

Infección VIH y sarcoma de Kaposi: a propósito de un caso

D. Vicente Baz¹, C. Fernández Delgado²

Resumen

• **Propósito:** El sarcoma de Kaposi es el cáncer más frecuente entre los pacientes con infección VIH aunque el riesgo ha disminuido con el tratamiento antirretroviral. Realizamos una revisión bibliográfica de esta enfermedad.

• **Material y métodos:** Se presenta el caso de un varón de 49 años VIH + diagnosticado de sarcoma de Kaposi con afectación visceral y tratado con adriamicina liposomal.

• **Conclusiones:** Si la enfermedad es sintomática, rápidamente progresiva o existe afectación visceral se debe iniciar quimioterapia.

Palabras clave:

Sarcoma de Kaposi. Infección VIH. Adriamicina liposomal.

Oncología, 2005; 28 (10):483-486

¹ Unidad de Oncología Médica

² Unidad de Medicina Interna

Hospital de Palamós-Baix Empordá

Palamós (Girona)

Recibido: 06.10.05

Aceptado: 19.10.05

Summary

• **Purpose:** Kaposi's sarcoma is the most common type of cancer among the patients with acquired immunodeficiency syndrome. The incidence diminished substantially with the antiretroviral therapy. We study a case and make a bibliographical review of this entity.

• **Material and methods:** A 49 year old male patient with HIV infection and Kaposi's sarcoma with visceral involvement who was treated with liposomal doxorubicin is presented.

• **Conclusion:** When the disease is symptomatic, rapidly progressive or shows visceral involvement, a systemic therapy with liposomal anthracycline is advisable.

Key words: Kaposi's sarcoma. HIV infection. Liposomal doxorubicin.

Introducción

El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en pacientes con infección VIH, sobre todo en homosexuales¹. Sin embargo, desde principios de los años 90 se ha observado una disminución drástica en la incidencia², coincidente con el desarrollo del tratamiento antirretroviral. También es más frecuente en pacientes trasplantados, apareciendo habitualmente a partir del año del trasplante. Muchos casos post-trasplante son resultado de una reactivación viral aunque también está descrita la transmisión donante-receptor a través del órgano donado³.

Afecta más a varones que a mujeres con ratio de 3,3. La edad media de diagnóstico es a los 43 años, mucho más temprano que en pacientes con Sarcoma de Kaposi clásico.

Caso clínico

Paciente varón homosexual de 49 años con antecedentes de tuberculosis pulmonar en la infancia tratada con estreptomycin, esfinterotomía lateral interna reciente por fisura anal y pólipos centinela, serología VIH positiva diagnosticada en enero 2003, en estadio C3 por neumonía por *Pneumocystis carinii*. Último control CD 30 y 2.220.000 copias virales. Inicia tratamiento con lamivudina-zidovudina-ritonavir-lopinavir. Consulta por dolor epigástrico intenso postprandial sin pirosis. En la exploración física se aprecian lesiones sobreelevadas rojovioláceas en zona laterocervical izquierda e inguinal derecha,

la mayor de 2 cm de diámetro máximo. Se realiza endoscopia oral, apreciándose lesiones eritematosas en estómago y primeras porciones duodenales, alguna de ellas ulceradas con biopsia positiva para sarcoma de Kaposi. Estudio de extensión negativo, con TAC toracabdominal normal. Con el diagnóstico de sarcoma de kaposi con afectación visceral y cutánea inicia tratamiento con adriamicina liposomal 20 mg/m² cada 3 semanas. Desde el primer de ciclo de tratamiento, se produce la desaparición de la afectación cutánea y el paciente queda asintomático, al tercer ciclo se repite endoscopia oral, mostrando una resolución completa de la lesiones.

Discusión

En 1994 se descubrió el virus Herpes Humano 8 (HHV-8), como agente etiológico del sarcoma de Kaposi⁴. El HHV-8 es un virus oncogénico que codifica citokinas, células involucradas en la proliferación, apoptosis y respuestas inmunes. La forma de transmisión más común es vía sexual, siendo la seroprevalencia de HHV-8 más elevada en varones homosexuales, incrementándose con el número de parejas y en hombres con otras enfermedades de transmisión sexual⁵. Aunque la infección es menos frecuente en mujeres se han detectado niveles más altos en prostitutas que en la población general⁶. Las rutas exactas de transmisión no son bien conocidas, parece que las prácticas sexuales con transferencia de fluidos orales, donde el virus se encuentra más frecuentemente, podrían ser una importante vía de

transmisión^{7, 8}. La transferencia por hemoderivados o por contacto con agujas infectadas puede acontecer, pero es menos probable que para otros virus³. La transmisión vertical materno-infantil es rara, aunque se han descrito casos⁹.

La preponderancia de casos de sarcoma de Kaposi en ciertos grupos étnicos aparece ligada a la distribución geográfica de la infección por HHV-8 menos del 5% en USA, norte-Europa y Asia, entre 5-20% en area del Mediterráneo, medio Este, Caribe y más del 50% en Africa Central y Sur.

La probabilidad de que un paciente HIV positivo, HHV-8 positivo, desarrolle un sarcoma de Kaposi se sitúa entre el 30%-50%¹⁰, siendo más frecuente en pacientes con recuentos bajos de CD4 o número elevado de copias de HIV¹¹ y en varones homosexuales⁷.

El SK en el 60% de los casos afecta la piel y la mucosa orofaríngea, suele presentarse en forma de lesiones cutáneas sobreelevadas de color rojo-violáceo. El 40% restante la afectación es visceral, sobretudo del tracto gastrointestinal pulmonar, pudiendo originar hemorragias, perforación u obstrucción. Cuando existe afectación digestiva, las imágenes endoscópicas son bastante características, visulizándose las características lesiones violáceas. Las biopsias mucosas obtenidas por endoscopia no muestran un gran rendimiento diagnóstico debido a la frecuente localización submucosa del tumor.

El curso del Sarcoma de Kaposi depende del nivel de inmunosupresión. La supervivencia estimada a los 5 años es del 69% pero varía dependiendo de la extensión de la enfermedad. La supervivencia en el primer año es del 90% para la afectación cutánea y del 70% para la afectación visceral.

La reducción de la inmunosupresión logra una reducción del tumor en el 50% de los casos, sobre todo en las formas cutáneas. En los casos con afectación visceral o ampliamente diseminados el tratamiento de elección es la quimioterapia. Las respuestas oscilan entre 27-80% según las series^{12, 13}. La evaluación de la respuesta en estos pacientes no sigue los criterios oncológicos habituales, pudiendo lograrse la respuesta completa a pesar de la persistencia de las lesiones cutáneas en forma de máculas residuales pigmentadas¹⁴.

Entre los múltiples agentes utilizados la adriamicina liposomal y el paclitaxel^{15, 16} son considerados los agentes más activos. En dos estudios fase III la adriamicina liposomal demostró un mayor índice de

respuestas y un mejor perfil de toxicidad que esquemas de poliquimioterapia^{17, 18}. No se debe olvidar realizar profilaxis frente a *Pneumocystis carinii* y puede ser necesario instaurar tratamiento con G-CSF.

La utilidad clínica de los fármacos antivirales (foscarnet, ganciclovir, cidafavir y adaafavir) que tienen actividad contra HHV-8 in vitro no está bien establecida.

Correspondencia:
Dr. D. Vicente Baz
Unidad de Oncología Médica
Hospital Juan Ramón Jiménez
Avda. Ronda Norte, s/n
E-21006 Huelva
dvicentebaz@yahoo.es

Bibliografía

1. Ledergerber B, Telenti A, Egger M. Risk of HIV related Kaposi's sarcoma and non-Hodgkin's lymphoma with potent antiretroviral therapy: Prospective cohort study. *BMJ* 1999;319:23-24.
2. Jones JL, Hanson DL, Dworkin MS, et al. Incidence and trends in Kaposi's sarcoma in the era of effective antiretroviral therapy. *J Acquir Immune defic Syndr* 2000;24:270-274.
3. Luppi M, Barozzi P, Santagostino G, et al. Molecular evidence of organ-related transmission of Kaposi sarcoma associated herpesvirus or human herpesvirus-8 in trasplant patients. *Bood* 2000;96:3279-81.
4. Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994;266:1865-9.
5. Martin JN, Ganem DE, Osmond DH, Page-Shafer KA, Macrae D, Kedes DH. Sexual transmission and the natural history of human herpesvirus 8 infection. *N Engl J Med* 1998;338:948-54.
6. Cannon MJ, Dollard SC, Smith DK, et al. Bood-borne and sexual transmission of human herpes virus (in women with or at risk for human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 2001;344:637-43.
7. Pauk J, Huang ML, Brodie SJ, et al. Mucosal shedding of human herpesvirus 8 in men. *N Engl J Med* 2000;343:1369-77.
8. Martin JN, Osmond DH. Invited commentary: determining specific sexual practices associated with human herpesvirus 8 transmission. *Am J Epidemiol* 2000;15:225-9.
9. Mantina H, Kankasa C, Klaskala W, et al. Vertical transmission of kaposi's sarcoma-associated herpesvirus. *Int J Cancer* 2001;94:749-52.

10. Rezza G, Andreoni M, Dorrucci M, et al. Human herpesvirus 8 seropositivity and risk of Kaposi's sarcoma and other acquired immunodeficiency syndrome-related diseases. *J Nat Cancer Inst* 1999;91:1468-74.
 11. Jacobson LP, Jenkins FJ, Springer G, et al. Interaction of human immunodeficiency virus type 1 and human herpesvirus type 8 infections on the incidence of Kaposi's sarcoma. *J Infect Dis* 2000;181:1940-9.
 12. Volberding PA, Abrams DI, Conant M, et al. Vinblastine therapy for Kaposi's sarcoma in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985;103:335-338.
 13. Laubenstein LS, Krigel RL, Odajnyk CM, et al. Treatment of epidemic kaposi's sarcoma with etopodide or a combination of doxorubicin, bleomycin and vinblastine. *J Clin Oncol* 1984;2:1115-1120.
 14. Miralles P, Podzamczar D, De la Calle M, et al. Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida al diagnóstico y tratamiento del sarcoma de Kaposi y el cáncer de cérvix uterino en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin* 2002;118:788-795.
 15. Gill PS, Tulpule A, Espina BM, et al. Paclitaxel is safe and effective in the treatment of advanced AIDS-related kaposi's sarcoma. *J Clin Oncol* 1999;17:1876-1883.
 16. Welles L, Saville MW, Lietzau J, et al. Phase II trial with dose titration of paclitaxel for the therapy of human immunodeficiency virus-associated kaposi's sarcoma. *J Clin Oncol* 1998;16:1112-1121.
 17. Northfelt DW, Debuze BJ, Thommes JA, et al. Pegylated-liposomal doxorubicin versus doxorubicin, bleomycin, and vincristine in the treatment of AIDS-related Kaposi's sarcoma: results of a randomized phase III clinical trial. *J Clin Oncol* 1998;16:2445-51.
 18. Stewart S, Jablonowski H, Goebel FD, et al. Randomized comparative trial of pegylated liposomal doxorubicin versus bleomycin and vincristine in the treatment of AIDS-related Kaposi's sarcoma. International Pegylated Liposomal Doxorubicin Study Group. *J Clin Oncol* 1998;16:638-91.
-