



# HIV/AIDS e o sarcoma de Kaposi nas eras pré e pós HAART: aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais

Rigolon, MY; Aoki FH<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Chefe da Disciplina de Infectologia do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

SAE - UNICAMP



## Introdução

Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um lentivírus causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sintoma caracterizado pela falha do sistema imunológico humano através da diminuição na quantidade de linfócitos TCD4 presentes no sangue. O HIV infecta essas células e as destrói, através da lise ou do aumento da ocorrência de apoptose. Ela define-se pela manifestação de diversos sinais e sintomas, tais como febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso, sudorese noturna, astenia e adenomegalia, sendo que pode haver o surgimento de sarcoma de Kaposi (KS), linfoma não – Hodgkin e câncer cervical. Já o KS é um tumor causado pelo herpesvírus humano oito (HHV8) e é dividido em: clássico, endêmico, iatrogênico e associado à AIDS. Esse tumor é mais conhecido por ser uma das doenças definidoras da AIDS. Caracteriza-se pela presença de nódulos ou manchas na pele que geralmente são palpáveis, hemorragia, dificuldade de respirar e escarros contendo sangue. Raramente apresenta manifestação oral, principalmente inicialmente, mas pode acontecer em pacientes sem HIV ou sem imunossupressão. É considerado o segundo mais freqüente tumor em pacientes com HIV em todo o mundo. O tratamento terapêutico antiretroviral (HAART) está associado à diminuição da incidência de neoplasias e doenças orais em pacientes soropositivo, tratamento o qual melhorou o prognóstico deles, resultando em efeitos positivos, tais como redução na mortalidade e menor incidência de KS. Estudos indicam que terapias combinadas são as que possuem melhor resultado. Dessa forma, a análise da incidência do KS, assim como as formas de acometimento clínico e a correlação com a imunossupressão, tanto nas eras pré como pós HAART, devem servir de indicadores para comprovar a eficácia desse método na contenção da doença e na melhora dos pacientes. Sendo assim, através da análise de prontuários, em bancos de dados da Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da UNICAMP, tentar-se-á buscar dados estatísticos que embasem esse objetivo. Portanto, com mais provas da eficiência do HAART, será possível não só manter como contribuir para a melhora desse tipo de tratamento, trazendo melhoras à saúde pública.

Tabela 1:

Distribuição por Gênero		
Masculino	N = 43	86%
Feminino	N = 6	14%
Data do Diagnóstico		
1986-1990	N = 4	8,16%
1991-1995	N = 6	12,24%
1996-2000	N = 21	42,85%
2001-2005	N = 10	20,40%
2006-2010	N = 8	16,32%

Tabela 2:

Contagem Inicial de Linfócitos Menor que 350 células/mm <sup>3</sup>	
Sem HAART (n=7)	N=7 (100%)
Com HAART (n=42)	N=33 (78,57%)
Contagem Final de Linfócitos Menor que 350 células/mm <sup>3</sup>	
Sem HAART (n=7)	N=7 (100%)
Com HAART (n=42)	N=29 (69,04%)
Contagem Final de Linfócitos Menor que 350 células/mm <sup>3</sup> (desconsiderando os casos de abandono de tratamento ou de uso irregular de antiretrovirais)	
Sem HAART (n=5)	N=5 (100%)
Com HAART (n=33)	N=23 (69,69%)

## Metodologia

Foi realizada uma busca nos bancos de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da UNICAMP, do período de 1986 a 2010, por casos de notificação de AIDS e que apresentassem relação com sarcoma de Kaposi. Dessa forma, esses casos foram compilados e analisados de maneira uniforme através de revisão de prontuários dos pacientes investigados inicialmente que tem KS antes e depois da era pré-HAART. Foram analisados: gênero, presença de KS diagnosticado em qualquer momento após a infecção pelo HIV, contagem inicial e final de linfócitos T-CD4, uso de antiretrovirais e quais antiretrovirais foram utilizados. São critérios de inclusão: paciente ser soropositivo para HIV; paciente ter desenvolvido, em algum momento após ter contraído essa doença, o sarcoma de Kaposi; o prontuário apresentar dados sobre a contagem inicial e final de linfócitos TCD4; o prontuário apresentar dados do uso ou não de terapia antiretroviral; e o prontuário apresentar dados acerca dos antiretrovirais utilizados.

## Resultados

Foram analisados 100 casos que constavam tanto no banco de dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital de Clínicas da UNICAMP e que apresentavam prontuário disponível para consulta ou digitalizado e disponível para pesquisa. Destes 100 casos, 17 não estavam disponíveis para análise e 34 não se incluíam nos critérios de inclusão. Dessa forma, obtivemos 49 prontuários adequados para a pesquisa. Foram selecionados apenas os pacientes que desenvolveram KS e que tal acontecimento estivesse descrito em prontuário. Da análise da tabela 1, percebe-se a maior presença masculina no espaço amostral. Em relação à data de diagnóstico, os dados mostram que houve um aumento gradativo de casos desde 1986, atingindo o pico no período 1996-2000 e decaindo gradualmente até 2010. Dos casos analisados, 7 (14,28%) não fizeram uso do HAART em nenhum momento descrito no prontuário e 11 (22,44%) pacientes apresentaram abandono do tratamento durante algum período de tempo ou realizavam uso irregular de antiretrovirais. Os demais pacientes (n = 42 - 85,71%) fizeram uso de HAART. Na tabela 2 está representado a comparação entre pacientes que não fizeram uso do HAART e os que fizeram, segundo os parâmetros da contagem inicial de linfócitos TCD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup>, contagem final de linfócitos TCD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup> e contagem final de linfócitos TCD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup> sem os casos em que houve abandono do tratamento ou uso irregular de antiretrovirais. Dos casos em que não houve uso do HAART, todos os pacientes mantiveram contagem final abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>. Nos casos em que houve uso do HAART, essa porcentagem, que era de 78,57%, decresceu para 69,04% (69,69% sem contabilizar os casos de abandono ou má adesão ao tratamento).

## Conclusões

Houveram grandes dificuldades na aplicação da metodologia, especialmente na coleta de dados. Muitos dos prontuários que deveriam ser vistos estavam indisponíveis ou não continham todas as informações necessárias para a realização deste projeto. Mesmo assim, o projeto possibilitou a conclusão de que o uso do HAART em pacientes imunossuprimidos e que apresentam ou apresentaram KS é benéfico, visto que houve redução no número de pacientes que apresentaram contagem final de linfócitos TCD4 menor do que 350 células/mm<sup>3</sup>, em relação à contagem inicial, nos pacientes que fizeram uso do HAART. Além disso, constata-se que os pacientes imunossuprimidos possuíam bom acompanhamento e boa aderência ao tratamento, devido à baixa taxa de abandono do acompanhamento/não aderência ao tratamento (22,44%). Com todos os problemas, restrições, comorbidades e mortalidade que a AIDS acarreta para o paciente, é importante que existam meios de combater essa doença ao mesmo tempo que exista a proteção do indivíduo infectado, impedindo a exacerbação da doença. A partir disso, o método HAART é consagrado como o mais eficiente até o momento, representando um benefício incalculável para os muitos pacientes que sofrem dessa doença.