

Sarcoma de Kaposi epidémico en el pene

Epidemic Kaposi's sarcoma in the penis

Yoanky Aguilar Cárdenas^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-8665-4838>

Camila María Rodríguez Garmendía¹ <https://orcid.org/0000-0002-7267-4368>

Caridad Socorro Castro¹ <https://orcid.org/0000-0001-6646-8819>

Yanier Raúl Valdés Castro¹ <https://orcid.org/0000-0002-6686-224X>

¹Hospital General Universitario “Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yoankyac81@gmail.com

RESUMEN

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia multifocal inusual, originada por diversos tipos de células, con manifestaciones cutáneas y extracutáneas; su presentación primaria en el pene es relativamente infrecuente. El objetivo de esta presentación es notificar a la comunidad médica sobre el diagnóstico de un paciente con sarcoma de Kaposi epidémico genital con una presentación atípica. Paciente joven, con VIH/SIDA, es atendido en el Servicio de Urología del Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”, de Cienfuegos, por presentar lesiones de color violáceo, de bordes irregulares y de consistencia dura, en la cara dorsolateral derecha del pene. Este caso permitió corroborar que, por raras que sean algunas entidades, pueden presentarse; por lo que se deben tener presentes al plantear diagnósticos diferenciales de lesiones inespecíficas en el pene en pacientes seropositivos al VIH. Se confiere gran importancia a la biopsia para arribar a conclusiones definitivas y tratamientos adecuados.

Palabras clave: pene; enfermedades del pene; virus de inmunodeficiencia humana; VIH; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; SIDA; sarcoma de Kaposi.

ABSTRACT

Kaposi sarcoma is an unusual multifocal neoplasm, caused by various types of cells, with cutaneous and extracutaneous manifestations; its primary presentation in the penis is relatively uncommon. The objective of this presentation is to notify the medical community about the diagnosis of a patient with genital epidemic Kaposi's sarcoma with an atypical presentation.

A young patient with HIV/AIDS is treated at the Urology Service of “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” General University Hospital, in Cienfuegos, for presenting purplish lesions, with irregular edges and hard consistency, on the right dorsolateral face of the penis. This case allowed us to corroborate that, however rare some entities may be, they can appear; therefore, they must be taken into account when proposing differential diagnoses of non-specific lesions in the penis in patients seropositive to HIV. Biopsy is of great importance to reach definitive conclusions and appropriate treatments.

Keywords: penis; diseases of the penis; HIV; acquired immunodeficiency syndrome; AIDS; Kaposi's sarcoma.

Recibido: 24/02/2022, **Aprobado:** 21/03/2022

Introducción

El sarcoma de Kaposi es un tumor del sistema reticuloendotelial que afecta la piel, las mucosas y las vísceras. Es considerado una neoplasia maligna vasofornativa inusual, originada por múltiples tipos de células, en su mayoría endoteliales, que presentan manifestaciones cutáneas y extracutáneas.^(1,2,3)

La primera descripción del sarcoma de Kaposi data de 1872, en Viena, y se le atribuye al dermatólogo húngaro Moritz Kaposi. El "sarcoma múltiple pigmentado idiopático"⁽³⁾ ha sido a su vez clasificado en subcategorías: clásico, iatrogénico o asociado a tratamiento inmunosupresor, endémico o africano y epidémico o relacionado con el virus de inmunodeficiencia humana.^(3,4)

La presentación primaria de un sarcoma de Kaposi epidémico en el pene es relativamente infrecuente, y se reportó por primera vez en 1986. Los pacientes con VIH/SIDA tienden a desarrollar formas más agresivas de la enfermedad y la afectación del pene se hace más frecuente. Las publicaciones al respecto son muy escasas.⁽⁵⁾

El propósito de este trabajo es notificar a la comunidad médica sobre el caso de un paciente joven, con VIH/SIDA, atendido en el Servicio de Urología del Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos y diagnosticado con un sarcoma de Kaposi epidémico genital de presentación atípica.

Presentación del caso

Paciente blanco, de 33 años de edad, de procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de balanitis a repetición y VIH positivo desde hace 3 años. Este último dato se exploró desde el inicio y fue negado en varias ocasiones por el paciente y los familiares al equipo médico. No fue hasta después de recibir el resultado del examen de sangre que se tuvo conocimiento de la seropositividad. Se recogió, además, el antecedente de promiscuidad sexual con varias parejas heterosexuales, y el tener bajo nivel de escolaridad (secundaria básica).

El paciente acudió a consulta de urgencia de Urología en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", de Cienfuegos, y refirió que, después de tener contacto sexual, presentó reacción al látex del preservativo, que comenzó con una pequeña lesión ulcerada con secreción serosa en el glande, para la cual se automedicó con cremas de gentamicina, triamcinolona y clobetazol. Dijo además que, tras 10 días de evolución desde la aparición de los síntomas, notó una coloración violácea negruzca en el glande y un punteado purulento con secreción amarillo-verdosa. Presentaba edema del glande y del prepucio, que le imposibilitaba la retracción. Refirió también dificultad y molestias para orinar.

En consulta de urgencia se constata edema marcado del glande y del prepucio, con cambios de coloración del glande (zonas de color violáceo) y secreción activa de líquido seropurulento. En la región inguinal se palpaban adenomegalias de consistencia dura. El paciente se presentaba taquicárdico.

En ese momento, tomando en consideración los acontecimientos y, sobre todo, el aspecto clínico del pene, se decidió realizar complementarios de urgencia e ingresar al paciente en la sala de Urología con impresión diagnóstica de balanopostitis severa de causa inespecífica y balanitis de Zoon, para brindarle tratamiento médico.

Resultados de los exámenes de laboratorio

Hemoglobina: 115 g/L

Tiempo de sangramiento: 2 minutos.

Hematocrito: 0,37

Tiempo de coagulación: 5 minutos

Leucograma: $11,0 \times 10^9/L$

Conteo de plaquetas: $280 \times 10^9/L$

Stabkerniger: 00

Segmentados: 80

Eosinófilos: 01

Monocitos: 00

Linfocitos: 19

Glucemia: 5,8 mmol/L

Creatinina: 96 mmol/L

Durante el ingreso, de urgencia, se realiza circuncisión, cistotomía por punción y cura de la lesión, se mantiene un régimen de cura seca del glande dos veces al día y administración de ceftriaxona (1g), 1 gramo cada 12 horas, y metronidazol (500 mg), 1 frasco cada 8 horas, ambos por vía endovenosa (EV). El tratamiento no condujo a mejoría clínica y se cambió entonces a la modalidad de curas húmedas bajo anestesia cada 48 horas, se prescribió clindamicina (600 mg), 1 ampolla EV cada 8 horas. A pesar del procedimiento impuesto desde el inicio, no hubo remisión total de las lesiones.

Estando en sala de Urología, comenzaron a aparecer placas de color violáceo, de bordes irregulares y de consistencia dura en la cara dorsolateral derecha del pene, que no desaparecían a la vitropresión ([fig. 1](#)) y que fueron extendiéndose a la cara ventral y dorsolateral izquierda y, al cabo de dos semanas, ya se extendían a la región lateral derecha del pubis y la espalda.



Fig. 1 -Placas violáceas en dorso lateral derecho del pene.

Teniendo en cuenta los antecedentes y la clínica mostrada, se indicó serología VDRL y VIH, ya que siempre hubo sospechas por parte del equipo médico de la posible seropositividad al virus de inmunodeficiencia humana. Como se expresó anteriormente, el paciente y sus familiares negaron en todo momento esta posibilidad.

Resultados de exámenes serológicos durante el ingreso

La serología al VDRL dio resultado negativo, en tanto que la de VIH dio positivo.

Tras la aparición de aquellas placas violáceas descritas y la lenta evolución, a pesar del tratamiento, se rediscute el caso, y se solicita, además, valoración por Dermatología, ya que fueron apareciendo lesiones con similares características en zonas distantes al pene, para las cuales se plantearon los siguientes diagnósticos diferenciales: melanoma desmoplásico, granuloma piógeno, hemangioma microvenular, carcinoma escamoso y angiosarcoma.

Posterior a la discusión del caso, en conjunto con el Servicio de Dermatología, se decidió intervenir quirúrgicamente, con anestesia general endovenosa, y así realizar toma de muestra para biopsia incisional de la lesión en el glande y biopsia escisional de una de las placas violáceas en el pubis. Las piezas fueron enviadas al Departamento de Anatomía Patológica para su análisis ([fig. 2](#)).

Pasados 7 días de realizada la toma de muestra para biopsia y de ser enviadas las piezas al Departamento de Anatomía Patológica, se informó:

Biopsia (B-12/2021): Microscópicamente, la lesión se caracteriza por la presencia, en la dermis, de una proliferación irregular de canales vasculares parcialmente rodeados de vasos sanguíneos preexistentes (signo del promontorio), elementos inflamatorios crónicos –fundamentalmente linfocitos y plasmocitos– distribuidos de forma aislada, eritrocitos extravasados y aislados depósitos de hemosiderina.

Conclusiones: Compatible con sarcoma de Kaposi, estadio en parche ([fig. 3](#)).



Fig. 2 -Momento de la toma de muestras para histología. **A**-biopsia incisional del glande. **B**-Cicatriz de la biopsia escisional de una de las placas violáceas del pubis.

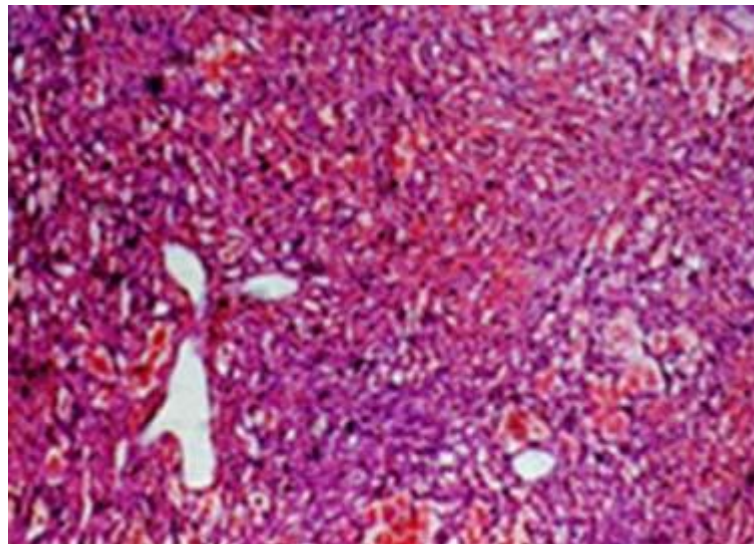


Fig. 3 -Imagen histológica de la lesión del pene enviada a Anatomía Patológica. Canales vasculares dilatados, rodeados de vasos preexistentes (signo del promontorio) y numerosos eritrocitos extravasados (hematoxilina/eosina. 10X).

Luego de establecer el diagnóstico de sarcoma de Kaposi, se convocó al Servicio de Oncología para decidir tratamiento oncoespecífico. Se indicó interferón, 3 millones de UI, en días alternos, durante 52 semanas, así como cibo/taxol, 6 ciclos cada 21 días.

Se ha mantenido el seguimiento clínico cada 21 días, para realizar cambio de sonda de cistostomía y examen físico evolutivo de las lesiones en el glande. Se dieron las recomendaciones al paciente de cómo debían realizarse las curas ambulatoriamente.

Luego de impuesto el tratamiento, la evolución ha sido favorable, remitiendo casi la totalidad de las lesiones, sobre todo las del glande, lo cual ha permitido la retirada de la sonda de cistostomía pasados 6 meses.

Discusión

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia compleja en cuanto a su composición celular, origen, epidemiología y patogénesis. Se inicia como resultado de diferentes estímulos que promueven inflamación microvascular.⁽⁶⁾

Hace más de veinte años se pensó que algún virus estaba implicado en la patogenia del sarcoma de Kaposi y que este podría transmitirse por vía sexual.⁽⁴⁾ En el caso presentado se corrobora dicha teoría ya que, tras los estudios serológicos, se demostró la seropositividad del paciente al VIH.

Con el advenimiento del VIH/SIDA, el sarcoma de Kaposi epidémico se ha convertido en la variante más frecuente; se presenta 20 veces más en pacientes homosexuales que en heterosexuales con el mismo estado de inmunosupresión y es más frecuente en el sexo masculino, con una relación de 50 hombres por 1 mujer.⁽⁶⁾ En este caso se presenta en un varón—lo cual coincide con la literatura—que refirió en todo momento ser heterosexual —y en este punto difiere con lo usualmente descrito.

En el sarcoma de Kaposi, el virus herpes humano 8 (VHH 8) es el agente implicado en la hiperplasia vascular, y se considera un factor necesario, pero no suficiente.⁽⁶⁾ La elevada seroprevalencia para el VHH 8 en individuos con actividad sexual de alto riesgo, apoyaría esta vía de transmisión de la infección en adultos.⁽⁷⁾ En el caso expuesto no se contó con estudios serológicos que demostraran la presencia del VHH 8.

Clínicamente, el sarcoma de Kaposi del pene se caracteriza por nódulos indoloros de coloración rojo-violácea. Otras formas de presentación menos frecuentes son en forma de múltiples pápulas, placas o tumores pedunculados de rápido crecimiento. La localización más frecuente en el área genital es el glande, aunque también puede afectar al prepucio, surco coronal, meato y escroto.⁽⁷⁾ En el paciente estudiado, la localización inicial de las lesiones fue el glande, el meato uretral, el prepucio y el surco coronal, lo cual concuerda con lo antes explicado, sin afectar en ningún momento el escroto. Posteriormente, se formaron placas violáceas en el cuerpo del pene.

El diagnóstico de sarcoma de Kaposi se sospecha por la clínica, aunque debiera ser confirmado histológicamente, como demuestran estudios recientes. La histología resulta el estándar de oro, aunque podría tener sus limitaciones en el caso de lesiones iniciales si el patólogo pasa por alto claves sutiles.⁽⁸⁾ El sarcoma de Kaposi, en el caso presentado, fue diagnosticado mediante el estudio histológico, pues

inicialmente no se tuvo en cuenta dicha entidad, tal vez por la forma de presentación en ese momento y, además, es válido recordar que el paciente negó inicialmente la seropositividad al VIH.

Se debe establecer el diagnóstico diferencial con la angiomatosis bacilar, angiosarcomas y hemangiomas. La angiomatosis bacilar está causada por especies de bartonella, un bacilo gramnegativo que responde a tratamiento antibiótico. Se presenta en forma de múltiples pápulas eritematosas y violáceas que pueden llegar a formar nódulos y ulcerarse.

Las formas más nodulares de sarcoma de Kaposi deben diferenciarse también de esporotricosis e infecciones por micobacterias atípicas, entre ellas *Mycobacterium marinum*.

Otro diagnóstico diferencial es el seudosarcoma de Kaposi o acroangiodermatitis, una entidad descrita en pacientes amputados, pacientes en hemodiálisis con fístulas arteriovenosas, pacientes infectados por VHC o en asociación con malformaciones vasculares (síndrome Klippel-Trenaunay, síndrome Stewart-Bluefarb). Se presenta en forma de pápulas violáceas que afectan el tercio más distal de extremidades inferiores, generalmente. Se pueden ulcerar y sangrar. Las lesiones bilaterales suelen asociarse a insuficiencia venosa crónica subyacente, mientras que las lesiones unilaterales sugieren una malformación vascular subyacente. No tiene relación con el VHH 8, a diferencia del sarcoma de Kaposi.⁽⁹⁾

Su atención depende de la variante epidemiológica de la que se trate, la terapia es individualizada y se basa, de forma general, en tratamiento antirretroviral (TARV), quimioterapia y radioterapia. En pacientes con infección por VIH es fundamental la TARV.⁽⁴⁾ Se han reportado casos en los que se utilizó el tratamiento adyuvante con interferón alfa o beta. La escisión quirúrgica es recomendada para pequeñas lesiones solitarias, mientras que la radioterapia es más útil en lesiones más grandes. La quimioterapia se reserva para casos más avanzados o generalizados.⁽¹⁰⁾ Luego de la confirmación de la seropositividad, el paciente del estudio refirió estar tomando tratamiento antirretroviral, aspecto que no podemos afirmar ya que, como se mencionó anteriormente, negaba la infección por VIH. Con respecto a la quimioterapia, su régimen fue impuesto por Oncología, con cibo/taxol, y se decidió no usar la radioterapia como opción adicional; sin embargo, se indicó el interferón durante 52 semanas.

Conclusiones

Se corroboró que, por muy raras que sean algunas entidades, pueden presentarse; por lo que se deben tener presentes, especialmente en pacientes seropositivos al VIH, al plantear los diagnósticos diferenciales de lesiones inespecíficas del pene. Se le debe conferir especial importancia a la biopsia para llegar al diagnóstico definitivo y así tratar las afecciones adecuadamente.

Referencias bibliográficas

1. Cito G, di Costanzo R, Morselli S, Cocci A, Santi R, Nesi G, *et al*. Primary penile Kaposi's sarcoma in HIV-seronegative patient: a case report and literature review. *Int Braz J Urol*. 2020 [acceso 09/11/2021];46(5):825-42. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7822369/>

2. León Pino J, Sáez Cantero V, Pujadas Ríos X. Sarcoma de Kaposi en gestante del tercer trimestre. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2021 [acceso 09/11/2021];46(4). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/466/677>
3. Figueroa Benítez E, López Zepeda LD, Navarrete Franco G. Sarcoma de Kaposi. Revisión de la literatura, un enfoque en la etiopatogenia. Dermatología CMQ. 2018 [acceso 09/11/2021];16(2):128-33. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2018/dcm182d.pdf>
4. Rivera Rivadulla R, Giniebra Marín GM, Gorrín Díaz Y. Sarcoma de Kaposi oral en paciente seropositivo, fase sintomática avanzada. Presentación de caso. RevMed Electrón. 2021 [acceso 15/03/2022];43(1):2977-85. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242021000102977&Ing=es
5. Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. NatRevDisPrimers. 2019;5(9). DOI: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0060-9>
6. Rivera Rivadulla R, Giniebra Marín GM, Gorrín Díaz Y, Díaz Domínguez CE. Interrelación entre Anatomía patológica y Dermatología ilustrada mediante un caso clínico de sarcoma de Kaposi. Primer Congreso virtual de Ciencias básicas y biomédicas en Granma 2020. 2020 [acceso 10/11/2021]. Disponible en: <http://www.cibamanz2020.sld.cu/index.php/cibamanz/cibamanz2020/paper/view/597/357>
7. Hernández Bel P, López J, Sánchez JL, Vilata JJ, Alegre V. Sarcoma de Kaposi primario del pene en paciente VIH negativo. Servicio de Dermatología. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. España. Actas Dermosifiliogr. 2008 [acceso 10/11/2021];99(8):662-3. Disponible en: <https://www.actasdermo.org/es-sarcoma-kaposi-primario-del-pene-articulo-S0001731008747690>
8. Barja López JM. Sarcoma de Kaposi epidémico en África Subsahariana. RevCubMedTrop. 2019 [acceso 21/12/2021];71(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v71n1/1561-3054-mtr-71-01-e311.pdf>
9. Hernández Ruiz E, García Herrera A, Fernando J. Sarcoma de Kaposi. Med Cutan IberLatArm. 2012 [acceso 15/03/2022];40(2):39-48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cutanea/mc-2012/mc122b.pdf>
10. Mohanna Barrenechea S, Sánchez Lihon J, Ferrufino Llach JC, Bravo Puccio FG, Gotuzzo Herencia JE. Sarcoma de Kaposi clásico en el Perú. Folia dermatolPeru. 2004 [acceso 21/12/2021];15(2):125-8. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/fofia/vol15_n2/pdf/a11.pdf

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.