

## INFORME DE CASO

**Sarcoma de Kaposi gastrointestinal sin manifestaciones cutáneas en paciente con sida. Presentación de un caso****Gastrointestinal Kaposi sarcoma without cutaneous manifestations in a patient with AIDS: a case report****Sarcoma de Kaposi gastrointestinal sem manifestações cutâneas em paciente com AIDS: relato de caso**Alexis Fuentes Peláez<sup>I\*</sup> , Jennys Peraza Bordao<sup>II</sup> , Maritza Lobaina Castillo<sup>III</sup> <sup>I</sup> Instituto Angolano de Controlo do Câncer. Luanda, Angola.<sup>II</sup> Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”. La Habana, Cuba.<sup>III</sup> Clínica Vista Alegre. Caracas, Venezuela.**\*Autor para la correspondencia:** [sarcapfuentes@gmail.com](mailto:sarcapfuentes@gmail.com)

Recibido: 05-03-2026 Aprobado: 04-09-2026 Publicado: 11-09-2026

**RESUMEN**

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular multifocal asociada al herpesvirus humano tipo 8, cuya forma epidémica afecta principalmente a pacientes con inmunosupresión avanzada por VIH. Se presenta el caso de un varón de 27 años con sida, en quien el estudio necrópsico reveló una extensa afectación visceral por sarcoma de Kaposi, con compromiso prácticamente continuo del tracto gastrointestinal y sin lesiones cutáneas clínicamente evidentes. Durante la evaluación clínica, las adenopatías inguinales motivaron inicialmente la sospecha de linfoma no Hodgkin. La punción aspirativa con aguja fina sugirió sarcoma de Kaposi, diagnóstico posteriormente sustentado por el estudio histopatológico de la exéresis ganglionar. La evolución fue desfavorable, con progresión a fallo multiorgánico. La necropsia permitió establecer la verdadera magnitud de la diseminación tumoral y evidenció una marcada discordancia entre la extensión anatómica de la enfermedad y su expresión clínica.

**Palabras clave:** sarcoma de Kaposi; infecciones por VIH; inmunosupresión; tracto gastrointestinal; inmunohistoquímica; herpesvirus humano 8

**ABSTRACT**

Kaposi sarcoma is a multifocal vascular neoplasm associated with human herpesvirus type 8, whose epidemic form mainly affects patients with advanced immunosuppression due to HIV. We report the case of a 27-year-old man with AIDS in whom autopsy revealed extensive visceral Kaposi sarcoma, with nearly continuous involvement of the gastrointestinal tract and no clinically evident cutaneous lesions. During clinical evaluation, inguinal lymphadenopathy initially raised suspicion of non-Hodgkin lymphoma. Fine-needle aspiration suggested Kaposi sarcoma, and the diagnosis was subsequently supported by histopathologic examination of the excised lymph node. The clinical course was unfavorable, progressing to multiorgan failure. Autopsy established the true extent of tumor dissemination and demonstrated a marked discordance between the anatomical extent of disease and its clinical expression.

**Keywords:** Kaposi sarcoma; HIV infections; immunosuppression; gastrointestinal tract; autopsy; immunohistochemistry; human herpesvirus 8

## RESUMO

O sarcoma de Kaposi é uma neoplasia vascular multifocal associada ao herpesvírus humano tipo 8, cuja forma epidêmica afeta principalmente pacientes com imunossupressão avançada decorrente da infecção pelo HIV. Relata-se o caso de um homem de 27 anos com AIDS, em quem a necropsia revelou extenso acometimento visceral por sarcoma de Kaposi, com comprometimento praticamente contínuo do trato gastrointestinal e sem lesões cutâneas clinicamente evidentes. Durante a avaliação clínica, a linfadenopatia inguinal motivou inicialmente a suspeita de linfoma não Hodgkin. A punção aspirativa por agulha fina

sugeriu sarcoma de Kaposi, diagnóstico posteriormente sustentado pelo exame histopatológico da exérese ganglionar. A evolução foi desfavorável, com progressão para falência de múltiplos órgãos. A necropsia permitiu estabelecer a verdadeira magnitude da disseminação tumoral e evidenciou marcada discordância entre a extensão anatômica da doença e sua expressão clínica.

**Palavras-chave:** sarcoma de Kaposi; infecções por HIV; imunossupressão; trato gastrointestinal; autópsia; imuno-histoquímica; herpesvirus humano 8

### Cómo citar este artículo:

Fuentes Peláez A, Peraza Bordao J, Lobaina Castillo M. Sarcoma de Kaposi gastrointestinal sin manifestaciones cutáneas en paciente con sida. Rev Inf Cient [Internet]. 2026 [citado Fecha de acceso]; 105:e5186. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/5186>

## INTRODUCCIÓN

El sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular de origen endotelial estrechamente relacionada con la infección por el herpesvirus humano tipo 8 (HHV-8), cuya participación es indispensable en la patogénesis tumoral.<sup>(1)</sup> La interacción entre el virus y el estado de inmunosupresión favorece la proliferación de células fusiformes de estirpe endotelial, la neoangiogénesis y la formación de lesiones vasculares características.<sup>(1)</sup>

En personas que viven con VIH, el sarcoma de Kaposi constituye una de las neoplasias definitorias de sida y se presenta con mayor frecuencia en pacientes con inmunosupresión avanzada y recuentos bajos de linfocitos CD4, asociados a enfermedad avanzada y peor pronóstico.<sup>(2)</sup> Aunque las lesiones cutáneas constituyen su manifestación clínica más reconocida, pueden presentarse formas predominantemente viscerales sin expresión dermatológica evidente.<sup>(3,4)</sup>

El compromiso gastrointestinal es una de las localizaciones viscerales más frecuentes del sarcoma de Kaposi.<sup>(3,4)</sup> Su presentación clínica es variable y puede permanecer asintomática, lo que dificulta su reconocimiento durante la vida, especialmente cuando no existen lesiones cutáneas que orienten hacia el diagnóstico.<sup>(3,4)</sup>

Sobre esta base, se presenta el caso de un paciente con VIH/sida avanzado y sarcoma de Kaposi sin manifestaciones cutáneas clinicamente evidentes, en donde el estudio necrópsico mostró una extensa afectación multiorgánica con compromiso prácticamente continuo del tracto gastrointestinal, y cuya magnitud no fue reconocida durante la evaluación clínica. La excepcional extensión de la afectación digestiva y su escasa y tardía expresión clínica constituyen los principales elementos de interés de este caso.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 27 años con infección por VIH diagnosticada el 23 de abril de 2002 y diagnóstico de sida establecido el 1 de octubre del mismo año por criterio inmunológico. El 8 de agosto de 2002 presentaba un recuento de linfocitos CD4 de 207 células/mm<sup>3</sup> (5 %), que descendió el 13 de febrero de 2003 a 68 células/mm<sup>3</sup> (2 %). Inició tratamiento antirretroviral el 13 de diciembre de 2002, con lamivudina, nevirapina y estavudina. El 20 de enero de 2003, ante las dificultades en la adherencia, se sustituyó la nevirapina por indinavir, manteniéndose la lamivudina y la estavudina.

Este paciente ingresó el 12 de febrero de 2003 por síndrome febril prolongado asociado a adenopatías, con sospecha clínica inicial de linfoma no Hodgkin. Presentaba anemia severa, con hemoglobina de 6 g/dL, por lo que recibió transfusión sanguínea, tras la cual aumentó a 9 g/dL. Se realizó Punción Aspirativa con Aguja Fina (PAAF) de un ganglio inguinal derecho, que evidenció proliferación de células fusiformes sugestiva de sarcoma de Kaposi. Posteriormente, se realizó la exéresis ganglionar, cuyo estudio histopatológico mostró hallazgos morfológicos compatibles con el diagnóstico.

Durante su evolución, presentó pérdida de peso progresiva y episodios recurrentes de herpes zóster. Los estudios de imagen evidenciaron derrame pleural derecho, opacidades pulmonares sugestivas de diseminación, esplenomegalia y adenomegalias retroperitoneales.

La evolución clínica fue rápidamente progresiva, con deterioro sistémico caracterizado por fiebre persistente, compromiso hemodinámico, insuficiencia respiratoria y signos de sepsis hasta evolucionar hacia fallo multiorgánico refractario. En la fase final presentó molestias abdominales, sin que se realizaran estudios dirigidos del tracto gastrointestinal, debido al rápido deterioro clínico. El paciente falleció el 13 de abril de 2003.

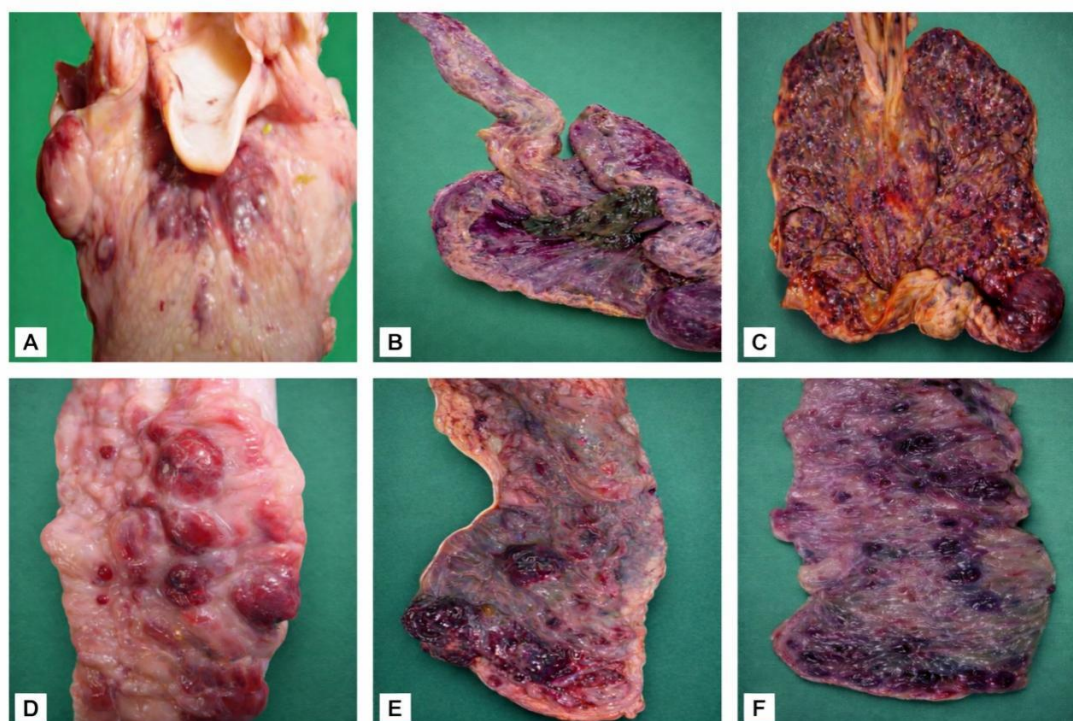
Aunque se documentó el uso de terapia antirretroviral, no fue posible evaluar adecuadamente la adherencia al nuevo esquema, ni su respuesta virológica durante el período final debido a la evolución clínica desfavorable y al posterior fallecimiento. Esta limitación impidió caracterizar con precisión la respuesta al tratamiento antirretroviral.

El estudio necrópsico mostró una extensa afectación multiorgánica. Los hallazgos macroscópicos e histopatológicos, integrados con el perfil inmunohistoquímico disponible, fueron compatibles con sarcoma de Kaposi. Particularmente relevante fue el compromiso continuo del tracto gastrointestinal, desde la cavidad oral hasta el rectosigmoides, de considerable magnitud y no reconocido durante la evolución clínica del paciente.

Macroscópicamente, la afectación digestiva se caracterizó por múltiples lesiones nodulares violáceas, de tamaño variable y distribución multifocal, con tendencia a confluir en numerosos sectores. En la orofaringe se identificaron múltiples lesiones nodulares violáceas de la mucosa, que no habían sido evidentes durante el examen físico.

El esófago y la región gastroesofágica mostraron compromiso seroso acompañado de lesiones multifocales confluentes. En el estómago se observaron numerosos nódulos submucosos violáceos de distribución difusa, mientras que el intestino delgado presentaba una afectación multifocal extensa. En el intestino grueso destacaron lesiones nodulares de aspecto hemorrágico, algunas de ellas confluentes, y en el rectosigmoides se observó una afectación difusa de la mucosa con múltiples formaciones nodulares (Figura 1A–F).

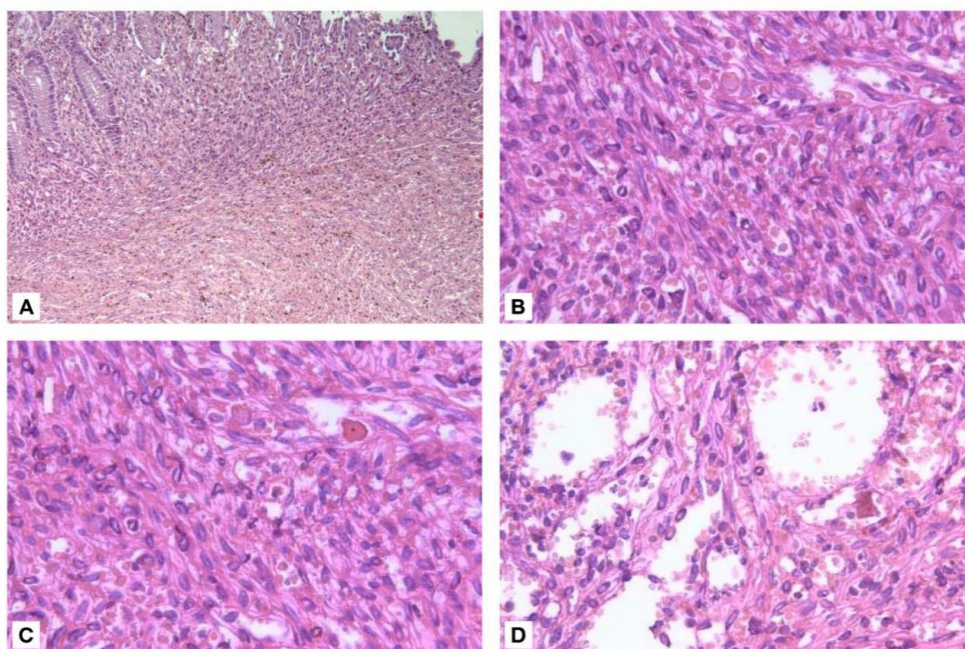
Además del extenso compromiso gastrointestinal, el estudio necrópsico evidenció afectación de múltiples grupos ganglionares peribronquiales, intertraqueobronquiales, periesofágicos, periaórticos abdominales, perirenales, pericólicos y mesentéricos, así como compromiso pulmonar y pleural e infiltración renal. De forma sobreañadida, se identificó enterocolitis necrotizante con formación de pseudomembranas en colon ascendente, ciego, apéndice y rectosigmoides. De manera general, destacó la marcada discordancia entre la magnitud de la afectación gastrointestinal documentada en la necropsia y la ausencia de reconocimiento clínico de este compromiso durante la vida.



**Fig. 1.** Compromiso macroscópico prácticamente continuo del tracto gastrointestinal por sarcoma de Kaposi visceral diseminado. Obsérvese afectación tumoral multifocal con lesiones nodulares violáceas que comprometen de forma extensa y casi ininterrumpida distintos segmentos del tracto digestivo. (A) Orofaringe con múltiples lesiones nodulares violáceas en mucosa. (B) Esófago y región gastroesofágica con compromiso seroso y lesiones multifocales confluentes. (C) Estómago con numerosos nódulos submucosos violáceos de distribución difusa. (D) Intestino delgado con compromiso multifocal extenso. (E) Intestino grueso con lesiones nodulares hemorrágicas confluentes. (F) Rectosigmoides con infiltración tumoral difusa de la mucosa y patrón nodular extenso.

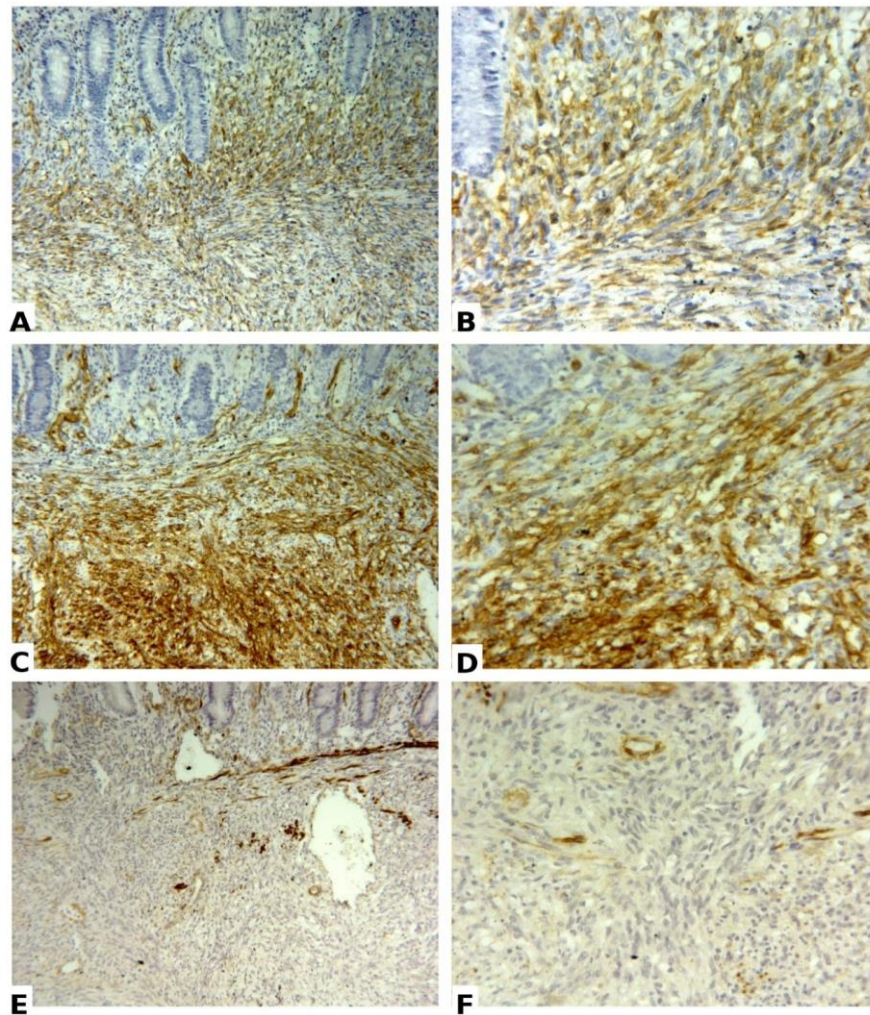
El estudio histopatológico de las lesiones gastrointestinales mostró una proliferación fusocelular de localización subepitelial, con una disposición predominantemente fascicular y formación de haces entrecruzados. En las áreas examinadas, la proliferación estuvo constituida por células fusiformes con núcleos alargados y escaso pleomorfismo. Entre las células tumorales se identificaron múltiples hendiduras vasculares de contornos irregulares que conferían a la proliferación su característico patrón vascular. Estos espacios se encontraron íntimamente relacionados con la población fusocelular y se hacían particularmente evidentes en las áreas examinadas a mayor aumento (Figura 2A–D).

Otro hallazgo morfológico acompañante fue la presencia de extravasación eritrocitaria focal en el estroma situado entre las células fusiformes y las hendiduras vasculares. En determinadas áreas se observó, además, un discreto infiltrado inflamatorio asociado. A mayor aumento podían apreciarse con mayor definición los núcleos alargados de las células fusiformes, el escaso pleomorfismo de la población proliferante y las hendiduras vasculares irregulares, acompañadas por eritrocitos extravasados en el estroma adyacente. La integración de estos hallazgos configuró el patrón morfológico observado en las lesiones estudiadas



**Fig. 2.** Hallazgos histopatológicos del sarcoma de Kaposi (hematoxilina y eosina). (A,  $\times 100$ ) Vista panorámica que muestra proliferación fusocelular subepitelial con disposición en haces entrecruzados. (B,  $\times 250$ ) Células fusiformes de núcleos alargados y escaso pleomorfismo, asociadas a hendiduras vasculares irregulares. (C,  $\times 250$ ) Proliferación fascicular con extravasación eritrocitaria focal y discreto infiltrado inflamatorio. (D,  $\times 400$ ) Detalle de las hendiduras vasculares irregulares entre las células fusiformes, con extravasación eritrocitaria en el estroma adyacente.

Por otra parte, el estudio inmunohistoquímico mostró positividad difusa para CD31 en la proliferación fusocelular. A bajo aumento, el marcaje permitió delimitar ampliamente la población proliferante y, a mayor aumento, resaltó el patrón vascular irregular asociado a las células fusiformes. CD34 mostró igualmente positividad extensa en la proliferación tumoral, con expresión difusa de las células fusiformes. La expresión de ambos marcadores apoyó la diferenciación endotelial de la proliferación observada (Figura 3A–F).



**Fig. 3.** Perfil inmunohistoquímico. (A,  $\times 100$ ) CD31: positividad difusa en la proliferación fusocelular. (B,  $\times 250$ ) CD31: mayor detalle del marcaje, que resalta el patrón vascular irregular. (C,  $\times 100$ ) CD34: positividad extensa en la proliferación fusocelular. (D,  $\times 250$ ) CD34: expresión difusa que apoya la diferenciación endotelial. (E,  $\times 100$ ) SMA: positividad limitada principalmente al componente muscular de las paredes vasculares. (F,  $\times 250$ ) SMA: ausencia de expresión específica en la proliferación fusocelular, con conservación del marcaje en las paredes vasculares.

La actina de músculo liso (SMA) mostró un patrón de expresión diferente al observado con CD31 y CD34. Su positividad se encontraba limitada principalmente al componente muscular de las paredes vasculares, mientras que la población fusocelular tumoral no mostró expresión específica. A mayor aumento se mantenía la ausencia de marcaje específico en las células fusiformes, con conservación de la positividad en las paredes vasculares presentes en el tejido examinado. Este patrón permitió distinguir con claridad el componente vascular marcado por SMA de la proliferación fusocelular tumoral no marcada

## DISCUSIÓN

El sarcoma de Kaposi asociado a VIH suele manifestarse con lesiones cutáneas que orientan el diagnóstico clínico. Sin embargo, pueden presentarse formas predominantemente viscerales sin manifestaciones dermatológicas evidentes, particularmente en pacientes con inmunosupresión avanzada.<sup>(2-4)</sup> A pesar de la marcada disminución de su incidencia tras la introducción y expansión de la terapia antirretroviral, el sarcoma de Kaposi continúa siendo una neoplasia relevante en las personas con VIH. En un estudio poblacional realizado en Estados Unidos su incidencia disminuyó de 109 casos por 100 000 personas-año en 2000, a 47 por 100 000 personas-año en 2015, con una reducción anual aproximada del 6 %.<sup>(5)</sup>

La ausencia de lesiones cutáneas clínicamente evidentes en el presente caso contrastó con la extensa afectación visceral demostrada en el estudio necrópsico, con una presentación clínico-patológica poco habitual. La PAAF permitió establecer tempranamente la sospecha diagnóstica, posteriormente sustentada por el estudio histopatológico de la pieza de exéresis ganglionar.<sup>(6)</sup>

El marcado deterioro inmunológico, evidenciado por el descenso de los linfocitos CD4 de 207 células/mm<sup>3</sup> (5 %) a 68 células/mm<sup>3</sup> (2 %), constituyó un factor asociado a enfermedad avanzada y peor pronóstico.<sup>(2)</sup> No se dispuso de determinaciones contemporáneas de carga viral, lo cual limitó la caracterización virológica del caso. El marcado deterioro inmunológico, junto con las dificultades documentadas en la adherencia al tratamiento antirretroviral, es compatible con un control inmunoviológico insuficiente, aunque no permitió establecer el grado de replicación viral.

Desde el punto de vista histopatológico, se documentó el patrón clásico de proliferación fusocelular en haces entrecruzados, con hendiduras vasculares irregulares y extravasación eritrocitaria; hallazgos característicos del sarcoma de Kaposi.<sup>(4,7)</sup> La positividad difusa para CD31 y CD34 apoyó la diferenciación endotelial; sin embargo, estos marcadores no son específicos por sí solos para sarcoma de Kaposi.<sup>(1,8)</sup>

En este contexto, el diagnóstico diferencial debe considerar otras proliferaciones vasculares, particularmente el angiosarcoma y la angiomatosis bacilar.<sup>(9)</sup> El angiosarcoma suele mostrar mayor atipia citológica, pleomorfismo y actividad mitótica, mientras que la angiomatosis bacilar se caracteriza por una proliferación vascular asociada a un infiltrado inflamatorio prominente, frecuentemente neutrofílico, y microorganismos que pueden demostrarse mediante tinciones especiales.<sup>(9)</sup>

En este estudio la proliferación fusocelular relativamente monomorfa, las hendiduras vasculares irregulares y la extravasación eritrocitaria junto con el perfil inmunohistoquímico endotelial y el contexto clínico de inmunosupresión avanzada favorecieron el diagnóstico de sarcoma de Kaposi, coincidiendo con otros autores.<sup>(1,8,9)</sup>

Uno de los hallazgos más relevantes fue el compromiso prácticamente continuo del tracto gastrointestinal desde la cavidad oral hasta el rectosigmoides. Aunque la afectación gastrointestinal está bien documentada en el sarcoma de Kaposi una extensión tan amplia constituye una presentación poco habitual.<sup>(3,4,10,11)</sup> La distribución observada en la necropsia permitió establecer una afectación gastrointestinal de considerable magnitud, no reconocida durante la evaluación clínica.

Las manifestaciones digestivas se limitaron a molestias abdominales aparecidas durante la fase final de la evolución sin que se realizaran estudios dirigidos del tracto gastrointestinal debido al rápido deterioro clínico. La verdadera magnitud del compromiso gastrointestinal solo pudo establecerse mediante la necropsia. Además, se identificó una enterocolitis necrotizante sobreañadida con formación de pseudomembranas, por lo que las molestias abdominales no pudieron atribuirse exclusivamente a la afectación gastrointestinal por sarcoma de Kaposi. Este caso evidencia que una extensa afectación gastrointestinal puede presentar una expresión clínica escasa y tardía.<sup>(3,4,12)</sup>

La inmunohistoquímica para HHV-8, particularmente la demostración nuclear de LANA-1, constituye una herramienta de gran utilidad para confirmar el diagnóstico de sarcoma de Kaposi y diferenciarlo de otras proliferaciones vasculares.<sup>(1,8)</sup> En este caso no fue posible realizar dicha determinación por limitaciones técnicas. Por tanto, la ausencia de confirmación mediante HHV-8/LANA-1 constituyó una limitación relevante. El diagnóstico se sustentó en la integración de los hallazgos morfológicos característicos, el perfil inmunohistoquímico de diferenciación endotelial, el contexto de inmunosupresión avanzada por VIH y el patrón de diseminación multiorgánica identificado en la necropsia.

En conjunto, la correlación clínico-patológica demostró una marcada discordancia entre la extensión anatómica de la enfermedad y su expresión clínica. La ausencia de manifestaciones cutáneas clínicamente evidentes, junto con la escasa y tardía sintomatología gastrointestinal, dificultó reconocer durante la vida la verdadera magnitud de la afectación visceral. El estudio necrópsico resultó fundamental para establecer la extensión definitiva de la enfermedad.

## CONSIDERACIONES FINALES

El caso presentado ilustra que el sarcoma de Kaposi asociado al VIH puede manifestarse como una enfermedad visceral diseminada sin lesiones cutáneas clínicamente evidentes, lo que puede dificultar su sospecha clínica. En pacientes con inmunosupresión avanzada la ausencia de manifestaciones dermatológicas no excluye una afectación visceral extensa.

La afectación prácticamente continua del tracto gastrointestinal observada en este caso constituye una forma poco habitual de compromiso visceral y pone de manifiesto la marcada discordancia entre la extensión anatómica de la enfermedad y su expresión clínica, que en este paciente fue escasa y tardía a nivel digestivo.

El estudio necrópsico resultó fundamental para establecer la verdadera magnitud de la diseminación tumoral, no reconocida durante la evaluación clínica, y lograr una adecuada correlación clínico-patológica.

Si bien los hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos apoyan el diagnóstico, la ausencia de confirmación mediante HHV-8/LANA-1 debe considerarse una limitación relevante, lo que enfatiza la necesidad de integrar los hallazgos clínicos, morfológicos e inmunohistoquímicos para una adecuada caracterización diagnóstica.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento al Dr. Eugenio Leonardo (Trieste, Italia) por la realización de las técnicas de inmunohistoquímica que contribuyeron a la caracterización inmunofenotípica del caso; igualmente al equipo técnico del Departamento de Anatomía Patológica del Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri” por su colaboración en el procesamiento histológico de las muestras.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lurain KA, Ramaswami R, Krug LT, Whitby D, Ziegelbauer JM, Wang HW, et al. HIV-associated cancers and lymphoproliferative disorders caused by Kaposi sarcoma herpesvirus and Epstein-Barr virus. Clin Microbiol Rev [Internet]. 2024 [citado 30 Ago 2026]; 37(3):e00022-23. DOI: <https://doi.org/10.1128/cmr.00022-23>
2. Cuellar LE, Meza K, Holguín AM, Velarde J, Portillo-Alvarez D, Castro V, et al. Clinicopathological features and mortality in patients with Kaposi sarcoma and HIV: a retrospective analysis of a thirty-year study from a Peruvian oncologic center. JCO Glob Oncol [Internet]. 2022 [citado 30 Ago 2026]; 8:e2100379. DOI: <https://doi.org/10.1200/GO.21.00379>
3. Addula D, Das CJ, Kundra V. Imaging of Kaposi sarcoma. Abdom Radiol (NY) [Internet]. 2021 [citado 30 Ago 2026]; 46(11):5297-5306. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00261-021-03205-6>
4. Camino DA, Acuña L, Fernández P, Santos B. Sarcoma de Kaposi del tracto gastrointestinal. Reporte de caso. Actual Sida Infectol [Internet]. 2023 [citado 30 Ago 2026]; 31(111):49-53. DOI: <https://doi.org/10.52226/revista.v31i111.128>
5. Peprah S, Engels EA, Horner MJ, Monterosso A, Hall HI, Johnson AS, et al. Kaposi sarcoma incidence, burden, and prevalence in United States people with HIV, 2000-2015. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev [Internet]. 2021 [citado 30 Ago 2026]; 30(9):1627-1633. DOI:

<https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-21-0008>

6. Sun L, Zhang L, Yang K, Chen JM, Chen XM, Li M, et al. Diagnosis of Kaposi sarcoma by a modified fine needle aspiration method combing cell block in Chinese patients with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Chin Med J (Engl)* [Internet]. 2020 [citado 30 Ago 2026]; 133(23):2894-2896. DOI: <https://doi.org/10.1097/CM9.00000000000001137>
7. Assis YD, Melo LLP, Rezende LJS, Oliveira EFP, Campos LCO, Rocha AGS, et al. Sarcoma de Kaposi gastrointestinal primário: relato de caso. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2021 [citado 30 Ago 2026]; 13(1):e5349. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e5349.2021>
8. Rosado FGN, Itani DM, Coffin CM, Cates JM. Utility of immunohistochemical staining with FLI1, D2-40, CD31, and CD34 in the diagnosis of acquired immunodeficiency syndrome-related and non-acquired immunodeficiency syndrome-related Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 2012 [citado 30 Ago 2026]; 136(3):301-304. DOI: <https://doi.org/10.5858/arpa.2011-0213-OA>
9. Radu O, Pantanowitz L. Kaposi sarcoma. *Arch Pathol Lab Med* [Internet]. 2013 [citado 30 Ago 2026]; 137(2):289-294. DOI: <https://doi.org/10.5858/arpa.2012-0101-RS>
10. Shah NJ, Aloysius MM, Bhanat E, Gupta S, Savio J, Aswath G, et al. Demographic profile, management, and survival of primary gastrointestinal Kaposi sarcoma: a USA nationwide SEER-based study. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2022 [citado 30 Ago 2026]; 81:102277. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2022.102277>
11. Maestro Prada I, Collado Pacheco D. Afectación gástrica de sarcoma de Kaposi como causa de hemorragia digestiva alta. *Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2022 [citado 30 Ago 2026]; 45(4):289-290. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.10.020>
12. Gnanapandithan K, Hussain MT, Kashani D, Okafor PN. Kaposi sarcoma presenting as upper gastrointestinal bleeding in a patient with acquired immune deficiency syndrome. *Case Rep Gastrointest Med* [Internet]. 2025 [citado 30 Ago 2026]; 2025:7703200. DOI: <https://doi.org/10.1155/crgm/7703200>

#### **Declaración de conflictos de intereses:**

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

#### **Contribución de los autores:**

*Alexis Fuentes Peláez:* conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, visualización, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

*Jennys Peraza Bordao:* curación de datos, análisis formal, supervisión, redacción-revisión y edición.

*Maritza Lobaina Castillo:* metodología, investigación, visualización, redacción-revisión y edición.

#### **Financiación:**

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

