

Sarcoma de kaposi amigdalar. Presentación de un caso

Tonsillar kaposi's sarcoma. A case report.

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia maligna frecuentemente asociada a pacientes infectados por el virus VIH y es muy raro encontrarla en un paciente inmunocompetente.

Presentamos el caso de una paciente no inmunodeprimida, con una lesión crónica en amígdala izquierda a la que se practicó una amigdalectomía y el resultado anatómopatológico fue de sarcoma de Kaposi.

PALABRAS CLAVE:

Sarcoma de Kaposi. Orofaringe.

SUMMARY

The Kaposi's sarcoma is a malignant neoplasy often associated with VHI infected patients and it is rarely found in immunocompetent patients.

We report the case of a non immunocompromised patient with a chronic lesion on the left tonsil, in which tonsillectomy was performed and the pathologic result was Kaposi's sarcoma.

KEY WORDS:

Kaposi's sarcoma. Oropharyngeal.

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por primera vez por el dermatólogo húngaro Moritz Kaposi¹ en 1872 cuando descubrió las lesiones en cinco pacientes ancianos de ascendencia judía o mediterránea. A la lesión la denominó "sarcoma pigmentado múltiple idiopático". No fue hasta finales del siglo XX, cuando la aparición de múltiples casos en la Costa este de EEUU entre varones homosexuales portadores de VIH se dio a conocer universalmente este tumor.

El SK es un tumor angioproliferativo con bajo grado de malignidad asociado al virus herpes tipo 8 (HHV-8) por lo que también se ha denominado SK asociado al herpes virus^{2,3} (KSHV). La relación entre el virus y las lesiones de SK fue establecida por Chang en 1944.

El SK se clasifica en 4 tipos con aspectos clínicos y epidemiológicos diferentes: clásico (descrito por Moritz), endémico o africano, yatrogénico y epidémico (asociado a SIDA).

El SK de cabeza y cuello afecta normalmente a las mucosas de la cavidad oral. La localización aislada en orofaringe es rara en pacientes no afectados por el VIH y son muy pocos los casos documentados hasta la fecha⁴.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente de 64 años que acude a Urgencias por presentar sensación de cuerpo

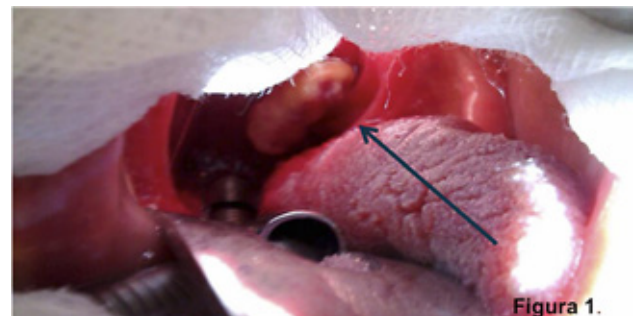


Figura 1

extraño orofaríngeo de larga evolución. En la orofaringoscopia se observa una lesión pediculada, rojo-grisácea que depende de la amígdala izquierda (Fig 1.). La paciente se sometió a una amigdalectomía unilateral y el resultado anatómopatológico fue de SK amigdalar (Fig.2A) con bordes libres de tumor para la pieza reseca. En el estudio histopatológico de los cortes realizados se observa una tumoración subyacente a epitelio plano estratificado que ocupa el corion y que presenta una superficie epitelial ulcerada. La tumoración se compone de una proliferación vascular irregular (Fig.2B) de paredes finas tapizadas por endotelio, entremezcladas con fascículos de células fusiformes, alguna de las mismas, atípica. La inmunohistoquímica es negativa para S100, citoqueratina 34, BE12, CAM 5.2 y EMA (Fig. 2C) y positiva para vimentina (Fig.2D), CD34, CD31, actina de músculo liso, factor VIII (Fig.2E), HHV8 (Fig.2F).

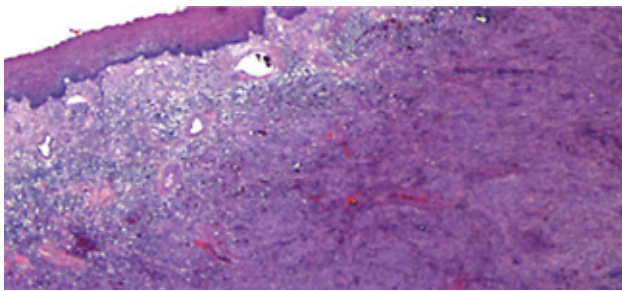


Figura 2A

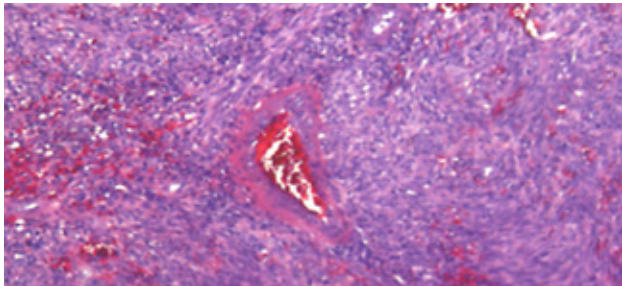


Figura 2B

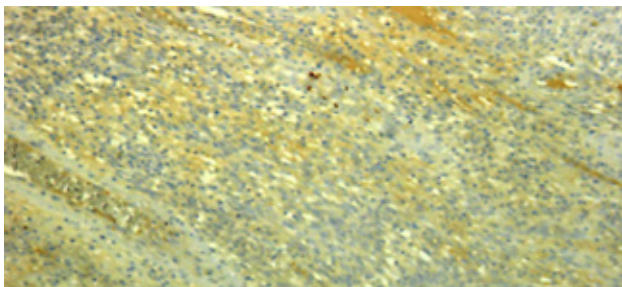


Figura 2C

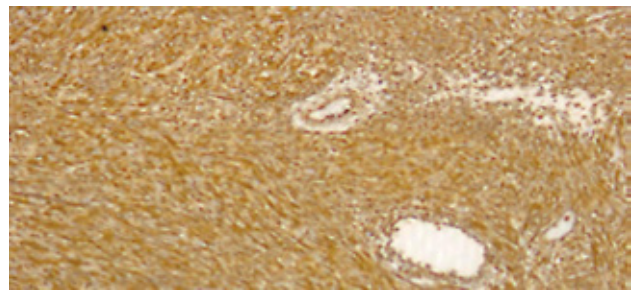


Figura 2D

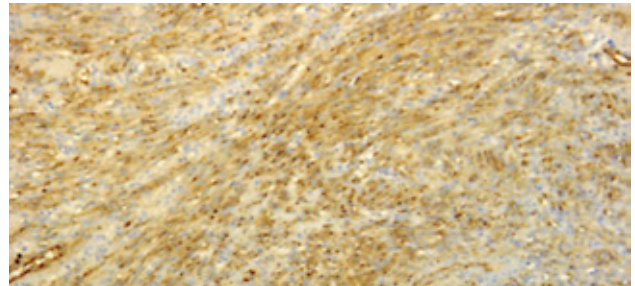


Figura 2E

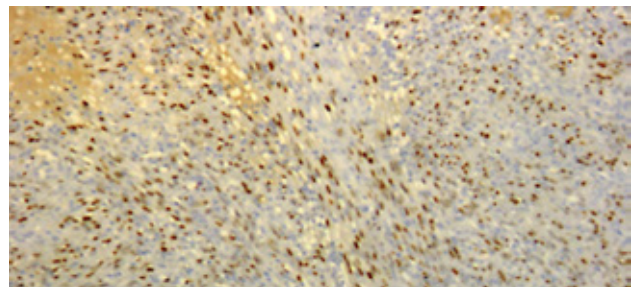


Figura 2F

Posteriormente se realizaron pruebas por parte del servicio de Medicina Interna para descartar infección por VIH o una inmunodeficiencia de otra índole. Todos los resultados fueron negativos y no existe evidencia actual de inmunosupresión por parte de la paciente que presentamos en este artículo.

Discusión

El SK orofaríngeo es frecuente en la evolución de pacientes inmunodeprimidos por el VIH pero en pacientes inmunocompetentes es muy raro, especialmente a nivel amigdal, de forma unilateral y sin otras lesiones asociadas ya sea en la piel o en la mucosa de otra localización, encontrando en la literatura médica en inglés muy pocos casos publicados (Tabla I)^{3,7,8,9,10,11}. Raikundalia describe el primer caso de un SK en la literatura⁷ en una mujer de 38 años VIH positivo, que presentaba además lesiones en la piel de la cara y de los muslos. Posteriormente, Chetty et al.⁸ en 1998, describió dos casos más en pacientes también VIH positivo. Sikora et al., en 2008, es el primero en presentar dos casos de SK en pacientes no inmunocomprometidos⁹. El primero de ellos, era un paciente de 49 años con un SK amigdal y además una adenopatía satélite cervi-

cal. Tanto la punción de la adenopatía como la anatomía patológica de la pieza amigdal fueron positivas para SK. El segundo paciente era un hombre de 34 años sin otra lesión asociada. Al-Brahim et al. publicó el caso de otro paciente que estaba sometido a terapia inmunosupresora por una glomerulonefritis¹⁰. Los últimos casos publicados corresponden a Hsu et al. en 2014 en un paciente no VIH¹¹ y Pittore et al en 2015 que presenta un caso de SK amigdal en un paciente con SIDA³.

El diagnóstico diferencial debe establecerse con la angiomasitosis bacilar, el granuloma piogénico y los hemangiomas. La angiomasitosis bacilar es una enfermedad oportunista bacteriana que afecta a pacientes inmunodeprimidos causada por bacilos gram negativo pertenecientes a la familia Bartonella spp.

No hay consenso en cuanto al tratamiento en estos casos de SK clásico situados en orofaringe. La cirugía es la primera opción si existe posibilidad de resección completa añadiendo radioterapia en dependencia del estudio anatomopatológico.

Concluir, que nuestro caso es, por tanto, uno de los pocos casos que existen de SK clásico a nivel amigdal en un paciente no VIH positivo.

Tabla I

		Sexo	Edad	Localización	Inmunosupresión	Lesiones asociadas
1	Raikundalia KB	Mujer	38	Amígdala izquierda	VIH +	Lesiones piel
2	Chetty R	Varón	19	Amígdala izquierda	VIH +	Adenopatías
3	Chetty R	Varón	25	Amígdala derecha	VIH +	Adenopatías /TBC pulmonar
4	Sikora AG	Varón	49	Amígdala derecha	No	Adenopatía
5	Sikora AG	Varón	34	Amígdala izquierda	No	No
6	Al-Brahim N	¿?	¿?	Amígdala ¿?	Terapia inmunosupresora (glomerulonefritis)	¿?
7	Hsu YP	Varón	53	Amígdala derecha	No	No
8	Pittore B	Varón	42	Amígdala derecha	VIH+	No

Bibliografía

- Kaposi M. Idiopathicscs multiples Pigmentsarkom der Haut. Archiv fur Dermatologi und Syphilis.1872, 3: 265-263
- Gao SJ, Kingsley L, Hoover DR, et al. Seroconversion to antibodies against Kaposi's sarcoma associated herpesvirus-related latent nuclear antigens before the development of Kaposi's sarcoma. N Engl J Med.1996; 335:233.
- Pittore B, Pelagatti CL, Deiana F, Ortu F, Maricosu E, Cossu S et al. Isolated Kaposi Sarcoma of the tonsil: a case report an review of the scientific literature. Case Rep Otolaryngol. 2015;8745-48.
- Chang Y, Cesarman E, Pessin MS, Lee F, Culpepper J, et al. Identification of herpesvirus-like DNA sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. Science 1994;266: 1865-1869.
- Fusetti M, Chiti-Batelli S, Eibstein A, Hueck S, Nardi F: Isolated oropharyngeal Kaposi's sarcoma in non-AIDS patient: differences and similarities with spindle-cell haemangioendothelioma. J Laryngol Otol 2001; 115(4):330-332.
- Iscovich J, Boffetta P, Franceschi S, Azizi E, Sarid R Classic kaposi sarcoma: epidemiology and risk factors. Cancer 2000;88: 500-517.
- Raikundalia KB. Kaposi's sarcoma of the tonsil. J Laryngol Otol.1973; 87(3): 295-7.
- Chetty R, Batitang S. Kaposi's sarcoma of the tonsil. ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 1998;60(1):48-50.
- Sikora AG, Shnayder Y, Yee H, DeLaclure MD. Oropharyngeal Kaposi sarcoma in related persons negative for human immunodeficiency virus. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(3):172-6
- Al-Brahim N, Zaki AH, El-Merhi K, Ahmad MS. Tonsillar sarcoma Kaposi in a patient with membranous glomerulonephritis on immunosuppressive therapy. Ear Nose Throat J. 2013;92(7):E1-4.
- Hsu YP, Hsin LJ, Fang TJ. Oropharyngeal Kaposi's sarcoma from a immunocompetent host. J Cytol Histol.2014; 5(4): 254.

Correspondencia

Dr. Andrés López Vázquez
 Rufas, 15 - 3ªA
 50001 Zaragoza
 E-mail: andreslopezvazquez@hotmail.com