

Evolución favorable del sarcoma de Kaposi clásico con manejo expectante

Dalit Zajdman-Faitelson¹, Fernando de la Barreda-Becerril¹, Sonia Toussaint-Caire², Fernando Pérez-Zincer³

¹Dermatología, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

²Departamento de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

³Hemato-oncología, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México, México

Recibido: 25/06/2025

Aceptado: 23/07/2025

En línea: 31/08/2025

Citar como: Zajdman-Faitelson D, de la Barreda-Becerril F, Toussaint-Caire S, Pérez-Zincer F. Evolución favorable del sarcoma de Kaposi clásico con manejo expectante. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (agosto); 10(2): 75-77. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a11>.

Cite this as: Zajdman-Faitelson D, de la Barreda-Becerril F, Toussaint-Caire S, Pérez-Zincer F. Favorable outcome of classic Kaposi's sarcoma with expectant management. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2025 (August); 10(2): 75-77. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a10n2a11>.

Autor para correspondencia: Dalit Zajdman-Faitelson. zajdmandalit@gmail.com

Palabras clave

- ▷ sarcoma de Kaposi clásico
- ▷ herpesvirus humano-8

Resumen

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular asociada al herpesvirus humano-8. Su variante clásica se presenta principalmente en personas de la tercera edad de origen europeo, con máculas y nódulos violáceos en extremidades inferiores, generalmente asintomáticas y de curso indolente. Presentamos el caso de una mujer de 91 años, con máculas y nódulos violáceos y cafés, así como edema en extremidades inferiores, de 6 meses de evolución. La biopsia cutánea confirmó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi clásico. Dado que no se evidenció afectación sistémica, se optó por una conducta expectante, presentando resolución casi completa de las lesiones tras 3 meses de seguimiento.

Keywords

- ▷ classic Kaposi's sarcoma
- ▷ human herpesvirus 8

Abstract

Kaposi's sarcoma is a vascular neoplasm associated with human herpesvirus 8. Its classic variant primarily affects elderly individuals of European origin and is characterized by violaceous macules and nodules on the lower extremities, usually asymptomatic and with an indolent course. We present the case of a 91-year-old woman with violaceous and brown macules and nodules, as well as lower limb edema, with a six-month evolution. A skin biopsy confirmed the diagnosis of classic Kaposi's sarcoma. Due to the absence of systemic involvement, no active treatment was initiated, and the patient was monitored clinically, showing near-complete resolution of the lesions after three months of follow-up.

Puntos destacados

- ▷ El sarcoma de Kaposi clásico es una neoplasia vascular infrecuente y de curso indolente. Se presenta un caso con regresión espontánea, que respalda la vigilancia activa como opción válida en pacientes seleccionados sin afectación sistémica ni síntomas.

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es un trastorno angioproliferativo en cuya patogénesis se encuentra involucrada la infección por el herpesvirus humano-8 (HHV8). Se divide en las siguientes cuatro variantes principales en función de la presentación clínica y epidemiología: clásico, endémico, iatrogénico y epidémico o asociado al VIH^{1,2}. Presentamos el caso de una mujer con sarcoma de Kaposi clásico con resolución espontánea.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Mujer de 91 años, mexicana de ascendencia europea, con antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica, hipotiroidismo, dislipidemia, enfermedad ácido péptica, trastorno depresivo mayor y lumbalgia crónica, esta última en tratamiento con morfina e infiltraciones locales.

Consultó por edema y lesiones purpúricas asintomáticas en ambas extremidades inferiores de 6 meses de evolución. A la exploración física se observó una dermatosis que afectaba ambas extremidades inferiores caracterizada por máculas violáceas coalescentes, formando placas de mayor tamaño, así como nódulos cafés, firmes y de superficie lisa, acompañados de edema (figura 1).

La paciente negó síntomas sistémicos y en el resto de la exploración física no se encontró afectación de mucosas, linfadenopatía, hepato o esplenomegalia ni otros hallazgos relevantes.

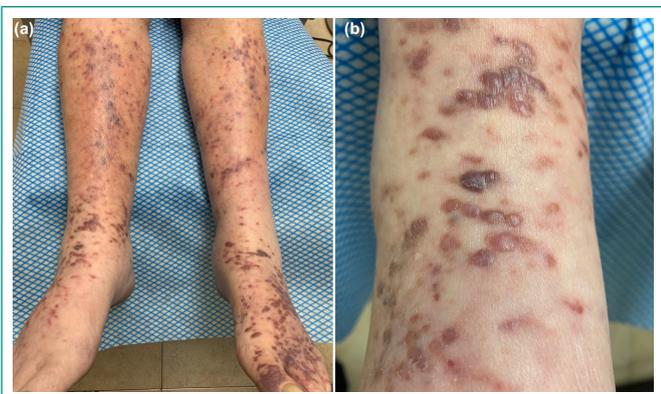


Figura 1. (A) Extremidades inferiores con máculas y nódulos violáceos y cafés. (B) Detalle de los nódulos que muestra una superficie lisa.

Pruebas complementarias

Se tomó una biopsia por sacabocados de 4 mm de una de las lesiones nodulares. El estudio histológico mostró una proliferación de vasos sanguíneos

capilares delimitados por células endoteliales fusiformes, mismas que además se encontraban rodeando los vasos capilares sanguíneos preexistentes y los anexos cutáneos. Los espacios entre las fibras de colágeno mostraban un aspecto vascular lleno de numerosos eritrocitos. Presentaba eritrocitos extravasados y un infiltrado inflamatorio compuesto por linfocitos y células plasmáticas.

Se realizó inmunohistoquímica que mostró positividad para marcadores CD31 vascular y D2-40 linfático en las células endoteliales y positividad nuclear para herpesvirus humano-8 (HHV8) en las células fusiformes (figura 2). Se realizaron estudios de laboratorio, con hemograma y bioquímica sanguínea dentro de la normalidad y serología de VIH negativa.

Diagnóstico

Sarcoma de Kaposi clásico en estadio 3.

Evolución

La paciente fue remitida a Oncología Médica; por la ausencia de signos y síntomas de afectación sistémica, así como la edad y buen estado general, se tomó la decisión conjunta de no realizar más estudios de estadificación, únicamente se prescribieron medidas antiedema. A los 3 meses de seguimiento, la paciente presentaba una resolución casi completa de las lesiones, con solo algunas máculas residuales (figura 3).

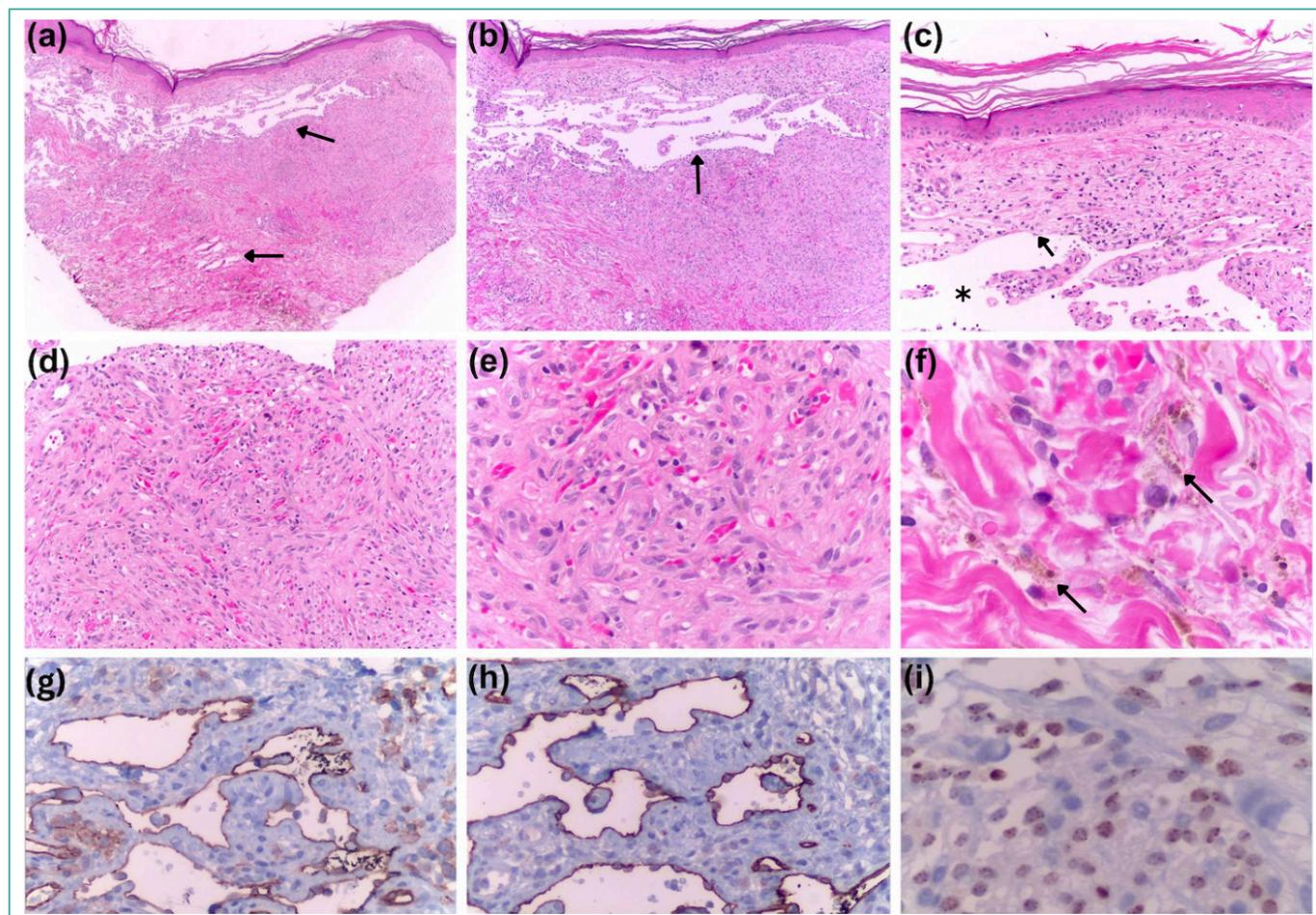


Figura 2. (A) y (B) Proliferación de vasos sanguíneos capilares en la dermis superficial y profunda (flechas) (tinción de hematoxilina-eosina, X4 y X10). (C) Proliferación de capilares (*) delimitados por células endoteliales (flecha) (tinción de hematoxilina-eosina, X40). (D) y (E) Células fusiformes que rodean los vasos sanguíneos preexistentes (tinción de hematoxilina-eosina, X10 y X40). (F) Depósitos de hemosiderina y siderófagos en la dermis profunda (flechas) (tinción de hematoxilina-eosina, 100X). (G) y (H) Tinción inmunohistoquímica que muestra positividad de las células endoteliales para los marcadores CD31 (X40) y D240 (X40). (I) Tinción inmunohistoquímica que muestra positividad nuclear difusa para HHV-8 (X100).



Figura 3. Seguimiento a 3 meses, presentando sólo algunas máculas residuales.

Discusión

El sarcoma de Kaposi clásico (SKC) se presenta principalmente en individuos de origen mediterráneo o de Europa del Este o con ascendencia judía, siendo Italia y Turquía los países con mayor frecuencia de la enfermedad. Afecta personas entre la 5ª y 7ª décadas de la vida, con predominio en hombres, en una proporción de 15 a 1²⁻⁴.

Esta variante afecta casi exclusivamente la piel; la afectación mucosa, linfática y visceral se da en menos del 10 % de los casos⁵. El SKC se puede clasificar en los siguientes cuatro estadios, en función de sus características clínicas: (1) maculonodular, que se presenta con pequeñas máculas violáceas en las extremidades inferiores; (2) infiltrativa, con progresión a placas de mayor tamaño; (3) florida, caracterizada por múltiples placas y nódulos angiomasos, pero aún confinada a las extremidades inferiores y (4) diseminada, con extensión más allá de las extremidades inferiores².

Las lesiones cutáneas se pueden mantener estables por meses o incluso años, o pueden presentar crecimiento acelerado y diseminación en pocas semanas². Suelen ser asintomáticas, pero pueden causar dolor secundario a la ulceración de los nódulos o a la presión ejercida sobre las estructuras subyacentes⁵. La complicación más frecuente es el linfedema, que se produce en el 20 % de los pacientes y puede afectar significativamente la calidad de vida, incluso desde fases tempranas de la enfermedad².

Para un diagnóstico definitivo es necesaria la biopsia de piel con estudio histopatológico, que revela una proliferación vascular en la dermis con espacios en forma de hendidura, un mayor número de vasos que carecen el revestimiento de células endoteliales y una proliferación de células fusiformes. Las tinciones inmunohistoquímicas útiles para el diagnóstico incluyen CD31, CD34, D2-40 y HHV-8¹⁵.

El SKC suele ser una enfermedad indolente, con una supervivencia mayor a 10 años después del diagnóstico¹³. En la mayoría de los casos, el tratamiento es sintomático y tiene como objetivos disminuir el número y tamaño de las lesiones, prevenir complicaciones y frenar la progresión de la enfermedad^{3,6}. La elección terapéutica depende de la extensión, localización y características de las lesiones, así como las comorbilidades y el estado general del paciente³.

Las lesiones únicas o la enfermedad limitada se pueden tratar con cirugía, crioterapia, radioterapia, quimioterapia intralesional o inmunoterapia^{2,3,5}. En los casos de implicación sistémica, enfermedad diseminada o rápidamente progresiva, está indicada la quimioterapia sistémica¹⁵. En la enfermedad limitada asintomática, la observación es una conducta adecuada, ya que la regresión espontánea de las lesiones es una manifestación inusual pero documentada^{1,5,7}.

Jang *et al.*⁷ describieron el caso de un hombre de 69 años con SKC que experimentó regresión espontánea completa de las lesiones cutáneas sin intervención terapéutica. Asimismo, Brenner *et al.*⁸ reportaron una serie de 123 pacientes con SKC, de los cuales 39 fueron manejados únicamente con observación. En este subgrupo, 15 pacientes (38 %) se mantuvieron sin progresión durante una mediana de 4 meses y en el resto (24 pacientes), la mediana de progresión fue de 14 meses. Además, identificaron una fuerte asociación entre inmunosupresión y progresión de la enfermedad. Estos casos, en conjunto con el nuestro, respaldan la posibilidad de optar por una conducta expectante en casos de SKC limitado y en pacientes seleccionados, sobre todo aquellos de edad avanzada, inmunocompetentes o que presenten otras condiciones que limiten las opciones terapéuticas.

Conclusiones

El SKC es una entidad infrecuente, de curso generalmente indolente. En pacientes seleccionados, especialmente de edad avanzada y sin afectación sistémica, la vigilancia activa puede ser una alternativa válida, considerando la posibilidad de regresión espontánea de las lesiones. Este caso contribuye a la evidencia existente sobre la evolución benigna del SKC limitado y resalta la importancia de individualizar el manejo según el contexto clínico de cada paciente.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. *Nat Rev Dis Primer.* 2019; 5(1): 9. doi: <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0060-9> (último acceso ago. 2025).
2. Brambilla L, Genovese G, Berti E, Peris K, Rongioletti F, Micali G, *et al.* Diagnosis and treatment of classic and iatrogenic Kaposi's sarcoma: Italian recommendations. *Ital J Dermatol Venereol.* 2021; 156(3): 356-65. doi: <https://doi.org/10.23736/S2784-8671.20.06703-6> (último acceso ago. 2025).
3. Gupta K, Tun A, Gupta A, Berkowitz LB, Anwar R, Liu Y, *et al.* A case of classic Kaposi sarcoma in an immunocompetent human immunodeficiency virus-negative Dominican man. *SAGE Open Med Case Rep.* 2020; 8: 2050313X20938249. doi: <https://doi.org/10.1177/2050313X20938249> (último acceso ago. 2025).
4. Ramírez K, Zavala J, Morán D, Hernández D, Jiménez A. Classic Kaposi's sarcoma - complete response to radiation therapy: a case report. *J Med Case Reports.* 2016; 10(1): 322. doi: <https://doi.org/10.1186/s13256-016-1101-6> (último acceso ago. 2025).
5. Qian YT, Ma DL. Atypical presentation of classic Kaposi's sarcoma. *The Lancet.* 2019; 393(10190): 2521. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31148-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31148-1) (último acceso ago. 2025).
6. Attwa E, Gharib K, Albalat W, Amer A. Classical Kaposi sarcoma: case reports with unusual presentation on the penis and scrotum. *Int J Dermatol.* 2016; 55(10): e533-8. doi: <https://doi.org/10.1111/ijd.13319> (último acceso ago. 2025).
7. Jang YH, Choi YH, Kim JY, Kim HY, Lee WJ, Lee SJ, *et al.* Classic type of Kaposi's sarcoma showing spontaneous regression. *Korean J Dermatol.* 2011; 49(7): 625-8. Accesible en: <https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=2247574> (último acceso ago. 2025).
8. Brenner B, Rakowsky E, Katz A, Gutman H, Sulkes A, Schacter J, Fenig E. Tailoring treatment for classical Kaposi's sarcoma: comprehensive clinical guidelines. *Int J Oncol.* 1999; 14(6): 1097-102. doi: <https://doi.org/10.3892/ijo.14.6.1097> (último acceso ago. 2025).