

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Sarcoma de Kaposi en pacientes VIH

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-462-11**



CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CIE-10: B210 Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi

GPC

**Sarcoma de Kaposi Asociado a VIH.
ISBN en trámite**

DEFINICION

Histológicamente, el SK es un tumor compuesto por bandas intercaladas de células en forma de huso y vasculares, con eritrocitos extravasados, envueltos en una red y fibras de colágena, las cuales se cree que se originan de la proliferación maligna de las células endoteliales de vasos linfáticos y sanguíneos. Clínicamente se presenta como máculas o nódulos cutáneos.

FACTORES DE RIESGO

- El principal factor de riesgo para presentar SK asociado a VIH es la homosexualidad en varones, hasta en el 95% de los casos.
- En población heterosexual VIH+ de riesgo, p.ej. usuarios de drogas intravenosas, el riesgo de desarrollo de SK es menor al 3%.

CUADRO CLINICO

- Lesiones cutáneas: máculas aisladas eritematosas o rojo vinoso, o bien, como nódulos cutáneos.
- Lesiones en tracto respiratorio que se manifiestan como: disnea, tos y hemoptisis, en casos avanzados se observa: infiltrado retículo nodular y derrame pleural.
- Lesiones en tracto gastrointestinal: dolor abdominal, pérdida de peso, náuseas, vómitos, sangrado gastrointestinal, obstrucción intestinal, malabsorción o diarrea

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

- El método diagnóstico estándar es la toma de biopsia de la lesión de sospecha de Sarcoma de Kaposi.
- Como parte del protocolo se solicitará radiografía simple de tórax.
- A todo paciente con sintomatología en TGI se le debe realizar endoscopia de tubo digestivo alto y/o bajo

ETAPIFICACIÓN

El AIDS Clinical Trials Group (ACTG) Oncology Committee ha publicado criterios para la evaluación del SK epidémico. El sistema de clasificación toma en cuenta el grado de la enfermedad, la gravedad de la inmunodeficiencia y la presencia de síntomas sistémicos (Anexo 5.3.1).

| Características | Bajo riesgo (0) | Alto riesgo (1) |
|---|--|--|
| | Todas las siguientes: | Cualquiera de las siguientes: |
| Tumor (T) | Tumor confinado a piel y/o ganglios linfáticos y/o enfermedad oral mínima | Edema o ulceración asociados a tumor; enfermedad oral extensa; SK gastrointestinal; SK en otra víscera no ganglionar |
| Sistema Inmune (I) | CD4 \geq 150/mm ³ | CD4 < 150/mm ³ |
| Enfermedad Sistémica (S) | Sin historia de infección oportunista o aftas; ausencia de síntomas B; Karnofsky \geq 70 | Antecedente de infección oportunista y/o aftas; síntomas B; Karnofsky < 70 |
| a: Mínima enfermedad oral se define como SK no ganglionar confinado a paladar. b: Síntomas B: fiebre, diaforesis nocturna y/o pérdida ponderal involuntaria > 10%. c: Escala de Karnofsky de Estado Funcional | | |

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- La infección avanzada por el VIH, no es contraindicación para la quimioterapia en el tratamiento de SK
- Todos los pacientes deben iniciar con TARAA
- Se sugiere que en pacientes con un índice de mal pronóstico (>12 puntos) debe tratarse inicialmente con TARAA y quimioterapia sistémica juntos mientras aquellos con índice de buen pronóstico (< 5 puntos) deben tratarse inicialmente solo con TARAA, aún si tienen enfermedad T1

SK temprano (etapa 0)

- TARAA
- Considerar la posibilidad de la radioterapia local o antraciclina liposomal (solo en caso de enfermedad rápidamente progresiva o cosméticamente deformante)

Fase inicial de SK (etapa T0)

- TARAA
- Radioterapia local o antraciclina liposomal cuando la enfermedad es de rápida progresión o este desfigurando cosméticamente

Fase avanzada de SK (etapa T1)

- TARAA y antraciclina liposomal (ya sea DuanoXome 40mg/m² cada 14 días o Caelyx 20mg/m² cada 21 días)
- Antraciclina en KS refractarios

Fase avanzada de SK (etapa T1)

TARAA y paclitaxel (100mg/m² cada 14 días)

- La radiación local puede ser eficaz para paliar la enfermedad sintomática, pero incluso dosis relativamente bajas de radiación pueden estar asociadas con significativa toxicidad en sujetos infectados por VIH, por lo que solo es recomendada en lesiones asiladas y dolorosas como, dedos de los pies, linfedema , con pobre índice de karnofsky, reserva medular y/o hepática reducida que impide aplicar quimioterapia
- En los pacientes con T1 y / o de rápida proliferación de enfermedades, el tratamiento de primera línea de quimioterapia y TARGA es seguida por una terapia de mantenimiento con TARGA

REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Lesión sospechosa de SK en sitios como tracto digestivo y pulmonar.
Recaída de SK en paciente con diagnóstico conocido de SIDA.

CONTRAREFERENCIA DEL TERCER AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Pacientes con control de la enfermedad posterior a tratamiento

CONTRARREFERENCIA DEL SEGUNDO AL PRIMER NIVEL

Pacientes que se descarte sarcoma de kaposi.

Algoritmos

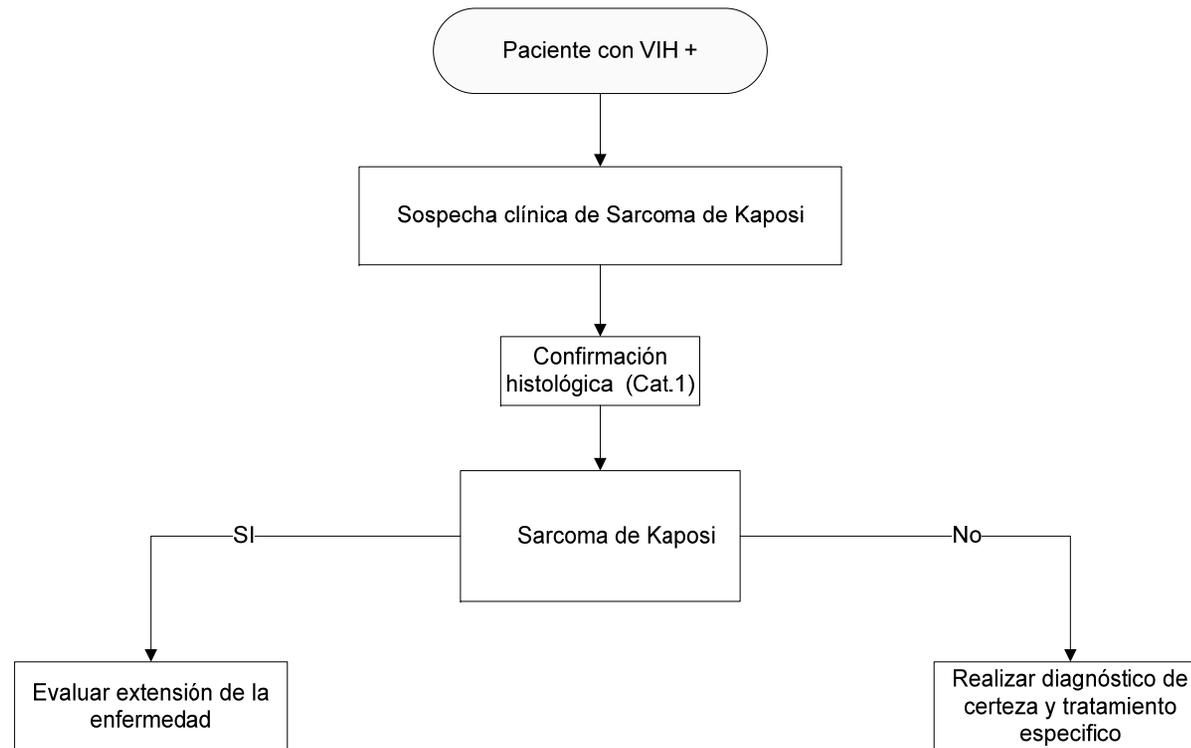


ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL

ABRIL 2011

REUNION OAXTEPEC



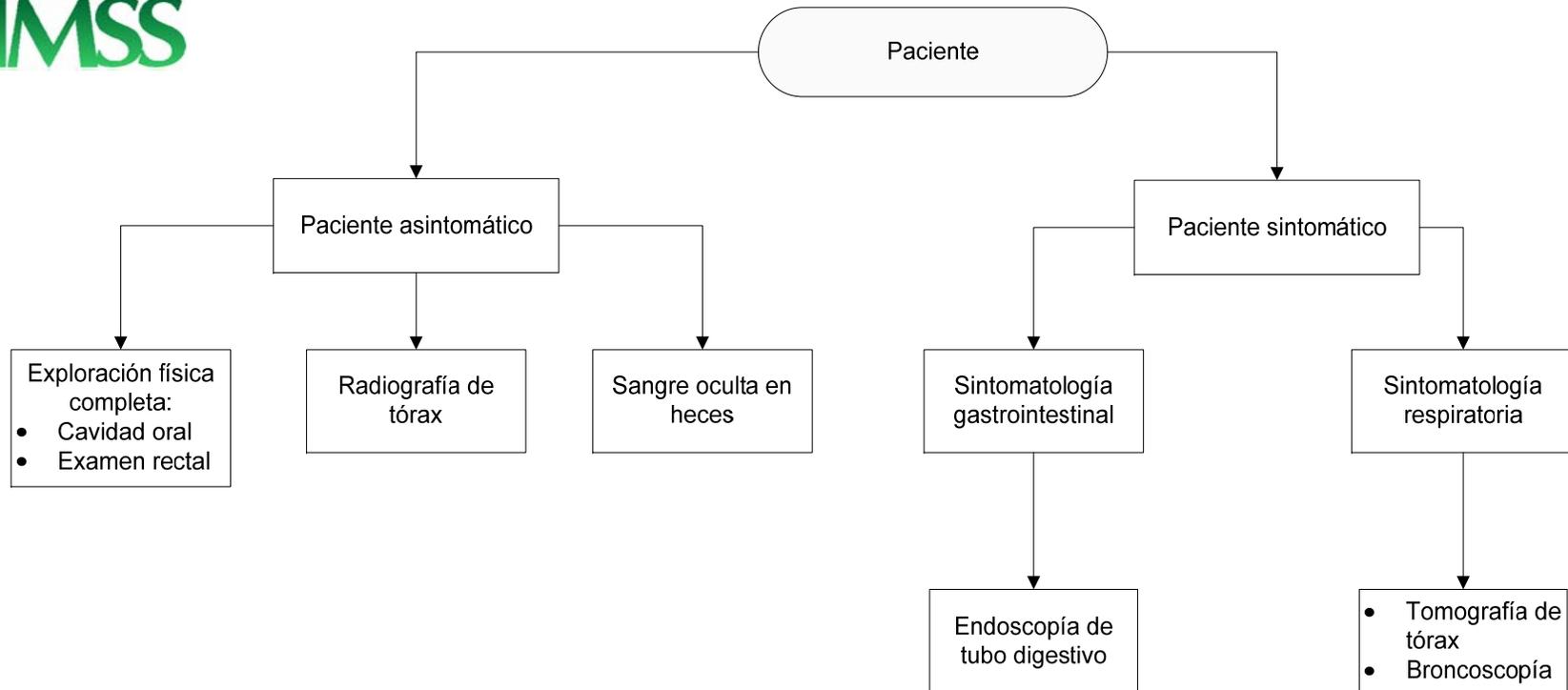


ABORDAJE DIAGNÓSTICO DEL SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTES CON VIH

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL

ABRIL 2011

REUNION OAXTEPEC





TRATAMIENTO DE ACUERDO AL RIESGO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL ABRIL 2011 REUNION OAXTEPEC

