

Transmissão Sexual do Sarcoma de Kaposi - Na Rota da Descoberta de Um Agente Etiológico

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (46-47), 1994

Maria S. Santos *
Luíz Antônio Alves de Lima**

O Sarcoma de Kaposi, lesão proliferativa multifocal que pode acometer pele e vísceras, foi descrito originalmente em 1872 por Moritz Kaposi. Em 1977 foi relatado o primeiro caso em um paciente homossexual passando a apresentar um comportamento agressivo o que, juntamente com casos de pneumonia por *P. carinii*, definiu uma nova síndrome caracterizada por imunodeficiência (SIDA).

O Sarcoma de kaposi clássico também existia antes da SIDA numa forma agressiva em homens africanos, principalmente em Uganda e Kenia.

Apresenta-se 20.000 vezes mais frequente em pacientes com SIDA do que na população geral. Também tem incidência aumentada em 400 vezes em pacientes que receberam transplantes de rim o que determina sua associação clara com imunodepressão. A diferença de incidência de SK entre os pacientes de SIDA conforme comportamento de risco, chamou a atenção para a possibilidade de um agente sexualmente transmissível. Os homossexuais masculinos detêm a maior incidência de Sarcoma de Kaposi (21%), quando comparados a outras categorias de risco (transfundidos - 3%, hemofílicos - 1%, mulheres - 3%).

Também apresenta variações regionais de incidência entre grupos de comportamento heterossexual sendo maior nos oriundos da África e Caribe (6%).

* Médica residente do serviço de DIP do HUCFF-UFRJ

** Médico do serviço de DIP do HUCFF-UFRJ

Entre mulheres o Sarcoma de Kaposi foi 4 vezes mais comum em grupos em que o parceiro era bissexual em comparação com parceiros de outros comportamentos de risco.

Nos grupos de aquisição do HIV através do sangue e hemoderivados a incidência é baixa sendo 3 vezes maior entre os que receberam concentrado de hemácias ou sangue total em comparação com hemofílicos, levando a supor a possibilidade de que o suposto agente de alguma forma seja ligado a células.

Especulações mais antigas de que o próprio HIV, suscetibilidades genéticas (ligadas a HLA DR5), inalantes e o CMV seriam desencadeadores do SK não foram comprovados em diversos estudos. Outra possibilidade em questão é de que um outro retrovírus possa ser o responsável, hipótese ainda em investigação.

Estudo de Beral na Inglaterra mostrou que o SK foi mais frequente em pacientes cujo possível local de infecção foi EUA (31%) ou África (26%) do que naqueles que contraíram o HIV na Inglaterra (19%). Tal estudo sugere que o "agente" é transmissível e que foi provavelmente introduzido na população homossexual britânica através dos EUA e África.

Os relatos de homossexuais portadores de SK sem evidências clínicas ou laboratoriais de infecção pelo HIV também demonstram essa hipótese. O HIV seria fornecedor de um "fator estimulador" para o crescimento do SK, mas o agente sexualmente transmissível isoladamente seria o suficiente para desenvolver o tumor.

A incidência do SK tem diminuído ao longo do tempo. Estimada em 20-26% por ano entre 83 e 88, pode ter sido falseada por mudança nos percentuais de diagnóstico das infecções oportunistas como um todo. Quando levada em consideração apenas a pneumonia por *P. carinii*, o percentual de SK ainda decresce 10-20% ano, podendo ser atribuída tal queda a mudanças nos padrões de comportamento sexual.

A epidemiologia, que foi fundamental na descoberta SIDA, aparece em relação ao SK notadamente como formuladora de hipótese e incentivadora de inúmeras pesquisas na tentativa de identificação de agentes etiológicos.

Parece prudente, enquanto novos esclarecimentos não surgirem, manter a recomendação do uso de preservativos mesmo entre parceiros infectados pelo HIV, com o objetivo de evitar um possível transmissão sexual de agentes até agora não identificados.

Referências Bibliográficas

1. Beral, V. Kaposi's Sarcoma among persons with AIDS: a sexually transmitted infection? *Lancet* 1990, jan 20,335:123-28.
2. Beral, V. In risk of Kaposi's Sarcoma in AIDS patients in Britain increased if sexual partner came from United States or Africa? *BMJ* 1991, march 16, 302:624-25.
3. Biggar, R.J. AIDS - Related Kaposi's Sarcoma in New City in 1977. *N. Eng. J. Med.* 1988, 318:252.
4. Doherty, R. Kaposi's Sarcoma: What's in Control? *Medical Journal of Australia* 1991, fev4, 154: 161-62.
5. Levine, A. Therapeutic Approaches to Neoplasms in AIDS, *Reviews of Infectious Diseases* 1990, sep-octob 12(5): 938-43.
6. Brettie, R. The Natural History of HIV and AIDS in Woman. *AIDS* 1991, 5:1283-92.
7. Eggers, H. Linkage and Independence of Human Immunodeficiency Virus and Some Coagents. *Infection* 1991, 19(2): 115-122.
8. Groopman, J. AIDS Related Kaposi's Sarcoma: Therapeutic Modalities. *Seminars in Hematology* 1987, 24(3) Suppl 2:5-8.
9. Stein -Werblowsky, R. Aetiology of Kaposi's Sarcoma *Lancet* 1991, 336:1329.
10. Aboulaflia, D. Case Report: Agressive Kaposi's Sarcoma and Campylobacter Bacteremia in a Female with Transfusion Associated AIDS. *The American Journal of Medical Science* 1991, 301(4): 256- 589999.
11. Volverding, P. Chemotherapy in Advanced Kaposi's Sarcoma. *The Journal of Medicine* 1983, april, 74:652-56.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DO ANÚNCIO ZITROMAX®

- 1) Johnson RB. The role of azalide antibiotics in the treatment of *Chlamydia*. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 1794-1796.
- 2) Martin DH, Mroczkowski TF, Dalu ZA et al: A controlled trial of a single dose azithromycin for the treatment of chlamydial urethritis and cervicitis. *N Engl J Med* 1992; 327: 921-5.
- 3) Scieux C, Bianchi A, Chappey B, Vassais I, Perol Y: *In-vitro* activity of azithromycin against *C. trachomatis*. *J Antimicrob Chemother* 1990; 25. Suppl. 4: 7-10

- 4) Neu HC et al: Comparative *in vitro* of the new oral macrolide azithromycin. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1988; vol. 7. n 4: 541-544
- 5) Glaude RP et al: *In vitro* and *in vivo* uptake of Azithromycin (CP62.993) by phagocytic cells: possible mechanism of delivery and release at site infection. *Antimicrob Agents and Chemother* 1989; 33: 277-282
- 6) Schentag JJ, Bailow CH: Tissue-directed pharmacokinetics. *The Am J Med* 1991; Suppl. 3A: 5S-11S
- 7) Dados em Arquivo. Laboratórios Pfizer.

Zitromax® é um antibiótico derivado do grupo dos macrolídeos, indicado em infecções causadas por microorganismos suscetíveis, tais como infecções do trato respiratório, pele e tecidos moles, e uretrites e cervicites por *Chlamydia trachomatis*. **Contra-indicação:** Hipersensibilidade. **Precauções:** Reações de hipersensibilidade podem resultar em sintomas recorrentes e necessitam um maior período de observação e tratamento. Zitromax® deve ser utilizado com cautela em pacientes com disfunção renal ou hepática significantes. A segurança do uso de Zitromax® na gravidez e lactação não foi ainda estabelecida. **Interações medicamentosas:** Zitromax® e antiácidos não devem ser administrados simultaneamente. Estudos realizados com varfarina, carbamazepina, digoxina, cimetidina, metilprednisolona, zidovudina e teofilina não demonstraram interações clinicamente significantes com Zitromax®. Não há dados de interações com relação a ciclosporina e derivados do ergô. Zitromax® e derivados do ergô não devem ser administrados concomitantemente. **Reações adversas:** A maioria é de natureza leve a moderada e de origem gastrointestinal. Elevações reversíveis nas transaminases hepáticas, leve redução transitória nos neutrófilos e reações alérgicas tem sido ocasionalmente relatadas. **Posologia:** Zitromax® deve ser administrado em dose única diária, no mínimo 1 hora antes ou 2 horas após as refeições. **Adultos:** Para o tratamento de uretrites ou cervicites por *C. trachomatis* uma única dose de 1 g. Para todas as outras indicações uma dose total de 1,5 g, administrada em doses únicas diárias de 500 mg durante 3 dias. Como alternativa a mesma dose total pode ser administrada em 5 dias com 500mg no primeiro dia e 250 mg do segundo ao quinto dia. **Crianças:** A dose total é de 30 mg/kg, administrada em doses únicas diárias de 10 mg/kg durante 3 dias. Como alternativa, a mesma dose total pode ser administrada durante 5 dias, com 10 mg/kg no primeiro dia e 5 mg/kg do segundo ao quinto dia. **Apresentações:** Cápsulas de 250 mg de azitromicina e Pó para suspensão oral que após reconstituição fornece uma concentração de 200 mg de azitromicina por 5 ml de suspensão.