

Sarcoma de Kaposi peniano em paciente HIV negativo: relato de caso
Kaposi's Sarcoma in a HIV negative patient. Case report

Aissar Eduardo NASSIF¹, Paola de SOUZA², Tiago Jacometo Coelho de CASTILHO³, Priscila WOLF-NASSIF⁴.

aenassif@hotmail.com

NASSIF AE, POZZOBON HJ, TAGUCHI WS, SOUZA P, WOLF-NASSIF, P CASTILHO TJC. Sarcoma de Kaposi peniano em paciente HIV negativo: relato de caso.

RESUMO: Os autores reportam uma lesão incomum em pacientes HIV negativo. O quadro clínico apresentou-se através do surgimento de lesão violácea, nodular, única, em glândula peniana. A lesão foi submetida à biópsia excisional e o resultado histopatológico foi de Sarcoma de Kaposi (SK). A pesquisa do herpes vírus humano tipo 8 (HHV8) através do PCR (polimerase chain reaction) foi positiva no fragmento de biópsia. Não havia neste caso o acometimento de outros sítios, sendo a ressecção de caráter curativo.

DESCRIPTORIOS : Sarcoma de Kaposi, HIV negativo, Tratamento

NASSIF AE, SOUZA P, WOLF- NASSIF P, CASTILHO TJ. Kaposi's Sarcoma in a HIV negative patient. Case report

ABSTRACT: The authors present a case of a HIV negative man with a single purple, nodular lesion on the glans. The lesion was submitted to local excision and the histopathological analysis was compatible with Kaposi's Sarcoma (KS). The HHV8 was found positive on the biopsy fragment after a PCR analysis. There were no evidences of lesions in other places, and we considered de excision curative.

KEY WORDS: Kaposi's Sarcoma, HIV negative, HHV8 positive, single penis lesion

¹Mestre em Clínica Cirúrgica e Doutorando do Programa de pós graduação em princípios em Cirurgia da UFPR e professor Adjunto Uninga-PR

²Médica patologista do Souza Anatomia Patológica

³Médico residente de Cirurgia Geral do Hospital Santa Rita de Maringá/Associação Beneficente Bom Samaritano

⁴ Médica residente em Dermatologia – Instituto Lauro de Souza Lima - Bauru.

INTRODUÇÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) é um tumor endovascular de origem multifocal, descrito em 1872 por Moritz Kaposi. As lesões acometiam preferencialmente a pele de

extremidades de pacientes em faixa etária mais avançada. Com o passar dos anos tivemos relatos de lesão extra-cutâneas em cavidade oral, trato gastrointestinal, linfonodos e pulmões¹. O primeiro caso de Sarcoma de Kaposi envolvendo a glândula do pênis foi descrito em 1902². No entanto, os relatos de SK envolvendo o trato genito-urinário, especificamente pênis, têm sido raros não havendo mais que 15 casos bem documentados na literatura até 2006¹⁹. Com o surgimento do vírus da imunodeficiência em humanos, o SK tem sido a doença que mais se associa à síndrome da imunodeficiência humana (SIDA) tendo sido reconhecida como uma das primeiras manifestações clínicas da SIDA^{1,4}. O valor do presente relato reside no fato de que a presença de SK confinado ao pênis é um fato extremamente incomum em pacientes HIV negativos^{5,6,7}, trazendo a necessidade de pensarmos nesse diagnóstico ao nos depararmos com esse tipo de lesão em genitália.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 56 anos, branco, casado, sem história prévia de relacionamentos homossexuais, procura o serviço de urologia devido ao aparecimento de nódulo solitário assintomático em glândula do pênis há 3 meses (FIGURA 1). Não havia sinais de envolvimento de pele em outras áreas do corpo, e não havia evidência de linfadenopatia inguinal. Exames laboratoriais de rotina incluíram hemograma completo e testes para pesquisa de HIV (métodos ELISA e Western blot). O raio-X de tórax, a tomografia computadorizada de abdômen (TAC) e a endoscopia digestiva alta (EDA) não demonstraram a presença de lesões viscerais. Procedeu-se então à realização da biópsia excisional da lesão peniana. O resultado do exame anátomo-patológico e imunohistoquímica do fragmento foi compatível com sarcoma de Kaposi e com a presença do Herpes Vírus Humano tipo 8 (HHV8) no fragmento analisado (FIGURAS 2, 3 e 4).

DISCUSSÃO

O sarcoma de Kaposi (SK) é considerado uma doença angioproliferativa caracterizada histopatologicamente por células endoteliais alongadas fusiformes, circundadas por escasso infiltrado inflamatório crônico¹. É classificado de acordo com sua forma clínica em: clássico (afeta principalmente pacientes mais velhos presentes nas regiões do Mediterrâneo e Leste europeu); endêmico (forma agressiva comum na África); epidêmico ou relacionado à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e a forma iatrogênica que surge em pacientes recebendo terapia imunossupressora. De acordo com sua localização poderemos ter lesões cutâneas e extra-cutâneas. O SK limitado à genitália externa é um achado incomum em pacientes HIV negativos. Mesmo em pacientes com SIDA, o SK como lesão isolada de pênis é encontrado em menos de 3% dos casos. Na maioria dos casos de SK no pênis, as lesões eram descritas como lesões vermelho-arroxeadas, envolvendo principalmente a glândula⁸. Outras localizações descritas foram, o prepúcio, sulco coronal e meato uretral^{8,9}. A etiopatogenia da doença permanece não esclarecida. Chang et al¹⁰ detectou seqüências de DNA do herpes vírus humano em tecido acometidos pelo SK em pacientes com SIDA. Mais tarde, através da técnica de PCR (polymerase chain reaction) para detecção de DNA, foi identificado que o herpes vírus humano tipo 8 (HHV8) estava relacionado às várias formas do sarcoma de Kaposi. Atualmente, sabemos que a presença do HHV8 é uma condição quase 'sine qua non' para o desenvolvimento do SK, participando no processo de tumorigênese, sendo encontrado em aproximadamente 95% dos casos de SK, independentemente de forma clínica¹¹. O herpes vírus humano tipo 8 é um vírus considerado sexualmente transmissível, tendo prevalência de 5-10% na população em ocidental em geral e de 20-

70% entre homossexuais HIV positivos^{12,13}. Contudo, os relatos recentes da presença do HHV8 entre a população com idade inferior à 16 anos da Sicília, traz a possibilidade de existir uma via não-sexual para transmissão do vírus^{13,14}.

Os diagnósticos clínicos diferenciais para lesões localizadas no pênis devem incluir granuloma piogênico, condiloma acuminado, molusco contagioso e papulomatose bowenóide¹⁵. Kondo et al encontrou dificuldades em diferenciar o sarcoma de Kaposi de outros tumores angiomatosos e lesões tumoriformes como as formas vasculares ou hemorrágicas do histiocitoma benigno. A diferenciação nesses casos só foi possível através da detecção do DNA do HHV8 pela técnica de PCR¹⁶.

O tratamento de lesão primária do pênis inclui excisão cirúrgica local, radioterapia, terapia com laser e quimioterapia^{8,17,18}. Não existem ainda condutas definidas para o manejo dessas lesões. Aceita-se que a excisão cirúrgica seria o mais adequado para tratar pequenas lesões ao passo que grandes lesões podem ser manejadas com radioterapia local. Em caso de acometimento visceral e/ou doença generalizada, estaria indicada a quimioterapia. Concluímos que, apesar de raro, o sarcoma de Kaposi em pênis deve ser considerado um diagnóstico diferencial quando nos deparamos com uma lesão inespecífica de pênis em pacientes imunocomprometidos ou não.

REFERÊNCIAS / REFERENCES

1. Antman K, Chang Y. Kaposi's sarcoma. *N Engl J Med* 2000; **342**:1027–1038.
2. Philippson L. Über das Sarcoma idiopathicum cutis Kaposi: Ein Beitrag zur Sarcomlehre. *Virchows Arch Pathol Anat* 1902; **167**: 58–61.
3. Argenziano G, De Luca M. Morbo di Kaposi ad esclusiva localizzazione sulla mucosa del glande. *Minerva Dermatologica* 1965; **40**: 428–430.
4. Angulo JC, Lopez JI, Unda-Urzaiz M et al. Kaposi's sarcoma of the penis as an initial urological manifestation of AIDS. A report of two cases. *Urol Int* 1991; **46**: 235–237.
5. Kavak A, Akman RY, Alper M, Buyukbabani N. Penile Kaposi's sarcoma in a human immunodeficiency virus-seronegative patient. *Br J Dermatol* 2001; **144**: 207–208.
6. Pacifico A, Piccolo D, Fagnoli MC, Peris K. Kaposi's sarcoma of the glans penis in an immunocompetent patient. *Eur J Dermatol*, 2003 Nov-Dec; **13**(6): 582-3.
7. Klimis T, Margaritopoulou A, Panopoulos J, Kokotas N. Primary classic penile Kaposi's sarcoma in an elderly HIV-negative patient: report of a case and review of the literature. *J BUON*, 2007 Jan-Mar; **12** (1): 117-9.
8. Micali G, Nasca MR, De Pasquale R, Innocenzi D. Primary classic Kaposi's sarcoma of the penis: report of a case and review. *J Eur Acad Derm Venereol* 2003; **17**: 320-323.
9. John H, Pestalozzi DM, Hauri D. Kaposi sarcoma of the glans penis with meatal obstruction: case report and literature review. *Swiss Surg* 1996; **3**:134–6.

10. Chang Y, Cesarman E, Pessin Ms, et al. Identification of herpesvirus-like sequences in AIDS-associated Kaposi's sarcoma. *Science* 1994; 266:1868-9.
11. Huang YQ, Kaplan MH, Poiesz B, et al. Human herpesvirus-like nucleic acid in various forms of Kaposi's sarcomas. *Lancet* 1995; 345:759-61.
12. Chitale SV, Peat D., Meaden JD, Johnson HB et al. Kaposi's sarcoma of the glans penis in an HIV negative patient. *International Urology and Nephrology* 2002, 34: 251-253
13. O'Brien TR, Kedes D, Ganem D, et al. Evidence for concurrent epidemics of human herpesvirus 8 and human immunodeficiency virus type 1 in US homosexual men: rates, risk factors and relationship to Kaposi's sarcoma. *J Infect Dis* 1999;180:1010-7.
14. Vitale F, Viviano E, Perna AM, et al. Serological and virological evidence of non-sexual transmission of human herpesvirus type 8 (HHV8). *Epidemiol Infect* 2000;125:671-5.
15. Rosai J, ed Skin tumor and tumor like conditions. *Ackerman's Surgical Pathology*, 8th edn. Mosby, St. Louis, MI, 1996; 184-188.
16. Kondo Y, Izumi T, Yanagawa T et al. Spontaneously regresses Kaposi's sarcoma and herpesvirus 8 infection in a human immunodeficiency virus-negative patient. *Pathology International* 2000; 50: 340-346.
17. Ruzsaczak Z, Stadler R, Schwartz RA. Kaposi's sarcoma limited to the penis treated with cobalt-60 radiotherapy. *J Med* 1996; 27: 211-220
18. Chun YS, Chang SN, Park WH. A case of classical Kaposi's sarcoma of the penis showing a good response to high-energy pulsed carbon dioxide laser therapy. *J Dermatol* 1999;26:240-3
19. Gönen M, Cenker A, Halil K et al. Penile Kaposi's sarcomas in a circumcised and HIV-seronegative patient. *International Journal of Urology* 2006 13, 318-320



Figura 1. Lesão em glândula peniana em paciente HIV negativo.

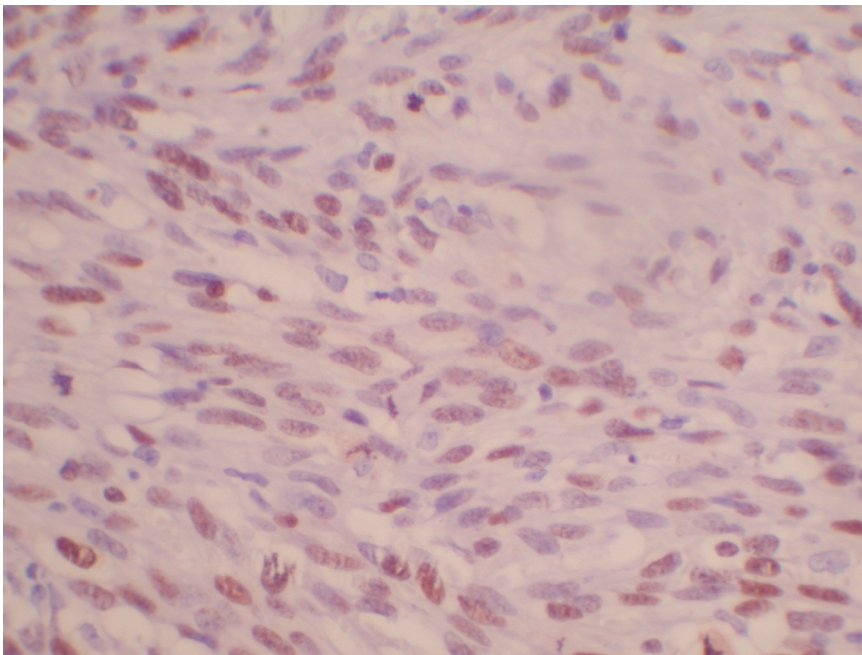


Figura 2. Imunohistoquímica para detecção do Herpes Vírus Humano tipo 8.

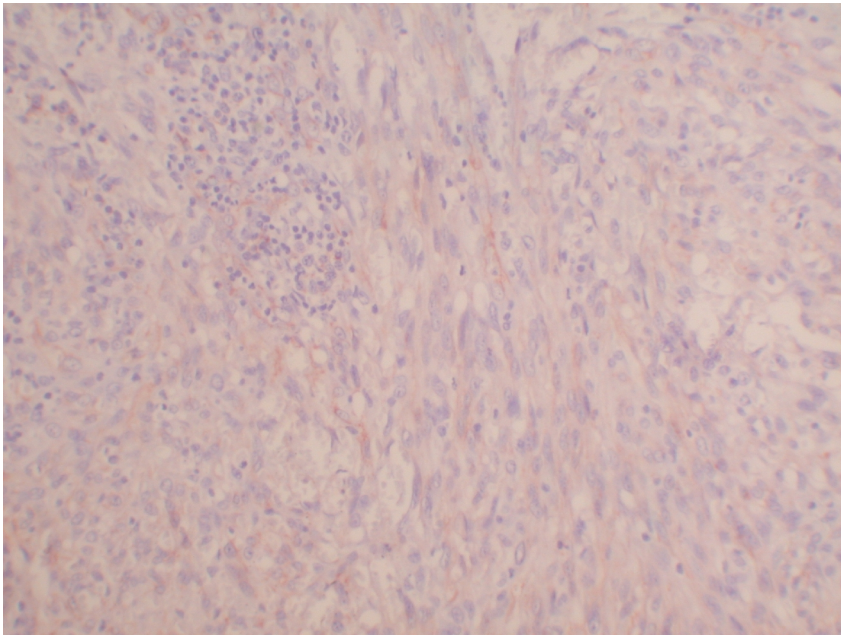


Figura 3. Imunohistoquímica CD31 Sarcoma Kaposi

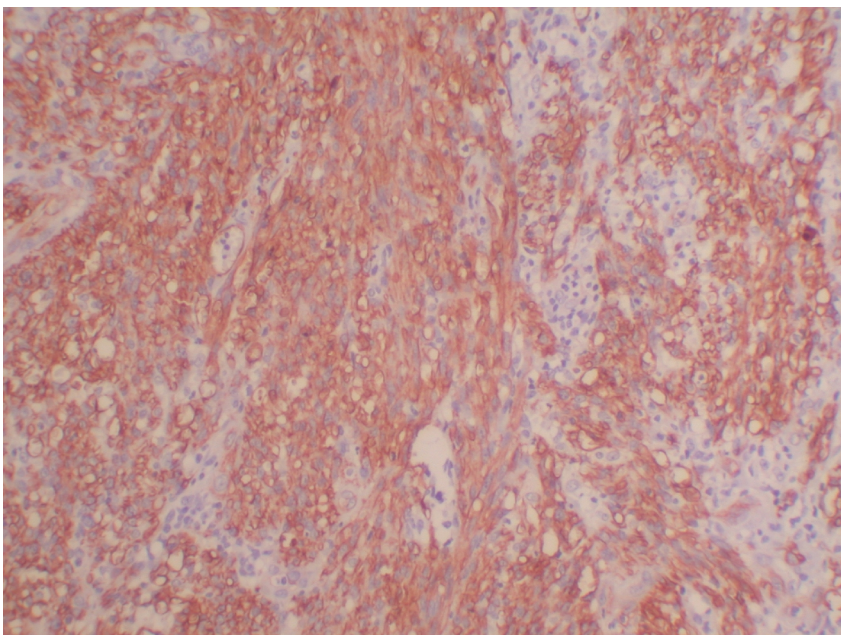


Figura 4. Imunohistoquímica CD 34 Sarcoma Kaposi

Enviado em: junho de 2009.

Revisado e Aceito: novembro de 2009.