

## Insuficiencia cardíaca congestiva y sarcoma de Kaposi

M. Rodríguez Framil<sup>a</sup>, I. Villamil Cajoto<sup>a</sup>, J. R. Antúnez López<sup>b</sup>, R. Alende Sixto<sup>a</sup>  
y J. A. Torre Carballada<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Medicina Interna y <sup>b</sup>Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. La Coruña.

### Caso clínico

Varón de 82 años con antecedentes de cardiopatía hipertensiva en fibrilación auricular. En una revisión rutinaria el paciente refiere un cuadro de disnea de esfuerzo progresiva de unos meses de evolución con ortopnea de 3 almohadas. En la exploración física destaca marcada ingurgitación yugular. En la radiografía de tórax se evidencia silueta cardiopericárdica agrandada (fig. 1) y en el electrocardiograma complejos de bajo voltaje. Con la sospecha de insuficiencia cardíaca congestiva y posible derrame pericárdico ingresa para completar estudio. Entre sus antecedentes destacaba que dos años antes había sido diagnosticado de sarcoma de Kaposi (SK) clásico. En ese momento presentaba lesiones exclusivamente en extremidades inferiores y tronco. Había recibido tratamiento con interferón, que se suspendió por intolerancia. No presentaba ninguna causa de inmunodeficiencia (serología para virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] negativa, no tomaba fármacos inmunosupresores).

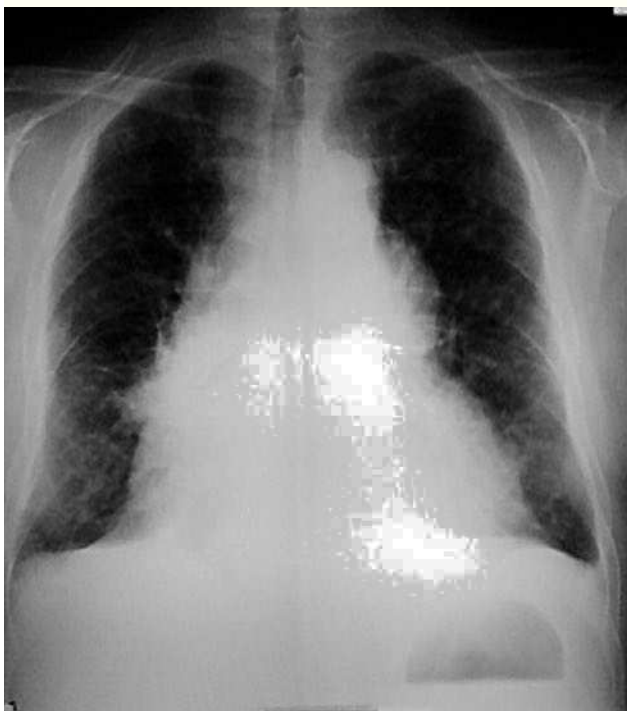


Fig. 1. Radiografía de tórax posteroanterior y lateral. Aumento de la silueta cardiopericárdica sugestiva de derrame pericárdico.

## Evolución

Se realiza un ecocardiograma donde se objetiva derrame pericárdico severo sin colapso de cavidades derechas. Se programa la pericardiocentesis, pero fallece súbitamente. Se solicita estudio necrópsico que muestra SK con afectación cutánea y visceral (epicárdica, pleuropulmonar, gastrointestinal, renal y suprarrenal) y taponamiento pericárdico por SK (evacuándose aproximadamente 2 litros de líquido serohemático) (figs. 2 y 3).

## Diagnóstico

Taponamiento pericárdico por SK clásico.

## Comentario

El SK es una proliferación neoplásica multicéntrica maligna de origen vascular poco frecuente, en cuya patogenia se ha implicado al virus herpes tipo 8. Se caracteriza por la aparición de nódulos cutáneos azulados habitualmente en extremidades inferiores, fundamentalmente en pies y dedos de los pies, que de forma lenta crecen y afectan extendiéndose a áreas más proximales. Habitualmente los tumores permanecen confinados en la piel y tejido subcutáneo. Hay dos formas clínicas<sup>1</sup>: la clásica que se presenta en varones del área mediterránea de más de 60 años, que suele afectar fundamentalmente a la piel, tiene un curso indolente y responde bien al tratamiento<sup>2</sup>. La forma epidémica, característica de pacientes inmunodeprimidos (positivos para VIH, trasplantados, etc.)

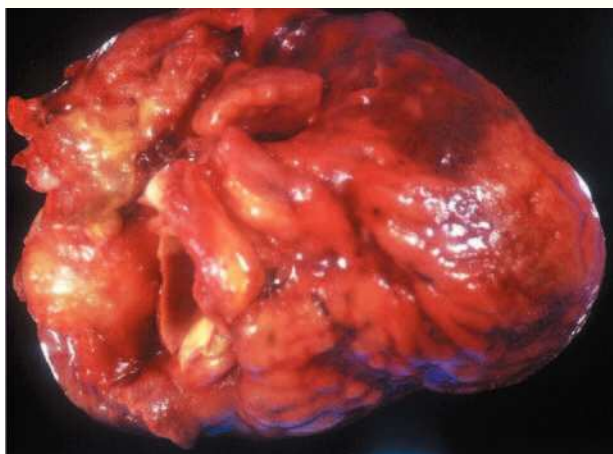


Fig. 2. Estudio en la necropsia. Corazón y pericardio con presencia de áreas hemorrágicas.

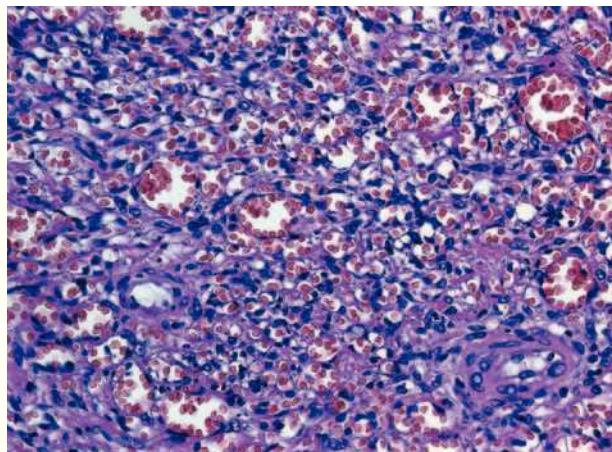


Fig. 3. Estudio en la necropsia. Microscopía del pericardio. Proliferación de células fusiformes atípicas con hendiduras vasculares repletas de hematíes. HE 200 .

suele presentar diseminación visceral, tener una progresión rápida y responder mal al tratamiento. La afectación visceral, cuando ocurre, suele ser a nivel de tracto digestivo, pulmón y sistema ganglionar. La afectación cardíaca y el taponamiento pericárdico por SK son excepcionales en ambas formas. Según la literatura representa entre 5%-7% de todos los derrames pericárdicos en pacientes VIH positivos<sup>3</sup>. Por otra parte es muy difícil de diagnosticar porque con frecuencia los estudios del líquido pericárdico son negativos<sup>4</sup> y el diagnóstico se efectúa en la necropsia. No hemos encontrado casos de afectación pericárdica por SK en pacientes negativos para el VIH. El paciente presentado tiene la peculiaridad de tratarse de un caso no descrito de derrame pericárdico con taponamiento en la forma clásica de SK, en el que a pesar de cumplir las características epidemiológicas de la forma clásica, desde el punto de vista clínico se comporta agresivamente como la epidémica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hong A, Lee CS. Kaposi's Sarcoma: clinico-pathological analysis of Human Immunodeficiency virus (HIV) and non-HIV associated cases. *Pathol Oncol Res.* 2002;8(1):31-5.
2. Ron IG, Kuten A, Wigler N, Fried G, Nitezký S, Inbar MJ, et al. Classical disseminated Kaposi's sarcoma in HIV-negative patients; an unusually indolent subtype. *Br J Cancer.* 1993;68(4):775-6.
3. Gowda RM, Khna IA, Mehta NJ, Gowda MR, Sacchi TJ, Vasavada BC. Cardiac Tamponade in patients with human immunodeficiency virus disease. *Angiology.* 2003;54(4):469-74.
4. Just M, Raventos A, Romeo J, Larrouse E, Santos J, Ojanguren I. Cardiac tamponade and Kaposi's sarcoma. *Med Clin (Barc).* 1994; 102(13): 495-7.