



Universitas Médica

ISSN: 0041-9095

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Izquierdo Gracia, Daniel Fernando; Vallejo Ángel, Juana María
Sarcoma de Kaposi faríngeo: presentación de un caso
Universitas Médica, vol. 55, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 328-333
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231033730008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REPORTE DE CASO

Sarcoma de Kaposi faríngeo: presentación de un caso

DANIEL FERNANDO IZQUIERDO GRACIA¹, JUANA MARÍA VALLEJO ÁNGEL²

Resumen

El artículo reseña un caso clínico de un hombre de 52 años de edad, con infección por HIV, quien presenta la aparición de una masa exofítica en el paladar blando y la base de la lengua. Esta lo llevó a un cuadro de disfagia y dificultad respiratoria progresiva, manejada de urgencias con traqueostomía y gastrostomía. El servicio de patología reportó una afectación tumoral por sarcoma de Kaposi.

Palabras clave: sarcoma de Kaposi, VIH, faringe, TC helicoidal.

Title: Pharyngeal Kaposi's Sarcoma: A Case Report

Abstract

This article shows a case of a man of 52-years-old with HIV infection, who presents exophytic mass appeared in the soft palate and tongue base. This ultimately led to dysphagia and progressive respiratory difficulty, which had to be managed with tracheostomy and gastrostomy emergency. Pathology reports a tumor, involvement by Kaposi's sarcoma.

Key words: Kaposi's sarcoma, HIV, pharynx, tomography, spiral computed.

1 Médico residente de primer año de Radiología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

2 Médico radiólogo. Docente de Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Recibido: 19/01/2014

Revisado: 07/03/2014

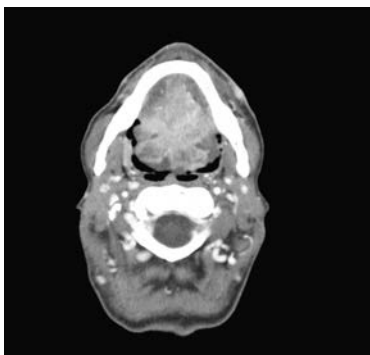
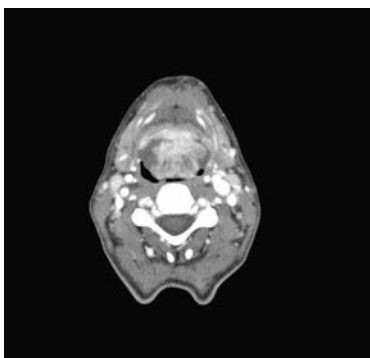
Aceptado: 02/04/2014

Presentación del caso

El artículo presenta el caso de un hombre de 52 años de edad con infección por VIH, de reciente diagnóstico. En la anamnesis registra una lesión exofítica de tres meses de evolución que afecta el paladar blando y la base de la lengua. Asociado con esto, es evidente en el paciente una disfagia progresiva

y dificultad respiratoria, que tuvo que ser manejada con traqueostomía y gastrostomía.

La biopsia de esta masa reporta una afectación tumoral por sarcoma de Kaposi. Al paciente se le ordenaron estudios de extensión para definir el manejo entre radioterapia local y quimioterapia sistémica (figuras 1, 2, 3 y 4).



Figuras 1 y 2. Cortes axiales de tomografía contrastada de cuello. Se observa una gran masa de densidad de tejidos blandos altamente vascularizada con realce intenso e irregular después de la administración con el medio de contraste, la cual está afectando el paladar y extendiéndose; además, de afectar todo el aspecto posterior e inferior y la base de la lengua



Figuras 3 y 4. Gran masa de densidad de tejidos blandos altamente vascularizada que presenta realce intenso e irregular después de la administración con el medio de contraste. Esta masa produce una importante disminución del calibre de la vía aérea superior. Llega hasta la epiglotis y es difícil observar un plano de clivaje completo con esta. Los tejidos blandos prevertebrales tienen aspecto normal. Se observa cánula de traqueostomía en adecuada posición

Introducción

El sarcoma de Kaposi es una patología prevalente en la población con inmunodeficiencias y más comúnmente en la población con sida. Existen varios espectros de presentación de esta enfermedad, desde de clásica —descrita en 1872 por Kaposi— con prevalencia en hombres de edad avanzada de origen mediterráneo y judío que se evidencia principalmente con una afectación cutánea hasta la asociada con sida, la cual tiene una presentación más agresiva con afectaciones cutáneas y viscerales. En esta última hay mayor prevalencia del daño orofaríngeo, por ello la tomografía ha sido determinante en estos casos, para evaluar los tejidos blandos perifaríngeos y, así, ayudar al clínico en la toma de decisiones.

Discusión

El sarcoma de Kaposi es la neoplasia más común en pacientes con VIH. Se caracteriza por la proliferación de células mesenquimales, angiogénesis, inflamación y edema. Se ha visto que existe asociación entre el herpes virus tipo 8 y la patogénesis de esta neoplasia. El modo de transmisión del H virus tipo 8 puede ser por transmisión sexual o por trasplantes de órganos [1-4].

Existen otros cofactores, como el crecimiento inducido por citocinas que han sido ligados al desarrollo de sarcoma de Kaposi y otras entidades, por ejemplo,

enfermedad de Castelman o linfoma primario [3].

Inicialmente, el sarcoma de Kaposi fue descrito por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi, en 1872, quien describió casos en cinco hombres con agresivos “sarcomas de la piel, múltiples pigmentados de origen idiopático”. Subsecuentemente, otros investigadores describieron las cuatro variantes clínicas de presentación del sarcoma de Kaposi, las cuales tienen unos hallazgos histológicos similares; pero difieren en la población de presentación, su afectación espacial, así como la velocidad de progresión:

Variante clásica: afecta a individuos del este europeo, de origen mediterráneo o judío, con una edad de presentación entre los 50 y los 80 años de edad y una distribución hombre-mujer 10-15:1. El tipo cutáneo asintomático presenta lesiones violáceas en la piel del tronco y las extremidades, que se evidencian en un lapso de 10 a 15 años. Sin tratamiento, estas lesiones se ulceran y producen linfedema en el paciente [3,5].

Variante endémica: neoplasia común en hombres del este y África central. Es una forma más agresiva que la variante clásica. La edad de presentación en la cuarta década de la vida, con una distribución de 13-17:1 hombre-mujer. Tiene cuatro subtipos: benigno nodular, agresivo localizado, diseminado florido y linfadenopatía pediátrica [3,5].

Variante iatrogénica: es secundaria a la inmunosupresión crónica medicamentosa en un paciente con trasplante. Tiene una prevalencia del 5,7% y una presentación media a los 21 meses. Aproximadamente, el 60% de los pacientes desarrolla la forma cutánea sin afectación visceral, y un 40%, la forma visceral [3-5].

Variante epidémica: a lo largo de la historia ha descendido la incidencia de este tipo de sarcoma de Kaposi con la utilización de la terapia retroviral, altamente efectiva desde un 50%, en sus inicios, hasta un 12% en el presente. Manifiesta afectaciones cutáneas y viscerales [3-5].

En la población con inmunodeficiencias las infecciones oportunistas, las neoplasias y las adenopatías difusas reactivas en cabeza y cuello están presentes en un 40-50% [1,4,6]. Los tumores más comunes en este grupo etáreo son el linfoma no Hodgkin y el sarcoma de Kaposi. El tubo digestivo es el órgano más afectado después de la piel, junto con el compromiso de los ganglios linfáticos [1,4,6,7].

Clínica

Antes de la emergencia de la infección por VIH, el sarcoma de Kaposi en la cabeza y el cuello era una neoplasia poco común; ahora es una de las manifestaciones más comunes de la enfermedad [2].

En los exámenes radiológicos, el sarcoma de Kaposi faríngeo se puede manifestar como lesiones ondulares usualmente sin ulceración, las cuales crean una obstrucción local que puede llevar a dificultad respiratoria, por obstrucción de la vía aérea superior, y necesidad de realización de traqueostomía [6,8].

La tomografía axial computarizada (TAC) es útil en la valoración de los tejidos blandos en sus planos profundos y de los ganglios linfáticos [6,7]. Los hallazgos imagenológicos en TAC y resonancia magnética incluyen protrusiones nodulares o polipoides con distorsión de las valéculas y senos piriformes, infiltración de los tejidos profundos y adenopatías, las cuales presentan un fuerte realce con la administración de medio de contraste [2,3].

La afectación del cuello se puede subdividir, a su vez, por orden de frecuencia: paladar duro (53%), orofaringe (13%) y encías (11%).

Una alternativa es la utilización de la tomografía por emisión de positrones junto con la TAC usando fluorodeoxiglucosa (PET-TAC FDG), marcado con indio 111 para detectar lesiones clínicamente ocultas en estadios avanzados de la enfermedad. Este estudio imagenológico puede ayudar en la decisión de inicio de terapia citotóxica en el paciente con sarcoma de Kaposi, sin la necesidad de procedimientos invasivos [9].

Tratamiento

En pacientes con sida, la mejoría de la inmunidad con el tratamiento antirretroviral ha mostrado mejoría en las lesiones de sarcoma de Kaposi. Existen diversos manejos terapéuticos y de respuestas a cada uno de estos, los cuales varían según el tipo de afectación por la enfermedad, si este es local o sistémico.

En el tipo de compromiso local, se puede realizar una biopsia excisional cuando hay lesiones únicas. La radioterapia es útil en pacientes con pocas lesiones o lesiones en un área limitada, las cuales son mejor tratadas con una única dosis de radiación (8-12 Gy). Aplicadas en una zona extensa, la mejora sintomática ha sido reportada en un 95 % de los casos [3,5,10].

El manejo de lesiones con quimioterapia intralesional con vinblastina ha dado buenos resultados; así mismo, la administración de agentes biológicos intratumorales, como el interferón α -2-B a dosis de tres millones, ha resultado en la desaparición de las lesiones sin toxicidad sistémica [5,10].

Cuando la afectación ya es más profunda, se pueden utilizar terapias combinadas de radioterapia y quimioterapia con agentes citotóxicos, como vinblastina, bleomicina o doxorubicina.

Conclusiones

La afectación en la faringe por el sarcoma de Kaposi no es un hallazgo rutinario. Su incidencia ha aumentado dada su asociación con trastornos de inmunodepresión. Los estudios imagenológicos son importantes en la toma de decisiones de manejo en este tipo de pacientes, pues se basan en la variante de presentación y en su grado de compromiso local.

Referencias

1. Marsot-Dupuch K, Quillard J, Meyohas MC. Head and neck lesions in the immunocompromised host. *Eur Radiol*. 2004 Mar;14Suppl 3:E155-67.
2. Restrepo CS, Martínez S, Lemos JA et al. Imaging manifestations of Kaposi sarcoma. *Radiographics*. 2006 Jul-Aug;26(4):1169-85.
3. Shimomura S, Kikuchi Y, Oka S, Ishitoya J. Local treatment of AIDS-associated bulky Kaposi's sarcoma in the head and neck region. *AurisNasus Larynx*. 2000 Oct; 27(4):335-8.
4. Atkinson DS Jr, Ptak T. Neuroradiology case of the day. Kaposi's sarcoma of the nasopharynx, oropharynx, and hypopharynx. *AJR Am J Roentgenol*. 1999 Sep; 173(3):804, 807-8.
5. Antman K, Chang Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med*. 2000 Apr 6;342(14): 1027-38.
6. Olsen WL, Jeffrey RB Jr, Sooy CD et al.. Lesions of the head and neck in patients with AIDS: CT and MR findings. *AJR*

- Am J Roentgenol. 1988 Oct; 151(4): 785-90.
7. Emery CD, Wall SD, Federle MP, Sooy CD. Pharyngeal Kaposi's sarcoma in patients with AIDS. AJR Am J Roentgenol. 1986 Nov; 147(5):919-22.
 8. Beitler AJ, Ptaszynski K, Karpel JP. Upper airway obstruction in a woman with AIDS-related laryngeal Kaposi's sarcoma. Chest. 1996 Mar; 109(3):836-7.
 9. Van de Luijngaarden A, van der Ven A, Leenders W et al. Imaging of HIV-associated Kaposi sarcoma; F-18-FDG-PET/CT and In-111-scintigraphy. J Acquir Immune Defic Syndr. 2010 Aug; 54(4):444-6. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181cdf61f.
 10. Fusetti M, Chiti-Batelli S, Eibenstein A et al. Isolated oropharyngeal Kaposi's sarcoma in non AIDS patient: differences and similarities with spindle-cell haemangioendothelioma. J Laryngol Otol. 2001 Apr; 115(4):330-2.

Correspondencia

Daniel Fernando Izquierdo Gracia
 maniakmalkavian@me.com
