

Sarcoma de Kaposi por dosis altas de esteroides

Kaposi sarcoma due to high dose of steroids

Dra. Lilia E. Chércoles Cazate,^I Dra. Migdonia Contreras Despaigne^I y Dra. Juana Adela Fong Estrada^{II}

^I Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 42 años de edad, quien necesitó tratamiento reiterado con prednisona y a partir de entonces comenzó a presentar lesiones cutáneas en ambas piernas. Luego de ser valorada por especialistas en reumatología y dermatología fue remitida al Servicio de Angiología, donde se le realizó biopsia (con el uso de la coloración de hematoxilina-eosina), cuyos resultados fueron compatibles con un sarcoma de Kaposi, atribuible al suministro de esteroides.

Palabras clave: lesión cutánea, prednisona, esteroides, sarcoma de Kaposi.

ABSTRACT

The case report of a 42 years patient is described who needed repeated treatment with prednisone and from that time on she began to present cutaneous lesions in both legs. After being evaluated by rheumatology and dermatology specialists, she was referred to the Angiology Service, where a biopsy was taken (with the use of the hematoxylin-eosine stain) which results were compatible with a Kaposi's sarcoma, attributable to steroids supply.

Key words: cutaneous lesion, prednisone, steroids, Kaposi's sarcoma.

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi, descrito por Moritz Kaposi 1872, es un proceso tumoral del endotelio vascular que produce angiogénesis. Es el cáncer más frecuente entre los pacientes con virus de la inmunodeficiencia humana y en trasplantados (transmisión donante-receptor a través del órgano donado). Originalmente afectaba a los hombres ancianos de descendencia europea, oriental o mediterránea y hoy día se presenta en hombres africanos y en personas con el sistema inmunológico debilitado.¹⁻⁴

Existen 4 variantes clínicas bien definidas del sarcoma de Kaposi: clásico, endémico, epidémico, iatrogénico y asociado al sida. El iatrogénico se ha relacionado con pacientes que reciben tratamiento con corticoides y con otros fármacos inmunosupresores como el infliximab, la azatioprina o la ciclosporina.⁵⁻⁷ A tales efectos se describe un caso poco frecuente de asociado al uso de altas dosis de esteroides.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de una paciente de 42 años de edad, quien presentó lesión de la córnea y necesitó trasplante en 2 ocasiones, por lo cual fue medicada con prednisona, con dosis inicial de 60 mg diarios en ambas intervenciones.

A los 6 meses de tratamiento, luego de la primera cirugía, comenzaron a aparecer lesiones cutáneas en ambas piernas (nódulos de color rojo vinoso), por lo cual fue valorada por el dermatólogo, quien le indicó tratamiento con antihistamínico y, al no mejorar, se le realizó biopsia de una de las lesiones, cuyos resultados informaron que se trataba de una vasculitis inespecífica. Posteriormente se le suspendió la prednisona y las lesiones disminuyeron, pero se mantenían.

A los 10 años fue reintervenida por la misma causa y tratada nuevamente con prednisona, a igual dosis, y las lesiones se hicieron tan numerosas que abarcaban la región plantar de ambos pies. Fue valorada por los especialistas en dermatología y reumatología para verificar la presencia o no de un lupus eritematoso u otras enfermedades del colágeno.

Se inició la disminución progresiva de la prednisona hasta 5 mg al día y las lesiones disminuyeron pero no desaparecieron, por lo cual fue remitida al Servicio Angiología por sospecha de una vasculitis.

- Examen de los miembros inferiores

Se observaron lesiones nodulares rojo vino alrededor de ambas piernas, en el borde de los pies y en la región plantar, de formas ovalada y redondeada, con relieve sobre la piel, que le ocasionaban molestias al caminar (figura 1). En el resto del examen físico no se encontraron alteraciones.



Fig. 1. Sitio de biopsia (flecha). Observe lesiones múltiples nodulares en ambas piernas, vistas al inicio de las lesiones y durante el tratamiento con prednisona.

Se efectuaron los exámenes complementarios establecidos para el posible diagnóstico de vasculitis inmunoalérgica, pero el resultado no fue concluyente, de manera que se realizó nueva biopsia (de una lesión y del músculo), con el uso de la coloración de hematoxilina-eosina, donde se observó la proliferación de células fusiformes atípicas, hendiduras vasculares con hematíes en su interior y extravasados, gránulos de

hemosiderina y algunos glóbulos hialinos eosinofílicos (figura 2), similares a los cuerpos de Russell, así como PAS positivo compatible con un sarcoma de Kaposi.

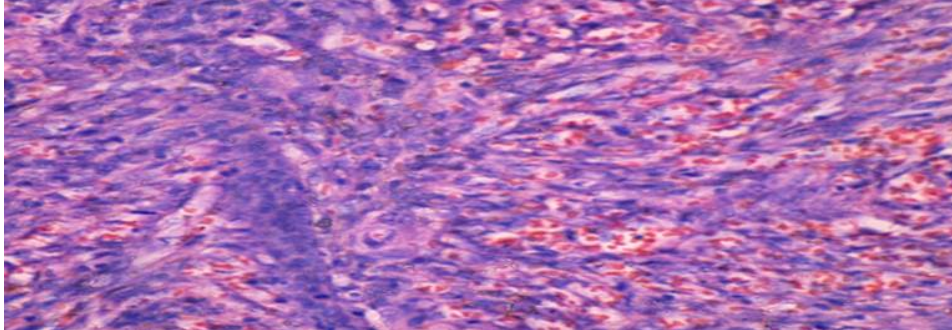


Fig. 2. Proliferación de células fusiformes atípicas, hendiduras vasculares con hematíes en su interior y extravasados, gránulos de hemosiderina y algunos glóbulos hialinos eosinofílicos

Una vez suspendida la prednisona fue remitida a la consulta de oncología, donde inició tratamiento con citostáticos, adriamicina sódica y cisplatino cada 25 días hasta completar 6 dosis en total; también se le indicó 5- fluorouracilo al 5% (uso tópico). Desde agosto del 2013 hasta febrero del 2014 recibió terapia con interferón para reforzar su sistema inmunológico.

Se le realizaron los exámenes complementarios evolutivos: ecografía abdominal (barrido), mamografía y radiografía de tórax, cuyos resultados fueron negativos. Teniendo en cuenta que la evolución fue favorable (figura 3) se decidió dar el alta por oncología, pero con seguimiento por dermatología.



Fig. 3. Después del tratamiento inmunosupresor y aplicación del 5- fluorouracilo al 5%

COMENTARIOS

En 1994 se descubrió que el virus herpes humano 8 (HHV-8) era el agente causal del sarcoma de Kaposi. Este es un virus oncogénico que codifica las citoquinas, células relacionadas con la proliferación, la apoptosis y la respuesta inmune.⁸

La forma de transmisión más común es por vía sexual y el riesgo es mayor en homosexuales, según el número de parejas; también puede transmitirse por hemoderivados o por contacto con agujas infectadas, pero la transferencia vertical madre-feto es rara. El curso de la enfermedad depende del nivel de inmunosupresión del paciente.⁹

En la bibliografía consultada,⁵ se describe el caso de un paciente con sarcoma de Kaposi, quien había estado expuesto a terapia con corticosteroides durante 14 meses (30 mg diario), por presentar neumonía criptogénica organizada.

Algunos autores⁶ refieren que la diseminación cutánea y visceral del sarcoma de Kaposi puede presentarse en pacientes con artritis reumatoide cuando reciben terapia esteroidea. Otros consideran que los corticoides son los causantes principales del SK y no el síndrome de reconstitución inmune.⁸

Los esteroides a altas dosis desencadenan en algunos pacientes con diferentes padecimientos esta enfermedad. En estos casos se impone la supresión del medicamento y la indicación de quimioterapia (adriamicina, liposomal y el paclitaxel), que es considerada muy efectiva, con una respuesta positiva que oscila entre 27-80 %.¹⁰

La evaluación no sigue los criterios oncológicos habituales y puede lograrse la recuperación completa a pesar de la persistencia de lesiones cutáneas en forma de máculas residuales pigmentadas.¹⁰

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez López E E, Jiménez Matos E E. Sarcoma de Kaposi en un adulto con trasplante renal. Caso clínico. MEDISAN. 2010[citado];14(7). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san15710.htm
2. CENSIDA. Registro Nacional de casos de sida. México, DF: ONUSIDA/CENSIDA; 2013.
3. Piselli P, Busnach G, Citterio F, Frigerio M, Arbustini E, Burra P, *et al.* Risk of Kaposi's sarcoma after solid-organ transplantation: multicenter study in 4,767 recipients in Italy, 1970-2006. *Transplant Proc.* 2009;41(4):1227-30.
4. Wang X, He B, Zhang Z, Liu T, Wang H, Li X, *et al.* Human herpesvirus-8 in northwestern China: epidemiology and characterization among blood donors. *Virology J.* 2010;7:62.
5. Antón E. Kaposi's sarcoma in an immunocompetent patient following corticosteroid therapy. *Eur J Intern Med.* 2008;19(3):226.

6. Taniguchi T, Asano Y, Kawaguchi M, Kogure A, Mitsui H, Sugaya M, *et al.* Disseminated cutaneous and visceral Kaposi's sarcoma in a patient with rheumatoid arthritis receiving corticosteroids and tacrolimus. *Mod Rheumatol.* 2011;21(3):309-12.
7. Martínez Martínez ML, Pérez García LJ, Escario Travesedo E, Ribera Vaquerizo PA. Kaposi´s sarcoma associated with infliximab treatment. *Actas Dermosifiliogr.* 2010; 101(5):462-4.
8. Pacios E. ¿Sarcoma de Kaposi agresivo asociado a la administración de esteroides o síndrome de reconstitución inmune? *Rev Clin Esp.* 2013;213(1):70-1.
9. Bostock IC, Alberú J, Ayax Salazar N, Huante Pérez A, Cervantes M, León García D, *et al.* Factores de riesgo para seropositividad para herpes virus humano en pacientes insuficientes renales crónicos en lista de espera para trasplante y en receptores de trasplante renal. *Rev Mexicana Trasplante.* 2013;2(1):15-9.
10. Cianfrocca M, Lee S, Von Roenn J, Tulpule A, Dezube BJ, Aboulafia DM, *et al.* Randomized trial of paclitaxel versus pegylated liposomal doxorubicin for advanced human immunodeficiency virus-associated Kaposi´s sarcoma evidence of symptom palliation from chemotherapy. *Cancer.* 2010;116(16):3969-77.

Recibido: 30 de marzo de 2016.

Aprobado: 19 de abril de 2016.

Lilia E. Chércoles Cazate. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: lilia.chercoles@medired.scu.sld.cu