

## Remisión clínica de sarcoma de Kaposi clásico con imiquimod tópico al 5%

### Clinical Remission of Classic Kaposi Sarcoma with Topical 5% Imiquimod

Sr. Director:

Actualmente el sarcoma de Kaposi se considera más como una hiperplasia vascular que como una verdadera neoplasia, dado su carácter benigno y crónico. Siempre está ligado al virus herpes humano de tipo 8 (VHH8) que es condición necesaria, pero no suficiente<sup>1</sup> para el desarrollo de las lesiones, y se han descrito 4 variantes: la variante clásica, la endémica en población africana, la asociada a inmunosupresión y la encontrada en el paciente positivo para el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La variante clásica afecta con mayor frecuencia a la población mediterránea mayor de 50 años. Clínicamente se presenta en forma de pápulas y máculas violáceas de pequeño tamaño, localizadas sobre todo en los miembros inferiores y con menos frecuencia en los brazos, los antebrazos, el tronco, los párpados y la zona genital. Su evolución es variable, y mientras en algunos casos excepcionales se ha visto la resolución espontánea de la clínica, en la gran mayoría se observa una tendencia al crecimiento de las lesiones preexistentes y a la aparición de nuevas<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un paciente afecto de sarcoma de Kaposi clásico cuyas lesiones habían recidivado tras múltiples tratamientos, pero que tras la aplicación tópica de imiquimod respondieron favorablemente hasta su desaparición clínica e histológica.

Se trata de un varón de 72 años que consultó inicialmente en el servicio de Dermatología en el año 1998 por la presencia de múltiples pápulas violáceas de pequeño tamaño en el pie derecho. La biopsia de una de las lesiones fue diagnosticada de sarcoma de Kaposi y las serologías del virus de la hepatitis B, de la hepatitis C y del VIH fueron negativas. Así pues, con el diagnóstico de sarcoma de Kaposi clásico se instauró tratamiento con radioterapia local.

Tras un año asintomático las lesiones volvieron a aparecer en el mismo pie (primero alejadas de la zona irradiada y años después en dicha zona) y más tarde en el pie izquierdo

y en el glande. Ambos pies fueron tratados sucesivamente y hasta la actualidad con electrocoagulación y curetaje, sin conseguir la curación completa, y en el pene tras varios intentos de erradicación mediante exéresis quirúrgica se optó por la aplicación de radioterapia local.

Ante las múltiples recidivas en ambos pies (figs. 1A y 2A) finalmente se decidió instaurar tratamiento con crema de imiquimod al 5% sobre las lesiones del dorso del pie derecho a días alternos, durante un periodo de 10 semanas.

Durante el tratamiento con imiquimod el paciente experimentó escasa inflamación en la zona de aplicación, y al mes del inicio del tratamiento las lesiones se resolvieron prácticamente, siendo la curación completa a las 10 semanas (figs. 1B, 2B y C).

Actualmente, tras tres meses de finalizado el tratamiento, el paciente sigue en remisión clínica e histológica completa de las lesiones del pie derecho y ha iniciado el mismo tratamiento para las del pie izquierdo.

El sarcoma de Kaposi clásico es una variante de sarcoma de Kaposi de curso muy lento y benigno. Algunos autores piensan que además del VHH-8, la diabetes y el tratamiento corticoideo sistémico crónico<sup>2,3</sup> son factores de riesgo para su desarrollo por la inmunosupresión que asocian, y que el tabaquismo actúa como factor protector<sup>4</sup>.

Las lesiones difícilmente regresan de manera espontánea y la norma es la recidiva, a pesar de la aplicación de múltiples tratamientos. Estos deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta sus condiciones basales (inmunodepresión o no), así como si se trata de lesiones múltiples o aisladas y si afectan a regiones extracutáneas o no. Es por esto por lo que en lesiones aisladas y fácilmente accesibles de pacientes inmunocompetentes la exéresis quirúrgica es una buena opción terapéutica, y cuando se trata de múltiples lesiones localizadas puede aplicarse radioterapia local.

Otros tratamientos utilizados son la inyección intraleisional de vinblastina, la aplicación de cremas de alitretinoína<sup>5</sup>, la crioterapia, la aplicación de láser, la terapia fotodinámica y la quimioterapia sistémica en casos de afectación visceral.

Con respecto al imiquimod tópico, aparte de sus funciones como modificador de la respuesta inmune<sup>6</sup>, se ha comprobado también una actividad apoptótica y antiangiogénica, por lo se está empezando a utilizar en otras patologías como el sarcoma de Kaposi<sup>7</sup> y los hemangiomas infantiles<sup>8</sup>.

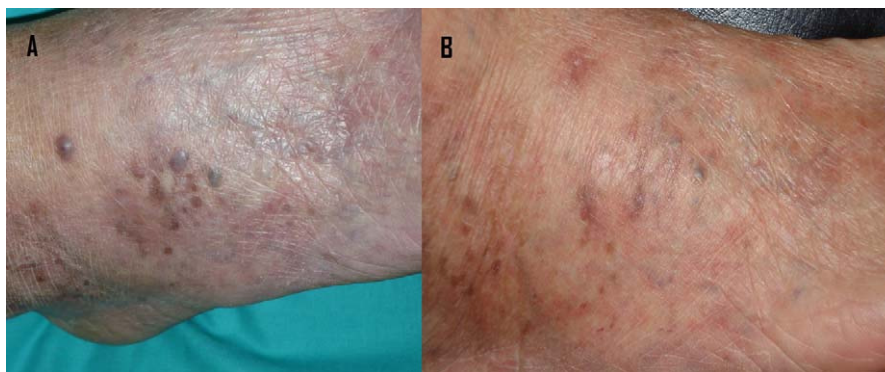
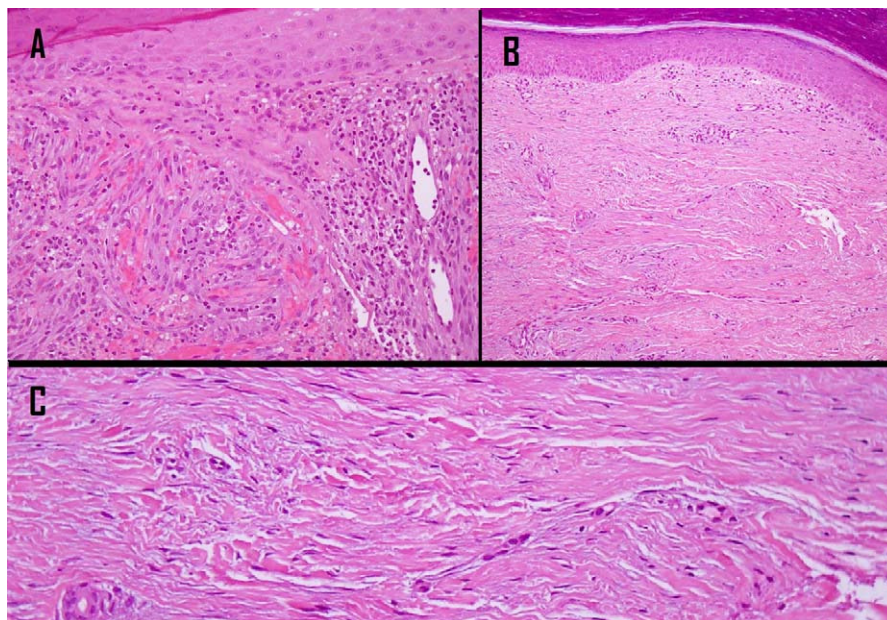


Figura 1 A) Múltiples pápulas violáceas en el dorso del pie derecho, previo tratamiento con imiquimod. B) Imagen clínica de remisión completa tras 10 semanas de tratamiento.



**Figura 2** A) Múltiples luces vasculares en la dermis, rodeadas de un infiltrado inflamatorio linfocitario correspondientes a la lesión de sarcoma de Kaposi previo al inicio del tratamiento con imiquimod. B) y C) Hiperplasia endotelial y fibrosis en ausencia de signos de sarcoma de Kaposi en la lesión tratada.

En 2008<sup>7</sup> se presentó un estudio prospectivo de 17 pacientes inmunocompetentes en los que se empleó imiquimod tópico con una pauta de tres veces por semana durante 24 semanas. La mitad de los pacientes mejoró sustancialmente y en dos casos se obtuvo la remisión completa. Como efecto secundario se describió irritación e inflamación localizada en la zona de aplicación.

En resumen, se presenta un nuevo caso de sarcoma de Kaposi clásico tratado con imiquimod tópico al 5%, siendo este el tercer caso descrito en el que se encuentra una remisión clínica completa tras su uso, y abriendo por tanto una nueva opción terapéutica con mínimos efectos secundarios y ninguna repercusión sistémica para una patología crónica y recidivante.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Sullivan RJ, Pantanowitz L, Casper C, Stebbing J, Dezube BJ. Epidemiology, pathophysiology, and treatment of Kaposi sarcoma—associated herpesvirus disease: Kaposi sarcoma, primary effusion lymphoma, and multicentric Casttlemann disease. *Clin Infect Dis*. 2008;47:1209–15.
2. Sanmartín Jiménez O, Febrer Bosch I, Botella Estrada R, Oliver Martínez V, Calvo Catalá J, Aliaga Boniche A. Sarcoma de Kaposi

con afectación visceral en paciente con artritis reumatoide en tratamiento esteroideo. *Med Cut ILA*. 1994;22:83–6.

3. González-Sixto B, Conde A, Mayo E, Pardavila R, De la Torre C, Cruces M. Sarcoma de Kaposi asociado a corticoterapia sistémica. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:553–5.
4. Mbulaiteye SM, Atkinson JO, Whitby D, Wohl DA, Gallant JE, Royal S, et al. Risk factors for human herpesvirus 8 seropositivity in the AIDS Cancer Cohort Study. *J Clin Virol*. 2006;35:442–9.
5. González de Arriba A, Pérez-Gala S, Goiriz-Valdés R, Ríos-Buceta L, García-Díez A. Sarcoma de Kaposi clásico tratado con alitretinoína tópica. *Actas Dermosifiliogr*. 2007;98:50–3.
6. Schön MP, Schön M. Imiquimod: mode of action. *Br J Dermatol*. 2007;157:8–13.
7. Célestin Schartz NE, Chevret S, Paz C, Kerob D, Verola O, Morel P, et al. Imiquimod 5% cream for treatment of HIV-negative Kaposi's sarcoma skin lesions: A phase I to II, open-label trial in 17 patients. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58:558–91.
8. Barry RB, Hughes BR, Cook LJ. Involution of infantile haemangiomas after imiquimod 5% cream. *Clin Exp Dermatol*. 2008;33:446–9.

B. Echeverría-García, O. Sanmartín\* y C. Guillén

*Servicio de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España*

\*Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* osanmartinj@gmail.com  
 (O. Sanmartín).