

Tratamento do condiloma vulvar – Relato de caso

Treatment of vulvar condyloma – case report

Bruno Ramalho de Carvalho¹, Silvana Maria Quintana³, Geraldo Duarte³, Patrícia Pereira dos Santos Melli²,
Alessandra Cristina Marcolin², Patrícia El Beitune², Marcelo Massao Kanamura⁴

RESUMO

As lesões associadas ao papilomavírus humano (HPV), excluídas as neoplasias intraepiteliais cervicais, são mais prevalentes nas mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1). Apesar de opiniões radicais a favor do tratamento cirúrgico para a maioria das lesões, a conduta terapêutica mais adequada deve ser individualizada. Relato de Caso: mulher de 25 anos, portadora do HIV-1, com extensa lesão condilomatosa vulvar, com 10 cm em seu maior diâmetro e um ano de evolução. Optou-se por realizar a exérese da lesão com cirurgia por ondas de radiofrequência. À avaliação, 90 dias após a cirurgia, não havia sinais de recidiva e não foram vistas lesões em vagina ou colo uterino. O exame anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de condiloma acuminado. Discussão: o tratamento cirúrgico de condilomas em mulheres imunodeprimidas constitui-se em opção de escolha para diminuir a transmissibilidade da infecção pelo HPV e o risco de carcinoma vulvar, aparentemente aumentado para essas pacientes. Além disso, pretende eliminar os sintomas, amenizar a carga psicológica decorrente do estigma social e melhorar o aspecto estético da paciente.

Palavras-chave: Condiloma Acuminado/terapia; Infecções por Papilomavírus/terapia; HIV-1.

ABSTRACT

Lesions associated with human papillomavirus (HPV), excluding intraepithelial cervical neoplasias, are more prevalent among women infected with type 1 human immunodeficiency virus (HIV-1). Despite the radical opinions favoring surgical treatment for most of these lesions, the most adequate therapeutic conduct should be planned on an individual basis. Case report: A 25-year-old HIV-infected woman with an extensive vulvar condylomatous lesion of one year duration measuring 10 cm in its widest diameter was investigated. Exeresis of the lesion was performed by radio frequency waves surgery. Evaluation 90 days after surgery showed no signs of recurrence, and no lesions were observed in the vagina or uterine cervix. Anatomopathological examination confirmed the diagnostic hypothesis of condyloma acuminatum. Discussion: surgical treatment of condylomata in immunodepressed women is an option of choice in order to reduce the transmissibility of HPV infection and the risk of vulvar carcinoma, which is apparently increased in these patients. In addition, the aim of surgery is to eliminate symptoms, relieve the psychological burden due to the social stigma and improve the aesthetic appearance of the patient.

Key words: Condylomata Acuminata/therapy; Papillomavirus Infections/therapy; HIV-1.

Recebido em: 09/01/2006
Aprovado em: 18/04/2006

Instituição:
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP – USP)

Endereço para correspondência:
Prof. Dra. Silvana Maria Quintana
Hospital das Clínicas da FMRP-USP / Campus Universitário
Laboratório de Ginecologia e Obstetrícia - 1º andar
Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo – Brasil
CEP: 14.048-900
E-mail: herrenquintana@netsite.com.br

INTRODUÇÃO

Os condilomas acuminados ou verrugas genitais são lesões cutâneo-mucosas papilomatosas benignas de transmissão sexual, causadas pelo papilomavírus humano (HPV). O HPV é um DNA-vírus da família *Papovaviridae* e já foram identificados mais de 120 subtipos virais¹, dos quais 36 infectam a região genital. De acordo com a capacidade de integração ao genoma da célula hospedeira, esses vírus são classificados como de baixo ou alto potencial oncogênico.²

A infecção pelo HPV é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum em todo o mundo¹ e estima-se que 80% dos adultos sexualmente ativos sejam infectados em algum momento de sua vida. Nos EUA, de acordo com o Centro de Controle e Doenças de Atlanta, em 2002, foram diagnosticados entre 500.000 e 1 milhão de casos novos, com prevalência de 30 a 43% na população de mulheres adolescentes com vida sexual ativa.¹

A infecção pelo HPV pode ser classificada como: a) subclínica: lesões identificáveis apenas por meio da colposcopia ou da microscopia (citologia ou histologia); b) latente: lesões identificáveis apenas por técnicas de biologia molecular; c) clínica: verrugas visíveis a olho nu. A forma subclínica representa 60 e 95% dos casos de infecção anogenital e cervical uterina, respectivamente.^{3,4}

Na forma clínica, que representa 2 a 3% de todos os casos, os condilomas podem acometer qualquer parte do corpo^{3,4} e, embora a vulva seja o sítio mais comum para a manifestação condilomatosa, mais de 25% das pacientes apresentam acometimento perianal associado. As lesões condilomatosas podem ser acompanhadas de prurido e ardor vulvar, vulvodinia, leucorreia, sangramento e, mais raramente, dispareunia e obstruções de uretra, vagina e ânus.¹

O tratamento das lesões induzidas pelo HPV deve ser individualizado. Abordagens mais invasivas são indicadas quando se trata de lesões de grande extensão.

Propõe-se, pelo exposto, o registro de um caso de condiloma acuminado vulvar de grandes dimensões em paciente portadora do HIV-1, tratada por cirurgia por ondas de radiofrequência (CORAF).

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminino, 25 anos, encaminhada ao Ambulatório de Moléstias Infectocontagiosas em

Ginecologia e Obstetrícia (AMIGO), do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, com queixa de lesão verrucosa acometendo vulva e períneo, com um ano de evolução. Referia várias aplicações de ácido tricloroacético e duas tentativas prévias de ressecção cirúrgica.

A paciente referia ser portadora do HIV-1 há cinco anos e fazia uso regular de zidovudina, lamivudina e efavirenz. Como antecedentes ginecológicos e obstétricos, declarava parceiro sexual único nos últimos oito anos e um parto vaginal sete anos antes.

O exame físico revelava grande lesão condilomatosa acometendo grandes e pequenos lábios, introito vaginal, períneo, região perianal e sulco interglúteo, com coloração pardo-acinzentada, medindo aproximadamente 10 cm em seu maior diâmetro, com focos de necrose dispersa, friável à manipulação e indolor (Figura 1A). A lesão impossibilitava a realização de exame especular, toque vaginal ou retal.

Durante sete dias foram realizados higienização da lesão com solução de permanganato de potássio a 0,05% e tratamento de vaginose bacteriana com metronidazol. No oitavo dia, procedeu-se à exérese do condiloma por CORAF, resultando em extensa área cruenta, mantida aberta para cicatrização por segunda intenção (Figura 1B).

No pós-operatório (PO) imediato, foi utilizado esquema associando oxacilina (2 g IV, 6/6 horas) e gentamicina (80 mg IV, 8/8 horas) e curativos com solução fisiológica a cada quatro horas. Os curativos passaram a ser realizados com óleo de ácidos graxos a partir do 10º dia de PO, quando já se notava grande área com tecido de granulação e a avaliação proctológica evidenciava esfíncter anal com tônus preservado.

O laudo do exame anatomopatológico confirmou a hipótese diagnóstica de condiloma acuminado e a paciente recebeu alta hospitalar no 56º dia de PO, com ferida em boas condições e fase avançada de cicatrização.

Após 90 dias da cirurgia, a paciente não apresentava sinais de recidiva da lesão condilomatosa e o exame colposcópico foi satisfatório, com junção escamocolumnar em zero e zona de transformação normal até -2. Após nove meses da cirurgia, não havia sinais de recidiva local da lesão (Figura 1C) e a paciente encontrava-se satisfeita com o resultado terapêutico, apesar de manter leve incontinência fecal.

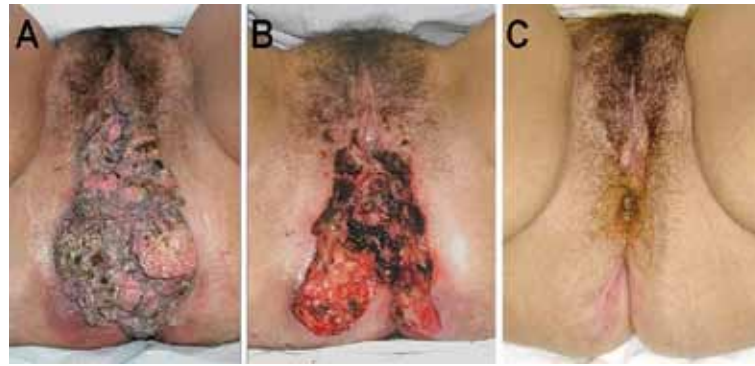


Figura 1 - (A) Lesão condilomatosa acometendo grandes e pequenos lábios, introito vaginal, períneo, região perianal e sulco interglúteo, medindo aproximadamente 10 cm no maior diâmetro, com focos dispersos de necrose, friável à manipulação e indolor. (B) PO imediato, com extensa área cruenta, para cicatrização por segunda intenção. (C) Após nove meses de evolução, sem sinais de recidiva condilomatosa, com bom resultado estético.

DISCUSSÃO

A importância de se conhecer o comportamento do HPV reside na disseminação rápida e crescente da infecção e na comprovada associação ao câncer do colo uterino, neoplasia maligna feminina mais frequente nos países em desenvolvimento.²

O diagnóstico diferencial do condiloma acuminado com outras lesões vulvares inclui as variações normais da anatomia vulvar e a exclusão de lesões malignas invasivas da vulva, como o tumor de Buschke-Löwenstein.^{1,3}

Não há, até o momento, tratamento comprovadamente capaz de erradicar o HPV nem ideal para todas as pacientes ou todos os condilomas.^{3,5} Apesar de se encontrarem na literatura opiniões radicais a favor do tratamento cirúrgico para a maioria das lesões, parece conduta mais adequada individualizar o tratamento, feito ora de maneira conservadora, ora invasiva e, ocasionalmente, combinada. O objetivo inicial é eliminar os sintomas, amenizar a carga psicológica decorrente do estigma social e melhorar o aspecto estético da paciente.^{3,6} Além disso, tenta-se, com a eliminação das lesões, diminuir a transmissibilidade da infecção, que parece ser mais significativa na presença das verrugas.³

De modo geral, tratamentos conservadores são indicados para indivíduos com lesões de menor extensão, estando disponíveis opções como a podofilotoxina, a podofilina, os ácidos bi e tricloroacéticos, o 5-fluorouracil e o imiquimod tópicos. Entre os tratamentos mais radicais, devem ser mencionadas a injeção intralesional de interferon, a crioterapia e a exérese cirúrgica, podendo esta ser realizada por bis-

turi de lâmina fria, CORAF ou vaporização com *laser* de CO₂. Qualquer dos métodos utilizados apresenta elevado risco de falha, em especial em pacientes portadoras do HIV.^{1,3,7}

A ressecção cirúrgica por lâmina fria, apesar de parecer método adequado, apresenta taxas de recorrência de 8 a 35% em até um ano de seguimento.^{3,8,9} A CORAF tem sido, assim, muito utilizada na terapêutica das lesões condilomatosas e alguns autores a consideram o tratamento mais adequado para as lesões clínicas, sejam elas perianais, vulvares, vaginais ou cervicais uterinas.^{4,9} Para essa modalidade terapêutica, o melhor controle da hemostasia é a grande vantagem em relação à exérese cirúrgica convencional.⁶ Segundo o *Professional Advisory Board of the Austrália and New Zealand HPV Project*, 2001, as recorrências ocorrem em 22% das pacientes submetidas a essa modalidade terapêutica, percentual que se aproxima do relatado por Wright e Hines⁹, em 2000.

A vaporização com *laser* de CO₂ apresenta bons resultados no tratamento do condiloma, mas frequentemente é necessária a combinação com outro método cirúrgico, como a CORAF. Além dos custos elevados e das dificuldades técnicas para realização, as taxas de recorrência das lesões tratadas isoladamente com *laser* de CO₂ assemelham-se às obtidas com outras modalidades terapêuticas, fatores que não justificam sua utilização como primeira escolha.^{1,5} Estudo recente de Aynaud *et al.*¹⁰, em 2008, demonstrou taxas de recorrência e persistência das lesões HPV-induzidas em 12,6 e 6,6 % dos casos submetidos a tratamento com *laser* de CO₂, respectivamente, sendo a persistência das lesões mais marcante entre os indivíduos soropositivos para o HIV,

quando comparados àqueles com imunossupressão terapêutica e imunocompetentes, em que se destacou a recorrência.¹⁰

Para condilomas extensos e bem delimitados, a ressecção cirúrgica parece ser a melhor opção terapêutica e a CORAF aparece como escolha de mais respaldo, por apresentar melhores condições técnicas de realização, com menos sangramento, bom resultado estético e baixas taxas de recorrência.^{4,5} O elevado custo e o uso de anestesia aparecem, a princípio, como fatores limitantes, mas as prováveis visitas repetidas do paciente para outras modalidades terapêuticas terminam por elevar os gastos em grande parte das vezes. São reais dificuldades a necessidade de aparato cirúrgico e tempo, bem como a perícia do cirurgião, que, eventualmente, depara com barreiras técnicas e hemostasia difícil. Afastada a complicação hemorrágica, as principais intercorrências pós-operatórias são consequentes às dificuldades de higiene na região anogenital e de cicatrização, esta devida, também, à extensão do tecido cruento secundário à ressecção de grandes lesões.⁷

É preciso frisar que as melhores perspectivas em relação ao manejo das lesões induzidas pelo HPV seguem a tendência preventiva da Medicina moderna e encontram lugar na vacinação da população jovem antes do primeiro contato sexual. A distribuição da imunização mono e polivalente por partículas *hpv-like* em serviços públicos de saúde certamente contribuirá para redução da incidência de lesões condilomatosas e pré-malignas.¹¹⁻¹⁴ Enquanto a imunização não toma proporção de realidade, busca-se o aprimoramento nas modalidades terapêuticas vigentes e o caso em discussão ilustra dificuldades da abordagem cirúrgica: o prolongado tempo de internação e a possibilidade de sequelas como a incontinência fecal. Essas intercorrências provavelmente serão decorrentes da extensão da lesão condilomatosa e esta, supostamente devida à imunossupressão e à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, manifesta-se pelo prolongado tempo entre o aparecimento da lesão e a instituição do tratamento.

REFERÊNCIA

1. Gunter J. Genital and perianal warts: new treatment opportunities for human papillomavirus infection. *Am J Obst Gynecol.* 2003; 189(Suppl 3):3-11.
2. Focchi J. Papilomavírus humano. In: Febrasgo. *Tratado de Ginecologia.* Rio de Janeiro: Revinter; 2001. p. 759-66.
3. Professional Advisory Board of the Australia and New Zealand HPV Project. Guidelines for the medical management of genital HPV and/or genital warts in Australia and New Zealand. 3rd ed. Wellington (NZ): Australia and New Zealand HPV Project; 2002.
4. Naud P, Matos JC, Hammes L, Vettorazzi J. Infecção pelo papiloma vírus humano (HPV). *HCPA.* 2000; 20(2):138-42.
5. Dupin N. Genital warts. *Clin Dermatol.* 2004; 22:481-6.
6. Beutner KR, Wiley DJ, Douglas JM, Tyring SK, Fife K, Trofatter K, et al. Genital warts and their treatment. *Clin Infect Dis.* 1999; 28(suppl 1): 37-56.
7. Conley LJ, Ellerbrock TV, Bush TJ, Chiasson MA, Sawo D, Wright TC. HIV-1 infection and risk of vulvovaginal and perianal condylomata acuminata and intraepithelial neoplasia: a prospective cohort study. *Lancet.* 2002; 359:108-13.
8. Lacey JNC. Therapy for genital human papillomavirus-related disease. *J Clin Virol.* 2005; 32S:82-90.
9. Wright J, Hines J. Condyloma acuminata: treatment strategies for the primary care provider. *Prim Care Update Ob Gyns.* 2000; 7(1):35-9.
10. Aynaud O, Buffet M, Roman P, Plantier F, Dupin N. Study of persistence and recurrence rates in 106 patients with condyloma and intraepithelial neoplasia after CO2 laser treatment. *Eur J Dermatol.* 2008; 18(2):153-8.
11. Koutsky LA, Ault KA, Wheeler CM, Brown DR, Barr E, Alvarez FB, et al. A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. *N Engl J Med.* 2002; 347:1645-51.
12. Garland SM, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Harper DM, Leodolter S, et al. Quadrivalent Vaccine against Human Papillomavirus to Prevent Anogenital Diseases. *N Engl J Med.* 2007; 356:1928-43.
13. Agosti JM, Goldie SJ. Introducing HPV vaccine in developing countries: key challenges and issues. *N Engl J Med.* 2007; 356:1908-10.
14. Villa LL, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, Ault KA, Giuliano AR, et al. Prophylactic quadrivalent human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like particle vaccine in young women: a randomised double-blind placebo-controlled multicentre phase II efficacy trial. *Lancet Oncol.* 2005; 6(5):256-7.