

EXPERIENCIA CLÍNICA DEL SARCOMA DE KAPOSÍ EN EL POST-TRASPLANTE RENAL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Bascuñana Colomina, A, Macías Carmona N, Rodríguez Ferrero MI, Mijaylova Antonova Ag, Acosta Barrios Ap, González Rojas A, Anaya Fernández-Lomana F, Rengel Aranda Ma, Goicoechea Diezhandino M.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

INTRODUCCIÓN

La incidencia de infección por el virus herpes humano 8 (VHH8) y sarcoma de Kaposi (SK) se encuentran aumentados entre los receptores de trasplante de órgano sólido, a menudo con presentación clínica atípica y evolución agresiva.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de serie de casos de pacientes trasplantados renales, VIH negativos, que desarrollaron SK confirmado por biopsia en nuestro centro entre los años 2011 al 2020.

RESULTADOS

Entre los 511 trasplantes realizados entre 2011 y 2020, 4 pacientes (< 1%) desarrollaron SK con una mediana de 17 meses desde el trasplante. El resto de resultados se sintetizan en la siguiente tabla y figuras

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4
Edad/Sexo	70 años, hombre	79 años, hombre	40 años, hombre	68 años, mujer
Raza	Africana	Caucásica	Caucásica	Africana
Etiología ERCA	NAE + NTIC	ND	NTIC +/- GFyS	Vasculitis MPO
Tipo Donación	Donante cadáver / Asistolia controlada (Maastrich III)	Donante cadáver / Muerte encefálica	Donante vivo	Donante cadáver / Asistolia controlada (Maastrich III)
IS Inducción	rATG + MP + MMF + Introducción retardada Tacrolimus	Basiliximab + MP + MMF + Tacrolimus	Basiliximab + MP + MMF + Tacrolimus	rATG + MP + MMF + Introducción retardada Tacrolimus
IS mantenimiento en el Diagnóstico	Everolimus + Tacrolimus + Prednisona	Tacrolimus + Everolimus + Prednisona	Tacrolimus + MMF + PD	Tacrolimus + MMF + Prednisona
Tiempo Postrasplante al diagnóstico	9 meses	83 meses	6 meses	25 meses
Presentación mucocutánea	Úlcera pretibial	Máculas violáceas extendidas en MMSS, tronco y MMII + Úlcera mucosa oral	Úlcera mucosa oral	Mácula violácea plantar derecha
Presentación visceral	NO	NO	Adenopatías supra e infradiafragmáticas + nódulos pulmonares	NO
Manejo IS tras diagnóstico	Everolimus + Prednisona	Suspensión inmunosupresión	Everolimus + Prednisona	Tacrolimus a dosis bajas + Everolimus + Prednisona
Tratamiento oncológico	Radioterapia (300 cGy x 10 sesiones) + Doxorubicina Liposomal Pegilada 20 mg/m ² x 1 sesión	NO	Doxorubicina liposomal pegilada 20 mg/m ² cada 21 días x 6 ciclos	Crioterapia local
Evolución	Progresión de enfermedad, éxitus	Éxitus	Remisión parcial	Remisión parcial
Tiempo de seguimiento	11 meses	1 mes	17 meses	83 meses
Función injerto al final de seguimiento	Cr: 2,44 mg/dL TFGe: 31 mL/min/m ² Prot: 1,2 g/día	Pérdida del injerto e inicio de HD	Cr: 1,9 mg/dL TFGe: 43 mL/min/m ² Prot: 0,63 g/día	Cr: 2,06 mg/dL TFGe: 20 mL/min/m ² Prot: 1,1 g/día



Paciente 1 – Evolución úlcera con RT



Paciente 2 – Presentación cutánea



Paciente 3 – Evolución con QT

CONCLUSIÓN

La reducción o retirada de los ICN y conversión imTOR puede no ser suficiente, precisando quimioterapia sistémica en casos de presentación visceral o evolución tórpida.