

## ACOMETIMENTO PULMONAR POR SARCOMA DE KAPOSI : ASPECTOS RADIOLÓGICOS EM UM CASO CLÍNICO

### Tórax e Oncologia

#### DADOS DO CASO

**Autora Correspondente:** Denise Fabri Rezende Engracia Mello - Documenta Clínica Radiológica Ltda. ;

**Autores:** Denise Fabri Rezende Engracia Mello - Documenta Clínica Radiológica Ltda. ;

Rodolfo Mendes Queiroz - Documenta Clínica Radiológica Ltda. ;

Nelson de Araujo - Documenta Clínica Radiológica Ltda. ;

Marcus Vinicius Nascimento Valentin - Documenta Clínica Radiológica Ltda. ;

**Palavras-Chave:** Sarcoma de Kaposi, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, HIV, Tomografia Computadorizada Multidetectors;

**DOI:**  ;

#### RESUMO

Homem, 43 anos, portador de HIV, relatando falta de ar e tosse há 7 meses. Descobriu-se então ser portador de HIV nos exames laboratoriais. Tomografia computadorizada torácica mostrou opacidades intersticiais e alveolares bilateralmente com áreas de confluência arredondadas, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares e atenuações em “vidro fosco” basais acompanhadas por espessamentos lisos dos septos interlobulares. Foi sugerida a hipótese de Sarcoma de Kaposi, confirmada após biópsia.

#### HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente do gênero masculino, 43 anos, previamente hígido, queixando-se de dispneia progressiva, tosse seca persistente e perda ponderal nos últimos 7 meses. Negou febre, hemoptise ou sibilância. Ao exame físico apresentava-se com estertores finos crepitantes bilaterais. No exame físico observaram-se nos membros inferiores a presença de edema, pápulas violáceas e sinais de insuficiência venosa. Antecedentes pessoais: tratamento de pneumonia (sic) nos últimos 4 meses, etilista social e sem relatos de uso de drogas ilícitas. Exames laboratoriais mostraram hemograma sem alterações, sorologia para HIV positiva, carga viral de 20.000 cópias/ml e contagem de células T CD4 com 85 unidades/mm<sup>3</sup>. Foi iniciado tratamento com antirretrovirais associado a administração de sulfametoxazol + trimetoprima, fluconazol e profilaxia para tuberculose. Realizou-se também lavado broncoalveolar

para pesquisa para BAAR, fungos e mycobacterium atípico, sendo negativos. Após a avaliação de radiografia e tomografia computadorizada (TC) do tórax do paciente, optou-se pela realização de biópsia transbrônquica, minitoracotomia direita e intubação orotraqueal duplo lúmen com segmentectomia no lobo inferior direito e dreno de tórax. Diagnóstico: Sarcoma de Kaposi pulmonar. Foi indicada quimioterapia, porém com evolução desfavorável e subsequente óbito do paciente.

#### ACHADOS RADIOLÓGICOS

Radiografia do tórax mostrou pulmões hipoexpandidos, opacidades difusas nos pulmões com algumas áreas de confluência predominantemente nas regiões basais, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares bilateralmente, principalmente a direita onde também se observaram borramentos do hilo pulmonar e do seio costofrênico (Figura 1). TC torácica com a administração endovenosa de meio de contraste caracterizou opacidades intersticiais e alveolares difusamente nos pulmões, predominando nos dois terços inferiores, apresentando áreas de confluência arredondadas, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares e atenuações em “vidro fosco” basais acompanhadas por espessamentos lisos dos septos interlobulares e mínimo derrame pleural à direita (Figuras 2, 3 e 4).

#### DISCUSSÃO

O Sarcoma de Kaposi (SK) é a malignidade mais associada

ao HIV(1-6), podendo envolver, além de outro órgãos, a árvore traqueobrônquica, o parênquima pulmonar e a pleura(7-10). É consenso que o encontro de lesões características de SK na árvore traqueobrônquica é suficiente para fazer o diagnóstico presuntivo de comprometimento pulmonar(7-10). As radiografias do tórax podem ser normais ou inicialmente apresentarem infiltração intersticial reticular fina, que progressivamente se torna mais acentuada. Estas manifestações são indistinguíveis das infecções oportunistas(7-10). Ao contrário das radiografias convencionais, que em geral tem achados inespecíficos, a TC de alta resolução mostra o aspecto característico da doença peribrônquica e perivascular. Isso corresponde a uma típica distribuição anatômica e histológica da doença encontrada nas necropsias, que se dissemina preferencialmente ao longo das rotas linfáticas, isto é, em torno das bainhas broncovasculares, especialmente no interstício axial, nos septos interlobulares e na pleura. Os principais achados na TC de pacientes com SK e SIDA foram espessamento do interstício axial, espessamento de septos interlobulares, derrame pleural, grandes nódulos de contornos irregulares, micronódulos centrolobulares,

espessamento irregular de cissuras e áreas de atenuação em vidro fosco(7- 10).

### LISTA DE DIFERENCIAIS

Paracoccidiodomicose  
Pneumonia por hipersensibilidade crônica  
Aspergilose pulmonar invasiva  
Carcinoma lepidico  
Tuberculose

### DIAGNÓSTICO

Sarcoma de Kaposi pulmonar

### APRENDIZADO

O Sarcoma de Kaposi é uma das primeiras doenças reconhecidas em portadores de HIV e a neoplasia maligna mais comumente associada à SIDA, e por isso a relevância do caso, visto que um diagnóstico precoce, tanto por meio da clínica quanto por diagnóstico por imagem pode aumentar, sobretudo, a qualidade de vida do paciente, buscando um melhor controle da doença e a palição eficaz dos sintomas.

### REFERÊNCIAS

1. Teixeira VL, de Santana Júnior PJ, Teixeira KI, Carneiro D, Moreira M, Paula GM. Gastric Kaposi's sarcoma. *Radiol Bras.* 2015;48(3):196-7.
2. Costa D, Viana PCC, Maciel RP, Gebrim EMMS, Rocha MS. Sarcoma de Kaposi relacionado à síndrome da imunodeficiência adquirida: características do comprometimento hepático na tomografia computadorizada e na ressonância magnética. *Radiol Bras.* 2017;41:139-40
3. Fonseca B, Bollela V, Pires Neto R. Sarcoma de Kaposi e síndrome da imunodeficiência adquirida. *Medicina (Ribeirao Preto Online).* 1999;32(1):26-9.
4. Wagner A, Tozo J, Abreu MA, Wedy G. Sarcoma de Kaposi em paciente portador de HIV: relato de caso. *Medicina (Ribeirao Preto Online).* 2018;51(2):157-61.
5. Arruda É, Jacome AA, Toscano AL, Silvestrini AA, Rêgo AS, Wiermann EG et al. 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;18(3):315-26
6. Pires CAA, Noronha MAN, Monteiro JCMS, Costa ALCD, Abreu Júnior JMC. Kaposi's sarcoma in persons living with HIV/AIDS: a case series in a tertiary referral hospital. *An Bras Dermatol.* 2018;93(4):524-28..
7. Petribu NC, Cisneiros MS, Carvalho GB, Baptista L de M. Pulmonary Kaposi's sarcoma in a female patient: Case report. *Rev Assoc Med Bras (1992).* 2016;62(5):395-8.
8. Huang L, Schnapp LM, Gruden JF, Hopewell PC, Stansell JD. Presentation of AIDSrelated pulmonary Kaposi sarcoma diagnosed by bronchoscopy. *Am J Respir Care Med.* 1996;(153):1385-90.
9. Chou SH, Prabhu SJ, Crothers K, Stern EJ, Godwin JD, Pipavath SN. Thoracic diseases associated with HIV infection in the era of antiretroviral therapy: clinical and imaging findings. *Radiographics.* 2014;34(4):895-911.
10. Kuhlman JE. Imaging pulmonary disease in AIDS: state of the art. *Eur Radiol.* 1999;9(3):395-408.

**IMAGENS**

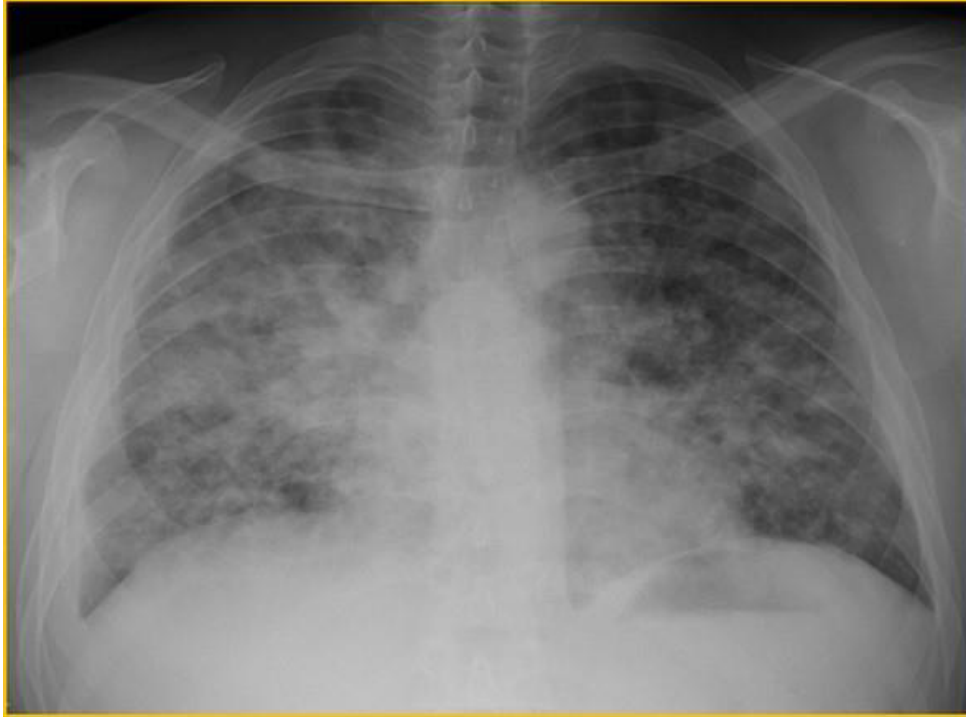


Figura 1. Radiografia torácica, incidência pósterio-anterior, mostrando pulmões hipoexpandidos, opacidades difusas nos pulmões com algumas áreas de confluência predominantemente nas regiões basais, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares bilateralmente, principalmente a direita onde também se observaram borramentos do hilo pulmonar e do seio costo-frênico.

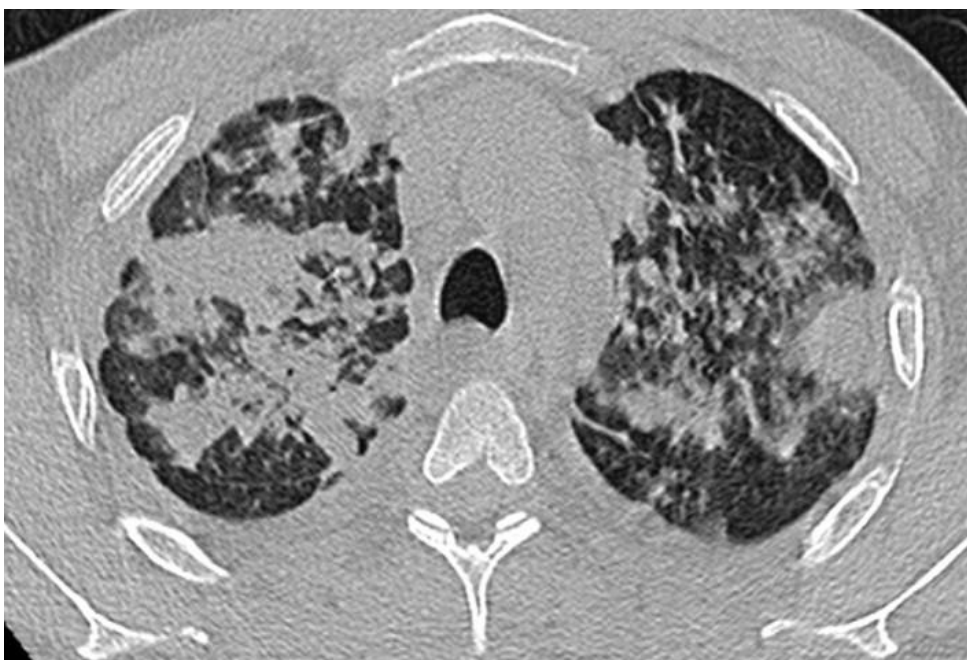


Figura 2. Tomografia computadorizada torácica caracterizando opacidades intersticiais e alveolares difusamente nos pulmões, predominando nos dois terços inferiores, apresentando áreas de confluência arredondadas, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares e atenuações em “vidro fosco” basais acompanhadas por espessamentos lisos dos septos interlobulares e mínimo derrame pleural à direita

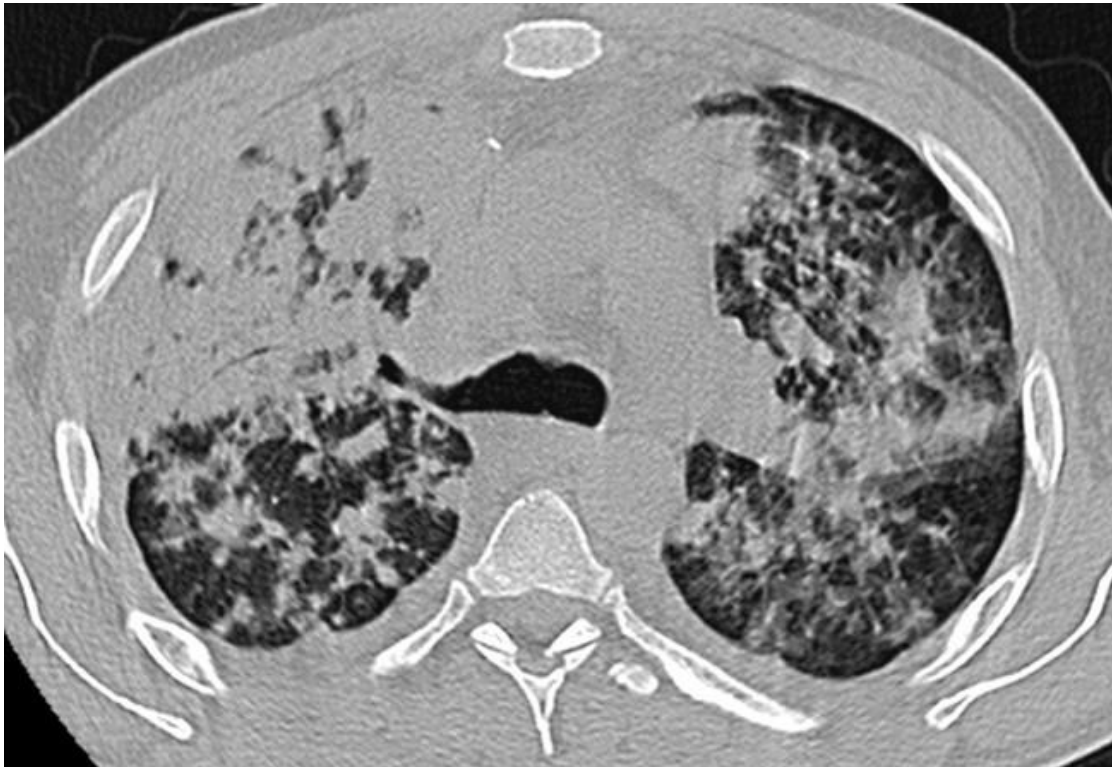


Figura 3. Tomografia computadorizada torácica caracterizando opacidades intersticiais e alveolares difusamente nos pulmões, predominando nos dois terços inferiores, apresentando áreas de confluência arredondadas, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares e atenuações em “vidro fosco” basais acompanhadas por espessamentos lisos dos septos interlobulares e mínimo derrame pleural à direita.

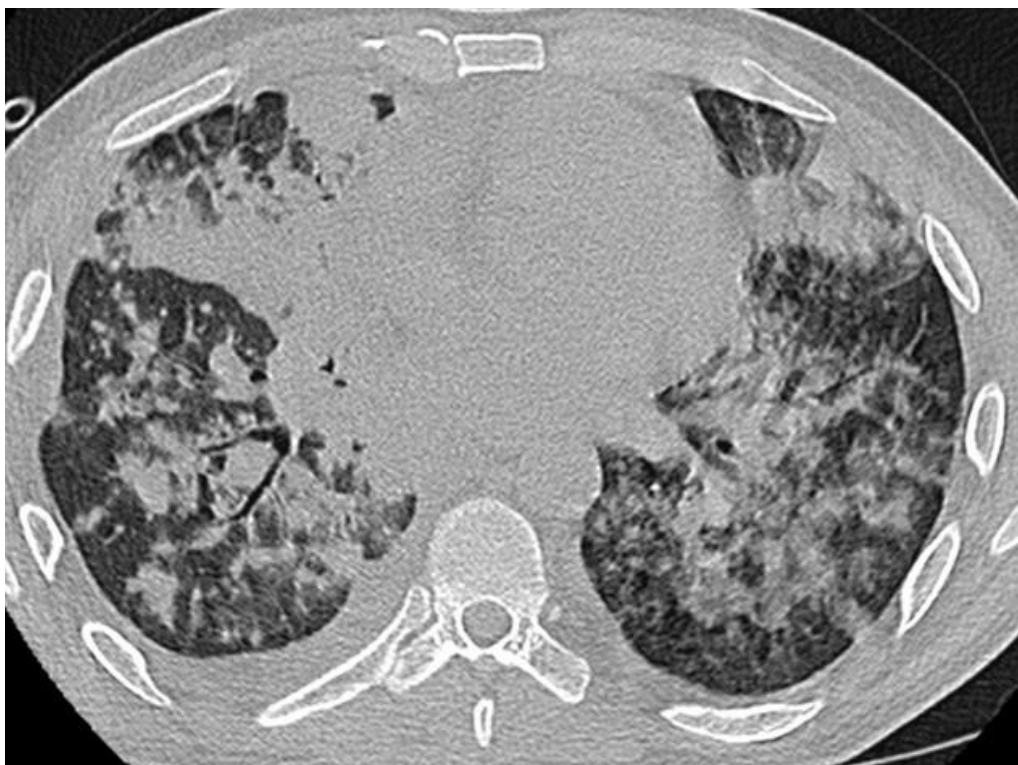


Figura 4. Tomografia computadorizada torácica caracterizando opacidades intersticiais e alveolares difusamente nos pulmões, predominando nos dois terços inferiores, apresentando áreas de confluência arredondadas, espessamentos peribroncovasculares peri-hilares e atenuações em “vidro fosco” basais acompanhadas por espessamentos lisos dos septos interlobulares e mínimo derrame pleural à direita.