

VIDEOTORACOSCOPIA COMO ALTERNATIVA PARA DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE EFUSIÓN PLEURAL POR SARCOMA DE KAPOSI

INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi (SK) es una de las causas más comunes de efusión pleural en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).¹ Las efusiones pleurales por SK causan alta morbimortalidad.^{1,2} El SK es causado por el herpes virus 8 (HHV8). El riesgo de padecer SK es inverso al conteo de CD4+, sin embargo, el riesgo es elevado en pacientes con VIH/HHV8 y conteo de CD4+ alto, comparado con la población HHV8 positiva.² El SK tiene una distribución multifocal al momento del diagnóstico, y la TARV y quimioterapia suelen ser el tratamiento de elección.³ La mortalidad del SK depende de la extensión de la enfermedad: para enfermedad localizada, la supervivencia en 5 años es de 81%; para enfermedad regional es de 65% en 5 años y si existe enfermedad a distancia, la supervivencia en 5 años es de 47%.⁴ Por su alta mortalidad, se han descrito tratamientos paliativos, siendo el principal la radioterapia. La videotoracoscopía y pleurodesis con talco es una alternativa descrita para efusiones pleurales malignas⁵, sin embargo existen sólo reportes de casos¹ de uso de esta estrategia para SK en PVVIH/SIDA.

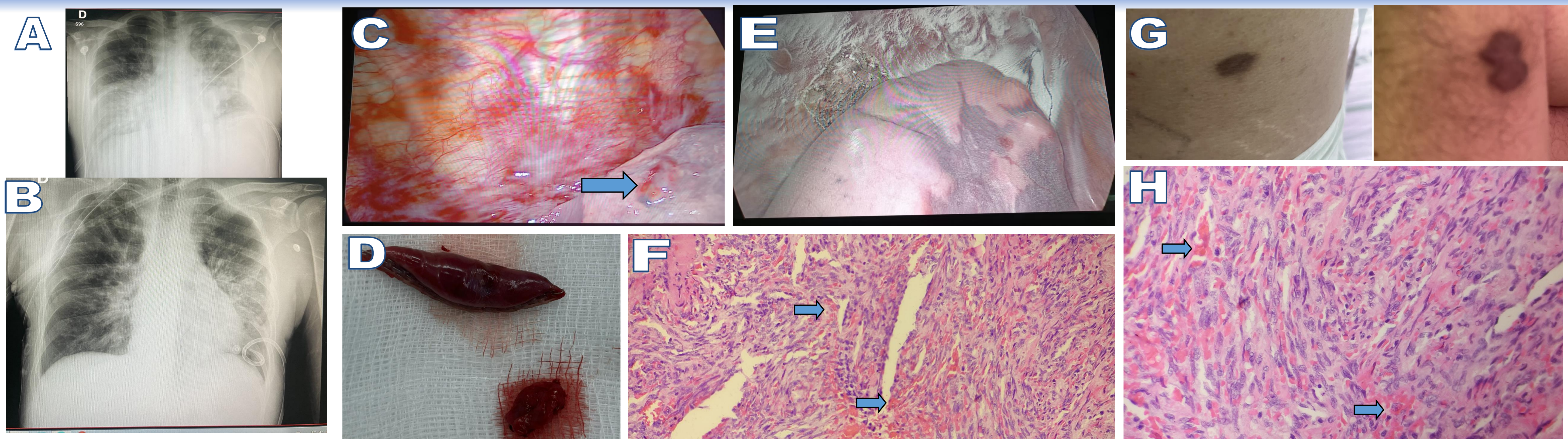
CASO CLÍNICO

Masculino de 33 años VIH+ con 3 semanas de tos seca, fiebre sin predominio horario no cuantificada, dolor torácico tipo pleurítico bilateral, disnea de medianos esfuerzos.

EF: Ta: 120/70mmHg, Fc: 110lpm, Fr: 22 rpm, T: 37°C. Auscultación pulmonar con ronus y crepitantes finos bilaterales. Hepatomegalia. Placas eritematovioláceas en antebrazo izquierdo, espalda baja y miembro inferior izquierdo (figura G).

| Parámetro | Resultado | Interpretación |
|-----------------------------|---|----------------|
| Carga Viral/CD4 | 500803 copias 174 células/uL | SIDA |
| Hemoglobina | 10.8 g/dL (fL) | Normal |
| Hematocrito | 30 % | Normal |
| Plaquetas | 382 x10 ³ /µL | Normal |
| Leucocitos | 4 x10 ³ /µL (linfopenia, conteo absoluto 600). | Normal |
| Electrolitos | Na: 136mmol/L, K: 4.5mmol/L, Ca: 8.92mg/dL, Mg: 2.01mg/dL | Normales |
| Tiempos de coagulación | 12.2s, TTPa: 32.9s, INR: 1.09 | Normales |
| Creatinina | 1.01 | Normal |
| AST/ALT | 32/40 | Normales |
| Ag de Cryptococcus en suero | Negativo | |
| Ag de Histoplasma en orina | Negativo | |
| Lavado broncoalveolar | BAAR, GeneXpert, cultivo por hongos, piógenos y micobacterias negativos | |

FIGURAS/CURSO CLÍNICO



Radiografía de tórax de ingreso que muestra efusión pleural bilateral (A). Ingresó con TARV (Bictegravir/TAF/FTC), TMP/SMX, meropenem e itraconazol. Llevado a VATS + biopsia pleural y pulmonar + pleurodesis en su día hospitalario 12 (C, D y E). Se drenó 2.5L de líquido cetrino. Se observaron microneódulos violáceos en pulmón derecho (flecha de figura C) y se realizó resección en cuña de microneódulo en lóbulo superior derecho (D). Se evidenciaron lesiones elevadas rojizas en pleura de las cuales se tomó biopsia. Se realizó pleurodesis con talco (E) y se dejó drenaje pleural de #28 Fr (B). Se realizó una segunda pleurodesis al lado de la cama del paciente el día #4 post operatorio. El tubo pleural fue retirado el día #8 post operatorio sin recurrencia de la efusión pleural derecha. La biopsia de pulmón fue compatible con SK (F y H). Además se realizó colonoscopia en donde se observa tumoración circunferencial en colon sigmoide, recto inferior y medio que ocupa el 50% de la luz sin obstruirla, se tomaron biopsias compatibles con SK. Fue evaluado por oncología médica, sin embargo por alteración de función hepática fue diferido el inicio de la quimioterapia. El paciente falleció a los 39 días hospitalarios, de SK diseminado. A pesar de ello, no presentó recurrencia de efusión pleural.

DISCUSIÓN

La afección pleural del SK en PVVIH/SIDA ocurre en 50% de los casos, y suelen ser bilaterales.¹ Otras causas de efusión pleural en esta población son las paraneumónicas, tuberculosis y PCP. La afección pleuropulmonar confiere un pobre pronóstico. A pesar de los avances terapéuticos⁴, por su alta mortalidad, el tratamiento del SK diseminado suele ser poco exitoso por lo que se sugiere dar cuidados del final de la vida a estos pacientes. El tratamiento de la efusión pleural se ha caracterizado por múltiples toracocentesis terapéuticas y tubo pleural para mejorar el estado funcional, sin embargo estas estrategias tienen riesgo de pérdida de proteínas, sobreinfección y neumotórax. La videotoracoscopía y pleurodesis con talco fue exitosa en este paciente. Aunque la pleurodesis cerrada pudo ayudar a detener la efusión, el abordaje abierto ofrece diagnóstico y permite la máxima exposición del talco, haciendo este método efectivo y rápido para el manejo de los síntomas. Debe considerarse este abordaje en el diagnóstico y tratamiento en pacientes con sospecha de SK pleuropulmonar.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Rafael Andrade, Cirujano Torácico del Hospital Santo Tomás.
Al Dr. Rodrigo Villalobos y Luis Coronado, Patólogos del Hospital Santo Tomás.

REFERENCIAS

- Rubio, Edmundo R., et al. "Thoracoscopic management of pleural effusions in Kaposi's Sarcoma: a rapid and effective alternative for diagnosis and treatment. (Case Reports)." Southern Medical Journal, vol. 95, no. 8, Aug. 2002, pp. 919+. Gale Academic OneFile, link.gale.com/apps/doc/A90569932/AONE?u=google scholar&sid=bookmark-AONE&id=5c649b05. Accessed 8 Dec. 2023.
- Yarchoan R, Uldrick T. HIV-Associated Cancers and Related Diseases. N Engl J Med. 2018;378:1029-41.
- <https://www.cancer.net/cancer-types/sarcoma-kaposi/statistics>
- Vargas A, Solé S. Sarcoma de Kaposi: variedades clínicas y resultados del tratamiento local con radioterapia. Rev Med Chil. 2018;146(1):32-8.
- Vandewoude M, Vermeire P. Treatment of malignant pleural effusions. Tijdschr Geneesk. 1979;35(10):649-52.