



Casos Clínicos

Dra. Beatriz Pi
Postgrado Enfermedades Infecciosas
Facultad de Medicina
Octubre 2011



- Historia Clínica

Sexo M, 59 años, Montevideo. Ocupación: Changas.
Heterosexual.

APP. VIH diagnosticado en Mayo 2011 en contexto de internación por Diarrea Crónica.

Presunta vía de contagio: sexual. No controles en SEIC.
No TARV ni profilaxis. Nivel inmunitario 39 CD4.

Carga Viral pendiente. I. Oportunistas: Candidiasis Esofágica confirmada y tratada.

No uso de drogas I/V ni otras drogas de abuso.

Recluido durante 2 años en año 2008.

No inmunizaciones recientes.

No viajes al exterior.



- EA: enviado por presencia de deposiciones líquidas sin elementos patológicos de mas de 6 meses de evolución, sin intolerancia digestiva alta, no síndrome toxi-infeccioso, no dolor abdominal. Repercusión general con Adelgazamiento de 8 kg en 6 meses, astenia, no anorexia. No síntomas de la esfera urinaria, respiratoria ni neurológica .

Estudiado por diarrea crónica con coprocultivos y coproparasitarios sin desarrollo de gérmenes.

FCC con tolerancia parcial al procedimiento sin evidencia de lesiones.

FGC evidencia candidiasis esofágica y lesión gástrica compatible con lesión por Sarcoma de Kaposi, la cual fue biopsiada y confirmada.



En busca de extensión lesional :

Fibrobroncoscopía : sin lesiones.

Tomografía Tx. Abd. Pélvis: engrosamiento del fundus gástrico.

Piel: a nivel de dorso de Tórax presenta 2 lesiones a derecha y a izquierda, rojo vinosas, de 2 cm de largo, no pruriginosa ni dolorosas, compatibles con lesiones por sarcoma de Kaposi.

Del exámen físico se destaca un aceptable estado General, Normocoloreado, sin Muguet oral. Piel con lesiones ya descriptas. CV, PP, SNM, ABD normal.

En suma:

59 años. VIH SIDA sin TARV inmunodepresión severa

Sarcoma de Kaposi



Lesiones de Piel





- Conducta:

Sarcoma de Kaposi no cuenta con tratamiento etiológico por lo cual se debe iniciar TARV.

Nuestro paciente inició: AZT/3TC/EFV con buena tolerancia.

Se le conectó con equipo de oncología para inicio de tratamiento oncológico.

Dada el bajo nivel inmunitario se realizaran profilaxis:

- TMP-SMX (160/800 mg) 1 comprimido 3 veces/ semana
- Leucovorin (15 mg)1 comprimido 3 veces /semana
- Azitromicina 1 gr semanal



Sarcoma de Kaposi

- Neoplasia maligna más frecuente en pacientes VIH-SIDA
Enfermedad marcadora.
- Raro en: VIH (-) y en VIH (+) de adquisición parenteral.
- Etiología Virus Herpes tipo 8.
- Enfermedad sistémica, multifocal, tumores altamente vascularizados, con compromiso cutáneo, mucoso, ganglionar, visceral.
- Predomina en sexo masculino (200 hombres-1 mujer).
HSH (hombres que tienen sexo con hombres).
- Alto impacto de era TARV con descenso de la incidencia del Sarcoma de Kaposi.
- TARV puede lograr remisión parcial o total de las lesiones cuando estas son únicamente de piel, en el caso del compromiso visceral se debe realizar tratamiento oncoespecífico.



Clasificación

- 1) S. Kaposi clásico: En varones adultos > 60 años, de curso lento y benigno. Lesiones cutáneas, cavidad oral, y gastrointestinal.
- 2) S. Kaposi Africano endémico: En adultos más jóvenes que los de la variedad clásica. Puede verse en niños. Dos subtipos: Agresivo letal o de curso lento.
- 3) S. Kaposi relacionado con tratamiento inmunosupresor: En pacientes transplantados, pacientes con tratamientos inmunosupresores o con enfermedades autoinmunes.
- 4) S Kaposi epidémico o asociado al VIH

Aunque la histopatología de las 4 variedades son prácticamente idéntica, las manifestaciones clínicas y la evolución de la enfermedad difiere. Todas las variedades se asocian a la presencia del virus Herpes Tipo 8



Manifestaciones Clínicas

- Lesiones cutáneas nodulares color rojo vinoso sobreelevadas no dolorosas no pruriginosas de tamaño variable desde pocos mm a cm. Distribución en general en mitad superior del cuerpo (cabeza cuello y tórax) aunque pueden ser universales.
- Compromiso mucoso oral. Palatina.
- Afectación visceral: Tubo digestivo, hígado, ganglios linfáticos, pulmón, corazón, SNC.
- Puede presentar compromiso visceral sin evidencia de lesiones cutáneas.
- La presencia de lesiones cutáneas obliga a la búsqueda de afectación visceral para evaluar extensión lesional.



Estadificación clínica

ESTADIO	CARACTERISTICAS
I	LESIONES CUTANEAS < 10 LIMITADAS A UNA UNICA AREA ANATOMICA
II	LESIONES CUTANEAS DISEMINADAS > 10 O EN MAS DE UN AREA ANATOMICA
III	UNICAMENTE LESIONES VISCERALES
IV	LESIONES CUTANEAS Y VISCERALES

SUBTIPOS A : AUSENCIA DE SINTOMAS SISTÉMICOS

SUBTIPOS B: PRESENCIA DE SINTOMAS SISTÉMICOS :

Fiebre > 2 semanas sin otra causa

Pérdida de peso (> 10% peso corporal basal)



Diagnóstico

- Presunción clínica.
- Evaluación de extensión lesional:
 - Tomografía Torax-Abdomino-Pélvica
 - Fibrobroncoscopía. Evitar toma de biopsias por complicaciones locales.
 - Fibrogastroscofia y fibrocolonoscopia.
A nivel del tubo digestivo y/o de piel se tomarán muestras para biopsia.
- Anatomía Patológica Confirma el diagnóstico.



Pronóstico

	BUEN PRONÓSTICO (uno de los siguientes)	MAL PRONÓSTICO (uno de los siguientes)
TUMOR	LIMITADO A: PIEL GANGLIOS O MINIMA AFECCIÓN MUCOSA ORAL	EDEMA O ULCERACIÓN AFECCIÓN EXTENSA MUCOSA ORAL COMPROMISO DIGESTIVO AFECCION VISCERAL DIFERENTE A GANGLIONAR
NIVEL INMUNITARIO	> 200 CD4	< 200 CD4
ENFERMEDAD SISTÉMICA	NO IO. NO MUGUET NO SINTOMAS B KARNOSFSKY > 70%	INF OPORTUNISTA O MUGUET. SINTOMAS B + KARNOSFSKY <70%

Fuente: AIDS Clinical Trials Group Oncology Committee en National Cancer institute: PDQ Sarcoma de Kaposi. Bethesda, MD: National Cancer institute. Ultima actualización 4///2011 .

Disponibile en: <http://cancer.gov/espanol/ndg/tratamiento/kanosi/healthprofessional> Fecha de acceso 17/10/2011



Tratamiento

- No existe tratamiento etiológico del Virus Herpes 8.

Inicio o reinstalación TARV : remisión total o parcial de lesiones cutáneas.

Poliquimioterapia: lesiones viscerales.



Bibliografía

- Laurido M., Cassetti I. Infección por VIH y tumores malignos. En Cecchini E., Gonzalez Ayala S. *Infectología y enfermedades infecciosas*. 1ª ed. Buenos Aires : Journal, 2008 p 772-780
- Stebbing J., et al. How does HAART lead to the resolution of Kaposi s sarcoma? *JAC* **2003**; 51: 1095-1098
- National institute of health (NIH), Centers of Disease Control and Prevention (CDC), HIV Medicine Association of the infections Diseases Society of America (HIVMA/IDSA) Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections in HIV Adults and Adolescents. 2008.
- Lewi D. et al. Neoplasias asociadas al SIDA. En: Benetucci J., et al. *SIDA y enfermedades asociadas*. 3ª ed. Bs As:Fundai; 2007. p 561-565
- Poszamczar D., et al. Sarcoma de Kaposi en pacientes con SIDA. En Gatell J. M., et al. *Guía practica del SIDA*. 9ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007. p 323-333