



Check for updates

Experiencia endoscópica con Sarcoma de Kaposi Gastrointestinal en un Centro Oncológico en los últimos 5 años

Gisela Alejandra Morones-Navarrete*, Alberth Alfonso Mena-Contreras, Jacobo Zarate-Guzmán, Pilar Peniche-Moguel, Nashiely Gil-Rojas, Alfredo Gutiérrez-Roa, Thalía Gómez-García, Sandra Briones-Fraga, Omar Jaime-Leal

Servicio de Endoscopia Gastrointestinal, UMAE, Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI. Ciudad de México, México

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es un tumor angioproliferativo de bajo grado cuyo agente causal es el Virus del Herpes Humano tipo 8 (VHH-8). Fue descrito originalmente por Moritz Kaposi y es la neoplasia más común en pacientes infectados con VIH. Se han descrito cuatro variantes clínicas: 1) SK clásico, que involucra las extremidades inferiores y raramente los órganos viscerales, usualmente con un curso benigno 2) SK Africano/endémico que afecta predominantemente a hombres en edades jóvenes, 3) SK relacionado a inmunosupresión, que ocurre en receptores de trasplante de órganos o que se encuentran recibiendo terapia inmunosupresora, esta forma tiende a ser agresiva y frecuentemente presenta compromiso visceral 4) SK asociado a SIDA, la cual representa la forma más común en Estados Unidos y Europa; representa la forma más agresiva. Hasta la mitad de este grupo de pacientes tiene compromiso visceral que puede afectar el tracto gastrointestinal (GI), los pulmones y menos comúnmente, el hígado, bazo, riñón y corazón. El tracto GI es el sitio extracutáneo más comúnmente afectado. Endoscópicamente, el SK GI puede variar desde lesiones eritematosas a lesiones maculopapulares o polipoides. Los pacientes con SIDA son sujetos de una

amplia variedad de infecciones oportunistas que frecuentemente comprometen el tracto GI; en algunos casos, estas infecciones pueden ser confundidas endoscópicamente con SK incipiente. Las biopsias endoscópicas de todas las lesiones se encuentran siempre recomendadas.

El compromiso GI por SK es un hallazgo endoscópico raro, escasamente caracterizado en la literatura. En México, Guevara y cols. Informaron una prevalencia de 0.0003% SK gástricos en una serie de 16,200 endoscopias digestivas altas.

Objetivo

El objetivo es establecer las características clínicas y endoscópicas del compromiso gastrointestinal por Sarcoma de Kaposi en un centro oncológico de tercer nivel en los últimos 5 años.

Material y métodos

Estudio unicéntrico, retrospectivo y descriptivo de Sarcoma de Kaposi Gastrointestinal corroborado en los últimos 5 años. Fueron analizadas variables demográficas, datos clínicos, bioquímicos y endoscópicos.

Autor de correspondencia:

Gisela Alejandra Morones-Navarrete

E-mail: gismorones@gmail.com

0188-9893/© 2019. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal, publicado por Permanyer México SA de CV, todos los derechos reservados.

Fecha de recepción: 02-08-2019

Fecha de aceptación: 16-08-2019

DOI: 10.24875/END.M19000114

Endoscopia. 2019;31(Supl 2):301-303

www.endoscopia-ameg.com

Criterios de inclusión: 1) Pacientes mayores a 18 años, 2) Pertenecientes a la UMAE de Oncología CMN Siglo XXI, 3) Pacientes que cuenten con estudio endoscópico con lesiones gastrointestinales y con Sarcoma de Kaposi corroborado por histopatología en los últimos 5 años (2014-2019).

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con expedientes incompletos 2) Pacientes con lesiones endoscópicas sugerentes de Sarcoma de Kaposi no corroboradas por histopatología.

Análisis estadístico

Se realizó una base de datos electrónica y todos los casos de SK GI diagnosticados con biopsias endoscópicas fueron analizadas retrospectivamente. Se analizaron: datos demográficos y se describen los sitios de afección extraintestinal concomitante, serología de VIH, terapia antirretroviral, tratamiento del SK, carga viral, conteo de linfocitos CD4 y los hallazgos endoscópicos (localización, número y apariencia endoscópica). Estadística descriptiva fue utilizada para resumir los datos analizados.

Resultados

Se revisaron 18 525 estudios endoscópicos, 11 223 panendoscopias y 7302 colonoscopias de los últimos 5 años. En las 11 223 panendoscopias se encontraron 23 casos sugerentes de SK; 20 con diagnóstico histopatológico positivo y 3 con resultado negativo. De las 7302 colonoscopias, se encontraron 9 casos de SK corroborados por histología.

De los 29 pacientes, 4 de ellos tuvieron de forma simultánea hallazgos en el tubo digestivo superior e inferior.

Los 29 casos encontrados representaron el 0.16% de los 18525 estudios revisados.

Imágenes endoscópicas de SK GI en tubo digestivo alto y bajo.

Discusión

El SK GI puede ser encontrado en el 24% de los pacientes con SIDA. El tracto GI es el sitio extracutáneo más frecuentemente afectado. La asociación entre el SK y el VHH8 se estableció desde 1994. Se ha encontrado una incidencia mayor en hombres homosexuales.

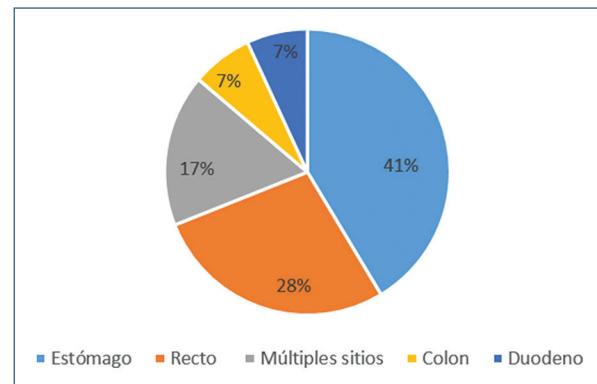
En nuestro centro se presentaron 29 casos de SK con afección GI en los últimos 5 años. Predominó el sexo masculino; la edad media fue de 33 años, el 100%

Tabla 1. Características clínicas y epidemiológicas de 29 casos de SK GI

Total	N = 29
Edad (Años, media).	33.06 (23-59)
Sexo (Masc/Fem).	28 (96.56%)/1 (3.44%)
Pacientes con infección por VIH.	29 (100%)
Sarcoma de Kaposi extraintestinal concomitante.	27 (93.10%)
– Cutáneo	27 (93.10%)
– Respiratorio	4 (13.79%)
– Hígado, bazo y páncreas *	1 (3.44%)
Pacientes con tratamiento TAR.	26 (89.65%)
Pacientes con tratamiento específico para Sarcoma de Kaposi.	18 (62.06%)
Carga viral, copias/mL (media).	269.66 (0-374 439)
Conteo de linfocitos CD4, cel/mm ³ (media).	267 (4-704)

TAR: Tratamiento Antirretroviral

*Caso altamente sugerente, aún sin histopatología



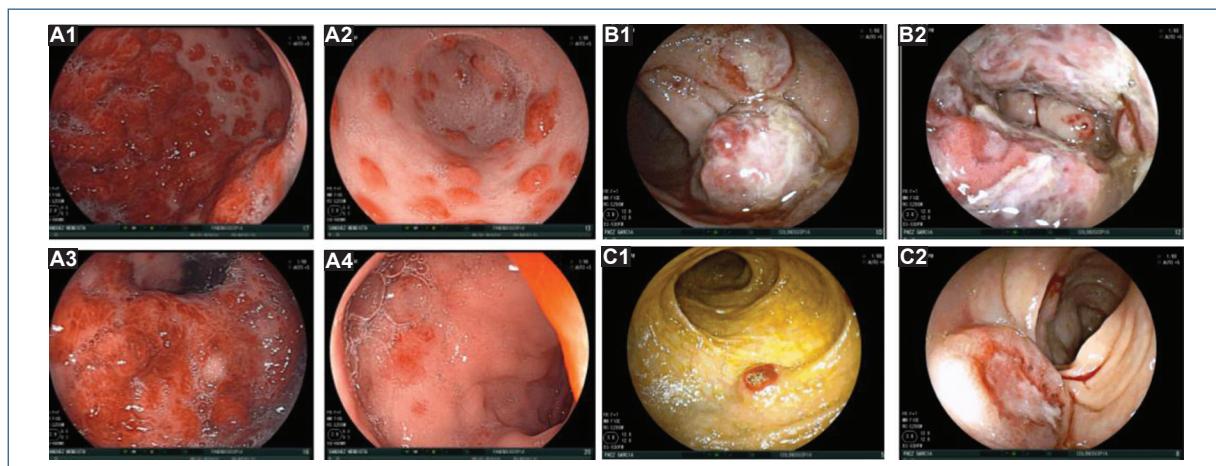
Gráfica 1. Distribución endoscópica de Sarcoma de Kaposi Gastrointestinal.

se asoció a VIH. El sitio extraintestinal más afectado fue la piel, seguido del sistema respiratorio. La mayoría de los pacientes se encontraba en TAR al momento de la endoscopia y el 60% contaban con tratamiento médico específico para SK. La carga viral media fue de 269.66 copias/mL, y el conteo de células CD4 de 267 cel/mm³, lo que significa un deterioro inmunológico severo.

Los órganos del tubo digestivo más afectados fueron: Estómago (41%), Recto (28%), Múltiples sitios (17%), Duodeno y Colon (7%). En cuanto a las características endoscópicas de las lesiones GI, las polipoides son las más frecuentes, seguidas de las maculopapulares y las ulceradas.

Tabla 2. Hallazgos endoscópicos

Frecuencia N = 29	Cavidad oral 2	Esófago 2	Estómago 21	Duodeno 3	Colon 2	Recto 9
Lesiones maculopapulares	-	1	9	1	1	4
Lesiones polipoideas	2	1	8	1	1	5
Lesiones ulceradas	-	-	4	1	-	-



A. (1-4) Masculino de 30 años con lesiones maculopapulares en fundus, cuerpo gástrico y bulbo duodenal.

B. (1,2) Masculino de 29 años con lesiones polipoideas en colon transverso.

C. (1,2) Masculino de 33 años con lesiones ulceradas en colon descendente.

La elevada carga viral y el bajo conteo de linfocitos CD4 son factores de riesgo para manifestar la enfermedad y llevar una diseminación de la misma, por lo que este hallazgo debe de tomarse en cuenta por los endoscopistas para realizar la búsqueda intencionada del SK.

- Siempre deben tomarse biopsias, dado que su rendimiento diagnóstico es elevado para esta enfermedad.
- Otros órganos afectados como bazo, páncreas, hígado y pulmón deben ser investigados con estudios de imagen y dependiendo del criterio clínico se deben de tomar biopsias de estos.

Conclusiones

- La frecuencia de SK GI detectado por endoscopia fue elevada, probablemente debido a que Oncología es un hospital de concentración y es el único hospital oncológico dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social en nuestro país.
- El SK es una enfermedad neoplásica poco conocida. A pesar de que la población de nuestra unidad presenta un inmunocompromiso importante, el SK de la variedad asociada a VIH fue el único detectado.
- El 90% de los pacientes cuentan con compromiso cutáneo y el sitio GI más afectado fue el estómago.
- Las lesiones polipoideas y maculopapulares eritematosas son las formas más frecuentes.

Referencias

1. Joana Carmo, et al, Clinical and Endoscopic Features of Gastrointestinal Kaposi Sarcoma: A Single-Center Portuguese Experience Over the Last Decade, Original Article, *GE Port J Gastroenterol* 2017;24:219-226.
2. A. Bernal et al, Endoscopic and Pathologic features of gastrointestinal Kaposi's Sarcoma: a report of four cases in patients with the acquired immune deficiency syndrome, Case reports, *Gastrointestinal Endoscopy, American Society for Gastrointestinal Society*, Volume 31, 2000; 2:102-105.
3. Fontes Rezende et al, Upper Gastrointestinal Kaposi's Sarcoma in HIV-infected patients: ten years of endoscopy observation at a single Brazilian center, *International Journal of Infectious Diseases* 2015; 39:110-115.
4. Varun Kesari et al, Gastrointestinal Kaposi Sarcoma, *Indian Journal of Gastroenterology* 2018;16:43-46.
5. Julián D, Martínez et al, Artículo Original, Sarcoma de Kaposi gástrico en un paciente con VIH, *Rev. gastroenterol. Perú* 2014;12:93-97.
6. Crespo L, Cano AC, Linette J, Moreno C, Quereda C. Sarcoma de Kaposi gástrico asociado a infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (variante epidémica). *Med Clin (Barc)* 2010; 13:331.
7. Guevara M, Guerrero G, Ramírez JL, Castro M, Gavito P, et al. Diagnóstico del sarcoma de Kaposi en el tubo digestivo: estudio retrospectivo. *Rev Mex Radiol* 1998; 52:105-107.