

SARCOMA DE KAPOSI GANGLIONAR SEM LESÕES CUTÂNEAS EM PACIENTES COM HIV/ AIDS: UM RELATO DE CASO

KAPOSI LYMPH NODE SARCOMA WITHOUT SKIN LESIONS IN PATIENTS WITH HIV/AIDS: A CASE REPORT

AMANDA LIMA DA CUNHA E **SOUZA**¹, DEBORAH CRISTINA MARQUINHO **SILVA**², DIANE RUTH DOS SANTOS **DOURADO**², LUCIANA FIGUEIREDO DA **SILVA**¹, MARIANA DA SILVEIRA TORRES **PEREIRA**¹, ROBERTO FALCI DA SILVA **GARCIA**^{3*}

1. Médica Infectologista do Hospital Geral de Nova Iguaçu; 2. Médica Residente do Programa de Residência Médica em Infectologia do Hospital Geral de Nova Iguaçu; 3. Professor Mestre, Médico Infectologista e Coordenador do Programa de Residência Médica em Infectologia do Hospital Geral de Nova Iguaçu.

* Rua Santa Clara, número 245, Copacabana - Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. CEP: 22041-011. amandalimadacunha@gmail.com

Recebido em 08/02/2026. Aceito para publicação em 13/03/2026

RESUMO

O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia maligna de proliferação de células endoteliais associada a infecção pelo herpesvírus humano 8 (HHV 8). É comumente conhecido pelo seu acometimento cutâneo, com lesões violáceas elevadas e com distribuição multifocal. Atualmente são descritas 4 variantes clínico - epidemiológicas: clássico, endêmico, iatrogênico e epidêmico, sendo a última associada a infecção pelo HIV. O presente estudo tem como objetivo relatar um caso com apresentação clínica do Sarcoma de Kaposi em uma pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) com acometimento ganglionar sem lesões cutâneas, o que pode ser um desafio diagnóstico.

PALAVRAS-CHAVE: Sarcoma de Kaposi; HIV/AIDS; Herpesvirus humano 8.

ABSTRACT

Kaposi's sarcoma (KS) is a malignant tumor of endothelial cells associated with human herpesvirus 8 (HHV 8) infection. It is commonly known for its cutaneous involvement, with raised violet lesions and multifocal distribution. Currently, 4 clinical - epidemiological variants have been described: classic, endemic, iatrogenic and epidemic, the last being associated with HIV infection. The present study aims to report a case with clinical presentation of Kaposi's Sarcoma in a person living with HIV/AIDS (PLWHA) with lymph node involvement without detected lesions, which can be a diagnostic challenge.

KEYWORDS: Kaposi's sarcoma; HIV/AIDS; Human herpesvirus 8.

1. INTRODUÇÃO

Em 1872, o médico húngaro Moritz Kaposi descreveu pela primeira vez o Sarcoma de Kaposi (SK). Trata - se de uma neoplasia vascular multifocal que está associada a infecção pelo herpesvírus humano 8

(HHV8) também conhecido como herpesvírus relacionado ao Sarcoma de Kaposi^{1,2,3}.

Embora possa estar presente em diversas situações, é frequentemente encontrada em pessoas que vivem com HIV/AIDS. O Sarcoma de Kaposi é mais conhecido pelo seu acometimento cutâneo, cujas lesões tipicamente são nodulares, de coloração violácea, indolores, de tamanhos variáveis de milímetros a centímetros, geralmente localizados em membros, cavidade oral, regiões plantares e extremidades^{1,2,3}.

Na ausência de envolvimento cutâneo, o SK pode revelar-se um diagnóstico enigmático devido a manifestações sistêmicas que são difíceis para diferenciar de outras enfermidades, principalmente no contexto de um hospedeiro imunocomprometido^{1,2,3}.

Apresentamos aqui uma manifestação incomum de Sarcoma de Kaposi ganglionar sem lesões cutâneas em PVHA por se tratar de um desafio diagnóstico. Estudo aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa pelo CAAE 85620524.0.0000.5254.

2. CASO CLÍNICO

Homem cis-gênero, 28 anos, HSH, compareceu a consulta em ambulatório de Infectologia em junho/23 queixando - se de epigastralgia, perda ponderal não quantificada, sudorese noturna associada a linfonodomegalia generalizada de início há aproximadamente 4 meses. Negava febre. Negava tosse. Negava vômitos. Diagnóstico prévio de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, em uso regular de terapia antirretroviral de alta eficácia e apresentava bom controle imunoviológico, sendo o CD4 mais recente de março/23: 1.043 e carga viral indetectável. Foi encaminhado a emergência de serviço terciário para internação e investigação clínica.

O exame físico de admissão revelou a presença de linfonodomegalia em região cervical anterior e posterior, axilar, inguinal bilateral, poplíteia. Linfonodos com aproximadamente 2cm em seu maior diâmetro, de consistência fibroelástica, móveis, indolores a palpação.

Não apresentava lesões de pele. Exame dos aparelhos cardiovascular, pulmonar e abdominal sem alterações. Genitália evidenciando balanopostite.

Quanto aos exames laboratoriais de admissão: função hepática e renal normais; Hematócrito: 40,5%; Hb: 13,3 mg/dL; WBC: 6.040/ml; Bastonetes: 2%; Segmentados: 54%; Linfócitos típicos: 43%; Monócitos: 1%; Plaquetas: $666 \times 10^3 \text{ mm}^3$

Foi submetido a biópsia de linfonodo inguinal esquerdo cujo histopatológico evidenciou processo inflamatório crônico com histiocitose acentuada ao longo de todo linfonodo examinado. O estudo imunohistoquímico do material evidenciou positividade para CD31, HHV-8, D2-40 e antígeno de proliferação celular ki67, achados que em conjunto foram conclusivos para o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi.

Para o estadiamento e elucidação da queixa de epigastralgia, foi realizada endoscopia digestiva alta sem evidência de comprometimento de mucosa pelo sarcoma de Kaposi. As tomografias de crânio, tórax e abdome também não sugeriam presença de malignidade. O Paciente foi regulado para serviço com suporte de Oncologia por não dispormos de quimioterápicos para tratamento do Sarcoma de Kaposi e segue em acompanhamento conjunto no ambulatório de Infectologia.

3. DISCUSSÃO

O Sarcoma de Kaposi (SK) é considerado o tumor mais prevalente e uma das principais causas de morbidade e mortalidade em PVHA⁴. No Brasil, de 1985 a 2021, foram registrados 15.440 casos de Sarcoma de Kaposi nessa população⁵.

Atualmente esta condição pode ser classificada como clássica, endêmica, iatrogenica ou epidêmica. O SK clássico é mais prevalente em indivíduos do sexo masculino, idosos, descendentes de judeus do leste europeu, povos do Mediterrâneo e América do Norte. Já o SK endêmico é mais frequente em adultos jovens negros com incidência mais pronunciada em regiões ao Sul do Saara e pode afetar extremidades de corpo mas também gânglios linfáticos em crianças. No que se refere ao Sarcoma de Kaposi iatrogênico, as extremidades inferiores são mais afetadas com maior prevalência em pacientes transplantados ou imunossuprimidos. O Sarcoma de Kaposi epidêmico está associado à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana e é mais frequente em homens adultos jovens homossexuais e bissexuais. Neste caso, as lesões estão presentes nas extremidades, face e genitais. Também pode estar presente na mucosa oral, trato gastrointestinal, linfonodos e pulmão^{6,7,8,9,10}.

O Sarcoma de Kaposi é uma doença hiperproliferativa multicêntrica que mais frequentemente se manifesta clinicamente como máculas violáceas ou acastanhadas que evoluem para nódulos, placas e úlceras. A tonalidade das lesões se dá pelo extravasamento de glóbulos vermelhos. Uma coorte estadunidense constatou que apenas 5,4% dos SK

associado à AIDS foram considerados não cutâneos, indicando o quão incomum é o SK não cutâneo^{1,2,3,9,10}.

O herpes vírus do tipo 8 induz infecção lítica e latente nas células endoteliais, as quais são importantes na patogenia do SK. A proteína G viralmente codificada induz a produção de VEGF, que estimula o crescimento endotelial e a produção de citocinas por células inflamatórias para criar um ambiente proliferativo local. As proteínas do herpes vírus 8 codificadas nas células infectadas de forma latente impedem a apoptose por inibir a ação da p53 e modificam os controles de proliferação celular normal. Desse modo, o ambiente inflamatório local favorece a proliferação celular e as células infectadas de forma latente apresentam vantagem de crescimento^{6,11}.

Por sua vez, o vírus da imunodeficiência humana interage fortemente com o herpes vírus tipo 8. A proteína TAT do HIV, tem um efeito angiogênico direto, interagindo com vários receptores e aumentando a infectividade do HHV-8. Desta forma, a replicação descontrolada do HIV contribui com a progressão de malignidades do HHV-8¹².

Embora a presença de lesões cutâneas e a história clínica possam sugerir o diagnóstico presuntivo de sarcoma de Kaposi, esta hipótese deve ser confirmada por biópsia das lesões. Histologicamente o SK caracteriza-se pela proliferação de células fusiformes derivadas do endotélio, pela presença de permeabilidade vascular, pela presença de infiltrado inflamatório e hemossiderina^{10,13}.

O estudo imuno – histoquímico pode auxiliar na confirmação do diagnóstico de SK e exclusão de outros diagnósticos diferenciais⁹.

Por se tratar de uma doença multicêntrica, tanto o estadiamento padrão para sarcomas como o termo metástase não são úteis¹⁰. Para o Sarcoma de Kaposi, o Comitê de Oncologia do AIDS Clinical Trials Group (ACTG) propôs o Sistema de Estadiamento TIS que engloba como parâmetros a extensão da doença, gravidade da imunodeficiência e presença de sintomas sistêmicos¹.

São considerados pacientes de baixo risco quanto a extensão do tumor (T0) aqueles que apresentam doença localizada na pele e/ou gânglios, e/ou doença mínima na mucosa oral. Por outro lado, pacientes que manifestam tumor associado a edema ou ulceração ou doença oral extensa ou doença gastrointestinal ou doença visceral são considerados alto risco (T1)¹³.

Em relação a imunodeficiência, indivíduos com linfócitos TCD4 > 200/mm³ são considerados baixo risco (I0) indivíduos com CD4 <200/mm³ são considerados de alto risco (I1). Do ponto de vista de doença sistêmica (S), são considerados baixo risco (0) indivíduos sem doença sistêmica ou sem sintomas B como febre, sudorese noturna, perda de peso, diarreia há mais de 2 semanas ou Índice de Karnofsky >70% e alto risco (1) pacientes com doença sistêmica ou que apresentem um ou mais sintomas B ou Índice de Karnofsky <70% ou outra doença relacionada ao HIV/AIDS^{10,13}.

Nota – se um declínio significativo desta neoplasia após a introdução da terapia antirretroviral, tal associação pode ser explicada tanto pela ação direta dos fármacos sobre o herpesvirus 8 como pela suspensão da progressão da infecção pelo HIV, e consequentemente, da imunodeficiência que predispõe ao SK^{10,14}. Estudos apontam que até 80% dos pacientes podem apresentar remissão do Sarcoma de Kaposi apenas com terapia antirretroviral, com tempo médio de resposta entre 3 a 9 meses¹⁰.

Embora os inibidores da protease tenham propriedades antiangiogênicas e bloqueiem o desenvolvimento e a progressão de lesões semelhantes ao sarcoma de Kaposi em camundongos, in vivo estudos apontam que a remissão do SK é independente da terapêutica com inibidores da protease^{12,15}.

Pacientes com lesões pequenas podem ser tratados com terapia local ou ressecção cirúrgica. A quimioterapia sistêmica geralmente está indicada como terapia adjuvante aos ARVs em pacientes T1S1, pacientes com envolvimento pulmonar, pacientes com lesões viscerais sintomáticas, pacientes com linfedema secundário ao sarcoma de Kaposi, pacientes com doença de pele rapidamente progressiva, pacientes com progressão da doença clínica após introdução da HAART, pacientes com síndrome inflamatória de reconstituição imune por sarcoma de Kaposi, pacientes que desenvolveram Sarcoma de Kaposi em uso regular de TARV, independente do estágio da doença^{1,10}.

Quando o tratamento é indicado, geralmente recomenda-se o uso de doxorubicina lipossomal peguilada ou daunorrubicina lipossomal como tratamento de primeira linha. Tais antraciclina mostram boa atividade antitumoral, além disso as vantagens da formulação lipossomal incluem o aumento da captação do medicamento pelo tumor; o que leva a um perfil farmacocinético mais favorável.

Outros agentes quimioterápicos que podem ser utilizados no tratamento de SK incluem vincristina, vinblastina, etoposídeo, paclitaxel e bleomicina, em sonoterapia ou em terapia combinada^{1,10}.

Não há consenso sobre os benefícios terapêuticos do uso de medicamentos antivirais como cidofovir, ganciclovir, foscarnet e aciclovir neste grupo de pacientes¹.

Em pessoas que vivem com HIV, a ocorrência de SK está fortemente associada à replicação do HIV e à baixa contagem de células T CD4. Contudo o SK em PVHA com supressão viral tem se mostrado uma complicação emergente, com dificuldades clínicas, fisiopatológicas e terapêuticas específicas^{11,16}.

4. CONCLUSÃO

Apesar de ser o tumor mais prevalente em PVHA, quando não se apresenta em sua forma usual com acometimento cutâneo, o sarcoma de Kaposi pode ser um diagnóstico desafiador.

Desta forma, fica evidente a necessidade de uma investigação mais abrangente em pacientes que vivem com HIV/AIDS que apresentem sintomas

constitucionais, visando diagnóstico e terapia adequados.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Arruda É, Jacome AA, Toscano AL, Silvestrini AA, Rêgo AS, Wiermann EG, Cunha GF Jr, Melo HR, Morejón KM, Goldani LZ, Pereira LC Jr, Silva MH, Treistman MS, Pereira MC, Romero PM, Schmerling RA, Guedes RA, Camargo VP. Consensus of the Brazilian Society of Infectious Diseases and Brazilian Society of Clinical Oncology on the management and treatment of Kaposi's sarcoma. *Braz J Infect Dis*. 2014 May-Jun;18(3):315-26. doi: 10.1016/j.bjid.2014.01.002. Epub 2014 Feb 11. Erratum in: *Braz J Infect Dis*. 2014 Jul-Aug;18(4):468. PMID: 24525061; PMCID: PMC9427498.
- [2] Silva LRB, Pereira LB, Silva IAPS, et al. Relação da alta incidência do sarcoma de Kaposi em pacientes soropositivos para o HIV/AIDS. *Res Soc Dev*. 2022;11(12). doi: 10.33448/rsd-v11i12.35011
- [3] Navarro SLM, Gonzalez GMC, Ortega APH, et al. Sarcoma de Kaposi ganglionar sin lesiones cutáneas: presentación inusual de un caso. *Enf Infecc Microbiol*. 2021;41(4):173-76.
- [4] Chagomerana MB, Moser CB, Kang M, Umbleja T, Hughes MD, Campbell TB, Krown SE, Borok MZ, Samaneka W, Ngongondo M, Nyirenda M, Langat DC, Hoagland B, Burger H, Busakhala N, Njiru E, Mwelase N, Mngqibisa R, Hosseinipour MC. Mortality and Associated Risk Factors Among People Living With HIV With Kaposi Sarcoma: A5263/AMC066 and A5264/AMC067. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2024 Nov 1;97(3):216-225. doi: 10.1097/QAI.0000000000003484. PMID: 39431505; PMCID: PMC11494148.
- [5] Silva ADT, Damasceno LS. Sarcoma de Kaposi: avaliação da incidência na era pré e pós-terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Braz J Infect Dis*. 2022;26(2):102318. doi:10.1016/j.bjid.2022.102318
- [6] Kumar V. Robbins patologia básica. 9ª ed Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
- [7] Turcu M, Cotoi OS, Chira L, et al. Secondary involvement of lymph nodes in Kaposi Sarcoma. *Rom J Morphol Embryol*, 2011; 52(3): 943 - 6.
- [8] Pinto LW, Nunes EP. Envolvimento simultâneo dos linfonodos pela doença de Castleman e sarcoma de Kaposi. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2011;33(1):73-6. doi:10.5581/1516-8484.20110019
- [9] Fenta BD, Aregawi AB, Geremew TT, Fenta BK. Kaposi's Sarcoma with Primary Lymph Node Involvement in a Retroviral Infected (RVI) Patient. *Int Med Case Rep J*. 2024 Apr 8;17:311-319. doi: 10.2147/IMCRJ.S458320. PMID: 38618189; PMCID: PMC11012622.
- [10] Gonçalves PH, Uldrick TS, Yarchoan R. HIV-associated Kaposi sarcoma and related diseases. *AIDS*. 2017 Sep 10;31(14):1903-1916. doi: 10.1097/QAD.0000000000001567. PMID: 28609402; PMCID: PMC6310482.
- [11] Dittmer DP, Damania B. Kaposi sarcoma-associated herpesvirus: immunobiology, oncogenesis, and therapy. *J Clin Invest*. 2016 Sep 1;126(9):3165-75. doi: 10.1172/JCI84418. Epub 2016 Sep 1. PMID: 27584730; PMCID: PMC5004954.
- [12] Martinez V, Caumes E, Gambotti L, et al. Remission from Kaposi's sarcoma on HAART is associated with

suppression of HIV replication and is independent of protease inhibitor therapy. *Br J Cancer*. 2006;94(7):1000-6. doi:10.1038/sj.bjc.6603040

- [13] Mansinho A, Macedo D, Nunes B, *et al.* Abordagem terapêutica do Sarcoma de Kaposi - a importância da multidisciplinaridade. *Revista SPDV*, 2015; 73(2):199 - 208.
- [14] Lima CT, Araújo PSR, Teixeira HM, Santos JBD, Silveira VMD. Clinical and laboratory characteristics, staging, and outcomes of individuals with AIDS-associated Kaposi's sarcoma at an university hospital. *An Bras Dermatol*. 2017 Mar-Apr;92(2):172-176. doi: 10.1590/abd1806-4841.20175377. PMID: 28538874; PMCID: PMC5429100.
- [15] Carleo MA, Di Martino F, Del Giudice A, Gargiulo M, Parrella G, Rosario P, Sangiovanni V, Viglietti R, Esposito V, Chirianni A. Different impact of anti-retroviral regimen containing protease inhibitors on development of HIV-related Kaposi sarcoma. *In Vivo*. 2015 Jan-Feb;29(1):133-6. PMID: 25600542.
- [16] Palich R, Makinson A, Veyri M, Guihot A, Valantin MA, Brégigeon-Ronot S, Poizot-Martin I, Solas C, Grabar S, Martin-Blondel G, Spano JP. Kaposi's Sarcoma in Virally Suppressed People Living with HIV: An Emerging Condition. *Cancers (Basel)*. 2021 Nov 15;13(22):5702. doi: 10.3390/cancers13225702. PMID: 34830857; PMCID: PMC8616070.