

SARCOMA DE KAPOSÍ EM PACIENTE DO SEXO FEMINO: RELATO DE CASO

Karina Detofol¹, kadetofol@gmail.com

Milena de Souza Melo¹, milena.melo@edu.unipar.br

Ricardo Delfini Perci²,

Raphael Chalbaud Biscaia Hartmann^{2/3}

Nelton Anderson Bispalez Correa³

¹Acadêmica do curso de medicina da Unipar;

²Médico infectologista;

³Docente do curso de medicina da Unipar.

RESUMO

O sarcoma de Kaposi (SK) é o câncer com maior incidência e prevalência em indivíduos diagnosticados com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), sendo desde o início mais comum no sexo masculino e raro no feminino. Porém, houve uma diminuição significativa de casos de SK em ambos os sexos, provavelmente pelo uso de antirretrovirais. O objetivo do presente relato é discorrer um caso de SK em uma paciente do sexo feminino associado a HIV/AIDS. A metodologia utilizada neste relato de caso foi a análise de arquivo da anamnese e acompanhamento da paciente. A paciente HIV+ faz uso de antirretrovirais (DTG/3TC+TDF), fluconazol e profilaxia para doenças oportunistas, foi encaminhada para avaliação dermatológica das lesões de SK e iniciou tratamento com quimioterapia. Conclui-se até o momento da consulta de dados, que o tratamento em questão tende a ser eficaz em mais da metade dos pacientes tratados, e o acompanhamento médico é importante para avaliar se há necessidade de interromper a quimioterapia, em casos de aumento de tumor em tamanho e quantidade, ou se deve ser reiniciada em casos de piora da doença.

Descritores: Sarcoma de Kaposi; sexo feminino; HIV+; antirretrovirais; quimioterapia.

INTRODUÇÃO

O HIV, vírus causador da AIDS, provoca uma diminuição da resistência do corpo humano favorecendo o surgimento de diversas infecções, chamadas de infecções oportunistas, entre elas podemos citar as meningites, pneumonias e tuberculose. Além disso, pode levar ao aparecimento de doenças em vários órgãos do corpo, como o sistema nervoso central (cérebro e medula) e periférico (neuropatias), assim como também pode provocar as chamadas neoplasias. Estas últimas são de grande importância para a contextualização deste caso, resumidamente, define-se como neoplasias a proliferação ou formação desordenada de células do organismo, e um dos tipos mais comuns que podem ser definidoras da AIDS, é o Sarcoma de Kaposi (ROSA, 2021).

O Sarcoma de Kaposi é um câncer de células dos vasos sanguíneos (veias e artérias), reconhecido como uma das primeiras doenças oportunistas relacionada com a infecção

pelo HIV (LIMA, 2015).

O papel oncogênico dos DNA-vírus é complexo. O vírus interage no genoma das células do hospedeiro e induz alterações na expressão gênica das células. Essa alteração pode ser devida à combinação de vários oncogenes virais ou genes supressores de tumores, com diferentes *promoters* e/ou expressão de proteínas híbridas com potencial oncogênico. A presença do vírus latente integrado ao genoma da célula hospedeira, sem que exista morte celular por ação lítica viral, permite a contínua expressão de oncogenes ou induzindo menor expressão de genes supressores de tumor. Um co-fator da alta frequência de SK associado à AIDS pode ser resultante da atuação sinérgica do HIV com o HHV-8 por meio da proteína Tat, que possui capacidade de ativar a β -FGF (*β -fibroblast growth factor*), de potente ação angiogênica. E, pelo potencial de ativação do HHV-8 exercido pelo HIV, aumentando a carga viral do HHV-8 e a expressão de genes de potencial oncogênico, de síntese do VEGF (*vascular endothelial growth factor*), gene de atividade anti-apoptose e gene que antagoniza a imunidade antiviral mediada por interferon (MARQUES, 2005).

Apresenta-se como tumores vinhosos, geralmente elevados, sendo a pele o local mais acometido, com característica de lesões infiltradas na pele. Alguns casos, porém, é precedido por lesões viscerais, orais (mucosas principalmente) ou ganglionares ou ainda, não há comprometimento cutâneo. O SK cutâneo tem preferência de distribuição para cabeça, pescoço e tronco e pode variar em número, observando-se desde algumas lesões isoladas até centenas de lesões disseminadas (TANCREDI *et al*, 2017).

As lesões cutâneas de SK são tipicamente nodulares, pigmentadas, indolores, de tamanhos variáveis e placas tumorais confluentes de 5 a 10 cm de diâmetro podendo surgir em qualquer lugar do corpo. Estas lesões podem ser maculares, papulares, platiformes ou nodulares, com dimensões variáveis. Em relação à coloração, são rosadas, vermelhas, purpúricas ou castanhas. Nos indivíduos de cor negra, algumas lesões são muito escuras, quase negras (MALDONADO *et al*, 2015).

O tumor pode se manter estável, com poucas lesões, sem repercussões, ou progredir. Há pacientes com SK/AIDS sem infecção oportunista com sobrevida de até dez anos, sendo determinante para sobrevida a contagem de células CD4+. Envolvimento visceral resulta em curta sobrevida, em média menos de seis meses. A história natural do SK pode seguir vários caminhos (SOUZA *et al*, 2012).

Um dos maiores desafios do SK é seu tratamento, geralmente baseado na extensão da doença, porém sua terapia ideal ainda não foi determinada. As opções incluem quimioterapia, radioterapia, imunoterapia, drogas antivirais, cessação da terapia imunossupressora em pacientes imunossuprimidos iatrogenicamente, remoção cirúrgica dos nódulos de pele ou áreas gravemente afetadas, cirurgia à laser e até a não intervenção em alguns casos (SCHWARTZ *et al*, 2021).

OBJETIVO

O propósito deste relato está em discorrer um caso de SK em uma paciente do sexo

feminino associado a HIV+ e a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Tendo em vista a malignidade da doença é importante salientar que esta doença ocorre de forma rara em mulheres, sendo assim, estas devem ser avaliadas atentamente e regularmente por profissionais especializados para que sejam diagnosticadas em fase precoce.

RESULTADOS

A paciente faz acompanhamento de HIV/AIDS e segue com o uso de antirretrovirais (DTG/3TC+TDF), fluconazol e profilaxia para doenças oportunistas. Foi encaminhada para avaliação dermatológica das lesões de SK e, a partir disso, iniciou tratamento com quimioterapia.

RELATO DE CASO

S. A. T. P., 55 anos, viúva. Evidências de emagrecimento, diarreia, lesão de pele nasal e em outra parte do corpo que estava sendo tratada como micose, HIV+. Paciente relata ter uma tatuagem há mais de 40 anos, nega uso de drogas e cirurgias, sem contato sexual a 3 anos, tabagista, também relata menopausa e dois filhos (o último há 20 anos). Ectoscopia e exame físico: regular estado geral, emagrecida (33,9 kg), corada, monilíase oral, adenopatias (micropoliadenopatias) difusas, lesão nasal violácea bem característica, lesões no lado esquerdo do pescoço e no tórax também violáceas, nenhuma alteração cardíaca ou pulmonar, paciente apresenta abdome escavado. Hipótese diagnóstica: diarreia como doença oportunista, HIV, SK e monilíase. Conduta médica: antirretroviral (DTG/3TC+TDF), fluconazol e profilaxia para doença oportunista. Exames de rotina: paciente apresenta CD4 - 241 e CV - 293 em 12 de junho de 2019, PPD - não reator, anti HVA IgG - positivo, anti HBSAg - negativo, anti HVC - negativo, VDRL - não reagente. Encaminhamento: dermatologista para realização de biópsia e confirmação do sarcoma de Kaposi em 24 de julho de 2019. Em 15 de outubro de 2019 (data da coleta de dados) a paciente já estava fazendo tratamento para o sarcoma de Kaposi com quimioterapia.

CONCLUSÃO

A íntima relação desta neoplasia com o vírus HIV, e o conhecimento das características das lesões de pele apresentadas pelo sarcoma de Kaposi permite que o médico tenha dentre as suas hipóteses diagnósticas esta enfermidade. Conclui-se que é de extrema importância o conhecimento médico para identificação e tratamento precoce do SK. Com novos métodos diagnósticos e melhora no tratamento, pode-se evitar a progressão da neoplasia e suas complicações, trazendo expectativa e qualidade de vida para o paciente. O tratamento para o SK com quimioterapia é eficaz em mais de 50% dos pacientes tratados. Além disso, o acompanhamento médico é de grande relevância para avaliar a necessidade de interromper a quimioterapia, quando há aumento de tumor em tamanho e quantidade, ou se deve ser reiniciada, quando há piora da doença.

REFERÊNCIAS

LIMA, C. T. Sarcoma de Kaposi: características clínico-laboratoriais, estadiamento

inicial e desfecho em pacientes com AIDS atendidos em centro de referência de Recife/PE no período de 2004 a 2014. **UFPE**, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/15434>>. Acesso em: 27 jun. 2020.

MALDONADO, G. C. *et al.* Estudo clínico de sarcoma de Kaposi em pacientes com HIV/AIDS, de 1985-1994 e 2005-2014. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, [S.l.], v. 14, ago. 2015. ISSN 1983-2567. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/17924>>. Acesso em: 28 fev. 2020.

MARQUES, Silvio Alencar. Sarcomatose múltipla hemorrágica de Kaposi. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, p. 549-552, 2005.

ROSA, Ricardo Santaella. HIV e Neoplasias. **MNCP Org. Nacional - Brasil**. 20 de abril de 2021. Disponível em: <<https://mncp.org.br/2021/04/20/hiv-e-neoplasias/>>. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

SCHWARTZ, Robert A., *et al.* Manifestações dermatológicas do Sarcoma de Kaposi. **Medscape**. Atualizado em 26 de março de 2021. Disponível em: <<https://emedicine.medscape.com/article/1083998-overview>>. Acesso em: 26 de agosto de 2021.

SOUZA, R. M. *et al.* Manifestação clínica do Sarcoma de Kaposi como sinal inicial da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Arq Ciênc Saúde** 2012 abr-jun 19(2) 30-2. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-19-2/ID479-Rev-19-abr-jun-2012.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2020.

TANCREDI, Mariza Vono *et al.* Prevalência de sarcoma de Kaposi em pacientes com aids e fatores associados, São Paulo-SP, 2003-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 379-387, jun. 2017. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742017000200379&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 22 jul. 2020.