

<https://doi.org/10.24245/dermatolrevmex.v65i6.7170>

Sarcoma de Kaposi. A propósito de un caso en el pie

Kaposi's sarcoma. About a case in the foot.

Rafael Rayo-Rosado,¹ Daniel López-García,³ Ana María Rayo-Pérez²

Resumen

ANTECEDENTES: El sarcoma de Kaposi causa lesiones frecuentes en el pie. Produce lesiones de aspecto macular o nodular; afecta a varones, generalmente homosexuales, y se asocia con el VIH, aunque en este caso no se relaciona con esta situación. En el pie se observan lesiones de aspecto tumoral, exuberantes y cubiertas con una capa hiperqueratósica. El tratamiento por elección es la exéresis de la lesión.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 66 años con una única lesión cutánea en el quinto dedo del pie derecho de crecimiento rápido. Se extirpó y el diagnóstico histológico fue de sarcoma de Kaposi.

CONCLUSIONES: Podemos encontrar manifestaciones de sarcoma de Kaposi inusuales en pacientes no seropositivos. En estos casos, el diagnóstico histológico es indispensable. Actualmente no hay tratamiento definitivo contra el sarcoma de Kaposi, la cirugía sólo retrasa la progresión de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Sarcoma de Kaposi; tumor cutáneo.

Abstract

BACKGROUND: Kaposi sarcoma causes frequent foot injuries. It causes macular- or nodular-looking lesions that affect males, usually homosexual, and is associated with HIV, although in this case it is not related to this situation. Tumor-looking lesions, exuberant and covered with a hyperkeratotic layer are observed on the foot. Treatment by choice is the excision of the injury.

CLINICAL CASE: A 66-year-old male patient with a fast-growing skin lesion on fifth right toe. It was removed and the histological diagnosis was Kaposi's sarcoma.

CONCLUSIONS: We can find unusual Kaposi's sarcoma presentations in non-HIV-positive patients. In these cases, histological diagnosis is indispensable. Currently there is no definitive treatment to treat Kaposi's sarcoma, surgery only slows the progression of the disease.

KEYWORDS: Kaposi's sarcoma; Skin tumor.

¹ Doctor en medicina podiátrica. Profesor.

² Podóloga. Asistente. Universidad de Sevilla, Sevilla, España.

³ Podólogo. Ejercicio privado. Jerez de la Frontera, España.

Recibido: diciembre 2020

Aceptado: diciembre 2020

Correspondencia

Rafael Rayo Rosado
rafaelrayo@us.es

Este artículo debe citarse como: Rayo-Rosado R, López-García D, Rayo-Pérez AM. Sarcoma de Kaposi. A propósito de un caso en el pie. Dermatol Rev Mex 2021; 65 (6): 966-970.

ANTECEDENTES

El sarcoma de Kaposi es una enfermedad oncológica que se origina a partir de los vasos sanguíneos o linfáticos. Fue descrita por Moritz Kaposi en 1872. Aparece como un tumor en la piel o en las superficies de la mucosa, aunque también tiene capacidad de desarrollarse en los ganglios linfáticos o en el tubo digestivo.^{1,2}

Hay varios tipos de sarcoma de Kaposi, con características clínicas y una epidemiología propia. Sin embargo, todos tienen histopatología similar. Podemos encontrar el sarcoma clásico, el endémico (propio de la raza negra), el iatrogénico (asociado con tratamientos con inmunosupresores) o el epidémico (vinculado con el SIDA).^{2,3,4}

En términos clínicos, se manifiesta como máculas eritematovioláceas con progresión lenta, que confluyen formando placas, nódulos o tumores. Las lesiones adquieren un aspecto verrugoso y tienden a su ulceración. Suele estar acompañado de edema sin fovea que con el tiempo puede convertirse en una tumefacción fibrosa.^{5,6}

El tratamiento de elección depende de si es una lesión aislada o múltiple, así como del estado general del paciente y se basa en una escisión quirúrgica con márgenes de seguridad que se complementan con quimioterapia y radioterapia.⁷

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 66 años, con diabetes tipo 2 mal controlada, insulino dependiente, hipertenso y con hipercolesterolemia.

Acudió a consulta por padecer una lesión única en el pulpejo del quinto dedo del pie derecho de crecimiento rápido, pero asintomático (**Figura 1**). No se observaron otras lesiones cutáneas.



Figura 1. Imagen clínica de la lesión.

Se procedió a la extirpación quirúrgica en bloque de la lesión bajo anestesia local. **Figuras 2 y 3**

Se remitió una elipse cutánea de 1.5 x 0.7 x 0.7 cm con lesión sobreelevada, queratósica de 0.7 x 0.5 x 0.4 cm. En la descripción histológica se observó en la dermis una lesión delimitada por un collarite epidérmico y constituida por proliferación de luces capilares y células fusiformes con leves atipias citológicas y ocasional figura de mitosis, acompañadas con hematíes extra-



Figura 2. Aspecto intraoperatorio con la lesión reseca.



Figura 3. Sutura.

sados, celularidad inflamatoria con predominio de células plasmáticas y glóbulos hialinos que se tiñeron con técnica de Pas. Con técnicas inmunohistoquímicas, las células mostraron expresión para HHV8. Con base en este estudio se estableció el diagnóstico de sarcoma de Kaposi. **Figura 4**

Se solicitó al paciente un análisis para valorar la presencia del VIH, que resultó negativo. Como dato relevante, el paciente dio positivo en virus del herpes, así como en antígenos de la hepatitis B. El proceso de cicatrización ha sido normal y no ha habido recidiva. **Figura 5**

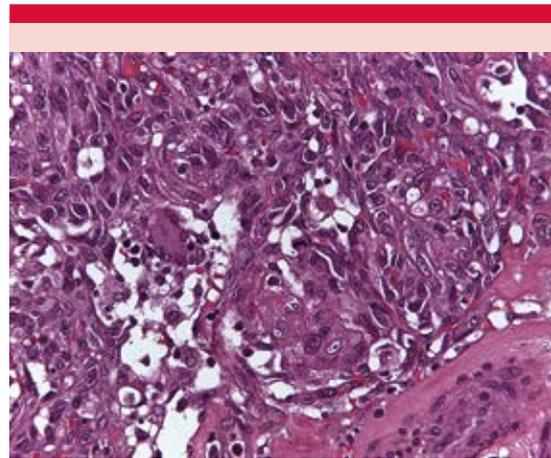


Figura 4. Corte histológico.



Figura 5. Imagen a tres meses de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

La bibliografía consultada describe que las lesiones son fundamentalmente máculas localizadas en los miembros inferiores que no causan ningún tipo de morbilidad al paciente.^{1,2,3,7,8} Sin embargo, nuestro caso tenía una tumoración bien definida en el borde distal del quinto dedo, de aspecto exuberante y con una cubierta hiperqueratósica.

Aunque relacionamos la existencia del sarcoma de Kaposi con pacientes afectados de VIH, debemos recordar que los pacientes afectados por herpes pueden llegar a padecer este tipo de neoplasias.

Los tratamientos se basan generalmente en crioterapia, laserterapia, radioterapia o cirugía. Los artículos publicados refieren lesiones planas y de carácter macular.^{2,3,4,9,10} En nuestro caso, se utilizó en primera instancia la escisión quirúrgica bajo anestesia local, debido al tamaño de la lesión y a las características del paciente.

El diagnóstico de este tipo de enfermedades es clínico y se confirma a través de un análisis histopatológico, lo que implica tomar biopsia de todas las lesiones compatibles con un sarcoma de Kaposi, teniendo en cuenta su evolución y sus características clínicas. Es importante que, al momento de realizar la cirugía, tengamos en cuenta reseccionar completamente con los adecuados márgenes de seguridad, para poder extraer la pieza en su totalidad y no dejar restos de tejido neoplásico.

CONCLUSIONES

Es importante saber reconocer la manifestación clínica del sarcoma de Kaposi en pacientes no seropositivos. La exéresis y posterior estudio anatomopatológico confirmarán el diagnóstico.

No hay tratamiento definitivo contra el sarcoma de Kaposi, la cirugía sólo retrasa la progresión de la enfermedad.

REFERENCIAS

1. Flores-Reyes IA, Ramírez-Terán AL, Maza-De Franco CA, Saénz-Corral C, et al. Linfedema verrugoso (elefantiasis verrugosa nostra) secundario a regresión de sarcoma de Kaposi. *Dermatol Rev Mex* 2019; 63 (5): 509-513.
2. Hernández-Ruiz E, García-Herrera A, Ferrando J. Sarcoma de Kaposi. *Med Cutan Iber Lat Am* 2012; 40 (2): 39-48.
3. Fitzpatrick *Dermatology in general medicine*. McGraw-Hill; 2008.
4. Pantanowitz L, Dezube BJ. Kaposi sarcoma in unusual locations. *BMC Cancer* 2008; 8: 190. doi: 10.1186/1471-2407-8-190.
5. Akasbi Y, Awada A, Arii S, Mellas N. Non-HIV Kaposi's sarcoma: a review and therapeutic perspectives. *Bull Cancer* 2012; 99 (10): 92-99. doi: 10.1684/bdc.2012.1636.

6. Mohanna S, Ferruino J, Sanchez J, Bravo F, Gotuzzo E. Epidemiological and clinical characteristics of classic Kaposi's sarcoma in Peru. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 435-441. doi: 10.1016/j.jaad.2005.05.041.
7. Rivera A, Cortez F, Carayhua D, Díaz C, Núñez J, Quijano E, Gutierrez Z, Rodriguez S. Sarcoma de Kaposi clásico en un paciente joven e inmunocompetente: reporte de un caso. *Dermatol Peru* 2013; 23 (3):173-178.
8. Navarro-Hernández CA, Sandoval-Contreras A, Hernández-Torres MM, González-Soto RF, Romo-Sánchez C. Sarcoma de Kaposi clásico. *Dermatol Rev Mex* 2018; 62 (6): 538-542.
9. Yarchoan R. Key role for a viral lytic gene in Kaposi's sarcoma. *J Investigative Dermatol* 2006; 126: 621-627. doi: 10.1056/NEJMcibr063911.
10. Ablashi DA, Chatlynne LG, Whitman JE, Cesarman E. Spectrum of Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus or human herpesvirus 8. *Dis Clin Microbiol Rev* 2002; 15 (3): 439-464. doi: 10.1128/CMR.15.3.439-464.2002.

