

## Cartas al Editor

### Sarcoma de Kaposi colorrectal

---

*Palabras clave:* GIST. Sarcoma de Kaposi. HHV8.

*Key words:* GIST. Kaposi's sarcoma. HHV8.

---

*Sr. Editor:*

En referencia al caso publicado por Ferreira y cols. (1) sobre sarcoma de Kaposi rectal, nos gustaría aportar una reflexión basándonos en un caso clínico.

El diagnóstico de sarcoma de Kaposi fuera del contexto de la inmunosupresión resulta complejo y difícil de diferenciar especialmente de los GIST.

Desde el punto de vista anatomopatológico ambos pueden presentar positividad para los marcadores CD117, c-kit y CD34 (2). La diferencia radica en la positividad del sarcoma de Kaposi para HHV8 (3) (sensibilidad 99 %, especificidad 100 %), además de la infiltración de la lámina propia, la presencia de infiltrados linfoplasmocitarios y depósitos de hemosiderina (4), hallazgos que suelen ir ligados a una historia clínica de paciente joven e inmunodeprimido, generalmente VIH+ (5).

Hasta la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), el sarcoma de Kaposi era prácticamente endémico en estos pacientes (6). Posteriormente a la misma, se ha visto un descenso considerable debido a la restitución del sistema inmune (7), dado que el HHV8 es inhibido por los linfocitos T. Además se ha visto que determinados inhibidores de las proteasas pueden reducir el desarrollo y progresión de las lesiones típicas del sarcoma de Kaposi, por su acción antiangiogénica (8).

### Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 26 años sin antecedentes de interés que consulta por cuadro de diarreas. La semana previa había estado en tratamiento con amoxicilina-ácido clavulámico por infección respiratoria, por lo que inicialmente se atribuyó al antibiótico previo. Dada la persistencia de la clínica, acompañada de astenia y pérdida de peso, se amplía el estudio con:

- *Colonoscopia:* múltiples formaciones polipoideas en seta, rojizas, algunas ulceradas, con tamaño variable desde milímetros hasta 2,5 cm, diseminadas desde el recto hasta el ciego, sugestivas de linfoma, pero que resultaron tener una biopsia inespecífica.
- *Endoscopia digestiva alta:* formación nodular en estómago, de aproximadamente 1 cm, ulcerada, con biopsia compatible con congestión vascular.
- *TC toracoabdominal:* pequeño infiltrado apical en lóbulo superior derecho. Discreta esplenomegalia.

Se plantea el diagnóstico diferencial entre linfoma y enfermedad inflamatoria “atípica” y se decide repetir la colonoscopia y biopsia, que en esta ocasión es compatible con GIST.

El caso es presentado en comité multidisciplinar, y tras repetir nuevamente la colonoscopia, se decide cirugía: proctocolectomía total con reservorio ileal en J e ileostomía de protección (Fig. 1).

La biopsia definitiva es compatible con sarcoma de Kaposi múltiple (42 lesiones, alcanzando algunas de ellas la grasa subyacente). Se incluyeron 61 ganglios linfáticos (13 metastásicos).

Se rehistoria al paciente, reconociendo prácticas homosexuales de riesgo y en la exploración física se detectan telangiectasias en cara, una lesión en paladar y otra en 5.º dedo del pie, compatibles con sarcoma de Kaposi cutáneo.

Se completa el estudio y se diagnostica de sida estadio C3 con 130 CD4 con sarcoma de Kaposi con afectación cutánea, oral y digestiva, que se correlaciona, según el sistema de estadiaje TIS para el sarcoma de Kaposi, con un estadio T1 (tumor extenso) II (< 200 CD4) S1 (presencia de síntomas B: diarrea > 2 semanas y pérdida de peso en este caso), indicativo de mal pronóstico.

Se inicia tratamiento con TARGA y se procede al cierre de ileostomía cinco meses después.

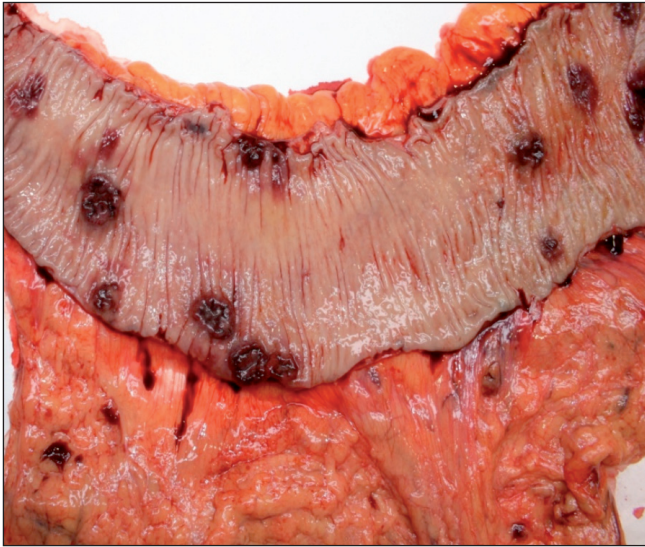


Fig. 1.

### Discusión

Como conclusión, recalcar la importancia de la historia clínica completa, de la intimidad durante la misma y de una exploración física exhaustiva. Asimismo, es de especial relevancia la exactitud en el diagnóstico de las biopsias y aportar una buena información a los patólogos.

Rocío Soler Humanes<sup>1</sup>, Luis Alonso Lobato Bancalero<sup>1</sup>,  
Elena Sanchiz Cárdenas<sup>1</sup>, Eduardo Marques Merelo<sup>1</sup>,  
Juan Francisco Espada Muñoz<sup>2</sup>, Juan José Daza González<sup>1</sup>,

Antonio del Fresno Asensio<sup>1</sup>, Francisco Javier Fernández García<sup>1</sup>,  
Carmelo Torres Moreno<sup>1</sup>, Teresa Sánchez Viguera<sup>1</sup>  
y Gabriel Carranque Chaves<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Cirugía General y Digestiva y <sup>2</sup>Medicina Interna.  
Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga

### Bibliografía

1. Ferreira S, Arroja B, Canhoto M, Amado C, Gonçalves C. Sarcoma de Kaposi del recto. *Rev Esp Enferm Dig* 2011;103:209-10.
2. Fresno Forcelledo, MF. Determinación inmunohistoquímica de CD117/c-kit en el GIST (tumor estromal gastrointestinal). *Oncología* 2004;27:242-5.
3. Pioche M, Boschetti G, Cotte E, Graber I, Moussata D, François Y, et al. Herpesvirus 8-associated colorectal Kaposi's sarcoma occurring in a drug-induced immunocompromised patient with refractory ulcerative colitis: Report of a new case and review of the literature. *Inflamm Bowel Dis* 2013;19:E12-5.
4. Parfitt JR, Rodríguez Justo M, Feakins R, Novel MR. Gastrointestinal Kaposi's sarcoma: CD117 expression and the potential for misdiagnosis as gastrointestinal stromal tumour. *Histopathology* 2008;52:816-23.
5. Zoufaly A, Schmiedel S, Lohse AW, Van Lunzen J. Intestinal Kaposi's sarcoma may mimic gastrointestinal stromal tumor in HIV infection. *World Gastroenterology* 2007;13:4514-6.
6. Rivero Fernández M, García Martos M, Sanz Moya P, Vázquez Romero M, Fernández Amago MT, García Benayas MT, et al. Sarcoma de Kaposi con afectación colorrectal y del canal anal. *Gastroenterol Hepatol* 2010;33:508-11.
7. Ferreira S, Arroja B, Canhoto M, Amado C, Gonçalves C. Sarcoma de Kaposi del recto. *Rev Esp Enferm Dig* 2011;103:209-10.
8. Sgadari C, Barillari G, Toschi E, Carlei D, Bacigalupo I, Baccarini S. HIV protease inhibitors are potent anti-angiogenic molecules and promote regression of Kaposi sarcoma. *Nat Med* 2002;8:225-32.