

## Sarcoma de Kaposi en paciente con polimiositis

**Sr. Director:** Existen 4 variedades clínicas de sarcoma de Kaposi (SK): *a)* SK clásico; *b)* SK endémico o africano; *c)* SK relacionado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y *d)* SK iatrogénico<sup>1</sup>. Este último acontece con mayor frecuencia en receptores de un trasplante renal<sup>2</sup>, pero también en pacientes con enfermedades autoinmunitarias o procesos hematológicos malignos en tratamiento con distintos fármacos inmunodepresores<sup>3,4</sup>. A continuación describimos el caso de un SK en una paciente diagnosticada de polimiositis, vista recientemente en nuestro servicio.

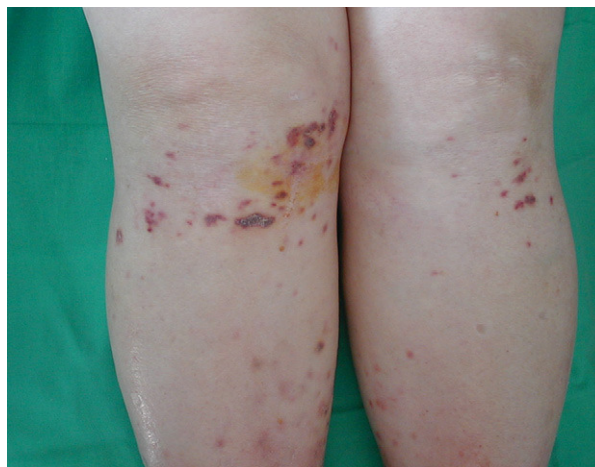
Mujer de 73 años de edad, diagnosticada de polimiositis hacía 11 años, por lo que recibió tratamiento con prednisona (entre 90 y 10 mg/día), metotrexato, azatioprina y ciclofosfamida. Hacia un año se decidió iniciar tratamiento con gammaglobulinas a dosis de 1 g/kg de peso en ciclos mensuales. Dos meses más tarde, aparecieron de forma paulatina de pápulas y placas violáceas, asintomáticas, de bordes netos y superficie lisa, localizadas de manera bilateral en piernas y dorso de pies (fig. 1).

El estudio histopatológico de una de las lesiones cutáneas de rodilla izquierda mostró en la dermis una proliferación de células fusiformes y abundantes hendiduras repletas de hematíes. Basándose en los datos clínicos e histopatológicos se estableció el diagnóstico de SK. El estudio de extensión resultó normal, la serología para el virus herpes tipo 8 fue positiva, y negativa para el VIH. Se decidió retirar el tratamiento con gammaglobulinas y reducir la dosis de prednisona, con lo que disminuyó el número de lesiones cutáneas.

En la actualidad proliferan las publicaciones sobre SK en enfermedades reumatológicas, como la artritis reumatoide<sup>4-6</sup>, la artropatía psoriásica<sup>7</sup>, la polimiositis o la dermatomiositis<sup>4,8,9</sup>, el lupus eritematoso sistémico<sup>4</sup> o la polimialgia reumática<sup>4,10</sup>. Nosotros aportamos un nuevo caso que coincide, tanto en sus manifestaciones clínicas como en su evolución, con lo observado en la bibliografía sobre esta variedad de SK.

Las lesiones cutáneas se localizan en las extremidades inferiores, con un curso similar al del SK clásico, aunque en un 45% de los casos puede existir afectación visceral<sup>1</sup>. En la bibliografía se refleja que los corticoides en monoterapia o asociados a otros fármacos inmunodepresores se emplearon generalmente una media de 2 años antes del inicio del cuadro cutáneo, pero tras la reducción de la dosis o su retirada se observa una regresión del SK en un gran porcentaje de casos<sup>4,9</sup>.

Nos llama la atención el predominio femenino en esta variedad de SK, a diferencia de lo que sucede en los otros tipos<sup>1</sup>, pero consideramos que es un fiel reflejo del predominio de mujeres con enfermedades autoinmunitarias.



**Figura 1.** Pápulas violáceas dispuestas de manera bilateral en ambas rodillas.

Por último queremos destacar que nuestro caso difiere del publicado por Carmeli et al<sup>8</sup>, en el que el empleo de dosis altas de gammaglobulinas en un paciente con polimiositis y SK supuso la mejoría espectacular del cuadro cutáneo. Sin embargo, en el caso de nuestra paciente, dada la coincidencia temporal, cabe pensar que podría ser un desencadenante.

J.A. Miranda<sup>a</sup>, J.C. Fernández<sup>b</sup>, B. Monteagudo<sup>c</sup>  
y C. Barbazán<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Reumatología. Hospital Xeral-Cies. Vigo. Pontevedra. España.

<sup>b</sup>Servicio de Reumatología. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

<sup>c</sup>Servicio de Dermatología. Centro Médico POVISA. Vigo. Pontevedra. España.

## Bibliografía

- Geraminejad P, Memar O, Aronson I, Rady PL, Hengge U, Tyring SK. Kaposi's sarcoma and other manifestations of human herpesvirus 8. *J Am Acad Dermatol.* 2002;47:641-55.
- Mitxelena J, Gómez-Ullate P, Aguirre A, Rubio G, Lampreabe I, Díaz-Pérez JL. Kaposi's sarcoma in renal transplant patients: experience at the Cruces Hospital in Bilbao. *Int J Dermatol.* 2003;42:18-22.
- Rady PL, Hodak E, Yen A, Memar O, Trattner A, Feinmesser M, et al. Detection of human herpesvirus-8 DNA in Kaposi's sarcomas from iatrogenically immunosuppressed patients. *J Am Acad Dermatol.* 1998;38:429-37.
- Louthrenoo W, Kasitanon N, Mahanuphab P, Bhoopat L, Thongpras S. Kaposi's sarcoma in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum.* 2003;32:326-33.
- Cohen CD, Horster S, Sander CA, Bogner JR. Kaposi's sarcoma associated with tumour necrosis factor alpha neutralising therapy. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:684.
- Burnet SP, McNeil JD. Kaposi's sarcoma in an elderly patient with rheumatoid arthritis after intra-articular corticosteroids. *Rheumatology.* 2002;41:107-8.
- Selvi E, De Stefano R, Manganelli S, Marcolongo R. Kaposi's sarcoma in psoriatic arthritis. *Rheumatology.* 2003;42:389.
- Carmeli Y, Mevorach D, Kaminski N, Raz E. Regression of Kaposi's sarcoma after intravenous immunoglobulin treatment for polymyositis. *Cancer.* 1994;73:2859-61.
- Almog Y, Ben-Yehuda A, Ben-Chetrit E. Dermatomyositis associated with the recurrence of transition cell carcinomas and Kaposi's sarcoma. *Clin Exp Rheumatol.* 1991;9:285-8.
- Vincent T, Moss K, Colaco B, Venables PJW. Kaposi's sarcoma in two patients following low-dose corticosteroid treatment for rheumatological disease. *Rheumatology.* 2000;39:1294-6.