

A MANIFESTAÇÃO ORAL DO SARCOMA DE KAPOSI EM PACIENTES ACOMETIDOS PELO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA (HIV)

THE ORAL MANIFESTATION OF KAPOSI SARCOMA IN PATIENTS AFFECTED BY THE HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS (HIV)

Larissa Moura Fonseca¹; Paulo C. Reis Junqueira²

Descritores: Neoplasias orais decorrentes do HIV, tumores malignos, Sarcoma De Kaposi, Herpesvírus humano

Keyword: Oral neoplasms resulting from HIV, malignant tumors, Kaposi Sarcoma, Human herpesvirus

RESUMO

A neoplasia do Sarcoma De Kaposi (SK) é referida como uma das condições sistêmicas mais comuns ocasionadas pelo Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV), que, por sua vez, quando acometido, gera depressão do sistema imunológico, possibilitando o desenvolvimento de diversas infecções oportunistas. O SK se expressa como um sinal de desequilíbrio do sistema imune, sendo caracterizado pelo seu potencial de malignidade. Ademais, o aparecimento precoce da lesão é assintomático, tendo como local pioneiro de apresentação; a cavidade oral. Além disso, a neoplasia do Sarcoma De Kaposi também pode se manifestar em diversas partes do corpo, podendo ter exposição em pele, glóbulos linfáticos, trato gastrointestinal, pulmão, baço e fígado. Portanto, no presente estudo, há uma revisão de literatura acerca das possíveis abordagens de tratamento quando o assunto são lesões oriundas do HIV, levando em consideração as diversas formas de apresentação do SK, sendo contemplado o tratamento mais adequado, visando uma reconstrução imune e um controle da viremia com regressão das lesões. Desse modo, no presente trabalho foi possível verificar os aspectos epidemiológicos da neoplasia e seus tratamentos.

ABSTRACT

Kaposi's Sarcoma (KS) neoplasm is referred to as one of the most common systemic conditions caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), which, in turn, when affected, generates depression of the immune system, enabling the development of several opportunistic infections. KS is expressed as a sign of imbalance of the immune system, being characterized by its potential for malignancy. In addition, the early appearance of the lesion is asymptomatic, with the pioneer site of presentation; the oral cavity. In addition, the neoplasm of Kaposi's Sarcoma can also manifest itself in different parts of the body, and can be exposed to the skin, lymph cells, gastrointestinal tract, lung, spleen and liver. Therefore, in the present study, there is a literature review on possible treatment approaches when it comes to lesions from the HIV virus, taking into account the various forms of presentation of KS, the most appropriate treatment was contemplated, aiming at immune reconstruction and control of viremia with regression of the lesions. Thus, in the present study it was possible to verify the epidemiological aspects of the neoplasm and its treatments.

1 Acadêmica do 10º período do curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO -2024.

2 Professor Mestre - Docente do Curso de Graduação em Odontologia do UNIFESO.

INTRODUÇÃO

O Vírus Da Imunodeficiência Humana (HIV) é definido como o agente etiológico responsável pela enfermidade conhecida como Vírus Da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que por sua vez, é uma doença infecciosa de natureza viral caracterizada pela depressão do sistema imunológico, o que possibilita o desenvolvimento de diversas infecções oportunistas (Moraes; Oliveira e Costa, 2014). Logo após a contaminação pelo HIV, o indivíduo pode passar meses ou anos de forma assintomática, entretanto, os sintomas dessa infecção viral se tornam comuns quando o vírus inicia o ataque ao sistema imunológico, suprimindo-o progressivamente e tornando os infectados mais susceptíveis a infecções adquiridas, principalmente em região de cavidade oral, cabeça e pescoço (Silva; Costa, 2019).

Ademais, reiteradamente os indivíduos infectados pelo HIV, apresentam lesões na cavidade oral, o que representa um dos primeiros sinais de manifestação da doença (Braz-Silva *et al.*, 2017). Das manifestações mais comuns associadas a essa síndrome está o Sarcoma De Kaposi, que se expressa como um sinal de desequilíbrio do sistema imunológico, com impacto de 70% de apresentação na cavidade oral (Feller; Wood e Lemmer, 2007). Adicionalmente, exteriorizam um caráter maligno e se manifestam por meio de lesões múltiplas, nodulares e pigmentadas. Sua prevalência é majoritariamente na população masculina portadora do HIV, se apresentando na cavidade oral como lesões duras na região do palato de maneira difusa ou focal. É comum que se apresente por meio de placas arroxeadas ou eritematosas, que inicialmente não apresentam sintomatologia (Paulique *et al.*, 2017; Da Silva *et al.*, 2016).

Destaca-se que, referente ao Sarcoma de Kaposi que a distinção entre ele e uma série de tumores malignos e benignos, também como processos inflamatórios pode apresentar dificuldades devido à sobreposição de alterações histológicas (Campos *et al.*, 2017). Entretanto, o Cirurgião – Dentista pode ser o primeiro profissional a identificar os sinais clínicos da presença do vírus da imunodeficiência humana. Salienta-se que a cavidade oral é um dos meios diagnósticos mais precisos quando relacionado ao vírus do HIV, sendo as lesões bucais pioneiras nos sinais clínicos desta infecção, podendo prever a sua progressão para AIDS (Idizio, 2014).

É de suma importância que os profissionais da odontologia consigam identificar e diagnosticar as manifestações orais em pacientes HIV positivo de forma adequada, além disso, é necessário o conhecimento das condutas clínicas que precisam ser adotadas frente a esses pacientes (Claro e Rodrigues, 2018; De Moura *et al.*, 2022). Diante do exposto, considerando que o Cirurgião-Dentista é o profissional que possui capacidade de identificar a neoplasia podendo contribuir para o tratamento desta condição junto com a equipe multidisciplinar, este trabalho mostra de grande relevância acadêmica ao abordar o tema.

OBJETIVOS

Objetivo primário

Revisar as características do Sarcoma De Kaposi em pacientes imunossuprimidos pelo HIV e suas manifestações orais.

Objetivos secundários

- Elencar a frequência das manifestações clínicas acometidas pelo Sarcoma De Kaposi;
- Identificar os aspectos clínicos e histopatológicos encontrados e relacioná-los com suas comuns localizações intraorais;
- Determinar o tratamento mais adequado em prol de uma melhor qualidade de vida do portador.

REVISÃO DE LITERATURA

1. Aspectos epidemiológicos do Herpesvírus associado ao Sarcoma De Kaposi

Foram postulados diversos patógenos como sendo de importância etiológica no aparecimento do Sarcoma De Kaposi, essencialmente o Cytomegalovírus humano (CMV) (Giraldo; Beth e Huang, 1980) e o HIV (Nakamura *et al.*; 1988). Todavia, somente anos após foi constatado que a detecção do HHV-8 é de extrema relevância para o diagnóstico da neoplasia do SK em aspectos iniciais da lesão (Fortuna, 2013). Posto isto, O Sarcoma De Kaposi é ocasionado pelo vírus do herpes tipo 8 e, é considerado um tumor mesenquimal ocasionado pelo acréscimo anormal do número de células, definidora da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) (Trancredi *et al.*, 2017). Por conseguinte, segundo Jackson *et al.*, (2016) o predomínio do HHV-8 varia globalmente, tendo índices superiores a 40% de pessoas imunossuprimidas em parte da África do Sul, níveis médios de 30-40% no Mediterrâneo e baixos níveis de até 20% em áreas como América do Norte, Nordeste Europeu e grande parte da Ásia, que são consideradas regiões não endêmicas.

A transmissão do HHV-8 pode ser explicada através do contato sexual, pois foi detectada uma elevada taxa de prevalência do vírus nessas relações. Além do ato sexual, transmissão do herpes vírus 8 pode ser considerada horizontal quando acometida na infância através de troca de saliva. Outrossim, ainda não se há indícios de ocorrência de transmissão pela amamentação, apesar da presença do DNA do vírus HHV-8 no leite materno de gestantes portadoras da imunodeficiência. Ademais, constatou-se que há transmissão do vírus por transfusão de sangue em regiões que são consideradas endêmicas quando relacionadas ao HHV-8 (Jackson *et al.*, 2016).

Em síntese, inúmeros pacientes hiv positivos, co-infectados pelo vírus herpes 8 podem tornar susceptível o desenvolvimento do Sarcoma De Kaposi, ou um quadro de agravamento agudo de tumores já existentes dentro de um curto intervalo, cerca de 2-3 meses, após o início da terapia com antirretroviral (TARV) (Cattelan, 2016). Diante disso, a Agência Internacional de Investigação do Câncer da OMS decretou que o HHV-8 é um vírus cancerígeno, com destaque para seu significado na saúde pública (Jackson *et al.*, 2016).

2. Sarcoma De Kaposi e suas variantes clínicas

O Sarcoma De Kaposi apresenta atualmente quatro variantes clínico epidemiológicas, sendo elas: Sarcoma De Kaposi endêmico, Sarcoma De Kaposi clássico, Sarcoma De Kaposi epidêmico (relacionado a AIDS) e Sarcoma De Kaposi associado a imunossupressão ou iatrogênico. O SK endêmico é muito recorrente em certas regiões africanas e se manifesta através de um quadro de linfadenopatia, podendo ser local ou generalizada, sendo comum o curso mais progressivo em crianças. Já o SK clássico, possui predisposição a homens na faixa etária de 40 a 70 anos de idade e, normalmente, são mais corriqueiros em regiões do Leste Europeu e Mediterrâneo. Essa variante do SK apresenta-se por meio de múltiplos nódulos e placas de coloração violácea ou marrom avermelhada, tendo prevalência inicialmente, em mãos e pés, podendo progredir e atingir vísceras e mucosas em cerca de 10% dos pacientes acometidos. Em relação ao SK associado à imunossupressão, normalmente tende a ser mais violento, acometendo linfonodos, mucosa e até mesmo órgãos internos com predomínio em metade dos pacientes, podendo apresentar lesões cutâneas ou não. Por fim, o SK epidêmico ou relacionado à AIDS é considerado a principal neoplasia associada à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, tendo sua manifestação recorrente em mucosas, linfonodos e vísceras, com prevalência em pacientes entre 18 e 65 anos, predominantemente homens homossexuais (Campos *et al.*, 2017; Trujilio *et al.*; 2015).

A apresentação da doença é mais significativa em pacientes nos extremos etários e normalmente estão relacionadas à baixa imunidade, entretanto, quando associado ao HIV, não possuem alta incidência em crianças

quando comparados ao SK endêmico. Por outro lado, a variante do Sarcoma De Kaposi relacionada ao HIV possui maior ocorrência no sexo masculino do que no feminino, sendo baseado em uma comparação de 15:1 (Gabarré; Bossi, 2003; Roye *et al.*, 2005). Em síntese, o HHV-8 foi associado com todos os quatro tipos de variantes do SK, entretanto, outros fatores também devem ser enaltecidos quando o assunto é o desenvolvimento da neoplasia, sendo a imunossupressão considerada o co-fator mais significativo (Gamonal; Vanâncio e Da Costa, 2006).

Tabela 1- Características clínicas e epidemiológicas das diferentes formas do Sarcoma De Kaposi.

Forma	Idade (Anos)	População De Risco	Relação Masc./Fem	Lesão Mucosa	Linfonodos	Visceras	Curso da Doença	Sobrevida
Clássico	50-80	Descendentes de judeus do Leste Europeu e do Mediterrâneo	10/1	Rara	Raro	Ocasional	Lento (>10 a 15 anos)	10 a 15 anos
Endêmico - Nodular	25-40	Adultos africanos, negros	17/1	Rara	Raro	Raro	Lento (>8 a 10 anos)	8 a 10 anos
- Florido	25-40	Adultos africanos, negros	17/1	Rara	Ocasional	Ocasional	Rápido	3 a 5 anos
- Agressivo	25-40	Adultos africanos, negros	17/1	Rara	Rara	Ocasional	Rápido, localizado	5 a 8 anos
- Linfadenopático	1-15	Crianças africanas, negras	1-3/1	Nunca	Sempre	Usual	Rápido disseminado	1 a 3 anos
Iatrogênico - Imunossuprimidos	20-60	Pacientes em uso de drogas imunossupressoras	2/1	Comum	Ocasional	Ocasional	Limitado	Geralmente regride, suspendendo-se medicação
Epidêmico	18-65	Homens Homossexuais (95%)	50-100/1	Comum	Comum	Comum	Rapidamente progressivo	Depende da doença de base

Fonte: Fonseca, Bollela e Neto (1999)

3. Sarcoma De Kaposi epidêmico e suas manifestações clínicas

O Sarcoma De Kaposi é caracterizado por ser uma lesão neoplásica, maligna e que pode apresentar-se por meio de lesões múltiplas, nodulares e hiperpigmentadas. Sua manifestação clínica foi enaltecida após a descoberta do seu tipo epidêmico, o qual se associa ao vírus da Imunodeficiência humana (HIV) (Paulique *et al.*, 2017; Da Silva *et al.*, 2016).

Segundo Feller, Wood e Lemmer (2007) cerca de 20% dos indivíduos acometidos pelo vírus do HIV desenvolvem Sarcoma De Kaposi e, os autores constataram também que o local pioneiro de apresentação é na cavidade oral. Sendo assim, normalmente as lesões acometem a mucosa oral e palato duro, entretanto, também há indícios de manifestações na mucosa jugal, faringe, língua, amígdalas, região facial e nariz (Castrejón; Salcedo; Velázquez, 2011). O aparecimento precoce do SK, em geral é assintomático e sua forma inicial é plana ou macular, podendo ter uma forma única ou múltiplas, sendo comum inúmeras máculas com uma gama de cores que varia do rosa, podendo chegar ao vermelho ou azul-púrpura e até mesmo ao marrom escuro.

Figura 1- Múltiplas lesões púrpuras assintomáticas espalhadas pela face.



Fonte: Ferreira (2016)

O SK em seu estágio mais avançado pode sofrer alterações e evoluir para pápulas, nódulos ou massas exofíticas que futuramente podem se tornar lesões ulceradas. (Pantanowitz *et al.*, 2013; Shiboski *et al.*, 2009; Martines; Lira e Perez, 2020). Assim sendo, quando as lesões se tornam ulceradas, as mesmas são susceptíveis às infecções secundárias, podendo interferir na fala, na mastigação e consequentemente, podendo causar disfagia (Pantanowitz *et al.*, 2013). Sobretudo, destaca-se também que a presença do SK-AIDS em região gengival pode exacerbar o caso clínico inicial devido a presença da doença periodontal ou podem até mesmo ser confundidos com úlceras agudas necrosantes (Pantanowitz *et al.*, 2013).

Figura 2- Inúmeras lesões violáceas extensas, vegetativas e ulceradas em região de palato.



Fonte: Ferreira (2016)

Outrossim, uma em cada três pessoas portadoras da neoplasia associada a AIDS desenvolvem lesões na cavidade oral e na garganta, tendo manifestações clínicas comuns em região do palato, na gengiva, nas tonsilas, na língua, laringe e na traqueia também. Em suma, A variante epidêmica do SK pode gerar lesões difusas que se manifestam em diversas partes do corpo, logo após a manifestação do vírus da AIDS. As lesões recorrentes a essa variante podem ter exposição em pele, na boca, podendo afetar glóbulos linfáticos, o trato gastrointestinal, o pulmão, o baço e o fígado (Gamonal; Vanâncio e Da Costa, 2006).

Existem ainda ocasiões em que o Sarcoma De Kaposi se encontra presente no trato gastrointestinal no momento do diagnóstico, tal situação é recorrente quando o paciente apresenta imunossupressão grave com uma contagem baixa de células CD4. Entretanto, as lesões no Trato gástrico intestinal (TGI) se tornam mais comuns com o tempo e, as vezes podem evoluir no TGI mesmo que, nenhuma manifestação cutânea seja encontrada. Normalmente tais lesões são assintomáticas, todavia, em alguns casos, podem gerar dor e sangramento. Ademais, tais lesões podem interferir em funções básicas do sistema estomatognático, tais como: capacidade de digerir e absorver nutrientes dos alimentos e, em quadros clínicos mais graves é possível que a lesão obstrua o trato digestivo por completo, impedindo a passagem do alimento (Gamonal; Vanâncio e Da Costa, 2006).

3.1. Patogênese do Sarcoma De Kaposi

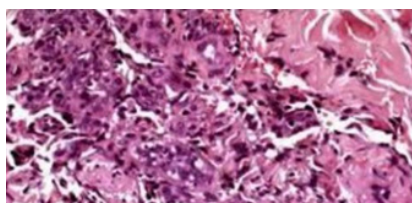
A histopatologia do Sarcoma De Kaposi é caracterizada por estágios de evolução da neoplasia, definia pela presença de células fusiformes roliças, infiltrado de células hematológicas, englobando macrófagos com hemossiderina e canais vasculares (Trujulio *et al.*, 2015). Além disso, O SK é caracterizado como um processo proliferativo de células vasculares, sendo comum a formação de pequenos vasos atípicos e fissuras vasculares, pela presença de células fusiforme e pela efusão de eritrócitos. Ademais, o SK é considerado neoplásico, normalmente policlonal e metacêntrico e são medidos por citocinas em que a infecção pelo vírus herpes vírus 8 é essencial para o processo, sendo o sistema imune o fator necessário (Martines; Lira e Perez 2020; Benevenuto *et al.*, 2014).

Figura 3- Proliferação celular localizada entre o folículo piloso e o músculo eretor, acompanhado de uma hemorragia na derme radicular (H&E 10x).



Fonte: Martines, Lira e Perez (2020)

Figura 4- Estreitos canais vasculares, composto por células fusiformes alongadas associadas ao extravasamento de eritrócito (H&E 40X).



Fonte: Martines, Lira e Perez (2020)

4. Recursos terapêuticos relativos ao Sarcoma De Kaposi

Foi enfatizado por Fonseca, Bollela e Neto (1999) que, embora haja avanços significantes no entendimento da neoplasia do Sarcoma De Kaposi e suas variantes, não existe um único tratamento para a doença. Sendo assim, a escolha do método terapêutico adequado deve ser individualizada e ter como critério enaltecido fatores como: gravidade do caso, localização e extensão da doença, efeitos colaterais dos fármacos e grau de comprometimento imunológico. Entretanto, atualmente, é de parecer científico que são inúmeras as abordagens de tratamento quando o assunto é o SK, levando em consideração as diversas formas de apresentações da doença. No entanto, é de suma relevância o início do tratamento com antirretrovirais (ARV) nos infectados que ainda não tratam da imunodeficiência, pontuando que, a terapia ARV está altamente relacionada com a reconstrução imune e controle da viremia com regressão das lesões, escassez na incidência e aumento na sobrevida do infectado (Mani, 2009; Paschoal, 2014; Sullivan *et al.*, 2008).

A supressão da réplica do Vírus do HIV é a base essencial para o tratamento da AIDS quando relacionada ao Sarcoma De Kaposi, posto isto, é fundamental que para tal atenuação seja necessário a realização do tratamento apropriado, sendo um dos recomendados a terapia com antirretrovirais. Devido a aparição e o advento do tratamento antirretroviral altamente ativo precoce (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART) houve diminuições significantes na taxa do SK. Sendo assim, desde 2013, no Brasil, visa-se o incitamento da intervenção antirretroviral para todos os indivíduos infectados pelo vírus do HIV, independentemente dos valores de células de CD4. Contudo, foram postulados diversos benefícios relacionados a terapia, destacando-se a diminuição da morbidade e mortalidade do infectado, aumentando a qualidade de vida dos portadores e, redução drástica nos valores de carga viral, reduzindo o risco de transmissão do vírus (Brasil, 2013). Em suma, os Cirurgiões-Dentistas não atuam diretamente no tratamento do indivíduo, mas sim, o infectologista, sendo vedado aos profissionais odontólogos o diagnóstico e o encaminhamento.

4.1. Tratamento local

O método terapêutico localizado é reservado aos infectados que são acometidos por manifestações cutâneas mínimas, todavia, também podem ser utilizados como terapia paliativa para os pacientes que não apresentam resposta eficaz ao tratamento sistêmico e manifestam uma rápida progressão da neoplasia. Entretanto, outras opções de terapias tópicas são colocadas em pautas, sendo elas: a crioterapia e a excisão cirúrgica (Martellota *et al.*, 2009). Além disso, em relação aos métodos terapêuticos locais, a radioterapia é postulada como uma excelente opção de tratamento do SK localizado. Em contrapartida, apesar da radioterapia eliminar as células tumorais, existem complicações assíduas recorrentes da radiação em região bucal, que podem ser minimizadas pelo controle da distribuição da dose radioativa, concisamente, o tratamento é realizado por profissionais oncologistas (Santos, 2020). Em síntese, o tratamento radioterápico tem como objetivo a redução do edema, diminuição da sensação dolorosa e do sangramento, ademais, são altamente utilizadas em lesões nodulares e placas, sendo o SK uma neoplasia que possui alta sensibilidade a radioterapia, apresentando taxas de respostas elevadas a 90%, sendo 70% com remissão completa e boa aceitação, contudo, é notável o aparecimento de mucosite severa em infectados que apresentam manifestações em mucosa oral (Lima, 2015).

4.2. Tratamento sistêmico

Em relação as terapias sistêmicas mais postuladas, é de enaltecimento científico o tratamento com antirretrovirais (TARV), a terapia com agentes antineoplásicos e a imunoterapia. Posto isto, os efeitos da TARV em relação a neoplasia do SK são bastante significantes, incluindo a inibição da replicação do vírus do HIV, uma melhora considerável no sistema imunológico contra o herpes vírus 8 e uma queda na produção de proteína de transporte do Vírus da Imunodeficiência Humana (Sullivan; Pantanowitz, 2010). Em contrapartida, em algumas situações clínicas, onde o infectado apresenta um quadro de SK moderado ou avançado, o tratamento com antirretrovirais de forma isolada pode não ser suficiente, fazendo-se necessário o adjunto de outra terapia, visando tratar o tumor, tal como a quimioterapia, que mostrou um resultado eficaz quando combinado com a TARV (Cianfrocca *et al.*, 2010).

O tratamento quimioterápico é designado aos pacientes que apresentam um quadro clínico avançado ou quando a doença manifesta uma rápida progressão, sendo comum a indicação dos agentes antineoplásicos como adjuvante a TARV quando é notável o aparecimento de: lesões disseminadas na epiderme (contabilizando mais de 25 lesões), edema com extensão, lesões extensas de pele que não respondem ao tratamento localizado, quando há envolvimento visceral de forma sintomática e quando há manifestação da síndrome inflamatória de reconstituição imune (Lagos *et al.*, 2008)

Em síntese, em relação a terapia com imunossuppressores, o interferon-alfa possui a finalidade de impedir a replicação viral e apresenta função anti-proliferativas, em outras palavras, o mesmo expressa efeitos imunomoduladores, antirretrovirais e antiangiogênicos. Sendo responsáveis por carregarem uma taxa de resposta total de 10-40% quando administrados de forma isolada e em doses altas, já quando são aplicados de forma combinada com o TARV ou em doses baixas, sua eficácia é superior ou igual. Porém, o fármaco não pode ser administrado como forma terapêutica em quadros de doença progressiva ou visceral. Por fim, vale ressaltar que o medicamento não é utilizado frequentemente na atualidade devido a toxicidade significativa que o interferon-alfa possui (Lagos *et al.*, 2008).

DISCUSSÃO

O Sarcoma de Kaposi é uma neoplasia mesenquimal causada pelo Herpes Vírus 8 e está associado ao vírus da AIDS (Trancredi *et al.*, 2010). Apesar de sua forte relação com o HIV, como apontado por Feller; Wood e Lemmer (2007), a doença também pode afetar outros grupos populacionais. Portanto, o HIV não é considerado o fator essencial na patogênese do Sarcoma de Kaposi. No entanto, segundo Campos *et al.* (2017), pacientes imunossuprimidos pelo HIV têm um risco significativamente maior de desenvolver a doença em comparação com a população geral.

Em relação as manifestações orais da neoplasia tumoral, de acordo com Gamonal; Vanâncio e Da Costa (2006) as lesões de cavidade oral ocorrem em aproximadamente 1/3 dos pacientes acometidos pela doença, sendo pioneiro de manifestação clínica as lesões endurecidas no palato, tais manifestações podem apresentar formatos assimétricos, sendo detectadas clinicamente por não possuírem aumento de volume, com coloração avermelhada ou arroxeadas, podendo ser focais ou não. No entanto, Paulique *et al.* (2017) afirmam que essas manifestações orais são comumente encontradas clinicamente, contemplando formas diversas e sendo apresentada como primeiro sinal clínico da doença.

Martellotta *et al.* (2009) preconizam que tal neoplasia possui um curso clínico variável, alterando desde formas passivas que requerem nenhuma ou mínima intervenção terapêutica até formas mais agressivas, sendo enaltecido o tratamento mais abrangente. Ademais, foi relatado pelo mesmo autor que a decisão terapêutica deve ser baseada na taxa de crescimento da lesão, os sinais e sintomas apresentados pelo portador, o sistema imunológico do mesmo e as limitações pertencentes ao HIV. Adicionalmente, Fonseca, Bollela e Neto (1999) estabelecem-se que a escolha do melhor tratamento deve ser individualizada, entretanto, postulam-se também que não há apenas um tratamento responsável por entregar eficácia em todos os âmbitos acometidos pela doença. Entretanto, também foi afirmado pelos autores que a escolha do melhor método de intervenção deve ser fundamentada de acordo com a gravidade da situação, grau de comprometimento do sistema imunológico, velocidade de progressão, efeitos de medicamentos e até mesmo, questões psíquico-estéticas.

De acordo com Martellotta *et al.* (2009) a Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (HAART) representa uma boa conduta terapêutica para a doença acometida, ademais, Fonseca Bollela e Neto (1999) afirmam que pacientes imunossuprimidos devem começar a terapia com antirretrovirais a partir do momento do diagnóstico da imunossupressão. Outrossim, a quimioterapia associada a HAART é altamente indicada para lesões viscerais e/ou lesões com caráter de progressão avançado (Martellotta *et al.*, 2009). Entretanto, Fonseca, Bollela e Neto (1999) discorrem que devido ao fato do paciente imunossuprimido e portador de uma neoplasia maligna possuir uma imunocompetência de base, não é indicado de forma ampla a terapia com drogas citotóxicas, evitando agravar o quadro clínico da doença, sendo assim, inicialmente os fármacos combinados eram evitados, utilizando preferencialmente a monoterapia.

CONCLUSÃO

A alta incidência de pacientes imunossuprimidos torna-se indispensável a necessidade do reconhecimento precoce do SK. Além disso, com o método bem orientado dos profissionais e principalmente o uso de meios preventivos é possível atenuar cada vez mais a ocorrência da neoplasia, sendo assim, pode-se concluir que:

- O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerado o fator etiológico da Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tornando-se susceptível a neoplasia do Sarcoma De Kaposi em pacientes portadores do HHV-8;
- O local pioneiro de manifestação da neoplasia tumoral é a cavidade oral, sendo constatada inicialmente de forma assintomática, entretanto, pode vir a apresentar um quadro de evolução progressivo;

- O Sarcoma De Kaposi acomete cerca de 20% dos pacientes imunossuprimidos pelo vírus da AIDS;
- O estágio mais avançado da neoplasia pode promover lesões ulceradas, tornando-se comum o acometimento de infecções secundárias, interferindo diretamente na fala e na mastigação do portador. Outrossim, as manifestações clínicas da doença também podem acometer o Trato Gastro Intestinal (TGI);
- O tratamento com antirretrovirais (TARV) é essencial para uma boa qualidade de vida do portador, visando a supressão da réplica do vírus do HIV, entretanto, quando a infecção pelo vírus se manifesta de forma moderada ou avançada, o TARV de forma isolada não é considerado suficiente;
- A radioterapia é um método terapêutico de grande valia, entretanto, existem complicações que devem ser enaltecidas em relação ao uso da radiação em região de cavidade oral.
- Dessa forma, entende-se que, indiscutivelmente, é dever do Cirurgião-Dentista o diagnóstico precoce da neoplasia acometida e, a obtenção de uma postura adequada frente aos meios terapêuticos, visando a diminuição da mortalidade e morbidade e promovendo uma boa qualidade de vida ao portador.

REFERÊNCIAS

BENEVENUTO DE ANDRADE, B. A. *et al.* Expressão de PROX-1 em células fusiformes do sarcoma Kaposi oral. **Revista de patologia oral e medicina**, v. 2, p. 132-136, 2014.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo de infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, 2013. 24 p.

BRAZ-SILVA, P. H. *et al.* Oral lesions as an important marker for HIV progression. **Dermatology online journal**, v. 23, n. 9, p. 10-28, 2017.

CAMPOS, F. A. B. *et al.* Sarcoma de Kaposi em Paciente Jovem Imunocompetente: uma Quinta Variante Epidemiológica?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 63, n.4, p. 277-284, 2017.

CASTREJÓN, A. J.; SALCEDO, J. A. F.; VELÁZQUEZ, J. O. R. Prevalencia de manifestaciones orales en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida en el Hospital Central Militar. **Med Oral**, v. 13, p. 8-15, 2011.

CATTELAN, A. M. *et al.* Preditores de síndrome inflamatória de reconstituição imune associada ao sarcoma de Kaposi: relato de caso. **Agentes Infeciosos e Câncer**, v. 11, n. 1, p. 1-4, 2016.

CIANFROCCA, M. *et al.* Randomized trial of paclitaxel versus pegylated liposomal doxorubicin for advanced human immunodeficiency virus-associated Kaposi sarcoma: evidence of symptom palliation from chemotherapy. **Cancer**, v. 116, n. 16, p. 3969-3977, 2010.

CLARO, M. C. D. A.; RODRIGUES, M.D.P.R. Atendimento odontológico ao paciente com hiv/aids: principais manifestações bucais e aspectos humanitários a serem considerados pelo cirurgião-dentista. **Reportório Institucional UNITAU**, Taubaté, 2018. Disponível em: <http://repositorio.unitau.br/jspui/handle/20.500.11874/3793>. Acesso em: 20.set. 2024

DA SILVA F. L.C. *et al.* Pacientes com HIV/AIDS na Odontologia e suas Manifestações Bucais. **Journal of Orofacial Investigation**, v. 3, n. 1, p. 44-62, 2016.

DE MOURA, J.A. *et al.* Manifestações orais em pacientes com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p.140-280, 2022.

FELLER, L; WOOD, N.H.; LEMMER, J. HIV-associated Kaposi sarcoma: pathogenic mechanisms. **Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology**, v. 104, n. 4, p. 5-100, 2007.

FERREIRA, L. A. Sarcoma de Kaposi disseminado com manifestação intraoral em paciente soropositivo—relato de caso. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 2 n. 46, p.10-52, 2016.

- FONSECA, B. AL; BOLLELA, V. R.; NETO, Roberto da Justa Pires. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida: características desta associação, incluindo novos conceitos sobre patogênese e tratamento. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 32, n. 1, p. 26-39, 1999.
- FORTUNA, G. *et al.* Linfoma plasmático oral em paciente HIV positivo com sobrevida incomum. **Infeção**, v. 41, n. 1, p. 301-302, 2013.
- GABARRÉ, J; BOSSI, P. HAART e mudanças na epidemiologia, tratamento e prognóstico de pacientes HIV positivos com sarcoma de Kaposi e linfoma. **Boletim do Câncer**, v. 90, n. 5, p. 419-425, 2003.
- GAMONAL, A; VEN NCIO, M. A; DA COSTA, E. L. Sarcoma de Kaposi. **HU Revista**, v. 3, p. 77-84, 2006.
- GIRALDO, Vá; BETH, E.; HUANG, E.-S. Sarcoma de Kaposi e sua relação com o citomegalovírus (CMV) III. DNA de CMV e antígenos iniciais de CMV no sarcoma de Kaposi. **Revista Internacional de Câncer**, v. 26, n. 1, p. 23-29, 1980.
- IZÍDIO, J. W. N. Principais manifestações bucais em pacientes portadores da AIDS. **Reportório Institucional UFRN**, Rio Grande Do Norte, Jan. 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/39134>. Acesso em: 14 set. 2024.
- JACKSON, C. C. *et al.* s. Sarcoma de Kaposi da infância: imunodeficiência congênita ou adquirida ao HHV-8 oncogênico. **Sangue pediátrico e câncer**, v. 63, n. 3, p. 392-397, 2016.
- LAGOS, D. *et al.* Toll-like receptor 4 mediates innate immunity to Kaposi sarcoma herpesvirus. **Cell host & microbe**, v. 4, n. 5, p. 470-483, 2008.
- 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**. 2015. 65f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas) - Universidade Federal de Pernambuco, 2015.
- MANI, D. *et al.* A retrospective analysis of AIDS-associated Kaposi's sarcoma in patients with undetectable HIV viral loads and CD4 counts greater than 300 cells/mm3. **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, v. 8, n. 5, p. 279-285, 2009.
- MARTELOTTA, F. *et al.* AIDS-related Kaposi's sarcoma: state of the art and therapeutic strategies. **Current HIV research**, v. 7, n. 6, p. 634-638, 2009.
- MARTINES, C. J; LIRA, J. P; PEREZ, J. Sarcoma de Kaposi na Odontologia: Um levantamento epidemiológico no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 2, n. 9, p. 17-27, 2020.
- MORAES, D. C. D. A; OLIVEIRA, R. C; COSTA, S. F. G. Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 676-681, 2014.
- NAKAMURA, S. *et al.* Células de sarcoma de Kaposi: cultura de longo prazo com fator de crescimento de células T CD4⁺ infectadas por retrovírus. **Ciência**, v. 242, n. 4877, p. 426-430, 1988.
- PANTANOWITZ, L. *et al.* Sarcoma de Kaposi oral associado ao HIV. **Revista de patologia oral e medicina**, v. 3, p. 201-207, 2013.
- PASCHOAL, E. P. *et al.* Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Escola Anna Nery**, v. 18, p. 32-40, 2014.
- PAULIQUE, N. C. *et al.* Manifestações bucais de pacientes soropositivos para HIV/AIDS. **Archives of health investigation**, v. 6, n. 6, p. 4-10, 2017.
- SILVA, B. B; COSTA, L.M.R. **Manifestações orais em pacientes HIV positivo**. 84f, 2019, [Monografia] Porto Velho: Centro Universitário Sao Lucas, 2019.
- SANTOS, P.A. R. O uso da radioterapia no tratamento de câncer bucal. **Repositório Institucional Escola Bahiana De Medicina e Saúde Pública**, Salvador, 2020. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/5709>. Acesso em: 20 set. 2024.

TANCREDI, M.V. *et al.* Prevalência de sarcoma de Kaposi em pacientes com aids e fatores associados, São Paulo-SP, 2003-2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 379-387, 2017.

TRUJILLO, J. M. *et al.* Exuberância clínica do sarcoma de Kaposi clássico e resposta à radioterapia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 883-886, p. 10-12, 2015.

ROYE, R. *et al.* Sarcoma de Kaposi: Experiencia en el Departamento de Dermatología Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Caracas-Venezuela. **Dermatología Venezolana**, v. 43, n. 1, p. 27-30, 2005.

SULLIVAN, R. J. *et al.* Epidemiology, pathophysiology, and treatment of Kaposi sarcoma—associated herpesvirus disease: Kaposi sarcoma, primary effusion lymphoma, and multicentric Castleman disease. **Clinical Infectious Diseases**, v. 47, n. 9, p. 1209-1215, 2008.

SHIBOSKI, C. H. *et al.* Oral HIV/AIDS Research Alliance, Subcommittee of the AIDS Clinical Trial Group. The Oral HIV/AIDS Research Alliance: updated case definitions of oral disease endpoints. **J Oral Pathol Med**, v. 38, n. 6, p. 481-8, 2009.