

Sarcoma de Kaposi en un paciente inmunocomprometido: reporte de un caso

Kaposi's Sarcoma in an Immunocompromised Patient: A case report

María Victoria Benítez Pérez^{1*} , Paddy Cimar Calvo Torales² , Alma María Duarte Díaz¹ 

¹Universidad del Pacífico. Facultad de Ciencias Médicas. Asunción, Paraguay

²Universidad de la Integración de las Américas. Facultad de Medicina. Asunción, Paraguay

Cómo citar/How cite:

Benítez Pérez MV, Calvo Torales PC, Duarte Díaz AM. Sarcoma de Kaposi en un paciente inmunocomprometido: reporte de un caso. Rev. cient. cienc. salud. 2025; 7: e7203. [10.53732/rccsalud/2025.e7203](https://doi.org/10.53732/rccsalud/2025.e7203)

Fecha de recepción:
19/04/2025

Fecha de revisión:
08/05/2025

Fecha de aceptación:
30/06/2025

Autor correspondiente:

María Victoria Benítez Pérez
e-mail: bpmavic@gmail.com

Editor responsable:

Margarita Samudio 
Universidad del Pacífico.
Dirección de Investigación.
Asunción, Paraguay
e-mail:
margarita.samudio@upacifico.edu.py



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una [Licencia Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

RESUMEN

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular asociada a la infección por HHV-8, frecuente en pacientes inmunocomprometidos, especialmente en aquellos con VIH/SIDA. Su forma epidémica es la más agresiva y se considera una enfermedad definitoria del SIDA. **Caso clínico:** Se reporta el caso de un paciente masculino de 36 años con VIH diagnosticado hace cinco años, con escasa adherencia al tratamiento antirretroviral y recuento de CD4 de 78 células/mm³. Consultó por la aparición progresiva de lesiones cutáneas violáceas en extremidades, cara y cuello, acompañadas de síntomas sistémicos. El examen físico evidenció máculas y nódulos violáceos, y la biopsia confirmó el diagnóstico de sarcoma de Kaposi. No se evidenció compromiso visceral. Se inició tratamiento antirretroviral con seguimiento clínico estrecho. **Discusión:** El SK en pacientes con VIH refleja una inmunodepresión severa. Su diagnóstico requiere evaluación clínica, serológica e histopatológica. El tratamiento se basa en el restablecimiento inmunológico mediante TAR, pudiendo requerir quimioterapia en casos avanzados. Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz, la adherencia al tratamiento y el enfoque integral para mejorar el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

Palabras clave: terapia de inmunosupresión; sarcoma de kaposi; VIH

ABSTRACT

Introduction: Kaposi's sarcoma (KS) is a vascular neoplasm associated with HHV-8 infection, commonly seen in immunocompromised individuals, particularly those with HIV/AIDS. Its epidemic form is the most aggressive and is considered an AIDS-defining illness. **Case Report:** We present the case of a 36-year-old male diagnosed with HIV five years ago, with poor adherence to antiretroviral therapy (ART) and a CD4 count of 78 cells/mm³. He presented with progressive violaceous skin lesions on the extremities, face, and neck, accompanied by systemic symptoms. Physical examination revealed violaceous macules and nodules, and a skin biopsy confirmed the diagnosis of Kaposi's sarcoma. No visceral involvement was detected. ART was initiated along with close clinical follow-up. **Discussion:** KS in HIV-infected patients reflects severe immunosuppression. Diagnosis requires clinical, serological, and histopathological evaluation. Treatment focuses on immune restoration through ART, and systemic chemotherapy may be required in advanced cases. This case highlights the importance of early diagnosis, adherence to treatment, and comprehensive care to improve patient outcomes and quality of life.

Key words: immunosuppression therapy, Kaposi's sarcoma, HIV

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular de origen endotelial, poco frecuente y estrechamente relacionada con la infección por el herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8), también conocido como virus asociado al SK. Se caracteriza histológicamente por la proliferación de células fusiformes, la formación de hendiduras vasculares irregulares, extravasación de eritrocitos y depósitos de hemosiderina. Clínicamente, se manifiesta con lesiones cutáneas pigmentadas de aspecto violáceo, rojo-purpúreo o marrón, que pueden localizarse en piel, mucosas y, en casos más avanzados, en órganos internos⁽¹⁾.

Existen cuatro variantes clínicas: la forma clásica (en hombres mayores de origen mediterráneo), la forma endémica africana, la forma iatrogénica (asociada a inmunosupresión por trasplantes) y la forma epidémica, vinculada a la infección por VIH. Esta última, denominada SK epidémico, es la forma más agresiva y frecuente actualmente, especialmente en pacientes con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 200 células/mm³, lo cual indica una inmunodepresión severa. De hecho, el SK epidémico es considerado una de las enfermedades definitorias del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)⁽²⁾.

El diagnóstico del SK requiere una combinación de hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos. El inicio oportuno del tratamiento antirretroviral (TAR) es el pilar fundamental del manejo, ya que permite la restauración del sistema inmunológico y puede inducir regresión de las lesiones. En casos avanzados o con compromiso visceral, se considera la adición de quimioterapia sistémica como la doxorrubicina pegilada. Más allá del aspecto clínico, la aparición del SK también refleja desigualdades en el acceso al diagnóstico precoz y a una atención médica continua y de calidad para las personas que viven con VIH⁽³⁾.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un varón de 36 años con diagnóstico de VIH desde hace cinco años, quien consulta por la aparición progresiva de lesiones cutáneas violáceas, con antecedentes de escasa adherencia al tratamiento antirretroviral y ausencia de controles médicos durante el último año. El paciente refiere evolución de tres meses, con lesiones localizadas en extremidades, cara y cuello, asociadas a pérdida de peso involuntaria, fatiga crónica y episodios febriles ocasionales.

Al examen físico, se observan múltiples máculas y nódulos de coloración violácea, de bordes bien definidos y consistencia firme, distribuidos en antebrazos, piernas, región malar y zona cervical. No se identifican adenomegalias ni signos clínicos de afectación visceral en el momento de la evaluación.

Los estudios complementarios muestran una serología positiva para VIH, con carga viral de 280.000 copias/mL y un recuento de linfocitos CD4 de 78 células/mm³. La serología para HHV-8 resulta reactiva. La biopsia cutánea revela proliferación de células fusiformes con formación de hendiduras vasculares, extravasación de hematíes y presencia de hemosiderina, hallazgos compatibles con sarcoma de Kaposi. La radiografía de tórax y la ecografía abdominal no evidencian compromiso visceral detectable. Las pruebas para otras infecciones oportunistas son negativas.

Con base en los hallazgos clínicos, virológicos e histopatológicos, se establece el diagnóstico de sarcoma de Kaposi en un paciente con VIH/SIDA no controlado.

Tabla 1. Estudios complementarios del paciente

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS		
Determinación	Resultado	Rango
Linfocitos CD4	78 células/mm ³	500 a 1.200 células/mm ³
Carga Viral HIV	280.000 copias/mL	<50 copias/mL
HHV-8	Reactivo	No reactivo



Figura 1. La imagen muestra múltiples lesiones nodulares de color violáceo oscuro localizadas en la región submandibular, cuello y parte superior del tórax. Son elevadas, bien delimitadas y no ulceradas, características típicas del sarcoma de Kaposi.



Figura 2. La imagen muestra la cara anterior del antebrazo derecho, con múltiples máculas y pápulas de color violáceo a marrón, de tamaño variable, algunas con apariencia nodular, estas lesiones están distribuidas de forma irregular y no presentan signos de ulceración o exudado, su aspecto clínico es compatible con sarcoma de Kaposi, una neoplasia vascular asociada al HHV-8, frecuente en pacientes inmunocomprometidos.

DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi epidémico es la forma más frecuente y agresiva de esta entidad, manifestándose en el contexto de inmunodepresión profunda, especialmente cuando el recuento de linfocitos CD4 es inferior a 200 células/mm³. La infección por HHV-8 constituye un factor indispensable, aunque no exclusivo, ya que la progresión de la enfermedad depende en gran medida del grado de inmunosupresión del huésped^(4,5).

Las lesiones cutáneas representan la forma más común de presentación clínica, aunque puede existir compromiso visceral, particularmente pulmonar, digestivo o linfático. Estas lesiones suelen iniciarse como máculas o pápulas violáceas, indoloras, que pueden confluir y evolucionar hacia placas o nódulos de mayor tamaño. En fases avanzadas, puede observarse edema asociado, sobre todo en extremidades inferiores, así como ulceración o sobreinfección secundaria en algunos pacientes^(6,7).

En personas con VIH, el inicio o reinicio del tratamiento antirretroviral efectivo constituye el pilar fundamental del abordaje terapéutico, ya que favorece la recuperación inmunológica y reduce la replicación viral, impactando directamente en la evolución del sarcoma de Kaposi. Sin embargo, es importante considerar la posible aparición del síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (IRIS), que puede desencadenar una exacerbación transitoria de las lesiones debido a una respuesta inflamatoria exagerada del sistema inmune en recuperación^(8,9).

En estadios avanzados o ante evidencia de compromiso visceral, la quimioterapia sistémica se indica como tratamiento complementario. Las antraciclinas liposomales, como la doxorubicina pegilada, han demostrado eficacia clínica y menor toxicidad en comparación con las formulaciones tradicionales, por lo que se consideran tratamiento de primera línea en varios protocolos. En casos con mal control virológico o rápida progresión clínica, puede ser necesario combinar quimioterapia con tratamiento antirretroviral desde el inicio^(10,11).

El sarcoma de Kaposi continúa siendo una manifestación clínica significativa en personas con VIH no controlado. Su presencia refleja un deterioro profundo del sistema inmunológico, lo cual exige diagnóstico precoz, inicio inmediato del tratamiento y seguimiento estrecho de la evolución clínica. Además, se debe considerar el impacto emocional y social de la enfermedad, ya que la visibilidad de las lesiones puede generar estigmatización, ansiedad o depresión, afectando la calidad de vida del paciente y su adherencia terapéutica^(12,13).

Finalmente, el SK no solo representa una neoplasia asociada al VIH, sino también un marcador indirecto de fallas en el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento oportuno de los pacientes. Su aparición debe alertar a los equipos de salud sobre posibles brechas en la atención integral, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad social. La implementación de estrategias de prevención, educación comunitaria y fortalecimiento de los sistemas de salud resulta esencial para reducir la incidencia de esta patología y mejorar los resultados clínicos en el largo plazo^(14,15).

Declaración del autor: Los autores aprueban la versión final del artículo.

Declaración de conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Contribución de autores: María Victoria Benítez Pérez, Paddy Cimar Calvo Torales, Alma María Duarte Díaz

Recolección de datos: María Victoria Benítez Pérez, Paddy Cimar Calvo Torales

Análisis e interpretación: Paddy Cimar Calvo Torales

Redacción borrador original: Alma María Duarte Díaz

Redacción, revisión y edición: Paddy Cimar Calvo Torales, María Victoria Benítez Pérez

Financiamiento: Autofinanciado por los autores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vázquez-Aguirre NA, Morales-Santaella AL y HernándezMonjaraz B. Sarcoma de Kaposi epidémico. Una revisión narrativa. *CyRS*. 2021;3(1):49-59. <https://cyrs.zaragoza.unam.mx/wp-content/uploads/2021/08/06-RS-Sarcoma-de-Kaposi-epide%CC%81mico.-Una-revisio%CC%81n-narrativa-31.pdf>
- Camacho Olguín CG, Lagunes López MA, Jimenez Salazar JD, Padovani Clemente S. Sarcoma de Kaposi en diagnóstico tardío de VIH/sida. *Rev Cubana Estomatol*. 2022;59(1):49-59. [esc221l.pdf](https://doi.org/10.25201/esc221l.pdf)
- Barja LJM, Nzi NM, Vargas BA. Sarcoma de Kaposi en pacientes que viven con el VIH en Guinea Ecuatorial. *Rev Cubana Med Trop*. 2021;73(1):e505. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/revcubmedtro/cmt-2021/cmt211e.pdf>
- Martínez Ávila DR, Núñez Peña Y. Sarcoma de Kaposi asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. *Rev Cub Oncol*. 2021;19(1). <https://revoncologia.sld.cu/index.php/onc/article/view/108>
- Cuba Latorre, X., Santa Cruz, A., Catalá, C., & Más, V. Sarcoma de Kaposi: manifestación cutánea de las inmunodeficiencias.: A propósito de un caso clínico. *RevOnco*. 2024;29(1):6. <https://doi.org/10.56969/oc.v29i1.159>
- Miranda Chaviano J, Suarez Ramirez M, Franco Rodom A. Sarcoma de Kaposi Clásico. *Medicentro Electrónica*. 2022;26(4):976-84. <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciabstract&pid=S1029-30432022000400976&lng=es&nrm=iso&tlng=pt>.
- Hernández Navas JA, Dulcey LA, Ayala JG, Ochoa Castellanos4V, Hernández Navas V, Therán Leon J. Sarcoma de Kaposi diseminado en paciente VIH-sida a propósito de un caso clínico y su abordaje. *ASEI*. 2024;32(116). <https://doi.org/10.52226/revista.v32i116.340>
- Leiwen F, Tian T, Wang B, Lu Z, Gao Y, Sun Y. Global patterns and trends in Kaposi sarcoma incidence: a population-based study. *The Lancet Global Health*. 2023;11(10):e1566-75. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00349-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00349-2)
- Agea Martínez M, Tousidonis Rial M, Navarro Cuéllar C, Antúnez-Conde R, Gascón Alonso D, Salmerón Escobar JI. Sarcoma de Kaposi iatrogénico diseminado con debut en encía maxilar: a propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2021;43(2):55-58. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582021000200055
- Ramos AL, Granado J, Calderón AI, André S, Nogueira F. Pulmonary Kaposi's Sarcoma—an Atypical Clinical Presentation. *IJID*. 2022;115:185-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2021.11.031>.
- Miranda CJ, Suárez RM, Franco RA. Sarcoma de Kaposi clásico. *Medicentro Electrónica*. 2022;26(4):975-84. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=118930>.
- Kaposi JM, Sadock BJ. Kaposi sarcoma. *Medscape*. 2021. <https://emedicine.medscape.com/article/279734-overview>
- Addula D, Das CJ, Kundra V. Imaging of Kaposi Sarcoma. *Abdominal Radiology*. 2021;46(11):5297-306. <https://doi.org/10.1007/s00261-021-03205-6>.
- Moralejo B, VallsOtañón A, Roig AM. Sarcoma de Kaposi de diagnóstico intraoral. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2017;39(4):245-46. <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.08.002>.
- Dupin N, Jary A, Boussouar S, Syrykh C, Gandjbakhche A, Bergeret S, et al. Current and Future Tools for Diagnosis of Kaposi's Sarcoma. *Cancers (Basels)*. 2021;13(23):5927. <https://doi.org/10.3390/cancers13235927>