




REPORTE DE CASO

Sarcoma de Kaposi del tracto gastrointestinal. Reporte de presentación en colon

Recibido: 6/4/22 Aceptado: 3/4/23

Daniela Ayelén Camino , Leticia Acuña, Pamela Fernández , Brian Santos .

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia maligna angioproliferativa de bajo grado, causada por la infección por virus herpes humano tipo 8 (HHV-8). El tracto gastrointestinal está involucrado en el 40% de los casos y constituye la neoplasia maligna gastrointestinal más común en pacientes con sida. Se presenta el caso de un paciente 32 años con antecedente de VIH de larga data, sin tratamiento, que relató episodios de proctorragia intermitente y pérdida de peso en los últimos dos meses. Presentaba lesiones cutáneas elevadas en forma de placas violáceas que predominaban en tronco y miembros superiores. Se realizó videocolonoscopia, la que evidenció en el área próxima a la válvula ileocecal y en el colon ascendente, lesiones sobreelevadas, eritematosas, friables y sangrantes, las cuales se biopsiaron. El estudio anatomopatológico reportó un perfil inmunohistoquímico compatible con SK. Al momento de la escritura de este artículo el paciente se encontraba bajo tratamiento quimioterápico (doxorubicina liposomal, seis ciclos) e iniciando tratamiento antirretroviral (lamivudina – tenofovir – dolutegravir). Se presenta el siguiente caso para destacar la importancia del enfoque multidisciplinario del paciente con VIH/sida y fundamentalmente el rol de la endoscopia digestiva tanto alta como baja en pacientes con dolor abdominal, sangrado digestivo u otros síntomas abdominales, con el fin de descartar patologías del tracto gastrointestinal y, particularmente, el SK.

Palabras clave: VIH/sida /sarcoma de Kaposi / tracto gastrointestinal / colonoscopia

Hospital Interzonal General de Agudos Eva Perón,
Av. 101 Dr. Ricardo Balbín 3200, San Martín, provincia
de Buenos Aires, Argentina.

Autor para correspondencia: Brian Santos, Ávalos 1859,
CABA, Argentina. dr.briansantos@gmail.com.

*Ninguno de los autores declara presentar conflicto de
intereses en relación con esta publicación*

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia maligna angioproliferativa de bajo grado, causada por la infección del virus herpes humano tipo 8 (HHV-8), también conocido como virus herpes asociado al sarcoma de Kaposi (KSHV) (1). El SK se presenta en aproximadamente el 20% de los pacientes con sida (2), por lo que es considerada una de las enfermedades oportunistas marcadoras. El SK suele afectar sitios mucocutáneos, en particular la piel y, en algunas ocasiones, la orofaringe; sin embargo, se ha descrito también la afectación visceral. El tracto gastrointestinal está involucrado en el 40% de los casos (3), siendo más frecuente en trasplantados y pacientes con sida, y es la neoplasia maligna gastrointestinal más común en estos últimos (4-6). La afectación colorrectal es menos frecuente con respecto al estómago y al intestino delgado, siendo el colon más comúnmente afectado que el recto. Puede presentarse con o sin enfermedad de la piel, y ser asintomático o causar dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos malabsorción, sangrado gastrointestinal, diarrea y síntomas de obstrucción intestinal, perforación e intususcepción (5-6).

Caso

Paciente de sexo masculino de 32 años de edad, con antecedente de VIH de larga data y sin tratamiento antiretroviral. Inició la enfermedad actual con episodios de proctorragia intermitente y pérdida de peso cuantificada de 12 kg en los últimos dos meses. CD+ 4: 20 cels / mm³, CV: 104 copias/ml.

Presentaba lesiones cutáneas, en un número aproximado de 10, elevadas, en forma de placas violáceas que predominan en tronco y miembros superiores (Figura 1). No se observaban lesiones mucosas asociadas. Se realizó biopsia de piel, en la cual se informó la presencia en dermis de canales vasculares serpenteantes e interconectados con el endotelio y extravasación eritrocitaria, hallazgos compatibles con SK. Se realizó examen proctológico (tacto rectal y rectoscopia rígida) en el cual se observaban hemorroides internas GII, sin evidencia de sangrado activo al momento de su realización. La TC de cuello, tórax, abdomen y pelvis no reportó elementos patológicos. Se llevó a cabo el estudio endoscópico digestivo alto (VEDA) sin hallazgos de re-

levancia, y la videocolonoscopia (VCC), que exhibió en fondo cecal, próxima a válvula ileocecal y colon ascendente, al menos tres lesiones sobreelevadas, de aspecto rojizo, friables, sangrantes al roce del instrumental, de aproximadamente 10-15 mm cada lesión, sin otras lesiones sincrónicas asociadas (Figura 2) (3).

Figura 1. Miembro superior derecho. Lesión cutánea elevada en forma de placa violácea



Figura 2. Colon derecho. Lesión sobreelevada, eritematosa, friable y sangrante



Discusión

En el SK, el tracto gastrointestinal es el sitio extracutáneo más comúnmente afectado, y las lesiones gastrointestinales pueden estar presentes incluso en ausencia de lesiones cutáneas (2). Puede presentarse en cualquier localización del tubo digestivo, aunque afecta predominantemente al tracto digestivo alto (principalmente al estómago), siendo la afectación colónica infrecuente (8-9). El diagnóstico diferencial debe realizarse con linomas no Hodgkin o tumores del estroma gastrointestinal (GIST). La presentación clínica puede ser asintomática o incluir dolor abdominal, náuseas/vómitos, hemorragia, anemia ferropénica, diarrea o malabsorción. Otras complicaciones pueden incluir perforación, sangrado, obstrucción o invaginación intestinal.

Como se describe en el presente caso, el paciente ingresó con cuadro de hemorragia digestiva baja y lesiones cutáneas, lo cual demuestra la importancia de la valoración conjunta con un equipo multidisciplinario (gastroenterología, dermatología, infectología) a fin de dirigir el algoritmo de estudio del paciente para obtener diagnóstico. Es de destacar que el estudio digestivo es fundamental en casos como este, en el que coexisten lesiones cutáneas compatibles y proctorragia, con el fin de descartar lesiones endoluminales asociadas. El retraso en el diagnóstico y tratamiento se asocia con un mal pronóstico. El diagnóstico podría ser un desafío en presencia de características superpuestas con infecciones gastrointestinales oportunistas (citomegalovirus, adenovirus, *Mycobacterium avium* complex) (7) y ausencia de manifestaciones cutáneas. La biopsia es el estándar de oro para el diagnóstico, y se sugiere complementar con técnicas de inmunohistoquímica y moleculares cuando sea posible, en particular frente a casos dudosos.

En pacientes con enfermedad mucocutánea o visceral extensa, la quimioterapia sistémica con doxorrubicina liposomal, paclitaxel o antiangiogénicos (bevacizumab – imatinib) están indicados. Se recomienda tratamiento antirretroviral para pacientes con SK relacionado con el sida (10). El diagnóstico temprano y el inicio del tratamiento antirretroviral junto con la quimioterapia sistémica han demostrado mejorar la tasa de supervivencia a largo plazo. En concordancia con la literatura, e interpretando este caso como un cuadro diseminado, se insta el tratamiento antirretroviral y quimioterápico. Dada la baja

frecuencia de afectación colónica, y particularmente en colon derecho, con respecto al tracto digestivo alto, entendemos que es de vital importancia el estudio digestivo dirigido del paciente para reconocer diagnósticos diferenciales en personas con VIH que se presentan con sangrado digestivo bajo y lesiones cutáneas. Sugerimos que los médicos consideren a la endoscopia temprana, tanto alta como baja, en el diagnóstico de la hemorragia digestiva baja y otros síntomas abdominales para detectar tempranamente el SK gastrointestinal en pacientes con sida.

Agradecimientos y financiamiento

Nos gustaría agradecer al Servicio de Gastroenterología del Hospital Eva Perón de San Martín, especialmente al Dr. Eugenio Grand, su ayuda en la obtención e interpretación de las fotos utilizadas en este estudio.

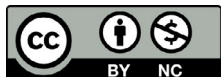
Referencias

1. Carmo J, Marques SC, Bispo M, Pinto D, Chagas C. Clinical and Endoscopic Features of Gastrointestinal Kaposi Sarcoma: A Single-Center Portuguese Experience over the Last Decade. *GE Port J Gastroenterol*. 2017 Sep;24(5):219-226. doi: 10.1159/000461592.
2. Olanipekun T, Kagbo-Kue S, Egwakhe A, Mayette M, Fransua M, Flood M. Lower Gastrointestinal Kaposi Sarcoma in HIV/AIDS: A Diagnostic Challenge. *Gastrointest Tumors*. 2019 Aug;6(1-2):51-55. doi: 10.1159/000500140.
3. Akanbi O, Saleem N, Maddika S, Saba R. Kaposi sarcoma: an unusual cause of gastrointestinal bleeding. *BMJ Case Rep*. 2016 Feb 19;2016:bcr2016214664. doi: 10.1136/bcr-2016-214664.
4. Tejedor-Tejada J, Núñez Rodríguez H, Madrigal Rubiales B, González-González D. Kaposi sarcoma involving gastrointestinal tract in VIH. *Dig Liver Dis*. 2020 Feb;52(2):238-239. doi: 10.1016/j.dld.2019.10.014.
5. Arora M, Goldberg EM. Kaposi sarcoma involving the gastrointestinal tract. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2010 Jul;6(7):459-62. PMID: 20827371; PMCID: PMC2933764.
6. Lee AJ, Brenner L, Mourad B, Monteiro C, Vega KJ, Munoz JC. Gastrointestinal Kaposi's sarcoma: Case report and review of the literature. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2015 Aug 6;6(3):89-95. doi: 10.4292/wjgpt.v6.i3.89.
7. Mönkemüller KE, Wilcox CM. Diagnosis and treatment of colonic disease in AIDS. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 1998 Oct;8(4):889-911. doi: 10.1016/S1052-5157(18)30238-1.
8. Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. *Nat Rev Dis Primers*. 2019 Jan 31;5(1):9. doi: 10.1038/s41572-019-0060-9.
9. Mansfield SA, Stawicki SP, Forbes RC, Papadimos TJ, Lindsey DE. Acute upper gastrointestinal bleeding secondary to Kaposi sarcoma as initial presentation of HIV infection. *J Gastrointest Liver Dis*. 2013 Dec;22(4):441-5.
10. Requena C, Alsina M, Morgado-Carrasco D, Cruz J, Sanmartín O, Serra-Guillén C, Llombart B. Kaposi Sarcoma and Cutaneous Angiosarcoma: Guidelines for Diagnosis and Treatment. *Actas Dermosifiliogr (Engl Ed)*. 2018 Dec;109(10):878-887. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ad.2018.06.013.

Kaposi's sarcoma of the gastrointestinal tract. Report of presentation in colon

Kaposi's sarcoma (KS) is a low-grade angioproliferative malignancy caused by infection with human herpes virus -8. The gastrointestinal tract is involved in 40% of cases, being the most common gastrointestinal malignancy in patients with AIDS. We present the case of a 32-year-old patient with a long-standing history of HIV without treatment, who reported episodes of intermittent proctorrhagia and weight loss in the last two months. He presented raised skin lesions in the form of violaceous plaques that predominate on the trunk and upper limbs. A videocolonoscopy was performed, revealing raised, erythematous, friable, bleeding lesions near the ileocecal valve and in the ascending colon, which were biopsied. The anatomopathological study shows an immunohistochemical profile compatible with KS. At the time of writing this article, the patient was under chemotherapy treatment (liposomal doxorubicin, 6 cycles) and starting antiretroviral treatment (lamivudine - tenofovir - dolutegravir). The following case is presented to highlight the importance of the multidisciplinary approach of the patient with HIV / AIDS and fundamentally the role of both upper and lower digestive endoscopy in those cases that present with abdominal pain, digestive bleeding and other abdominal symptoms, in order to rule out gastrointestinal tract pathologies and particularly KS.

Keywords: HIV/AIDS / Kaposi sarcoma / gastrointestinal tract / colonoscopy



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>