

# PAPEL DE LA FIBROBRONCOSCOPIA EN EL DIAGNOSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI BRONCOPULMONAR

---

F. Rodríguez de Castro, J. Caminero Luna, A. Rey López\*, T. Carrillo Díaz, G. Juliá Serdá, P. Cabrera Navarro.  
Sección Neumología y Servicio de Anatomía Patológica\* Hospital Ntra. Señora del Pino, Cl. Angel Guimerá, 93 -35005 Las Palmas de Gran Canaria

---

Se presentan dos casos de Sarcoma de Kaposi con afección broncopulmonar. Se discute la dificultad del diagnóstico antemortem de esta entidad y el papel de la fibrobroncoscopia en el mismo.

Palabras clave:

- Sarcoma de Kaposi.
- Fibrobroncoscopia SIDA

---

## ROLE OF BRONCHOFIBERSCOPY IN DIAGNOSIS OF BRONCHOPULMONARY KAPOSI'S SARCOMA

We present two cases of Kaposi's sarcoma with bronchopulmonary involvement. Problems with diagnosis and role of bronchofiberscopy in this condition are discussed.

Keywords:

- Kaposi's sarcoma
- Bronchofiberscopy AIDS

---

## INTRODUCCION

El sarcoma de Kaposi (SK) ocupa el segundo lugar en frecuencia entre las enfermedades asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)<sup>(1)</sup> La presentación más habitual del SK es la cutánea, aunque no es rara la afección de los ganglios linfáticos y tracto gastrointestinal <sup>(2)</sup>. Las lesiones también pueden aparecer en el sistema respiratorio originando infiltrados pulmonares e insuficiencia respiratoria <sup>(3,4)</sup>. No obstante, el SK broncopulmonar raramente se diagnostica por biopsia bronquial o transbronquial mediante la fibrobroncoscopia (FB) y, casi siempre, se requiere toracotomía o necropsia para obtener un diagnóstico definitivo <sup>(3,5)</sup>. Recientemente hemos tenido la oportunidad de diagnosticar, mediante FB, dos casos de esta infrecuente afección pulmonar. CASOS CLINICOS

Durante los últimos 20 meses se han realizado en nuestra Sección 29 FB a 25 pacientes con complicaciones pulmonares asociadas al SIDA. Dos de estos enfermos tenían SK cutáneo y en ambos se objetivó SK endobronquial bilateral con lesiones endoscópicas características. En uno de ellos se realizó, además, biopsia transbronquial, cuyo estudio histológico demostró también SK. El primerpaciente ha permanecido con un aceptable estado general durante 19 meses habiendo comenzado en las últimas semanas con rectorragias secundarias a afección intestinal por SK. El segundo paciente tenía asociada una infección por PNeumocistis carinii y falleció a los treinta días de realizar el diagnóstico. Mediante FB no se encontró evidencia de SK pulmonar en ninguno de los pacientes fallecidos. En el grupo de enfermos con SIDA controlados en nuestro hospital han sido diagnosticados otros tres casos con SK

cutáneo a los que, por distintas razones, no se les efectuó FB. Los criterios seguidos para el diagnóstico histológico de SK son los discutidos por Purdy et al. 1 (Fig. 1).

## DISCUSION

Desde el comienzo de la epidemia de SIDA se han multiplicado las comunicaciones acerca de la presencia de SK pulmonar <sup>(7-9)</sup>. Series recientes elevan la frecuencia de esta patología hasta aproximadamente el 20% de los pacientes con SIDA y SK relacionado que sufren broncoscopia y/o biopsia pulmonar abierta <sup>(4)</sup>. Sin embargo,

la confirmación antemortem es, a menudo, difícil cuando se utilizan las técnicas diagnósticas habituales. La presentación clínica del SK pulmonar es indistinguible de la de una neumonía causada por gérmenes oportunistas, siendo frecuente, además, la asociación de ambas entidades. Aunque el SK cutáneo suele preceder a la afección pulmonar, no existe una relación clara entre ambos y se han descrito casos de presentaciones pulmonares sin lesiones extratorácicas concomitantes <sup>(8,10)</sup>. Por otra parte, las manifestaciones radiológicas son también inespecíficas siendo lo más frecuente la presencia de infiltrados difusos o reticulonodulares. Se ha descrito hasta un 30% de derrames pleurales acompañantes cuyo estudio, incluido biopsia pleural ciega, no suele establecer el diagnóstico definitivo <sup>(3-4)</sup> aunque se ha descrito recientemente un caso diagnosticado con este procedimiento <sup>(11)</sup>.

La FB, al contrario de lo que ocurre con la mayor parte de la patología asociada al SIDA, tiene una baja rentabilidad diagnóstica. Sin embargo, cuando se visualizan lesiones endobronquiales características, que a menudo pasan desapercibidas, puede tener cierta rentabilidad, como ocurrió en nuestros dos casos. Estas lesiones son de coloración violácea, de apariencia discreta, de superficie lisa o ligeramente elevada en forma de placa y de localización parcheada focal. A pesar de su origen vascular y de lo descrito por otros autores <sup>(12)</sup> en nuestros pacientes no se produjo un sangrado importante al realizar las biopsias. No obstante, en un caso en que se efectuó lavado broncoalveolar, se objetivaron abundantes macrófagos cargados de hemosiderina, hallazgo frecuente en este tipo de enfermos <sup>(13)</sup> y que presumiblemente traduzca hemorragia alveolar oculta. La afección parenquimatosa pulmonar por SK también es difícil de diagnosticar mediante FB. Para algunos autores <sup>(4)</sup> la rentabilidad de la biopsia transbronquial oscilaría en torno al 10%. Uno de nuestros pacientes fue diagnosticado por biopsia bronquial y transbronquial. Probablemente la baja rentabilidad encontrada con la FB se deba a la distribución parcheada de las lesiones y al pequeño tamaño de las muestras obtenidas con esta técnica.

A pesar de las dificultades en obtener un diagnóstico de certeza, éste siempre debe intentarse especialmente con el objeto de descartar patología indistinguible desde el punto de vista clínico-radiológico y que conlleva un diferente tratamiento y pronóstico. Aunque la biopsia pulmonar abierta es más rentable que la biopsia bronquial o transbronquial en el diagnóstico de esta patología, proponemos la FB como una alternativa útil en este tipo de pacientes. Esta permitiría obtener biopsias bronquiales de las zonas sospechosas, detectar hemorragia alveolar, diagnosticar con gran rentabilidad las infecciones oportunistas frecuentemente asociadas y, además, evitaría una cirugía mayor de la que las consecuencias terapéuticas derivadas son actualmente escasas. Por otra parte, ante un cuadro clínico compatible, la visión endoscópica de lesiones características podría hacer menos imprescindible el diagnóstico histológico.

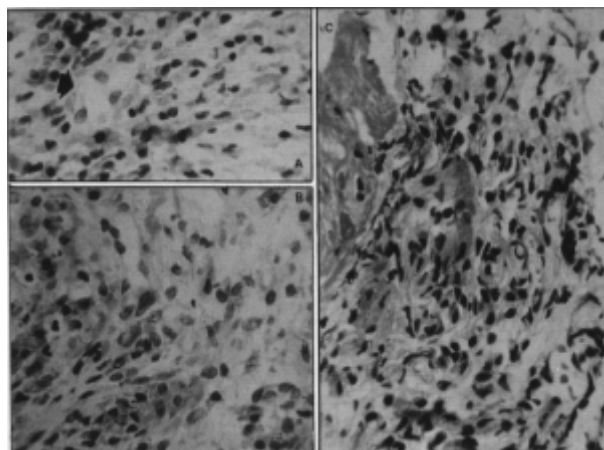


Figura 1

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Hanson PJV, Harcourt-Webster JN, Gazzard BG, Collins JV. Fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of bronchopulmonary Kaposi's sarcoma. *Thorax* 1987; 42: 269-271.
2. Hui AN, Koss MN, Meyer PR. Necropsy findings in acquired immunodeficiency syndrome: A comparison of premortem diagnosis with postmortem findings. *Hum Pathol* 1984; 15: 670-677.
3. Ognibene FP, Steis RG, Macher AM, et al. Kaposi's sarcoma causing pulmonary infiltrates and respiratory failure in the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann Intern Med* 1985; 102: 471-475.
4. Garay SM, Belenko M, Fazzini E, Schinella R. Pulmonary manifestations of Kaposi's sarcoma. *Chest* 1987; 91: 39-43.
5. Murray JF, Felton CP, Garay SM, et al. Pulmonary complications of the acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J, Med* 1984; 310: 1682-1688.
6. Purdy LJ, Colby TV, Yousem SA, Battifora H. Pulmonary Kaposi's sarcoma. Premortem histological diagnosis. *Am J Surg Pathol* 1986; 10: 301-311.
7. Friedman-Kien AE, Laubenstein LJ, Rubinstein P, et al. Disseminated Kaposi's sarcoma in homosexual men. *Ann Intern Med* 1982; 96: 693-700.
8. Misra DP, Sunderrajan EV, Hurst DJ, Maltby JD. Kaposi's sarcoma of the lung: radiography and pathology, *Thorax* 1982; 37: 155-156.
9. Brown RK, Huberman RP, Vanley G. Pulmonary features of Kaposi's sarcoma, *AJR* 1982; 659-660.
10. Nash G, Flegiel S. Kaposi's sarcoma presenting as pulmonary disease in the acquired immunodeficiency syndrome: diagnosis by lung biopsy. *Hum Pathol* 1984; 15: 999-1001.
11. Martí J, Bustillo JM, Arriuda JM, Altuna E. Sarcoma de Kaposi pleural, Diagnóstico en vida mediante biopsia pleural. *Rev Clin Esp* 1990; 187: 44-45,
- 12, Pitchnik AE, Fishl MA, Saldana MJ. Kaposi's sarcoma of the tracheobronchial tree. *Chest* 1985; 87: 122-124.
- 13, Fouret PJ, Touboul JL, Mayaud CM, Akoun GM, Roland J. Pulmonary Kaposi's sarcoma in patients with acquired immunodeficiency syndrome: a clinicopathological study. *Thorax* 1987; 42: 262-268.