

## Carta al director

M<sup>a</sup> Carmen Hinojosa  
Mena-Bernal<sup>1</sup>,  
M<sup>a</sup> Isabel González  
Guilabert<sup>1</sup>,  
Gerardo Martínez García<sup>2</sup>  
Antonio Ginés Santiago<sup>3</sup>

# Sarcoma de Kaposi parasitado por *Leishmania* en paciente VIH

<sup>1</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

<sup>2</sup>Servicio de Anatomía Patológica Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

<sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Estimado Editor,

El agente etiológico del Sarcoma de Kaposi es el virus herpes humano 8. La incidencia de Kaposi en el VIH ha disminuido en la última década con la introducción del TARGA. Aunque por lo general su incidencia es inferior en la mujer que en el hombre, existen estudios que demuestran lo contrario y su presentación no es exclusiva del hombre<sup>1-2</sup>. A continuación presentamos un caso clínico poco común en la clínica diaria.

Mujer de 38 años, alérgica a trimetoprim-sulfametoxazol, ex ADVP, antecedentes de VIH estadio C3 conocida desde 2001, muguet, hepatitis crónica C, neumonías de repetición, sin tratamiento antirretroviral en la actualidad y en analítica de control presenta unos CD4 de 2 células/mm<sup>3</sup> y una carga viral > 100.000 copias/mL.

Ingresa por fiebre de dos meses de evolución, astenia y expectoración verdosa. En la exploración tan sólo destacaba la presencia de varias lesiones nodulares de coloración rojo violácea de 1 a 3 cm de diámetro en cara anterior de extremidades inferiores.

La biopsia (figura 1) evidenció la proliferación de estructuras vasculares a nivel dérmico, que focalmente disecaba estructuras anexas preexistentes, con focos de extravasación eritrocitaria con formación de glóbulos hialinos y depósitos de hemosiderina intra y extracelular, así como densa parasitación, intracelular histiocitaria y extracelular, por *Leishmania donovani*. El anticuerpo anti herpes 8 mostró positividad nuclear en algunas células fusiformes, perivasculares, característica del sarcoma de Kaposi.

Se realizó aspirado medular descartando la presencia de parásitos. La paciente inició tratamiento antirretroviral con emtricitavina, tenofovir y efavirenz; y tratamiento con miltefosina, así como pentamidina y antituberculoso por presentar en esputo *Pneumocystis jirovecii* y *Mycobacterium tuberculosis*.

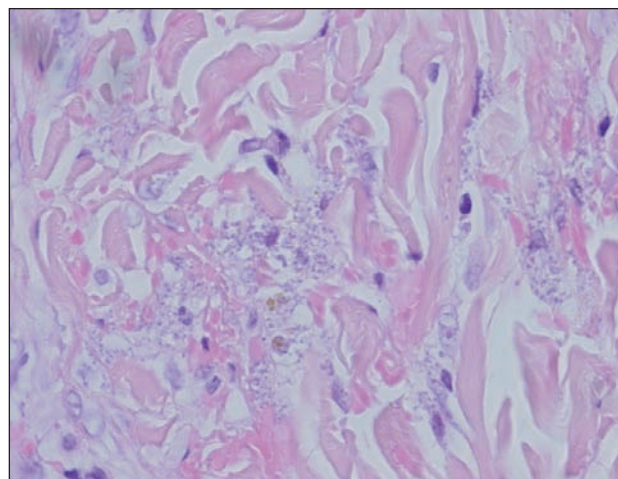


Figura 1

Leishmanias ocupando citoplasmas de histiocitos e intersticio

sís. La evolución clínica ha sido favorable con lenta mejoría de las lesiones cutáneas hasta casi su completa desaparición.

La leishmaniosis visceral es una parasitosis endémica en la zona Mediterránea con elevada prevalencia en España. El parásito se aísla habitualmente en la médula ósea, bazo e hígado, siendo infrecuente su localización cutánea<sup>3</sup>. Es una coinfección frecuentemente asociada al paciente VIH en estadios muy avanzados de su enfermedad.

Se describen dos tipos de lesiones cutáneas en pacientes coinfectados con Leshmaniasis visceral y VIH<sup>4</sup>: las lesiones específicas causadas por la *Leishmania donovani* y aquellas en las que los amastigotes son un hallazgo casual. Esta última se describe en lesiones por sarcoma de Kaposi<sup>3, 5-6</sup>, herpes zoster y simple, y angiomas bacilar<sup>7</sup>. Aunque también se aíslan parásitos de *Leishmania* en la piel sana de algunos pacientes VIH<sup>8</sup>.

Por otro lado también se ha asociado la presencia de sarcoma de Kaposi cutáneo con otros patógenos como el CMV, herpes simple, mycobacterias, *Cryptococcus neoformans* e *Histoplasma capsulatum*<sup>9-11</sup>. Al parecer la hipervascularización del

Correspondencia:  
M<sup>a</sup> Carmen Hinojosa Mena-Bernal  
Plaza del Salvador 2-4 B  
47002-Valladolid  
Correo electrónico: hinojosac@teleline.es

sarcoma de Kaposi favorece la colonización o parasitación de la lesión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ascoli V, Minelli G, Kanieft M, Crialeoi R, Flova L, Conti S. Cause-specific mortality in classic Kaposi's sarcoma: a population-based study in Italy (1995-2002). *Br J Cancer* 2009; 101: 1085-90.
2. Dal Maso L, Polesel J, Serraino D, Lise M, Piselli P, Falcini F et al. Pattern of cancer risk in persons with AIDS in Italy in the HAART era. *Br J Cancer* 2009; 100: 840-7.
3. Romeu J, Sirera C, Ferrandiz A, Carreres A, Condom MJ, Clotet B. Visceral leishmaniasis involving lung and cutaneous Kaposi's sarcoma lesion. *AIDS* 1991; 5: 1272.
4. González Beato MJ, Moyano B, Sanchez C, González-Beato MT, Pérez Molina MT et al. Kaposi's sarcoma-like lesions and other nodules as cutaneous involvement in AIDS-related visceral leishmaniasis. *Br J Dermatology* 2000; 143: 1316-8.
5. Yebra M, Segovia J, Manzano L, Vargas J, Bernaldo de Quirós L, Alvar J. Disseminated ñto-skin kala-azar and acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1988; 108: 490-1.
6. Taillan B, Marty P, Schneider S, Telle H, Fuzibert JG, Rosenthal E et al. Visceral leishmaniasis involving a cutaneous kaposi's sarcoma lesion and free areas of skin. *Eur J Med* 1992; 1: 255.
7. Barrio J, Lecona M, Cosin J, Olalquiaga FJ, Herranz JM, Soto J. Leishmania infection occurring in herpes zoster lesions in an HIV-positive patient. *Br J Dermatol* 1996; 134: 164-6.
8. Abajo P, Buezo GF, Fraga J, Sanz J, Daudén E. Leishmaniasis and Kaposi's sarcoma in an HIV-infected patient. *Am J Dermatopathol* 1997; 19: 101-3.
9. Libow LF, Dobert D, Silbukin D. Coexistent cutaneous cryptococcosis and Kaposi's sarcoma in a patient with the acquired immunodeficiency syndrome. *Cutis* 1988; 41: 159-62.
10. Cole MC, Cohen PR, Satra KH, Grossman ME. The concurrent presence of systemic disease pathogens and cutaneous Kaposi's sarcoma in the same lesion: *Histoplasma capsulatum* and Kaposi's sarcoma coexisting in a single skin lesion in a patient with AIDS. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 285-7.
11. Michiels JF, Monteil RA, Hofman P, Perrin C, Fuzibert JG, Lefichoux Y et al. Oral leishmaniasis and kaposi's sarcoma in an AIDS patient. *J Oral Pathol Med* 1994; 23: 45-6.