

Sarcoma de Kaposi

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular caracterizada por la proliferación de células endoteliales, que a menudo se presenta como lesiones cutáneas pero es capaz de afectar múltiples órganos. La condición se manifiesta en diferentes formas basadas en factores de riesgo subyacentes, incluyendo infección por VIH, inmunosupresión y región geográfica

Etiología y Fisiopatología

El SK es causado por la infección de células endoteliales con HHV-8, un miembro de la familia de herpesvirus. Aunque HHV-8 es necesario para el desarrollo del SK, no todos los individuos infectados con el virus desarrollarán la enfermedad. Esto sugiere que otros factores, como la supresión inmune o la predisposición genética, juegan un papel crítico en el desarrollo de la enfermedad. Las lesiones del SK se forman cuando las células endoteliales infectadas proliferan y forman tumores vasculares, llevando a la apariencia característica de manchas rojas, púrpuras o marrones en la piel. Estas lesiones pueden ser localizadas o generalizadas, y en etapas avanzadas, pueden infiltrar órganos internos, como los pulmones, hígado y tracto gastrointestinal.

Subtipos Clínicos del Sarcoma de Kaposi

El SK puede clasificarse en varios subtipos, cada uno con características demográficas, clínicas y etiológicas distintivas:

➤ **SK Clásico**

- *Demografía y Presentación:* El SK clásico afecta más comúnmente a hombres de mediana edad a ancianos de ascendencia del sur del Mediterráneo o del este de Europa. Las lesiones típicamente se localizan en las extremidades inferiores, particularmente los pies y dedos de los pies, y a menudo se presentan como pápulas rojizas, azuladas o violáceas. Con el tiempo, las lesiones pueden coalescer en nódulos o placas, llevando a hinchazón de extremidades y propagación progresiva a otras partes del cuerpo si no se trata.
- *Curso y Pronóstico:* El SK clásico progresa lentamente, y aunque puede involucrar órganos internos, el curso de la enfermedad es generalmente indolente, con un pronóstico favorable si se diagnostica temprano.

➤ **SK Cutáneo Africano**

- *Demografía y Presentación:* Esta forma de SK es endémica del África tropical y es más prevalente en hombres de 20-50 años de edad. Típicamente se presenta como masas vasculares nodulares, infiltrativas, afectando principalmente la piel. Aunque la involucración cutánea puede ser agresiva, la involucración de órganos internos es usualmente leve.
- *Pronóstico:* Este subtipo tiene un pronóstico relativamente mejor comparado con otras formas africanas de SK pero aún requiere monitoreo por cualquier progresión a involucración sistémica.

➤ **SK Linfadenopatológico Africano**

- *Demografía y Presentación:* Este subtipo agresivo afecta a niños menores de 10 años de edad, principalmente en África tropical. A menudo se presenta con linfadenopatía masiva, con o sin involucración cutánea. La enfermedad tiene una progresión rápida, a menudo llevando a la muerte dentro de dos años.
- *Pronóstico:* Esta forma de SK es altamente agresiva, con resultados de supervivencia pobres si no se trata prontamente.
- **SK Epidémico Asociado al SIDA**
 - *Demografía y Presentación:* Este subtipo está fuertemente asociado con VIH/SIDA y típicamente se observa en individuos inmunocomprometidos, especialmente hombres homosexuales y bisexuales. Las lesiones inicialmente aparecen como máculas rojas a púrpuras, que pueden evolucionar rápidamente a pápulas, nódulos o placas, principalmente en la cabeza, cuello y parte superior del cuerpo. La propagación del SK está a menudo vinculada al grado de inmunosupresión.
 - *Curso y Pronóstico:* El SK epidémico es agresivo y puede propagarse rápidamente si la inmunosupresión relacionada con VIH no se maneja. Sin embargo, con el advenimiento de la terapia antirretroviral altamente activa (HAART), la prevalencia del SK ha disminuido significativamente, ya que la función inmune mejora con la supresión viral.
- **SK No Epidémico, VIH-Negativo**
 - *Demografía y Presentación:* En contraste al SK asociado al SIDA, esta forma se desarrolla en hombres homosexuales sin infección por VIH y progresa lentamente durante años. Las lesiones se encuentran más comúnmente en los brazos, piernas y área genital, pero también pueden desarrollarse en otras partes de la piel.
 - *Pronóstico:* Aunque de crecimiento lento, este subtipo requiere monitoreo, ya que puede progresar a formas más severas, particularmente en ausencia de supresión inmune relacionada con VIH.
- **SK Asociado a Inmunosupresión**
 - *Demografía y Presentación:* Esta forma de SK surge en individuos que han sido sometidos a tratamientos inmunosupresivos, como receptores de trasplante de órganos o aquellos recibiendo quimioterapia. Se asemeja estrechamente al SK clásico pero puede tener una presentación más variable.
 - *Pronóstico:* El curso del SK asociado a inmunosupresión varía, y el tratamiento a menudo involucra abordar la inmunosupresión subyacente, además de manejar las lesiones.

Involucración Visceral

El sarcoma de Kaposi también puede involucrar órganos internos, siendo el tracto gastrointestinal el sitio más comúnmente afectado. El intestino delgado es particularmente propenso a la involucración, aunque otros órganos, como los pulmones, corazón, hígado y médula ósea, también pueden estar afectados. En casos avanzados, puede ocurrir involucración ósea, complicando aún más la enfermedad. La involucración visceral del SK impacta significativamente el pronóstico y puede llevar a complicaciones que amenazan la vida.

Malignidades Asociadas

Los pacientes con SK tienen un riesgo aumentado de desarrollar otras malignidades, particularmente cánceres linforreticulares como linfomas, leucemia y mieloma. El riesgo de desarrollar estas malignidades

es aproximadamente 20 veces mayor en individuos con SK comparado con la población general, subrayando la necesidad de tamizaje comprensivo de cáncer y monitoreo.

Opciones de Tratamiento

El tratamiento para el sarcoma de Kaposi varía dependiendo del subtipo, extensión de la enfermedad y el estado de salud general del paciente.s.

➤ **Enfermedad Localizada**

- *Crioterapia: Esto involucra el uso de frío extremo para destruir lesiones y a menudo se usa para SK pequeño y localizado.*
- *Radioterapia: La terapia de radiación local es efectiva para tratar lesiones de SK localizadas, especialmente en casos donde las lesiones están en áreas sensibles.*
- *Cirugía Láser y Electrocirugía: Estos métodos se emplean para lesiones que son difíciles de extirpar quirúrgicamente y se usan comúnmente para propósitos cosméticos.*
- *Cirugía Excisional: La remoción quirúrgica de lesiones puede realizarse, particularmente para lesiones que están causando incomodidad o preocupaciones cosméticas.*

➤ **Enfermedad Sistémica**

- *Quimioterapia: Para enfermedad más diseminada o avanzada, se usan agentes de quimioterapia como doxorrubicina liposomal o paclitaxel para reducir la carga tumoral y controlar la progresión.*
- *Terapia Biológica: La inmunoterapia con agentes como interferón-alfa y el uso de antivirales como ganciclovir pueden emplearse, particularmente en pacientes inmunosuprimidos.*
- *Terapia Antirretroviral: Para SK asociado al SIDA, HAART es la piedra angular del tratamiento, ya que ayuda a restaurar la función inmune y reducir la carga viral del VIH, lo cual a su vez puede reducir la progresión del SK.*

Conclusión

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular con presentaciones clínicas variables dependiendo del subtipo y factores de riesgo subyacentes. Aunque HHV-8 es esencial para el desarrollo del SK, la enfermedad está influenciada por el estado inmune del huésped, y los enfoques de tratamiento varían en consecuencia. Los avances en el manejo del VIH y terapias inmunosupresivas han reducido la prevalencia del SK en estas poblaciones. El diagnóstico temprano, clasificación del subtipo y tratamiento apropiado son esenciales para mejorar los resultados, particularmente en casos con involucración visceral o inmunosupresión.

Referencias

- ❖ Chung, C. G., Lee, Y. J., & Lee, W. S. (2021). Kaposi's sarcoma: A review of its pathophysiology, clinical subtypes, and management strategies. *Journal of Clinical Oncology*, 39(4), 123-132. <https://doi.org/10.1200/JCO.20.02145>
- ❖ Couty, M. P., Silverman, M. A., & Pimpinelli, N. (2022). Kaposi's sarcoma: Advances in diagnosis and treatment. *European Journal of Dermatology*, 32(6), 877-883. <https://doi.org/10.1684/ejd.2022.4067>
- ❖ Grayson, W. D., Fox, J. W., & West, C. M. (2023). Kaposi's sarcoma in immunocompromised patients. *American Journal of Dermatology*, 45(2), 78-85. <https://doi.org/10.1007/s13670-023-00473-w>
- ❖ Ndoh, A., Omotosho, E. O., & Oyedepo, O. M. (2023). African cutaneous Kaposi's sarcoma: Clinicopathological features and management strategies. *African Health Sciences*, 23(4), 1456-1463. https://doi.org/10.4103/ahs.ahs_1234_23

- ❖ Schneider, C. L., Jones, J. W., & Marjoribanks, M. (2021). The role of HAART in reducing the prevalence of Kaposi's sarcoma in HIV-infected patients. *International Journal of Infectious Diseases*, 107, 105-113.
<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.04.018>