

Clarisse Kaori Fujishige<sup>1</sup>, Lucas Prezotto Giordani<sup>1</sup>, Jean Henri Maselli Schoueri<sup>2</sup>, Eloisa Basile Siqueira Ayub<sup>2</sup>, Patrícia Xavier Santi<sup>3</sup>, Carlos D  
Apparecida Santos Machado Filho<sup>1</sup>, Claudia Vaz de Melo Sette<sup>3</sup>

1- Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP  
2- Departamento de Infectologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP  
3- Departamento de Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC, Santo André, SP

## Introdução

O Sarcoma de Kaposi (SK), tumor raro associado à infecção do herpes virus 8 (HHV-8), pode se apresentar com 04 principais subtipos: SK Epidêmico (associado ao HIV), Iatrogênico, Africano (Endêmico) e Clássico – este último frequentemente em homens do Leste europeu e Mediterrâneo com idade superior a 50 anos (1). O SK clássico se apresenta como maculas e placas violáceas ou vermelho-amarronzadas em mãos e pés, progredindo para braços e pernas ao longo de anos. Apesar de indolente, em 10% dos casos há envolvimento de vísceras e mucosas, podendo disseminar para órgãos internos em formas mais avançadas (2). Relatamos caso de SK Clássico em imunocompetente proveniente do Nordeste do Brasil, com seguimento clínico e tratamento quimioterápico no Centro Universitário FMABC.

## Casística e Métodos

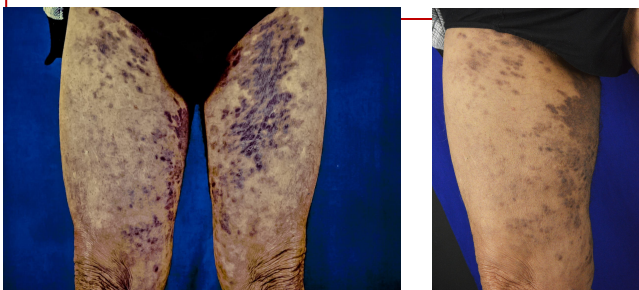
Relato de caso com revisão integrativa da literatura (Pubmed, Scielo, Google Scholar) entre 1980 a 2022, com as palavras-chave: "Sarcoma de Kaposi Clássico", "Brasil", "Imunocompetente" e "Sarcoma de Kaposi"

## Resultados

Paciente masculino, 70 anos, encaminhado ao Hospital Estadual Mário Covas (Santo André, SP) com queixa de lesões de pele tumorais avermelhadas há 05 anos em membros inferiores com progressão lenta e assintomática. Portador de insuficiência venosa crônica e hiperplasia prostática benigna. Referia relações heteroafetivas, com parceira estável há anos. Antecedentes familiares relevantes negativos, negava descendência européia.

Ao exame clínico, em coxas bilateralmente: placas, pápulas e nódulos eritematovioláceos bem delimitados, confluentes, a maior de 26x20 cm (**fig. A**). Realizada biópsia de pele: neoplasia vascular com formação de fendas e canais, infiltrando a derme e tecido celular subcutâneo (**fig. C e D**) com IH positiva para CD31 e CD34 e pesquisa positiva de HHV-8, definindo diagnóstico de SK.

Investigação de HIV, HTLV, Sífilis e hepatites negativas, descartado imunossupressão por infectologista. Estadiamento com biópsia de próstata, broncoscopia, endoscopia/colonoscopia, sem evidência de doença em outras topografias. Iniciado tratamento com Doxorubicina lipossomal 20 mg/m<sup>2</sup>, submetido a 06 sessões até o momento, com boa resposta (**fig. B**), sem efeitos adversos significativos.



## Discussão

O SK, primeira vez descrito em 1872 por Moritz Kaposi, era considerado relativamente raro até a epidemia do HIV (década de 1980). Apresenta-se em 04 formas: SK clássico, comum em idosos da região Mediterrânea, com nódulos ou placas violáceas de crescimento lento nas extremidades inferiores. O SK Endêmico/Africano, em jovens adultos ou crianças, geralmente com envolvimento visceral. O SK iatrogênico, em pacientes transplantados de órgãos sólidos e/ou em uso de imunossupressores. E o SK epidêmico, associado à SIDA, mais comum, e com lesões mais agressivas, de rápida evolução (3). Apesar da gravidade do quadro serem diferentes, a pesquisa de HHV-8 é positiva nas 04 formas, e em geral, características anatomopatológicas, semelhantes (4).

O SK clássico, acomete mais homens que mulheres (10-15:1). Levantamento sul-americano (5) realizado até o ano de 2005, havia relatado apenas 10 casos de SK clássico no Brasil. Digno de nota, um estudo brasileiro (2004) relatou a soroprevalência de 2,5% do HHV-8 na população em geral de São Paulo (6), todas em grupos de risco para a infecção. Foi evidenciada ainda a prevalência de 39,2% em HIV-positivo sem SK; e 98,7% em HIV-positivo com SK. Em outro estudo nacional, em populações indígenas (8), a soroprevalência de HHV-8 foi 53%, porém sem nenhum caso de SK. Esses dados, associados aos casos esporádicos de SK em não HIV, corroboram para o fato de que para desenvolver o SK não basta apenas ser portador do HHV-8, levando à hipótese de que faz-se necessário, também, predisposição genética. Neste relato em específico, não há fator desencadeante claro, principalmente se tratando de indivíduo residente fora de área de risco, sem relações com outros parceiros e imunocompetente.

Quanto ao tratamento, até o momento, não há consenso se este deve ser diferente do realizado da forma Epidêmica, pois na maioria dos casos em HIV, ao iniciar os antirretrovirais, há regressão importante das lesões de SK (9). Atualmente, formas extensas ou com disseminação para outros órgãos, recomenda-se como 1ª linha o uso de antraciclina lipossomal (daunorrubicina ou doxorubicina). Assim como na maioria dos casos de SK clássico levantados, o paciente evoluiu bem com a quimioterapia e, atualmente, segue em remissão.

## Conclusão

O SK Clássico é uma forma rara de apresentação, cuja fisiopatologia ainda não encontra-se totalmente compreendida. Ainda assim, é imperativo, em sua suspeita, a investigação de imunodeficiências para o tratamento mais adequado.

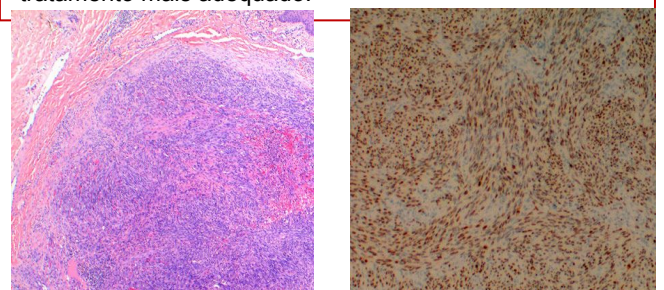


Figura A: aspecto das lesões antes do tratamento; B: após o tratamento com doxorubicina; C: anatomopatológico de pele com proliferação vascular, infiltrando a derme e tecido celular subcutâneo; D: IHQ demonstrando a presença do HHV-8

## Referências

- Esser, S., et al. S. S1 Guideline: SK. JDDG. 20(6):892-904, 2022 | 2. Tiussi RM, et al. SK: achados clínico-patológicos nos pacientes do Hospital Cassiano Antônio Moraes - Vitória (ES), Brasil. An Bras Dermatol.;87(2):258-65, 2012. | 3. K. Antman et al. SK, N Engl J Med, 342, 1027-1038, 2000. | 4. Howard J, Johnson C, et al. SK no rosto não-HIV: Relato de caso e revisão literária. J Clin Aesthet Dermatol.;14(11):35-37, 2021. | 5. Mohanna S, et al. Epidemiologia e características clínicas do SK Clássico, soroprevalência e variantes do HHV-8 na América do Sul: Revisão crítica de doença antiga. Int J Infect Dis.;9(5):239-50, 2005; | 6. Souza VAUF, et al. Prevalência de anticorpos do HHV-8 em pop. com e sem risco de infecção no estado de SP. Braz J Med Biol Res;37:123-7, 2004. | 7- Biggar R, et al. HHV-8 em Ameríndios Brasileiros: uma pop. hiperendêmica com um novo subtipo. J Infect Dis;181:1562-8, 2000. | 8- Arruda É, et al. Consenso da SBI e SBOC no manejo e tratamento SK. Braz J Infect Dis.; 18(3):315-26, 2014.