



## Página del residente. Soluciones

# Sarcoma de Kaposi de diagnóstico intraoral

## Kaposi's sarcoma intraoral diagnosis



Beatriz Moralejo\*, Adaia Valls-Otañón y Antonio Marí-Roig

Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital de Bellvitge, Barcelona, España

### Discusión

El sarcoma de Kaposi (SK) fue descrito por Moritz Kaposi en 1870 como «sarcoma idiopático cutáneo pigmentado y múltiple». Se trata de una enfermedad sistémica, multifocal, con afectación mucocutánea, provocada por la hiperproliferación endotelial en relación con la infección del VHH-8, también conocido como virus de Kaposi (KSHV)<sup>1,2</sup>.

No fue hasta 1994 cuando el equipo de Chang demostró la asociación necesaria del VHH-8 con dichos tumores, siendo el riesgo acumulado de desarrollar SK en pacientes coinfectados por VIH y VHH-8 a los 10 años del 40–60%<sup>3</sup>. A fecha de hoy existen 4 formas clínicas descritas: clásica, endémica o africana, iatrogénica o asociada a inmunosupresión y epidémica o asociada al VIH (como el caso presentado).

Actualmente es uno de los tumores más comúnmente asociados al VIH, y se manifiesta en forma de máculas pigmentadas de coloración violáceo/rojizo, con predominio en piel de extremidades siguiendo un patrón blaschkoide. Se ha estimado que en un 22% de los pacientes VIH con SK, la mucosa oral es la localización inicial del mismo. Y es en estos pacientes en los que cabe descartar extensión gastrointestinal. Otras zonas de predilección a nivel cefálico son: pabellón auricular externo, punta nasal y zona periorbitaria. Cuando acontece en mucosa oral, las lesiones pueden ser uni- o multifocales, afectando principalmente a mucosa palatina, encías y dorso lingual. Los síntomas asociados son inflamación, ulceración, sangrado o movilidad de piezas dentales adyacentes. Una de las complicaciones frecuentes de esta modalidad es el

linfedema, que se da por afectación progresiva del endotelio de los vasos linfáticos, provocando deformidades estéticas faciales, alteraciones funcionales visuales o auditivas, y cuadros de sobreinfección bacteriana.

El diagnóstico diferencial a tener en cuenta en estos pacientes debe incluir enfermedades asociadas con el VIH como la angiomatosis bacilar producida por subtipos de *Bartonella*, la gingivitis ulcerativa necrosante, linfomas no Hodgkin o lesiones papilomatosas asociadas con el virus del papiloma humano. Así como lesiones infecciosas periodontales, lesiones hemangiomas, y granulomas piógenos o de células gigantes. En casos en los que existe afectación linfática cervical se deben descartar tumoraciones malignas como el carcinoma escamoso de cavidad oral, el angiosarcoma, melanomas malignos o lesiones metastásicas<sup>4-7</sup>.

El abordaje terapéutico del SK obliga a un abordaje sistémico e individualizado del paciente, así como de la diseminación de la enfermedad. El tratamiento de primera línea del SK consiste en estabilizar la carga viral y el estado inmunológico del paciente con terapias antirretrovirales altamente activas (HAART). Las últimas revisiones bibliográficas demuestran que el tratamiento combinado de quimioterapia junto a HAART puede reducir sustancialmente la progresión de la enfermedad en comparación con la terapia HAART en pacientes con SK severo, pudiendo ser la única opción terapéutica para el tratamiento del SK.

Sin embargo, el SK es considerado un tumor radiosensible con resultados reportados en la bibliografía de hasta un 93% de remisión completa local con dosis adecuadas. El empleo de RDT en estos pacientes es un arma efectiva no solo para el

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.08.001>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [beatrizmoralejo@gmail.com](mailto:beatrizmoralejo@gmail.com) (B. Moralejo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.08.002>

1130-0558/© 2016 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

control paliativo de los síntomas como el dolor, el sangrado y el edema, sino también para el control local de las lesiones locales de piel y mucosas<sup>8</sup>.

El pronóstico es variable según la extensión del tumor (T), el estado inmune del paciente (I) y la severidad de la enfermedad sistémica (S). La presencia de recuento de cd4 menor a 200, linfedema, ulceración, amplia afectación de mucosas y la afectación visceral son signos de mal pronóstico por extensión de la enfermedad y desnutrición progresiva. La introducción de terapias HAART han disminuido sustancialmente la incidencia y prevalencia de SK, sobre todo en países occidentales donde su uso es la norma<sup>4,9</sup>. Aunque cabe destacar que hasta en un 30% de los pacientes en los que se inicia la terapia HAART, puede aparecer un efecto paradójico por la restauración de la respuesta inmune antígeno específica, en la que existe una supresión de la viremia unida a un aumento de los linfocitos CD4. Este fenómeno denominado como síndrome de reconstitución inmunitario, se diagnostica por la expresión de enfermedades subclínicas, exacerbación de la enfermedad de base y empeoramiento de las neoplasias preexistentes en los pacientes VIH+ en tratamiento HAART. En el caso del SK se han descrito formas inusuales de diseminación pulmonar o ganglionar. Hasta la fecha los tratamientos del síndrome de reconstitución inmunitario se basan en la prevención y el tratamiento corticoideo combinado.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gbabe OF, Okwundu CI. Treatment of severe or progressive Kaposi's sarcoma in HIV-infected adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;8:CD003256.
2. Fatahzadeh M, Schwartz RA. Oral Kaposi's sarcoma: a review and update. *International Journal of Dermatology.* 2013;52:666-72.
3. Patton LL. Oral lesions associated with human immunodeficiency virus disease. *Dent Clin North Am.* 2013;57:673-98.
4. Arul AS, Kumar AR, Verma S, Arul AS. Oral Kaposi's sarcoma: Sole presentation in HIV seropositive patient. *J Nat Sci Biol Med.* 2015;6:459-61.
5. Uldrick TS, Whitby D. Update on KSHV epidemiology, Kaposi sarcoma pathogenesis, and treatment of Kaposi sarcoma. *Cancer Lett.* 2011;305:150-62.
6. Naidu A, Havard DB, Ray JM, Wright JM. Oral and maxillofacial pathology case of the month. Kaposi's sarcoma. *Tex Dent J.* 2011;128:376-7, 382-3.
7. Pugalagiri P, Muller S, Cox DP, Kessler HP, Wright JM, Cheng YS. Lymphangioma-like Kaposi sarcoma of the oral mucosa. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2013;116:84-90.
8. Donato V, Guarnaccia R, Dognini J, de Pascalis G, Caruso C, Bellagamba R, et al. Radiation therapy in the treatment of HIV-related Kaposi's sarcoma. *Anticancer research.* 2013;33:2153-8.
9. Khammissa RA, Pantanowitz L, Feller L. Oral HIV-Associated Kaposi Sarcoma: a clinical study from the Ga-Rankuwa area, South Africa. *AIDS Res Treat.* 2012;2012:873171. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.08.002>

## Carcinoma ductal infiltrante de glándula parótida



## Salivary duct carcinoma of the parotid gland

Carlos Salcedo-Gil\*, Víctor Alejandro Lasa-Menéndez, María Josefa Pastor-Fortea y José Ignacio Iriarte-Ortabe

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

La PAAF realizada informaba de citología positiva para malignidad, carcinoma de parótida.

El paciente fue sometido a intervención quirúrgica, se realiza parotidectomía radical incluyendo tronco y ramas del

VII par craneal, con hemimandibulectomía derecha y reconstrucción microquirúrgica con colgajo libre de peroné derecho, además se realiza exéresis de 4 ganglios uno laterocervical derecho en área III y 3 ganglios cervicales derechos (figs. 1A-D).

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.10.001>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [salcedocarlosmd@hotmail.com](mailto:salcedocarlosmd@hotmail.com) (C. Salcedo-Gil).