

Sarcoma de Kaposi clásico en pene: reporte de dos casos

Classic Kaposi's sarcoma of the penis: report of two cases

Salim Mohanna¹, Juvenal Sánchez², Juan Carlos Ferrufino³,
Francisco Bravo⁴, Eduardo Gotuzzo⁵.

RESUMEN

La presentación primaria del sarcoma de Kaposi (SK) clásico en pene es sumamente infrecuente, habiéndose reportado tan solo 51 casos en la literatura. Reportamos dos pacientes con el diagnóstico histopatológico de SK. El primero, un varón de 59 años con un nódulo de 6x7mm, doloroso a la palpación, de color rojo-vinoso, en la cara ventral del glande. A los pocos meses fallece como consecuencia de un linfoma. El segundo, un varón de 64 años con lesiones nodulares en miembro inferior izquierdo y máculas de color rojo-violáceo en el cuerpo y surco balano prepucial del pene. Presentó serología negativa para el VIH. En conclusión, el SK clásico primario en pene es una patología poco común, pero debe ser considerada al tratar lesiones inespecíficas en pene.

Palabras clave: Sarcoma de Kaposi clásico; VIH negativo; Pene.

SUMMARY

Primary presentation of classic Kaposi's sarcoma (KS) on penis is extremely infrequent; with only 51 cases reported so far. We report two patients with the histopathologic diagnosis of KS. The first was a 59 year old male patient with a 6x7mm nodule, tender to palpation, wine-red colored, on the ventral surface of the glans. He died few months later with diagnosis of lymphoma. The second was a 64 year old male patient with nodular lesions on the left lower extremity and red-violaceous macules on the body of the penis and the coronal sulcus. He had negative serology for HIV. In conclusion, classic KS with primary presentation on penis is an uncommon pathology, but should be considered when treating unspecific lesions on penis.

Key words: Classic Kaposi's Sarcoma; HIV negative; Penis.

¹ Investigador Asociado, Instituto de Medicina Tropical «Alexander von Humboldt», Universidad Peruana Cayetano Heredia.

² Jefe del Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas «Eduardo Cáceres Grazziani».

³ Jefe del Departamento de Patología, Hospital Nacional Cayetano Heredia.

⁴ Dermatólogo-Patólogo, Instituto de Medicina Tropical «Alexander von Humboldt», Universidad Peruana Cayetano Heredia.

⁵ Director del Instituto de Medicina Tropical «Alexander von Humboldt», Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Correo electrónico: salim17@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia vascular que fue descrita por primera vez en 1872⁽¹⁾. La variedad clásica del SK es más prevalente en el este europeo y el Mediterráneo, caracterizándose por lesiones en ambos miembros inferiores, aunque también ha sido descrito en el resto del cuerpo, incluyendo mucosas, órganos internos y huesos⁽²⁾.

La presentación primaria del SK clásico en pene es sumamente infrecuente. Desde el primer reporte en 1902⁽³⁾, tan solo se han reportado 51 casos en la literatura⁽⁴⁾, 19 de los cuales han sido reportados en los últimos 20 años (12 casos bien documentados en pacientes VIH-negativos y 7 en pacientes inmunocomprometidos sin ser evaluados para VIH)⁽⁵⁾. La presentación en pene es más frecuente de observar en pacientes con SIDA, quienes usualmente desarrollan una forma más agresiva⁽⁶⁾. Reportamos a continuación dos casos de SK clásico en pene.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

En 1973, un paciente varón de 59 años, natural de Chimbote (Ancash) fue admitido por presentar un tiempo de enfermedad de 4 meses, caracterizado por la aparición de un pequeño grano color rojizo en el glande, el cual fue aumentando de tamaño de manera progresiva. Al examen físico se evidenció un nódulo de 6x7mm, doloroso a la palpación, de color rojo-vinoso, el cual se ubicaba en la cara ventral del glande. El paciente tenía el antecedente de gonorrea hace 39 años aproximadamente. Negó consumo de alcohol, drogas o tabaco. Los exámenes de rutina en sangre, así como las pruebas de función renal y hepática se encontraron dentro de los límites normales. Se realizó una escisión de la lesión y la anatomía patológica confirmó el diagnóstico de SK. A los pocos meses se le detectó un linfoma, falleciendo al poco tiempo.

Caso 2

En 1995, un paciente varón de 64 años, natural de Otuzco (La Libertad) fue admitido por presentar un tiempo de enfermedad de 5 años, caracterizado por la aparición progresiva de nódulos violáceos en la pierna izquierda. Al examen físico se evidenciaron múltiples nódulos violáceos en el miembro inferior izquierdo, sin signos de edema o sangrado; asimismo, se evidenciaron 2 máculas de aproximadamente 10x8mm de color rojo-violáceo en el cuerpo del pene (**fotografía 1**) y una mácula de 10x4mm en el surco balano prepucial. No había sintomatología asociada. No hubo antecedentes de relaciones homosexuales ni enfermedades de transmisión sexual. Negó consumo de alcohol, drogas o tabaco. La serología para VIH fue negativa.



Fotografía 1. Se aprecian máculas de contornos irregulares y de color rojo-violáceo en el cuerpo del pene.

Los exámenes de rutina en sangre, así como las pruebas de función renal y hepática se encontraron dentro de los límites normales. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de SK en el miembro inferior y en el pene. El paciente recibió quimioterapia, evidenciándose la regresión total de las lesiones en pene y la regresión parcial de las lesiones en el miembro inferior.

DISCUSIÓN

El SK clásico afecta mayoritariamente a los hombres con un promedio de 60 años de edad, siendo la localización preferencial en miembros inferiores. El SK clásico primario en pene es una localización sumamente infrecuente y no ha sido reportada en nuestro país. En nuestros casos, las edades de los pacientes están dentro del promedio de edad para la aparición del SK clásico.

Dentro de las distintas presentaciones que se han reportado en la literatura, la lesión más frecuente es un nódulo rojo-violáceo⁽⁷⁻¹³⁾. Otras presentaciones del SK clásico en pene son: múltiples pápulas^(14,15), múltiples nódulos^(16,17),

placas⁽¹⁸⁾ y lesiones verruciformes o pedunculadas^(14,19-21); todas muy infrecuentes. Incluso se han descrito nódulos ulcerados en dos pacientes⁽²²⁾. La presentación clínica del primer paciente es característica, mientras que en el segundo paciente la presentación es inusual, ya que se presentan sólo lesiones maculares. En la literatura sólo hay un caso con lesiones maculares, sin embargo, éstas se encontraban acompañadas de pápulas⁽¹⁴⁾.

En cuanto a la ubicación, la zona más frecuente es el glande, algunas veces asociado a hinchazón. Esta presentación característica coincide con nuestro primer paciente. También pueden aparecer lesiones en el prepucio^(16,17,19), el surco balano prepucial^(18,20) o el meato⁽¹³⁾. Las lesiones en el cuerpo del pene son infrecuentes y suelen estar asociadas a lesiones en el glande o en el surco balano prepucial^(18,20), como es el caso del segundo paciente quien presenta lesiones maculares en el cuerpo, las cuales se acompañan de una lesión macular en el surco balano prepucial.

El patrón histológico del SK en pene es muy similar al del SK localizado en otras partes anatómicas. El curso clíni-

co del SK primario en pene es variable y no existen datos sobre seguimiento. En general, las recurrencias locales son muy raras si el tumor ha sido extirpado completamente. La aparición de nuevas lesiones distantes se han observado después de un periodo de 1 a 2 años en ciertos casos^(7,11,23).

El tratamiento del SK clásico en pene incluye la escisión quirúrgica, crioterapia, terapia con láser⁽¹⁸⁾, radioterapia^(14,16) y quimioterapia⁽⁶⁾. También se han reportado casos en los que se utilizó el tratamiento adyuvante con interferón alfa o beta^(7,24). Actualmente, no existe una guía de tratamiento establecida. Como una regla, la escisión quirúrgica es recomendada para pequeñas lesiones solitarias, mientras que la radioterapia es más útil para las lesiones más grandes. La quimioterapia se reserva para casos más avanzados o generalizados.

En conclusión, el SK clásico primario en pene es una patología poco común, pero debe ser considerada al tratar lesiones inespecíficas en pene.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. KAPOSI M. Idiopathisches multiples Pigmentsarkom der Haut. *Arch Dermatol Syph.* 1872;4:265-273.
2. ISCOVICH J, BOFFETTA P, FRANCESCHI S, AZIZI E, SARID R. Classic Kaposi Sarcoma. *Cancer.* 2000;88:500-517.
3. PHILIPPSON L. Über das Sarcoma idiopathicum cutis Kaposi: Ein Beitrag zur Sarcomlehre. *Virchows Arch Pathol Anat.* 1902;167:58-61.
4. LIN, ANDERSON WK, BHAWAN J. Further confirmation of the association of human herpesvirus 8 with Kaposi's sarcoma. *J Cutan Pathol.* 1998;25:413-9.
5. MICALIG, NASCAMR, DE PASQUALE R, INNOCENZI D. Primary classic Kaposi's sarcoma of the penis: report of a case and review. *J European Acad Dermatol and Venereol.* 2003;17:320-3.
6. BAYNE D, WISE GJ. Kaposi sarcoma of penis and genitalia: A disease of our times. *Urology.* 1988;31:22-5.
7. MARQUART KH, OEHLSCHLAEGEL G, ENGST R. Disseminated Kaposi's sarcoma that is not associated with acquired immunodeficiency syndrome in a bisexual man. *Arch Pathol Laboratory Med.* 1986;110:346-7.
8. MYSLOVATY B, KYZER S, KOREN R, CHAIMOFF C. Kaposi sarcoma limited to the glans penis. *Plast Reconstr Surg.* 1993;92:764.
9. GUY M, SINGER D, BARZILAI N, EISENKRAFT S. Primary classic Kaposi's sarcoma of glans penis - appearance on magnetic resonance imaging. *Br J Urol.* 1994;74:521-2.
10. KOYUNCUOGLU M, YALCIN N, OZKAN S, KIRKALI Z. Primary Kaposi's sarcoma of the glans penis. *Br J Urol.* 1996;77:614-5.
11. CONGER K, SPORER A. Kaposi sarcoma limited to glans penis. *Urology.* 1985;26:173-5.
12. MAICHE AG, HOLSTI P, GROHN P, WASENIUS P. Kaposi's sarcoma of penis. *Br J Urol.* 1986; 58:557.
13. JAIMOWICH L, CALB I, KAMINSKYA. Kaposi's sarcoma of the conjunctiva. *J Am Acad Dermatol.* 1986;14:589-92.
14. LANDS RH, ANGE D, HARTMAN DL. Radiation therapy for classic Kaposi's sarcoma presenting only on the glans penis. *J Urol.* 1992;147:468-70.
15. KAVAK A, AKMAN RY, ALPER M, BUYUKBABANI N. Penile Kaposi's sarcoma in a human immunodeficiency virus-seronegative patient. *Br J Dermatol.* 2001;144:207-8.
16. RUSZCZACK Z, STADLER R, SCHWARTZ RA. Kaposi's sarcoma limited to the penis treated with cobalt-60 radiotherapy. *J Med.* 1996;27:211-20.
17. CASADO M, JIMENEZ F, BORBUJO J, ALMAGRO M. Spontaneous healing of Kaposi's angiosarcoma of the penis. *J Urol.* 1988;139:1313-4.
18. CHUN Y, CHANG SN, PARK WH. A case of classical Kaposi's sarcoma of the penis showing a good response to high energy pulsed carbon dioxide laser therapy. *J Dermatol.* 1999;26:240-3.
19. ZAMBOLIN T, SIMEONE C, BARONCHELLI C, CUNICO SC. Kaposi's sarcoma of the penis. *Br J Urol.* 1989;63:645-6.
20. SCHWARTZ RA, COHEN JB, WATSON RA. Penile Kaposi's sarcoma preceded by chronic penile lymphoedema. *Br J Dermatol.* 2000;142:153-6.
21. CONGER K, SPORER A. Kaposi sarcoma limited to glans penis. *Urology.* 1985;26:173-5.
22. BERKMEN F, CELEBIOGLU AS. Adult genitourinary sarcomas: a report of seventeen cases and review of the literature. *J Exp Clin Cancer Res.* 1997;16:45-8.

-
23. GRUNWALD MH, AMICHAÏ B, HALEVY S. Purplish penile papule as a presenting sign of Kaposi's sarcoma. *Br J Urol.* 1994;74:517.
 24. LOWE FC, LATTIMER DG, METROKACE. Kaposi's sarcoma of the penis in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *J Urol.* 1989;142:1475-7.

