



Kaposi Esofagogástrico

Presentación de 1 caso

L. A. ARANGO, MD, SCC; A. ANGEL, MD, SCC; R. PAVA, MD.

Palabras claves: Síndrome de Kaposi, SIDA, Endoscopia alta.

Se presenta el caso clínico de un paciente de 27 años de edad en quien desde hace 6 años se diagnosticó un Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con manifestaciones cutáneas importantes. Presentó disfagia marcada y epigastralgia. Se llevó a estudios diagnósticos dentro de los que se realizó una endoscopia digestiva, encontrándose lesiones tumorales en nivel gástrico y esofágico cuyas biopsias fueron informadas como sarcoma de Kaposi esofágico y gástrico. Con este diagnóstico se ensombreció el pronóstico ya que se clasificó dentro del Kaposi de variedad maligna, el cual es de tratamiento muy limitado, siendo su evolución generalmente fatal.

CASO CLINICO

Paciente del sexo masculino, homosexual de 27 años de edad a quien hace 6 años se le efectuó examen para VIH, el cual resultó positivo. Hace 4 años presentó en la mucosa bucal lesiones polipoideas y manchas de color rubí en la piel; concomitantemente presentó diarrea profusa. Se le hizo un diagnóstico de sarcoma de Kaposi cutáneo. Ante tal situación y dado el antecedente de ser seropositivo, se le inició tratamiento en dicho sitio con algunos medicamentos entre los cuales se cuenta el Interferón; esta terapia se mantuvo hasta hace 7 meses cuando empezó a presentar una marcada pérdida no intencional de peso (10 kg en 2 meses), además de dolor epigástrico urente, intenso, propagado al dorso, relacionado con la ingesta de cualquier tipo de alimento. Adicionado a lo anterior, comenzó a tener disfagia que fue inicialmente para sólidos y posteriormente para líquidos. Por este motivo fue referido al Servicio de Gastroenterología del Hospital de Caldas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas, en donde se le realizó endoscopia digestiva alta y se en-

contraron las lesiones que se observan en las Figuras 1 y 2.

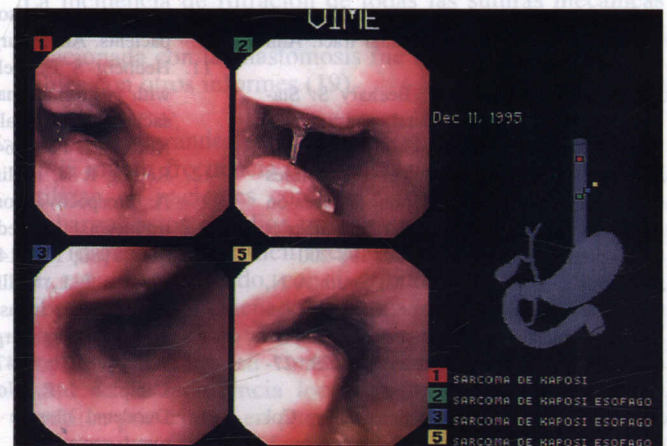


Fig. 1. La masa, de aspecto proliferativo, nodular, de más o menos 6 cm de diámetro, que se extiende desde los 30 hasta los 36 cm de la arcada dentaria, llega muy cerca de la unión esofagagástrica.

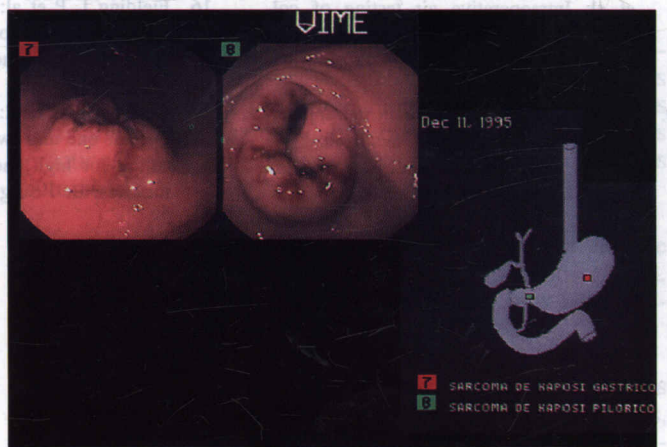


Fig. 2. Se visualiza una masa gástrica tipo Borman II, de aproximadamente 50 mm, ulcerada en el centro y con aspecto de volcán.

Doctores: Lázaro Antonio Arango Molano, Prof. del Dpto. de Cirugía Gral., Endoscopista del Serv. de Urgencias; Alberto Angel Pinzón, Prof. del Dpto. de Cirugía Gral., Jefe del Serv. de Cirugía Gral.; Rafael Pava, Médico Patólogo. Hospital de Caldas, Manizales, Colombia.

Se tomaron biopsias de tales lesiones y fueron enviadas a un grupo de patólogos, quienes informaron, sarcoma de Kaposi esofágico y gástrico (Figs. 3, 4 y 5).

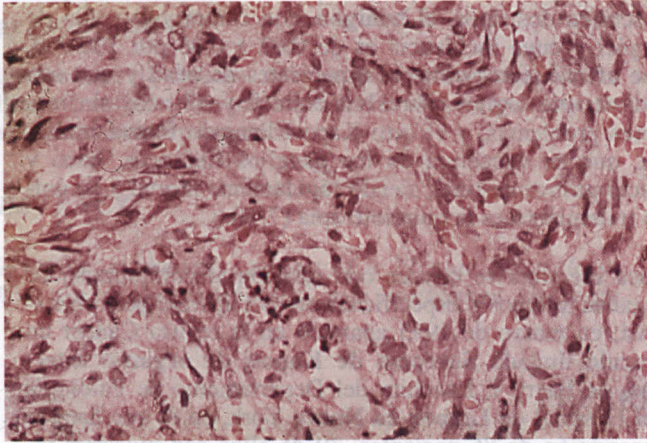


Fig. 3. Mucosa gástrica. Se observa lesión tumoral compuesta por células fusiformes arregladas alrededor de estructuras glandulares mal definidas. No se encuentran residuos de mucosa normal, la cual ha sido remplazada en su totalidad por la neoplasia. Hematoxilina-Eosina. 200 X.

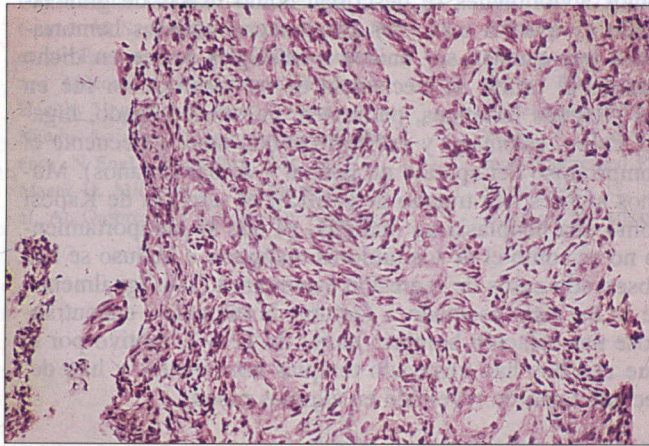


Fig. 4. Mucosa esofágica. La lesión presenta un aspecto compacto que remplaza totalmente la mucosa esofágica; se alcanzan a definir algunas estructuras de aspecto vascular cuyas células son de tipo fusiforme. Hematoxilina-Eosina. 200 X.

La evolución del enfermo durante los últimos meses ha sido desfavorable y puede estar relacionada con el abandono del interferón, el cual por motivos económicos no ha vuelto a recibir. El paciente está siendo tratado también por el Servicio de Oncología del mismo Hospital, por el doctor Hernán Darío Salazar, quien está administrando la correspondiente quimioterapia.

La epigastralgia se le ha tratado con medidas higiénicas y dietéticas e inhibidores de la bomba de protones, cuya respuesta ha sido positiva sólo en forma temporal.

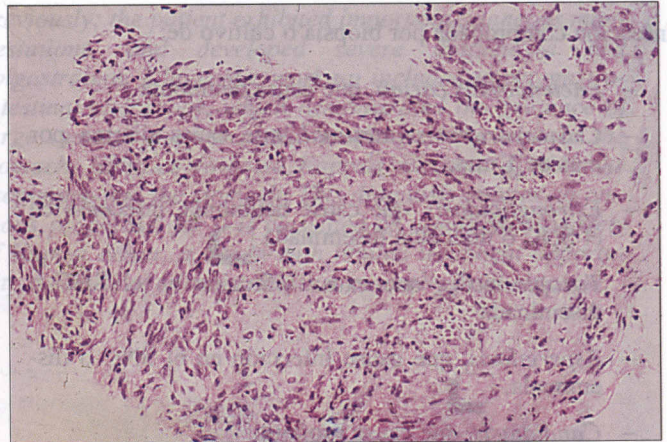


Fig. 5. Mucosa Gástrica. A gran aumento, se definen bien las células fusiformes que delimitan hendiduras irregulares, algunas llenas de eritrocitos; estos elementos morfológicos son característicos del sarcoma de Kaposi y demuestran la naturaleza vascular del tumor. Hematoxilina-Eosina. 400 X.

Se le practicó endoscopia de control hace 1 mes luego de que en Oncología se reforzaran las dosis de quimioterapia, pero la mejoría fue mínima, encontrándose incluso muchas más lesiones esofágicas que en el estudio previo. El paciente continúa bajando de peso y sus condiciones generales se ven cada día más disminuidas a pesar de que aún se encuentra activo y trabajando.

DISCUSION

Desde el descubrimiento del SIDA en el año 1979, se han hecho muchos estudios de este síndrome y se ha avanzado considerablemente en su diagnóstico, pero el tratamiento aún permanece oscuro y las medidas utilizadas son solamente paliativas (1, 2). Las enfermedades que con mayor frecuencia se encuentran involucradas dentro de este síndrome y que son admitidas por el Centro del Control de Enfermedades (CDC) como criterios diagnósticos, son: neumonías o encefalitis causadas por hongos, parásitos o bacterias atípicas; esofagitis virales o micóticas; leucoplasia multifocal progresiva; enterocolitis grave bacteriana o micótica; linfoma primario del sistema nervioso central o herpes mucocutáneo simple de más de 5 semanas de duración (3-6) (Nomenclatura 1).

Nomenclatura 1. Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida.

Criterios necesarios*

- Sarcoma de Kaposi comprobado por biopsia. Si el paciente es mayor de 60 años de edad al momento del diagnóstico, deberá también ser seropositivo para el anticuerpo HTLV III- LAV **
- Linfoma cerebral primario.

Infección comprobada por biopsia o cultivo de:

- *Pneumocystis carinii*, que causa neumonía
- *Cristosporidiosis intestinal*, que causa diarrea por más de 1 mes.
- *Estrongiloidosis*, que cause neumonía, infección en el SNC o infección diseminada
- *Toxoplasmosis*, que causa infección en el SNC o diseminada
- *Aspergilosis*, que cause infección en el SNC o diseminada.
- *Candidiasis*, que cause esofagitis.
- *Criptococosis*, que cause infección pulmonar, en el SNC o diseminada.
- *Micobacteriosis "Atípicas"* (especies diferentes a *Mycobacterium tuberculosis* o *Mycobacterium leprae*), que causen infección diseminada.
- *Citomegalovirus*, que cause infección pulmonar, gastrointestinal o del SNC.
- *Virus del herpes simple*, que cause infección mucocutánea crónica con úlceras que persistan por más de 1 mes, o infección pulmonar, gastrointestinal o diseminada.
- *Leucoencefalopatía multifocal progresiva* (presumiblemente causada por *Papovavirus*).

Seropositividad para anticuerpo del HTLV III-LAV con una de las siguientes condiciones:

- Histoplasmosis diseminada, no confinada a los pulmones o ganglios linfáticos.
- Isosporiasis, que cause diarrea crónica o por más de 1 mes.
- Candidiasis bronquial o pulmonar.
- Linfoma no Hodgkin de tipo patológico de alto grado (difuso, indiferenciado) y de células B o fenotipo inmunológico desconocido, diagnosticado por biopsia.

Neumonitis linfática intestinal crónica con diagnóstico histológicamente confirmado en un niño menor de 13 años, a menos que éste sea seronegativo para anticuerpo de HTLV III- LAV.

* Debe encontrarse uno o más de estos criterios.

** HTLV- LAV: Virus linfotrópico de células T humanas Tipo III. Virus asociado a linfadenopatía.

Con excepción de la histoplasmosis, la infección diseminada es definida como el compromiso pulmonar con múltiples ganglios linfáticos.

El sarcoma de Kaposi fue descrito en el año 1872 por el médico húngaro Moritz Kaposi. Se caracteriza por la pre-

sencia de placas, nódulos o máculas rojas-púrpura o violáceas que afectan principalmente la piel y las mucosas de la conjuntiva, la faringe y la boca. El compromiso de las vísceras intraabdominales es raro pero se ha informado, y se describen dos tipos, el **benigno**, con compromiso sólo de la piel y cuya incidencia es de 0.02 a 0.06 por 100.000, que afecta principalmente a pacientes de edad y que con radioterapia logran sobrevivir entre 8 y 13 años sin mayores problemas; y el otro Kaposi llamado **forma maligna**, que se encuentra en los ganglios linfáticos, bazo y tracto gastrointestinal, siendo rápidamente mortal y su único tratamiento es la quimioterapia (7, 8).

Poca literatura se conoce con relación al compromiso de órganos internos y específicamente del aparato gastrointestinal; en marzo de 1995 apareció en la revista *Cáncer* un artículo titulado **Sarcoma de Kaposi de órganos internos**, de Harry I. Loachim del Departamento de Patología del Hospital de Lennox en Nueva York, en el que hace la descripción de 86 pacientes, 39 de ellos con muestras tomadas dentro de procedimientos quirúrgicos y 47 tomadas en la autopsia. En él se afirma que el sarcoma de Kaposi, antes de los años 80's era una curiosidad dermatológica, convirtiéndose desde ese momento en una enfermedad tumoral frecuente en pacientes con SIDA, pero que a pesar de su alta frecuencia, poco se conoce con relación a su causa e historia natural (9). Las lesiones en vísceras u órganos abdominales se describen como masas de gran tamaño (5 a 10 ó más cm) que parecen nódulos hemorrágicos que pueden ser únicos o múltiples y que en dicho estudio el orden de frecuencia de su localización fue en los ganglios linfáticos, pulmones, intestino delgado, hígado, colon, estómago y esófago (siendo menos frecuente el compromiso del aparato urogenital y demás órganos). Muchos autores han tratado de calificar el sarcoma de Kaposi como una neoplasia no maligna, ya que su comportamiento no es como el de los tumores malignos, e incluso se han observado casos de regresión espontánea (10). Igualmente, se le ha visto asociado a factores hormonales, encontrándose una relación hombre: mujer de 12 a 1, motivo por el que muchos han ensayado terapias hormonales y han detectado también reversión en algunos casos.

El hallazgo de sarcoma de Kaposi en los órganos internos ocurre, por lo general, durante la cirugía, pudiendo ser ésta electiva o de urgencia. Muchos de estos pacientes son llevados al procedimiento para el diagnóstico y biopsia de una masa abdominal retroperitoneal de origen indeterminado o que desarrollan una obstrucción intestinal por masas en el intestino delgado. Así mismo, en ocasiones se deben intervenir por cuadros de abdomen agudo quirúrgico más relacionado con la perforación de vísceras intraabdominales (11, 12). Cuando se encuentra sarcoma de Kaposi en estas circunstancias, el pronóstico es sombrío y el tratamiento paliativo.

En este momento nuestro enfermo, por las múltiples lesiones y sus características, no es quirúrgico y sólo se intervendría en caso de presentar una complicación. El tratamiento debe continuarse con quimioterapia, pero la evolución, será poco favorable ya que el compromiso de va-

rias estructuras y el empeoramiento a pesar de la terapia, hacen pensar en que se trata de una forma grave, maligna y progresiva de la enfermedad.

Agradecimientos

Agradecemos la valiosa colaboración del doctor Carlos Alberto Dussán, quien participó en las endoscopias que se efectuaron al caso presentado.

ABSTRACT

We report on the management of a 27 year old male in whom the diagnosis of AIDS was established six years

previously; the patient exhibited important cutaneous manifestations, and developed severe dysphagia and epigastralgia. Diagnostic work-up included upper gastrointestinal endoscopy, which demonstrated the presence of large tumoral masses in the esophagus and also in the stomach. Biopsies revealed Kaposi sarcoma of both the esophagus and the stomach. This diagnosis implies an ominous prognosis, for it is classified as a malignant variety of Kaposi tumor, a lesion with limited treatment opportunity, because of which exhibits a generally fatal outcome.

REFERENCIAS

1. Lipsett P, Allo M: AIDS in the Surgeon. In: Surgical infections. Surg Clin North Am 68 (1); 1988 (Feb): 73-87
2. Angel A, Arango L A: Sida y Cirugía. Monografía. Jun, 1994.
3. Centers for disease Control: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), United States MMWR 1983; 32: 309-11
4. Gottlieb M S, Schroff R, Schanker H M et al: Pneumocystis carinii-Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men: Evidence of a Newly Acquired Cellular Immunodeficiency. N Engl J Med 1981; 305: 1425-31
5. Masur H, Michelis M A, Greene J B et al: An Outbreak of Community Acquired Pneumocystis carinii Pneumonia; Initial Manifestation of Cellular Immune Dysfunctions. N Engl J Med 1981; 305: 1431-44
6. Robinson G, Wilson S, Williams R: Surgery in Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome. Arch Surg 1987 Feb; 122: 170-5
7. Abemayor E, Calcaterra T C: Kaposi's Sarcoma and Community Acquired Immune Deficiency Syndrome. Arch Otolaryngol 1983; 109: 536-42
8. Penn Y: Kaposi's Sarcoma in Immunosuppressed Patients. J Clin Lab Immunol 1983; 12: 1-10
9. Loachim H, Adsay V, Giancotti F et al: Kaposi's Sarcoma of Internal Organs. Cancer 1995 Mar; 75 (6): 1376-83
10. Beral V, Peterman T A, Berkelman R L et al: Kaposi's Sarcoma among Persons with AIDS: A Sexually Transmitted Infection?. Lancet 1990; 335: 123-8
11. Wilson S, Robinson G, Williams R et al: Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS). Indications for Abdominal Surgery, Pathology and Outcome. Ann Surg 1989 Oct; 210 (4): 428-34
12. Davidsson T, Allen-Mersh T G, Miles A J et al: Emergency Laparotomy in Patients with AIDS. Br J Surg 1991 Aug; 78 (8): 924-6