y una zona central ulcerada fibrinada (Figura 1). Uno de ellos presentaba además una localización pulmonar diagnosticada el mismo año de la afectación dérmica y rectal.

Solo en uno de los casos, la carga viral era importante (162.000 copias/ml), mientras que en los otros dos era menor de 50 copias/ml. Los niveles de CD eran: 585/ μ l, 98/ μ l y 117/ μ l.

Microscópicamente se observaba una proliferación de vasos en la lámina propia, con células fusiformes y hematíes libres. Había glóbulos hialinos en las células intersticiales y endoteliales (Figura 2). Con las tinciones inmunohistoquímicas para el CD31 y CD34 se observaban los abundantes vasos proliferados (Figura 3). Solo uno de ellos presentaba una positividad para el Virus

Humano tipo 8.

Como enfermedades concomitantes encontramos en dos de ellos Herpes –Zoster, en uno, hepatitis B, y en el otro Mughet. En la actualidad los tres pacientes están vivos.

Tabla 1

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
SEXO	VARON	VARON	VARON
EDAD	51 AÑOS	59 AÑOS	25 AÑOS
LOCALIZACION GASTROINTESTINAL	RECTO	DUODENO Y ESTOMAGO	RECTO
AFECTACION DE PIEL PREVIA	- ALA NASAL - CARTILAGOS AURICULARES - SUPRACLAVICULAR - OMBLIGO - PIE	- CARA - ABDOMEN - PIERNA IZQ - CUELLO - TORAX	- NO
OTRAS LOCALIZACIONES	- PALADAR DURO - BRONQUIO	NO	NO
ENFERMEDADES ASOCIADAS	- MUGUET ORAL - HERPES ZOSTER	- HEPATITIS B - HERPES ZOSTER	NO
VIH	POSITIVO	POSITIVO	POSITIVO
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	SI	SI	SI
FACTORES DE RIESGO	-RELACIONES HOMOSEXUALES	-RELACIONES HOMOSEXUALES	-RELACIONES HOMOSEXUALES
CARGA VIRAL	< 50 COPIAS /ML	< 50 COPIAS /ML	162.000 COPIAS
CD4	585	98	117
SINTOMAS	- MELENAS Y - RECTORRAGIAS - PROCTITIS AGUDA Y - CRONICA - PERDIDA DE PESO	- MELENAS - RECTORRAGIAS - INTERMITENTES - PERDIDA DE PESO	- DOLOR ANAL - ULCERAS RECTALES Y - ANALES CON ABSCESOS - FEBRICULA - LESIONES EN PIEL TIPO PAPILOMAS
OTROS			V. HERPES 8 +

Discusión

El Sarcoma de Kaposi fue descrito inicialmente en la piel por Kaposi en 1872. Su origen está en el sistema reticulo-endotelial (Kaposi 1872). Epidemiológicamente se describen cuatro grupos: esporádico, endémico, epidémico, y iatrogénico. En nuestros casos, los tres mantenían relaciones homosexuales. Este tumor se observa más en relación con los hábitos sexuales que con la adicción a drogas (Romaguera y cols 1991, Hengge y cols 2004). En los pacientes con Sida es la neoplasia más frecuente (Parente y cols 1991).

El hallazgo de esta lesión suele hacerse en pacientes previamente diagnosticados de SIDA (Romaguera y cols 1991).

De nuestros pacientes, en dos de ellos, el diagnóstico de Kaposi se realizó al mismo tiempo que se conocía la positividad para el VIH. En el otro caso, se conocía su positividad dos años antes. En ocasiones se ha diagnosticado el Sarcoma de Kaposi gastrointestinal antes del SIDA (Kadakia y cols 1992).

Cuando afecta a las vísceras, el aparato gastrointestinal es la localización más frecuente. Sólo en uno de nuestros casos había además lesiones pulmonares, lo que para algunos autores indica un estado más avanzado de la enfermedad, sin embargo otros atribuyen la influencia en la supervivencia al grado de inmunosupresión en el momento del diagnóstico (Parente y cols 1991). La afectación gastrointestinal puede preceder a las lesiones de piel o aparecer sincrónicamente, aunque en ocasiones no existe afectación cutánea como ocurre en uno de los tres casos de nuestra serie (Romaguera y cols 1991).

Microscópicamente la lesión puede verse en localización submucosa, por lo que algunas lesiones pueden quedar sin diagnosticar si la biopsia es muy superficial (Friedman 1990).

Ante los síntomas gastrointestinales deben sospecharse otro tipo de lesiones, tanto tumorales como infecciosas que son más frecuentes que el sarcoma de Kaposi (Elizalde y cols 1993). Microscópicamente el diagnóstico diferencial debe hacerse con

lesiones de células fusiformes y proliferación de vasos (Nacional Cancer Institute).

En cuanto a su etiología, se asocia con infección con Virus Herpes Humano tipo 8 (Chang y cols 1994, Cannon 2003). En dos de nuestros casos los pacientes habían tenido años antes infección por Herpes Zoster.

En la localización gastrointestinal del Kaposi, la localización más frecuente es estomago y duodeno y es menos frecuente su localización en recto y colon sigmoides (Parente y cols 1991). Uno de nuestros casos estaba localizado en estomago y duodeno. En otros dos la localización era únicamente rectal, pero solo en uno de ellos no había lesiones en piel. La localización exclusiva en el tracto intestinal superior ha sido descrita hace muchos años (Barrison y cols 1988). Los casos de Sarcoma de Kaposi de localización rectal son infrecuentes si no hay lesión en piel concomitante (Elizalde y cols 1993). En nuestro conocimiento existe un caso publicado en 1966 (Kaufmann y cols 1966) y en 1993 hay otro caso publicado de localización exclusiva rectal (Elizalde y cols 1993).

En resumen, presentamos una serie de tres casos de sarcoma de Kaposi de localización gastrointestinal, relacionados con pacientes VIH positivos y de hábitos homosexuales. Uno de ellos, muy poco frecuente, de localización únicamente rectal sin lesión de piel acompañante.

Conclusiones

Es necesario pensar en el diagnóstico de sarcoma de Kaposi en aquellos pacientes VIH positivos, con síntomas gastrointestinales, aunque no tengan lesiones en piel.

Bibliografía

- Barrison IG, Foster S, Harris JW y cols. Upper gastrointestinal Kaposi´s sarcoma in patients positive for HIV antibody without cutaneous disease. Br Med J 1988; 296: 92-93
- Cannon M, Dollard S, Black J y cols. Risk factors for Kaposi´s sarcoma in men seropositive for both human herpes virus 8 and human immunodeficiency virus. AIDS 2003; 17:215-222
- Chang Y, Cesarman E, Pessin MS y cols. Identification of herpes virus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi´s sarcoma. Science 1994; 266: 1865-1869
- Elizalde J, Escorsell A, García-Puges A y cols. Sarcoma de Kaposi de localización rectal aislada. Rev Esp Enf Digest 1993; 84: 399-401
- Friedman SL. Kaposi´s sarcoma and lymphoma of the gut in AIDS. Ballieres Clin Gastroenterol 1990; 4: 455-473
- Hengge UR, Tossing G, Kouri V, Fruehauf S. Graduated systemic treatment of AIDS-Associated Kaposi sarcoma. Am J Cancer 2004; 3: 133-149
- Kaufmann T, Nisce LZ, Coleman N. Case report : Kaposi sarcoma of the rectum-treatment with radiation therapy. Br J Radiol 1966; 69:573-574
- Kaposi M. Idiopathisches multiples pigment Sarcom der Aut.. Dermatol Syph 1872; 4: 256-272
- Kadakia SC, Kadakia AS, Westphal KW. Gastrointestinal Kaposi´s sarcoma as the first manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. South Med J 1992; 85: 37-39
- Nacional Cancer Institute. Sarcoma de Kaposi. University of Bonn. <http://www.meb.uni-bonn.de/cancernet/spanish/101271.html>
- Parente F, Cernuschi M, Orlando G y cols. Kaposi´s sarcoma and Aids: Frequency of gastrointestinal involvement and its effects on survival. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 1007-1012
- Romanguera A, Osorio A, Alcobendas F y cols. Sarcoma de Kaposi de localización digestiva alta. A propósito de un caso. Rev Esp Enf Digest 1991; 80: 331-334

