

Sarcoma de Kaposi Atípico em Dorso Lingual

Lucas Mateus Oliveira Alho; Universidade do Estado do Amazonas; lucasmateus.alho1@icloud.com;
Mariah Burlamaqui Guimarães; Universidade do Estado do Amazonas;
João Victor de Souza Lopes; Universidade do Estado do Amazonas;
Henry Daniel Castro de Oliveira; Universidade do Estado do Amazonas;
Mary Elsa Cesar Alecrim; Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado;
Tiago Novaes Pinheiro; Universidade do Estado do Amazonas;
Lioney Nobre Cabral; Universidade do Estado do Amazonas.

1. Introdução

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia de origem mesenquimal, com comportamento clínico indolente e características angioproliferativas, cujo desenvolvimento está associado à infecção pelo herpesvírus relacionado ao SK (KSHV), também conhecido como herpesvírus humano tipo 8 (HHV-8). Essa condição pode acometer diferentes regiões do mundo e populações diversas, manifestando-se de maneira clínica heterogênea^{1,2}. O KSHV pertence ao grupo dos gama-herpesvírus e possui tropismo por variados tipos celulares, como linfócitos B, monócitos e células endoteliais, sendo particularmente importante em indivíduos com imunidade comprometida³. Em pessoas vivendo com HIV, a manifestação do SK costuma ser mais agressiva, sendo considerada a forma clínica mais comum nesses pacientes¹⁻³.

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é uma infecção viral crônica caracterizada por grave imunossupressão, geralmente definida por uma contagem de linfócitos T CD4⁺ inferior a 200 células por microlitro⁴. O vírus causador da doença, HIV, pertence ao gênero *Lentivirus*, da família *Retroviridae*, e é responsável por elevadas taxas de morbidade e mortalidade globalmente^{5,6}. O HIV compromete o sistema imunológico ao destruir progressivamente os linfócitos T CD4⁺, células essenciais para a ativação e coordenação da resposta imune, incluindo a fagocitose e eliminação de patógenos⁷. Essa depleção celular aumenta a suscetibilidade a infecções oportunistas, impactando negativamente a qualidade de vida e acelerando a progressão para os estágios mais graves da infecção^{8,9}.

Nesse cenário, manifestações orais estão entre os primeiros sinais clínicos da infecção por HIV, sendo observadas em até 50% dos indivíduos soropositivos e em até 80% daqueles com AIDS⁷. Tais manifestações são classificadas em três grupos: lesões fortemente associadas ao HIV, lesões menos comumente relacionadas e lesões que ocorrem em indivíduos HIV-positivos. O sarcoma de Kaposi integra o primeiro grupo, devido à sua forte correlação com a infecção pelo HIV^{10,11}. Com isso, a introdução da terapia antirretroviral (TARV) revolucionou o manejo do SK, reduzindo significativamente sua incidência e modificando seu curso clínico, sendo atualmente considerada a primeira linha de tratamento. Em casos com acometimento visceral, pode-se associar quimioterapia, e, para lesões localmente sintomáticas, radioterapia pode ser indicada^{2,12}.

Este estudo tem como objetivo relatar um caso clínico atípico de sarcoma de Kaposi localizado no dorso de língua de um paciente do sexo masculino, soropositivo para HIV, diagnosticado em um centro público de referência em medicina tropical no Amazonas. Destacando suas características clínicas, histopatológicas, imunohistoquímicas e manejo cirúrgico na realização da biópsia incisional frente aos desafios impostos pela condição sistêmica do paciente.

2. Relato de Caso

Este relato de caso foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa através do parecer consubstanciado pelo nº 7.274.015.

Indivíduo do sexo masculino, 51 anos de idade, compareceu a Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD), onde foi solicitado o parecer da equipe odontológica, com o indivíduo estando sob intubação e sedado na enfermaria de isolamento respiratório apresentando tuberculose pulmonar ativa e diagnóstico de HIV/AIDS desde o ano de 2022, apresentando contagem de CD4 em 42 células no exame realizado em junho de 2024. Ao exame extra-oral observou-se placas vermelhas localizadas em lábios superior e inferior, se assemelhando a coágulos sanguíneos, associados a erosões e úlceras, levantando-se a hipótese de lesões herpéticas. Ao primeiro contato não foi possível observar a região de dorso de língua devido a presença desses coágulos sanguíneos por todo o lábio do indivíduo. Ao solicitar os exames sanguíneos da equipe médica constatou-se que o paciente havia além do diagnóstico de tuberculose pulmonar e HIV/AIDS, presença de discrasia sanguínea associada.

Após 2 meses do primeiro atendimento foi solicitado um novo parecer da equipe odontológica com o paciente presente na enfermaria masculina após estabilidade do quadro de tuberculose pulmonar, não apresentando mais o aspecto inicial de coágulos sanguíneos associados a erosões e úlceras em lábios. Ao exame intra-oral observou-se lesão em dorso de língua, apresentando-se como uma placa de aspecto rosáceo com regiões de petéquias em sua superfície, sendo bem delimitada, circundada por uma despilação do dorso lingual. Ao solicitar os exames sorológicos da equipe médica constatou-se que havia sorologia positiva para citomegalovírus (CMV), sendo assim, devido ao aspecto da lesão, a hipótese diagnóstica inicial foi de lesão por citomegalovírus. Em concordância com hipótese, a equipe médica teve como conduta a prescrição de ganciclovir para tratamento da condição. O paciente também fazia uso da terapia antiretroviral (TARV) e fluconazol para controle de infecções fúngicas oportunistas.

Para confirmação da condição a equipe odontológica optou pela realização de uma biópsia incisional da lesão em dorso de língua. Para a isso foram solicitados novos exames sanguíneos, sendo eles, hemograma completo e coagulograma, com o TAP e o INR apresentando-se alterados e acima dos valores de referência, sendo assim, foi solicitado a equipe médica um ajuste das prescrições para estabilização da coagulação para ser realizado o procedimento cirúrgico. Após a administração de vitamina K e transfusão de plasma sanguíneo, foi realizada a biópsia incisional, com a lesão apresentando uma pequena regressão desde a visualização de seu aspecto inicial.

Foram escolhidos dois pontos de eleição para a retirada de fragmentos cirúrgicos, um na região central em áreas que apresentavam petéquias e outro na periferia para visualização tanto de tecido sadio quando alterado. Durante o transcirúrgico foi necessário a realização de uma nova transfusão de plasma sanguíneo devido o sangramento excessivo na região do procedimento. O material coletado foi armazenado em formol a 10% e enviado para análise histopatológica no serviço de anatomia patológica e patologia bucal da Universidade do Estado do Amazonas (SEPAT-UEA).

Na análise microscópica os cortes revelaram fragmento de mucosa bucal parcialmente revestido por epitélio estratificado pavimentoso paraqueratinizado hiperplásico. A porção de tecido conjuntivo frouxo não modelado sem revestimento epitelial apresenta-se recoberta por exsudato fibrino-hemorrágico. Destacando-se a presença de rica vascularização tortuosa em ângulos agudos revestidos por endotélio hipercrômico, epitelióides, por vezes de aspecto

plasmocitóide, núcleos de aspecto de cravilha. Os esfregaços revelam exsudato fibrinoso com discreto infiltrado inflamatório mononuclear linfocítico e células epiteliais descamativas de todos os estratos de mucosa bucal com as características já descritas, apresentando aglomerados microbianos planctônicos de permeio, com diagnóstico histopatológico compatível com sarcoma de Kaposi.

Para elucidação da análise histopatológica foi solicitado um painel imunohistoquímico com os marcadores: Ki-67 (Antígeno de proliferação celular) positivo em mais de 60% das células alvo; HHV-8 focalmente positivo; D2-40 (Podoplanina) positivo; EBV positivo e CMV negativo. Sendo assim, confirmado o diagnóstico de sarcoma de Kaposi.

Após o procedimento cirúrgico a lesão começou a regredir aos poucos, até o momento que a mesma não se apresentava mais visível. Antes do diagnóstico de SK a equipe acreditava que a regressão estava ocorrendo perante ao uso do ganciclovir, devido a primeira hipótese de CMV, entretanto após a emissão e confirmação do diagnóstico de SK, a hipótese para a regressão da lesão passou a ser a utilização da terapia antirretroviral, visto que o SK é uma neoplasia associada a imunossupressão pelo HIV, podendo regredir com o uso da TARV. Dessa forma, após 3 meses de preservação foi observado que a lesão regrediu completamente, sem sinais de recidiva. O paciente continua em acompanhamento ambulatorial, sem necessidade de acompanhamento oncológico, permanecendo adepto a TARV.

3. Discussão

O sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia vascular intimamente relacionada à imunossupressão, especialmente em indivíduos HIV positivos. A manifestação em cavidade oral, como observado neste caso, acomete cerca de 65% dos pacientes portadores da forma associada à AIDS, sendo o palato e a gengiva os sítios mais acometidos. Lesões orais, além de refletirem a replicação viral descontrolada, frequentemente atuam como marcadores de falha terapêutica ou estágio avançado da imunossupressão, sendo um fator de mau prognóstico¹³. O paciente em questão era HIV-positivo e apresentava uma lesão de aspecto atípico em região de dorso de língua quando comparado com a literatura¹⁴, sendo uma placa de aspecto rosáceo com regiões de petéquias em sua superfície, bem delimitada, circundada por uma despapilação do dorso lingual.

O caso relatado ilustra a complexidade diagnóstica do SK, já que as lesões inicialmente foram interpretadas como infecção viral oportunista, com hipótese inicial de citomegalovírus, reforçada pela sorologia positiva. Essa dificuldade é compreensível, visto que o SK pode mimetizar outras condições, como infecções virais, reações vasculares e até processos inflamatórios inespecíficos. Assim, a confirmação diagnóstica pelo exame histopatológico e imunohistoquímico é indispensável, sendo a detecção de HHV-8 o critério definitivo para estabelecer o diagnóstico^{15,16}. No presente caso, a positividade para HHV-8, aliada ao alto índice proliferativo (Ki-67) e à expressão de D2-40, corroborou a natureza angioproliferativa da lesão, estabelecendo o diagnóstico de SK.

O manejo cirúrgico na realização da biópsia incisional exigiu cautela devido à discrasia sanguínea apresentada pelo paciente, demandando administração de vitamina K e transfusão de plasma sanguíneo prévia ao procedimento cirúrgico. Essa abordagem reforça a necessidade da integração multiprofissional em pacientes imunocomprometidos, sobretudo quando há comorbidades infecciosas associadas, como a tuberculose e alterações hematológicas secundárias como mostrada no caso.

Do ponto de vista terapêutico, o desfecho observado, com regressão completa da lesão após estabilização clínica e manutenção da terapia antirretroviral (TARV), confirma achados da literatura que demonstram que o controle da replicação do HIV e a recuperação parcial da imunidade celular podem resultar em involução espontânea das lesões de SK¹⁷. Embora tratamentos adicionais como quimioterapia sistêmica, radioterapia e excisão cirúrgica estejam indicados em casos extensos ou refratários, neste paciente a adesão à TARV foi determinante para a remissão clínica, dispensando outras modalidades terapêuticas^{14,17}.

4. Conclusões

Este caso evidencia a importância da suspeita diagnóstica e do uso de métodos histopatológicos e imunohistoquímicos para diferenciar sarcoma de Kaposi de outras condições oportunistas em pacientes imunossuprimidos. Ressalta também a necessidade de avaliação multiprofissional antes de intervenções invasivas e o papel central da TARV na regressão das lesões associadas ao HIV.

Palavras-Chave: HIV, Sarcoma de Kaposi, Terapia antiretroviral.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado (FMT-HVD) pelo suporte clínico e disponibilização de dados do paciente, ao Serviço de Anatomia Patológica da Universidade do Estado do Amazonas (SEPAT-UEA) pela análise histopatológica/imunohistoquímica e suporte técnico e à Liga Acadêmica de Diagnóstico Oral e Maxilofacial (LADO) pelo apoio na condução do estudo e discussões científicas.

Divulgação

O (s) autor (es) e revisores não relataram qualquer conflito de interesse durante a sua avaliação. Logo, o Congresso Pan-Amazônico de Oncologia detém os direitos autorais, tem a aprovação e a permissão dos autores para divulgação deste resumo, por meio eletrônico.

Referências

1. Oprita A, Cotan H, D C, Emilescu R. Rituximab-Induced Kaposi Sarcoma in HIV-Negative Patients: A Narrative Review. *Cureus*. 2023;15(9):e45365.
2. Ramaswami R, Lurain K, Yarchoan R. Oncologic Treatment of HIV-Associated Kaposi Sarcoma 40Years On. *J Clin Oncol*. 2022;40(3):294–306.
3. Kaposi D. Idiopathisches Multiples Pigmentsarkom der Haut. *Arch Dermatol Res*. 1872;4(2):265–273.
4. Obeagu EI, Scott GY, Amekpor F, Obeagu GU. Implications of CD4/CD8 Ratios in Human Immunodeficiency Virus Infections. *Int J Curr Res Med Sci*. 2023;9:6–13.
5. Johnson NM, Alvarado AF, Moffatt TN, Edavettal JM, Swaminathan TA, Braun SE. HIV-Based Lentiviral Vectors: Origin and Sequence Differences. *Mol Ther Methods Clin Dev*. 2021;21:451–465.

6. Villalba JA, Maus MV, Frigault MJ, et al. False-Positive Human Immunodeficiency Virus Test Results in Patients Receiving Lentivirus-Based Chimeric Antigen Receptor T-Cell Therapy: Case Report, Review of the Literature, and Proposed Recommendations. *J Infect Dis*. 2021;225(11):1933–1936.
7. Abbas AK, Lichtman AH, Pillai S. *Basic Immunology: Functions and Disorders of the Immune System*. 5th ed. Elsevier; 2016.
8. Leoung G, Mills J. *Opportunistic Infections in Patients With the Acquired Immunodeficiency Syndrome*. CRC Press; 2020.
9. Gondivkar S, Sarode SC, Gadgil AR, et al. Oro-Facial Opportunistic Infections and Related Pathologies in HIV Patients: A Comprehensive Review. *Dis Month*. 2021;67(9).
10. Bispo BN, Lynch DT. *Kaposi Sarcoma*. StatPearls Publishing; 2024.
11. Correa SEA, Prestes PB, Guimarães MB, et al. Diagnóstico de Leucoplasia Oral por HPV em Paciente HIV Soropositivo: Relato de Caso. *Peer Review*. 2024;6(12):331–334.
12. Feller L, Jadwat Y, Raubenheimer EJ. Kaposi Sarcoma and Calcium Channel Blocker-Induced Gingival Enlargement Occurring Simultaneously: Review of the Literature and Report of a Case. *Oral Biosci Med*. 2004;4:291–297.
13. Thieringer FM, Cede J, Glatz K, Roehling S, Stoeckle M, Christoph Leiggener. Oral Kaposi's Sarcoma: A Case Report and Literature Review on Treatment Management. *Craniomaxillofacial trauma & reconstruction open*. 2021.
14. Alho LMO, Pires ABS, de LIMA LS, Farias VPN, PRESTES PB, Barbosa CGD, et al. Atypical Kaposi's Sarcoma in the Palate of an Immunosuppressed Patient: A Narrative Review With an Illustrative Case. *Oral Surgery*. 2025 Apr 21.
15. Lee KB, Lee HS, Lee HE, Park SY, Chung JH, Choe G, et al. Immunohistochemical characteristics of Kaposi sarcoma and its mimickers. *Korean J Pathol*. 2006;40(5):361-7.
16. Rigney J, Zhang K, Greas M, Liu Y. A Review of KSHV/HHV8-Associated Neoplasms and Related Lymphoproliferative Lesions. *Lymphatics*. 2025;3(3):20.
17. Khalil AI, Franceschi S, de Martel C, Bray F, Clifford GM. Burden of Kaposi sarcoma according to HIV status: A systematic review and global analysis. *Int J Cancer*. 2022 Jun 15;150(12):1948-1957.