

RELATO DE CASO

SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA E SARCOMA DE KAPOSI DO RETO EM HOMOSSEXUAL. A PROPÓSITO DE UM CASO NO RIO DE JANEIRO.

JOSÉ CARLOS DO VALLE¹, ARMANDO DA ROCHA NOGUEIRA².

Hospital de Oncologia – INAMPS – Rio de Janeiro, RJ.

INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi descrito em 1872 por Kaposi como tumor nodular variando da coloração azul a púrpura, normalmente atingindo o membro inferior de pessoas de 50 anos ou mais, era considerado, até recentemente, como entidade rara na América do Norte e Europa, com incidência anual de 0.02 a 0.06 por 100.000 habitantes¹. Em nosso meio temos a incidência anual de 0.03, portanto dentro da mesma faixa². Outra forma de sarcoma de Kaposi com linfadenopatia generalizada e rapidamente fatal é vista na África em adultos jovens. Também é descrito em pacientes que fizeram transplante renal, e nos casos de lúpus eritematoso sistêmico em uso de imunossuppressores^{1, 3}.

Em 1981 o "Center for Disease Control" registrou um aumento da incidência de sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e outras infecções oportunistas graves em homossexuais masculinos⁴. Posteriormente vários trabalhos e relatos da doença em homossexuais, hemofílicos, haitianos e prisioneiros conceituaram nova doença — a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA)^{1, 5, 6}. O presente caso trata de síndrome de imunodeficiência adquirida e sarcoma de Kaposi do reto diagnosticado no Hospital de Oncologia do INAMPS em outubro de 1983.

RELATO DO CASO

Homem de 25 anos, natural do Rio de Janeiro, que foi encaminhado ao Hospital de Oncologia em agosto de 83 com nódulo vascularizado do reto. Há um ano apresentava retorragia atribuída a hemorróida e sorologia para lues positiva. Fez tratamento nesta época com penicilina benzatina sem apresentar melhora. O parasitológico de fezes evidenciou *Endamoeba coli* e a retossigmoidoscopia mostrou nódulo vascularizado. Coito anal há 2 anos, bissexual; uso da *Cannabis sativa* ocasionalmente. Nunca viajou ao exterior.

Ao exame físico, lesão hipercrômica pruriginosa com aspecto lentiginoso na região dorsal, iniciando na linha mediana sobre a coluna e estendendo-se para a direita, medindo cerca de 15cm X 6cm e lesão hipercrômica pruriginosa de aspecto lentiginoso em antebraço esquerdo, medindo cerca de 10cm X 4cm. Cadeias cervicais anteriores e posteriores, axilares e inguinocrurais com linfonodos móveis de tamanho variando de 1 a 3cm de diâmetro, consistência elástica e indolores.

Ao toque retal, o esfíncter era normotônico, reto com paredes elásticas com tumoração aderida à parede anterior a mais ou menos 2cm da prega cutâneo-mucosa. O exame retossigmoidoscópico confirmou a presença de lesão poli-

¹ Diretor do Hospital de Oncologia – INAMPS. Professor Titular de Clínica Médica e Oncologia Clínica da Faculdade de Ciências Médicas da SESNI. ² Responsável pelo Setor de Clínica Médica do Hospital de Oncologia – INAMPS. Professor Assistente de Clínica Médica. Disciplina Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas da SESNI. Endereço para correspondência: ¹ Hospital de Oncologia – INAMPS. Rua Equador, 831 - 2º andar - 20220 - Rio de Janeiro – RJ. Agradecemos à Dra. Gema Calvani Costa do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Universitário, ao Dr. Marcello André Barcinski do Instituto de Biofísica da UFRJ e ao Dr. Fernando Samuel Sion, Prof. Assistente de Clínica Médica da UNIRIO, sem o que não seria possível a realização deste trabalho.

póide séssil de mais ou menos 2cm de diâmetro, com aspecto angiomatoso, facilmente hemorrágico ao manuseio, localizada na parede anterior a cerca de 2cm da prega cutâneo-mucosa. A mucosa a este nível apresentava-se com aspecto bolhoso, sendo colhido material para biópsia. O exame histopatológico do fragmento do tumor do reto mostrava neoplasia constituída de vasos neoformados e de áreas de células fusiformes de baixa malignidade, compatível com sarcoma de Kaposi. O material obtido de biópsia da lesão

do antebraço esquerdo era constituído por pele com leve hiperqueratose, discreto infiltrado mononuclear perivascular e edema ao nível do derma superficial. Foram removidos linfonodos da axila esquerda e região cervical com linfadenite inespecífica. O quadro laboratorial evidenciava marcadores positivos para infecção por vírus B, anergia aos testes cutâneos (Tabela 1), elevação de IgG, diminuição dos linfócitos auxiliares, linfócitos supressores normais, relação entre auxiliares e supressores menor que 1 (Tabela 2)

TABELA 1 – ESTUDO IMUNOLÓGICO EM SIDA E KAPOSÍ DO RETO

	VALOR DO PACIENTE	NORMAL
ANTI HBs	+	
HBs Ag	-	
HBc	+	
ANTI HBc	-	
COR E	+	
C ₃ MG/DL	90	80 – 160
C ₄ MG/DL	34	25 – 60
IMUNOCOMPLEXOS NG/ML	7,3	4 – 8
α-FETOPROTEÍNA NG/ML	0,97	< 1,0
CEA NG/ML	0,76	0 – 2
VDRL	-	-
ITO, FREI, MONTENEGRO, MANTOUX, ESPOROTRIQUINA, HISTOPLASMINA		NÃO REATOR
FEZES		CISTOS DE ENDAMOEBIA COLI

TABELA 2 – ESTUDO IMUNOLÓGICO EM SIDA E KAPOSÍ DO RETO

	VALOR DO PACIENTE	VALOR NORMAL
LINFÓCITOS TOTAIS/mm ³	1690	1500 – 4000
LB/mm ³	118	64 – 475
LB %	7	6 – 21
LT/mm ³	1219	876 – 1897
LT %	72	53 – 81
OKT4 mm ³	118	468 – 1433
OKT4 %	18	33 – 53
OKT8 mm ³	280	192 – 726
OKT8 %	23	11 – 30
OKT4/OKT8	0,78	1,1 – 3,3
IgG MG/DL	2600	560 – 1765
IgA MG/DL	110	85 – 385
IgM MG/DL	130	45 – 250

TABELA 3 – SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA) E SARCOMA DE KAPOSI

ESTIMULAÇÃO BLASTOGÊNICA	J.M.S.G. (SIDA + KAPOSI)	KAPOSI O.M. (SEM SIDA)
FITHEMOGLUTININA	40.189 ± 4.741	120.075 ± 5.634
CONCAVALINA A	32.919 ± 3.340	101.718 ± 12.354

e na estimulação blastogênica dos linfócitos importante depressão, quando comparada com outra paciente de sarcoma de Kaposi, na sua forma clássica de localização em membros inferiores (Tabela 3). Com estes dados foi firmado o diagnóstico de síndrome de imunodeficiência adquirida e sarcoma de Kaposi do reto.

Em vista da pequena experiência mundial na quimioterapia de sarcoma de Kaposi e do fato de que a maioria dos pacientes com SIDA e sarcoma de Kaposi faleceram de infecção oportunista^{10, 11}, foi iniciado em outubro de 83 imunoterapia com levamisol 2mg/kg, durante 3 dias, com ciclos de 15 em 15 dias, num total de 6 ciclos, com redução do tumor < 50%. Todavia, novo exame e biópsia do reto em abril de 84 evidenciaram crescimento da lesão.

Em junho de 84 administrou-se α -interferon* 10×10^6 unidades IM por m^2 de superfície corporal, durante 28 dias¹¹⁻¹⁴. O tratamento terminou no dia 12/08/84, sem toxicidade, e as avaliações até o momento (2 biópsias retais) não demonstraram a lesão maligna (resposta completa).

DISCUSSÃO

A síndrome de imunodeficiência adquirida SIDA é caracterizada por linfopenia com diminuição da relação T auxiliar/T supressor¹⁵, porém a causa desta doença e a maior incidência de sarcoma de Kaposi nestes casos, permanecem ignorados. A principal hipótese é atribuir a gênese da doença à infecção específica, por um vírus, provavelmente retrovírus^{6, 17}, com variação da suscetibilidade do hospedeiro^{15, 16}. Em relação ao hospedeiro, existe aumento da frequência do fenotipo HLA-DR5 nos que desenvolvem sarcoma de Kaposi, com baixa frequência de KLA-DR3¹⁶.

O tratamento definitivo desta doença ainda é duvidoso, tendo alguns trabalhos revelado que o α -interferon pode fazer remitir o sarcoma de Kaposi (10 a 40%)^{6, 12, 14}, todavia não revertendo a alteração imunológica, o que faz crer não ser este o tratamento definitivo e que, em relação ao nosso paciente, será necessário maior tempo de observação.

Muito terá que ser feito para compreensão e tratamento desta síndrome; contudo há necessidade de maior apuro epidemiológico e estudo dos casos em nosso meio para que se possa controlar possível epidemia, à semelhança de algumas localidades dos EUA e países do oeste europeu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Friedman-Kien, A. et al.: Disseminated Kaposi's sarcoma in homosexual men. *Ann. Intern. Med.* 96: 284-286, 1982.
2. Brumini, R. e cols.: Câncer no Brasil; dados histopatológicos 1976-80. Rio de Janeiro, Campanha Nacional de Combate ao Câncer, Ministério da Saúde, 1982.
3. Harwood, A. R. et al.: Kaposi's sarcoma in recipients of renal transplants. *Am. J. Med.* 67: 759-765, 1979.
4. Centers for Disease Control. Task force on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections: special report. *New Engl. J. Med.* 28: 248-252, jan. 1982.
5. Davis, K. C. et al.: Acquired immunodeficiency syndrome in patient with hemophilia. *Ann. Intern. Med.* 98: 284-286, 1983.
6. NIH Conference. Acquired immunodeficiency syndrome: epidemiologic, clinical, immunologic and therapeutic considerations. *Ann. Intern. Med.* 100: 92-106, 1984.
7. Abrams, D. I. et al.: Persistent diffuse lymphadenopathy in homosexual men: end point or prodrome. *Ann. Intern. Med.* 100: 801-808, 1984.
8. Marmor, M. et al.: Kaposi's sarcoma in homosexual men. *Ann. Intern. Med.* 100: 809-815, 1984.
9. Guinan, M. et al.: Heterosexual and homosexual patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann. Intern. Med.* 100: 213-218, 1984.
10. Volbending, P. et al.: Chemotherapy in advanced Kaposi's sarcoma. *Ann. J. Med.* 74: 652-656, 1983.
11. Volbending, P.: Therapy of Kaposi's sarcoma in Aids. *Seminars in Oncology*, 11 (1): 60-67, 1984.
12. Gruopman, J. E. et al.: Recombinant alpha 2 interferon therapy for Kaposi's sarcoma associated with the acquired im-

- munodeficiency syndrome. *Ann. Intern. Med.* 100: 671-676, 1984.
13. Pestka, S.: The purification and manufacture of human interferons. *Nature*: 37-43, July 1983.
 14. Krown, S. et al.: Preliminary observations on the effect of recombinant leukocyte: a interferon in homosexual men with Kaposi's sarcoma. *New Engl. J. Med.* 308 (18): 1071-1075, 1983.
 15. Levy, J. A. & Ziegler, J. L.: Acquired immunodeficiency syndrome is an opportunistic infection and Kaposi's sarcoma results from secondary immune stimulation. *Lancet* 9: 78-80, July 1983.
 16. Metroka, C. E. et al.: Generalized lymphadenopathy in homosexual men. *Ann. Intern. Med.* 99: 585-91, 1983.
 17. Gallo, R. C. et al.: T Cell malignancies and human T cell leukemia virus. *Seminars in Oncology* 11 (1): 12-17, 1984.
 18. Gottlieb, M. S.: Non neoplastic Aids syndromes. *Seminars in Oncology* 11 (1): 40-46, 1984.
 19. Siegal, F. P.: Immune function and dysfunction in Aids. *Seminars in Oncology* 11 (1): 29, 1984.
 20. Britton, C. B. & Miller, J. R.: Neurologic complications in acquired immunodeficiency syndrome. *Neurologic Clinic* 2 (2): 315-339, 1984.