

# Condiloma Acuminatum

MARIA ALEXANDRA CASTRO\*

## RESUMO

**Objectivos:** Com este trabalho pretende-se fazer uma revisão do que é conhecido até ao momento sobre condiloma acuminatum, problema de saúde de prevalência crescente na prática clínica diária, que se estima em 1 % da população sexualmente activa. É ainda um problema de saúde que se reveste de aspectos psico-sociais delicados e relevantes pelo estigma associado às doenças sexualmente transmissíveis, receio de outras infecções e, na mulher, de cancro do colo do útero. O médico de família é fundamental na sua abordagem holística que inclui a educação para a saúde, promoção da saúde e prevenção da doença.

**Métodos:** Revisão temática da literatura com base em artigos seleccionados de pesquisa nas bases de dados Medline e eMedicine, livros de texto e «guidelines» dos Centers for Disease Control.

**Conclusões:** O condiloma acuminatum é a manifestação mais característica da infecção genital pelo vírus papiloma humano, a mais comum das doenças sexualmente transmissíveis. É uma lesão habitualmente benigna, para a qual não está protocolado rastreio particular nem vigilância específica, para além da habitual a todos os indivíduos sexualmente activos, mas que obriga a avaliação de outras doenças sexualmente transmitidas e do parceiro sexual. Apresenta uma taxa de recorrência elevada, visto os tratamentos actualmente disponíveis não permitirem a erradicação do vírus.

**Palavras chave:** Condiloma Acuminatum; Verruga Genital; Vírus Papiloma Humano; Doenças Sexualmente Transmitidas.

## INTRODUÇÃO

**A**s doenças sexualmente transmitidas (DST) são um problema da saúde que tem vindo a adquirir uma importância crescente e significativa na sociedade actual, devido sobretudo à maior liberdade dos comportamentos sexuais.

O condiloma acuminatum é uma das manifestações da infecção genital causada pelo vírus papiloma humano (VPH).

A infecção genital pelo VPH estima-se que seja a mais comum das DST.

O VPH infecta células epiteliais e diferentes tipos de VPH infectam diferentes tipos de células epiteliais. Até ao momento mais de 80 tipos de VPH foram identificados, sendo que

aproximadamente um terço infecta os tecidos genitais. Alguns desses tipos (sobretudo o 16 e 18) estão associados a transformação maligna, ao desenvolvimento de alterações displásicas e aparecimento de cancro do colo do útero.

No entanto, a infecção genital clínica, sob a forma de condiloma ou verruga, está habitualmente associada aos tipos 6 e 11 do VPH, designados de baixo risco, já que muito raramente se associam a lesões neoplásicas.

Actualmente as opções terapêuticas são várias, mas não especificamente antivirais. Permitem remover as verrugas e melhorar a sintomatologia, mas não erradicam o VPH, pelo que, a recorrência destas lesões é elevada.

Ao médico de família compete muitas vezes um papel importante no aconselhamento do paciente e seu parceiro relativamente à infecção pelo VPH e suas implicações.

## METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados Medline, de artigos datados a partir de 1997 (pesquisa realizada em Maio de 2002) utilizando como palavras chave «*condyloma acuminatum*», «*genital warts*» e «HPV», dos quais se seleccionaram os artigos mais relevantes disponíveis em instituições portuguesas, após leitura crítica dos resumos. Foi também realizada pesquisa na base de dados eMedicine World Medical Library utilizando a palavra chave «*condyloma acuminatum*», seleccionando-se os artigos mais recentes (de 2001 e 2002).

Foram ainda consultadas monografias na área da Dermatologia e as «Guidelines» dos CDC (Centers for Disease Control) para o tratamento das DST.

\*Interna do 1º ano do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar Centro de Saúde de Lumiar - Lisboa

**CORPO DA REVISÃO**

O condiloma acuminatum é um tumor benigno do epitélio dos genitais, perineo ou ânus causado pelo VPH. É também designado por verruga genital ou anogenital dada a sua localização e transmissão por via sexual.

**EPIDEMIOLOGIA**

O condiloma acuminatum é uma das mais comuns DST<sup>1,2,3,4</sup>. A sua prevalência tem vindo a aumentar desde os anos 50, sendo no entanto desconhecida, já que não é uma doença de notificação obrigatória<sup>5,6</sup>.

Estimativas indicam que aproximadamente 1% da população sexualmente activa tem verrugas genitais clinicamente aparentes<sup>1,3,5,7,8</sup> e que a prevalência de DNA do VPH em células epiteliais da região genital (detectado por PCR) ronda os 50%<sup>2,4,5,9</sup>.

Os condilomas podem surgir em qualquer idade, mas são mais frequentemente encontrados em adultos entre os 18 e os 28 anos de idade<sup>5</sup>. As taxas mais elevadas têm sido encontradas em mulheres sexualmente activas com menos de 25 anos. Tem sido sugerido que a diminuição da prevalência em mulheres de mais idade se pode dever à aquisição de imunidade para o VPH<sup>5</sup> ou também se pode relacionar com o menor número de parceiros sexuais, o que implica uma menor exposição ao vírus<sup>8</sup>. No entanto, a prevalência de infecção pelo VPH é semelhante em ambos os sexos<sup>5</sup> e não existe uma eleição racial<sup>8</sup>.

**TRANSMISSÃO E FACTORES DE RISCO**

A infecção anogenital pelo VPH é sobretudo transmitida por contacto sexual<sup>1</sup>. O trauma e maceração

epiteliais predis põem à inoculação do vírus, tendo-se verificado que as lesões são mais comuns em locais sujeitos a maior fricção durante o acto sexual<sup>2,6,10</sup>. Está estimado que um único contacto sexual com uma pessoa infectada com VPH comporta um risco de transmissão de 60%<sup>6</sup>.

No entanto, a penetração anal ou vaginal não é a única forma de contacto. Estão descritos casos de aquisição de condilomas apenas com o contacto íntimo e as verrugas perianais podem acompanhar as verrugas genitais, presumivelmente por disseminação local por contiguidade, em ambos os sexos, mas especialmente nas mulheres nas quais pode ocorrer autoinoculação de verrugas vulvares para a pele perianal<sup>6,10</sup>.

Assim, o uso de preservativo, embora diminua a transmissão do VPH, não é completamente eficaz, já que não cria uma barreira em redor do escroto, que se mantém não protegido para a aquisição e transmissão do vírus<sup>6</sup>.

De grande importância é o elevado número de pessoas com doença subclínica que desconhece o seu potencial infeccioso<sup>6</sup>.

A aquisição ocasional de verrugas anogenitais por contacto não sexual, possivelmente por autoinoculação a partir das verrugas comuns, também se assume como possível<sup>3,10</sup>.

Outra forma de transmissão que pode ocorrer é a vertical. A transmissão do VPH do tracto genital da mãe para o filho, durante o trabalho de parto, pode ser causa de verrugas anogenitais, em crianças até aos dois anos, e de papilomatose laríngea<sup>10,11</sup>. Na criança que surge com condilomas, a transmissão sexual e não sexual são ambas possíveis. Se consideramos a primeira, não podemos esquecer a possibilidade de abuso sexual<sup>3,10</sup>.

**Factores de risco**

Os principais factores de risco de transmissão do VPH envolvem o comportamento sexual. Estes incluem o número de parceiros sexuais (múltiplos), a frequência das relações sexuais, o início precoce da actividade sexual, o número de parceiros ocasionais, a presença de verrugas genitais no parceiro e a não utilização de preservativo.

Outros factores de risco são o uso de anticoncepcionais orais (ACO), o tabagismo, a gravidez e estados de imunodeficiência<sup>1,3,5,6</sup>.

O uso prolongado de ACO, segundo alguns estudos, encontra-se associado a risco de cancro do colo do útero e também com risco aumentado de infecção pelo VPH. Dada a associação com cancro do colo, tem sido sugerido que os ACO actuam alterando a progressão da doença em mulheres infectadas com o VPH, e não por aumento do risco de infecção<sup>5</sup>. Estudos recentes sugerem que o uso de ACO não é um factor de risco importante<sup>1</sup>.

A associação entre tabagismo, passivo ou activo, e expressão do VPH é elevada. A infecção pelo VPH e o tabagismo parecem ter um efeito independente e aditivo como supressores imunes. Se o tabagismo actua como cofactor facilitando a infecção por VPH permanece incerto<sup>1</sup>.

A gravidez tem sido associada a um aumento da prevalência de infecção pelo VPH o que se pode relacionar com a maior eficácia na detecção do vírus, associada ao aumento da carga viral que se verifica durante a gestação<sup>1,5</sup>.

Tem também sido descrito um aumento da prevalência de condilomas em indivíduos imunodeprimidos (doentes com VIH, transplantados ou a fazer terapêutica imunossupressora) o que se pode dever a um aumento do risco de infecção ou

à diminuição das defesas para suprimir uma infecção latente<sup>5</sup>.

#### AGENTE ETIOLÓGICO

O condiloma acuminatum é uma manifestação epidérmica da infecção pelo VPH. No entanto a maioria das infecções por VPH são assintomáticas. Quando clinicamente aparentes, habitualmente causam verrugas e, raramente, são neoplásicas<sup>12</sup>.

O VPH é um vírus DNA que infecta células epiteliais queratinizadas (pele) e não queratinizadas (mucosa)<sup>1,10</sup>.

Até ao momento já foram identificados mais de 80 subtipos de VPH que causam doença em diferentes

locais como a pele, região anogenital, mucosa oral e laríngea<sup>2,3,5,8,12</sup> (Quadro I). Habitualmente são divididos em 3 categorias: os tipos cutâneos não genitais, como os VPH 1, 2, 3 e 4, os tipos mucosos genitais, sendo os VPH 6, 11, 16 e 18 os mais comuns, e os tipos específicos da epidermodisplasia verruciforme, como os VPH 5 e 8<sup>11,12</sup>.

Estes subtipos são específicos da área que infectam. O subtipo viral que causa a verruga comum das mãos ou pés habitualmente não infecta a região genital, e vice-

versa<sup>2,6</sup>. Raramente, o subtipo que causa verrugas genitais pode causar lesões laringotraqueais, por infecção durante o parto e podem ser encontrados em verrugas genitais subtipos habitualmente isolados em verrugas não genitais. Estas situações ocorrem sobretudo nas crianças<sup>2</sup>.

Aproximadamente 20 subtipos são específicos da região anogenital, os quais foram divididos em subtipos de baixo risco e de alto risco, com base na sua associação a lesões benignas ou malignas<sup>5,7,8,13</sup> (Quadro II).

A maioria dos condilomas são devidos aos VPH 6 e 11, de baixo risco, já que raramente estão associados a transformação neoplásica. Pelo contrário, os VPH 16 e 18, de alto risco, encontram-se frequentemente no carcinoma invasivo do colo do útero e

em alterações displásicas do colo e vulva<sup>4,5,7,8</sup>. Em aproximadamente 90% dos cancros do colo do útero identifica-se DNA do VPH (por PCR)<sup>5</sup> sendo que 70% se devem aos subtipos 16 e 18<sup>8,10,12</sup>.

Sabe-se que, nas lesões benignas associadas ao VPH, o genoma do vírus encontra-se separado do DNA das células do hospedeiro, enquanto que, nas lesões malignas o DNA do vírus é integrado no DNA do hospedeiro, sendo este um dos mecanismos de transformação maligna<sup>1,2,8,10,12</sup>. Habitualmente são necessários vários anos para o desenvolvimento de lesões neoplásicas<sup>12</sup>.

O período de incubação do VPH é de aproximadamente três meses podendo variar de três semanas a oito meses<sup>2,6,10,12</sup>. Algumas infecções podem permanecer num estado subclínico durante muitos anos e até nunca se manifestar clinicamente<sup>6</sup>. A infecção adquirida no período perinatal pode não se manifestar até aos dois anos<sup>10</sup>.

A infecciosidade parece ser superior nas fases mais precoces da doença. A infecciosidade da doença materna parece ser baixa relativa-

#### QUADRO II

##### SUBTIPOS DE VPH DETECTADOS NAS LESÕES ANOGENITAIS<sup>12</sup>

Lesão	Subtipo de VPH
Verrugas genitais	6, 11
Neoplasia intraepitelial do colo do útero e carcinoma invasivo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 42, 43, 44, 45, 51, 52, 56
Papulose bowenoid	16, 34, 37, 42
Tumor Buschke-Lowenstein	6, 11
Neoplasia intraepitelial e carcinoma vulvar	16 (raramente 6, 11)
Neoplasia intraepitelial e carcinoma do pênis	16, 18
Neoplasia intraepitelial e carcinoma anal	16 (raramente 6, 11, 18, 33)

#### QUADRO I

##### DOENÇAS ASSOCIADAS A INFECÇÃO PELO VPH<sup>12</sup>

Local	Doença
Pele	Verruga plantar Verruga comum Verruga plana Verruga de Butcher Verruga periungueal Verruga em mosaico
Região anogenital	Verruga anogenital Papulose bowenoid Tumor de Buschke-Lowenstein Neoplasia intraepitelial cervical, vulvar e perianal Carcinoma da vulva Carcinoma do colo do útero Carcinoma do ânus Carcinoma do pênis
Aparelho respiratório	Papilomatose laríngea juvenil Carcinoma das células pavimentosas da laringe Carcinoma das células pavimentosas dos seios Carcinoma das células pavimentosas do pulmão
Outro	Papilomatose conjuntival Epidermodisplasia verruciforme

mente ao aparecimento de papilomas laríngeos<sup>10</sup>.

**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

A infecção pelo VPH pode ter uma expressão clínica, subclínica ou latente. Define-se como infecção clínica aquela que causa sintomas ou é visível; subclínica a infecção que não causa sintomas e é diagnosticada apenas com meios técnicos como colposcópico e microscópico; latente quando se detecta a presença de DNA do VPH nos tecidos, mas sem anomalias macroscópicas ou histológicas<sup>2</sup>.

A infecção latente é a mais comum das infecções anogenitais, independentemente do subtipo de vírus. Pode nunca se manifestar ou evoluir para lesões clinicamente aparentes, meses ou anos após aquisição do VPH<sup>2,14</sup>.

As localizações mais comuns da infecção pelo VPH são, no homem, o pênis, região perianal, períneo e, raramente, escroto e, nas mulheres, a vagina, vulva, períneo, região perianal e colo do útero<sup>4,12</sup>. As verrugas perianais podem ocorrer em homens e mulheres sem história de sexo anal ao contrário das verrugas intra-anaís que ocorrem predominantemente em indivíduos que praticam sexo anal<sup>15</sup>.

As verrugas anogenitais podem-se manifestar sob a forma de lesões exofíticas, com uma aparência característica tipo couve-flor (clássico condiloma acuminatum), como verrugas queratocíticas, semelhantes às verrugas comuns da pele e ainda com uma aparência papular. Podem também manifestar-se como condilomas planos, que são lesões subclínicas, difíceis de visualizar sem o auxílio de técnicas especiais como o ácido acético 3-5%, com o qual adquirem uma coloração branca<sup>7,14</sup>. Estas últimas, para além de mais

frequentes que as verrugas exofíticas, são também mais prevalentes no colo do útero<sup>14</sup>.

As lesões exofíticas são habitualmente benignas (causadas pelos subtipos 6 e 11) e assintomáticas, mas podem ser friáveis e causar prurido, dor, hemorragia e corrimento uretral ou vaginal<sup>4,7,8,10,14,16</sup>. Lesões múltiplas, coalescentes e simultâneas e envolvendo mais de uma área são comuns<sup>4,7,10,14</sup>.

Estas lesões podem regredir espontaneamente, permanecer na mesma ou progredir. Têm habitualmente uma evolução flutuante de lesões visíveis, latência e recorrência e raramente se tornam malignas<sup>3,4,7,10,12,14</sup>. A gravidez e imunossupressão predis põem à activação de doença latente e ao crescimento de lesões já existentes<sup>4,7,10</sup>.

Os subtipos de alto risco raramente causam verrugas exofíticas em indivíduos imunocompetentes<sup>14</sup>.

**DIAGNÓSTICO**

A maioria das verrugas anogenitais exofíticas são diagnosticadas no exame objectivo (inspecção). A ampliação com colposcópico ou microscópico, com ou sem ácido acético, pode ser adjuvante, mas habitualmente não é necessária, nas lesões características<sup>7,14,16</sup>.

A utilização de ácido acético 3-5% é, no entanto, útil na identificação de lesões planas subclínicas, transformando-as em máculas ou pápulas brancas visíveis a olho ou com colposcópico<sup>4,6,8,11,13,17</sup>. Estas podem ser detectadas em qualquer área da região genital, mas são particularmente comuns no colo do útero<sup>14,17</sup>.

Sendo que a maioria das infecções do colo não são clinicamente aparentes, o teste de Papanicolaou desempenha um papel muito importante na detecção destas situa-

ções (ver adiante rastreio assintomático)<sup>4,17</sup>.

A biópsia das lesões raramente é necessária e está indicada quando o diagnóstico não é certo (Quadro III), na presença de grandes massas, de consistência dura, ulceradas ou de lesões atípicas, que não respondem ao tratamento ou que se agravam com este, situações que levantam a suspeita de transformação maligna e ainda em indivíduos imunocomprometidos, permitindo a detecção de atipias<sup>4,7,10,14,15,17</sup>. As alterações histológicas são muito características mas por vezes não conclusivas<sup>8</sup>.

O diagnóstico definitivo de infecção pelo VPH requer a identificação do DNA do vírus por técnicas de biologia molecular nomeadamente PCR, *southern blot* e sistema de captura de híbridos<sup>15,16</sup>. Até ao momento não existem dados que suportem a utilização destes métodos no rastreio de doentes, nem no diagnóstico de rotina de lesões clínicas, uma vez que não alteram a forma de

**QUADRO III**

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DO CONDILOMA ACUMINATUM<sup>17</sup>**

**DST**

- Condiloma latum (sífilis secundária)
- Molluscum contagioso
- Herpes genital (VHS)

**Lesões da pele benignas comuns**

- Queratose seborreica
- Nevus
- Pápulas penianas

**Neoplasias**

**(realizar biópsia em caso de suspeita)**

- Papulose bowenoid
- Carcinoma das células pavimentosas e células basais
- Melanoma maligno
- Condiloma gigante ou tumor de Buschke-Lowenstein

tratamento ou vigilância destas situações<sup>7,15,17</sup>. No entanto, estes testes podem ser úteis em situações de diagnóstico diferencial mais difícil e fornecer informação prognóstica, relativamente ao subtipo envolvido<sup>17</sup>.

As lesões clinicamente aparentes e as alterações citológicas continuam a ser os critérios mais frequentes para o diagnóstico de infecção pelo VPH<sup>17</sup>.

Não podemos esquecer que os doentes com condilomas têm frequentemente outras DST, na sua maioria candidíases e *trichomoníases*, mas também outras doenças venéreas *major*, como sífilis, gonorreia e clamídia, que devem ser pesquisadas, assim como as serologias para VIH, VHB e VHC, consoante a situação clínica<sup>4,8,10</sup>.

### Rastreio assintomático

Como a maioria das lesões exofíticas estão associadas a subtipos benignos e muitas regredem espontaneamente, não está, actualmente, recomendado o rastreio de homens ou mulheres assintomáticos para além da inspecção associada ao exame pélvico ou testicular/genital anual e que na mulher inclui também a colpocitologia<sup>16</sup>. As duas excepções são o rastreio, por inspecção visual, de indivíduos cujos parceiros têm verrugas exofíticas ou exames citológicos anormais<sup>15,16</sup>.

Sabe-se que um terço a metade das mulheres com verrugas vulvares têm infecção subclínica do colo e que mais de 90% dos homens homossexuais com verrugas perianais têm condilomas ou infecção subclínica do canal anal ou mucosa rectal<sup>14</sup>.

Como as verrugas externas podem estar associadas a lesões internas<sup>14</sup> também se recomenda que as mulheres com verrugas genitais externas sejam examinadas, com exa-

me de Papanicolaou, para doença vaginal e do colo<sup>16</sup>. Estas mulheres não têm, no entanto, uma probabilidade maior que as mulheres sem verrugas de ter uma infecção do colo com os subtipos virais 16 ou 18. Assim, as verrugas genitais externas, na ausência de citologias anormais, não são uma indicação para colposcopia<sup>2</sup>. Recomenda-se ainda que homens ou mulheres, com verrugas perianais e que referem praticar sexo anal realizem uma anuscopia<sup>16</sup>.

## TRATAMENTO

Os condilomas, quando não tratados, podem persistir ou regredir espontaneamente<sup>2,6,7,12,14,15</sup>. A regressão é muitas vezes seguida de recorrência, provavelmente devido a infecção latente que permanece num tecido com aspecto normal, uma vez que nenhuma das opções terapêuticas actualmente disponíveis permite a erradicação do vírus<sup>2,6,12,18</sup>.

Apesar de permanecer incerto que o tratamento das verrugas diminua o risco de neoplasia, já que a maioria dos tratamentos envolve a destruição local das lesões e não tem efeito antiviral, e nem existir evidência de que reduza o risco de transmissão do vírus ou altere a evolução natural da infecção, o tratamento das lesões visíveis é recomendado, dado os problemas psicossociais e físicos que podem causar<sup>2,6,12,15,18</sup>.

O principal objectivo do tratamento é a remoção de verrugas sintomáticas<sup>1,6,7,15</sup>.

As opções terapêuticas incluem: agentes tópicos (podofilina, podofilox, imiquimod, ácido tricloroacético – ATA, ácido bicloroacético – ABA e 5-fluorouracil), métodos de ablação física (crioterapia, cauterização, cirurgia e laser) e imunoterapia (interferão)

(quadros IV e V)<sup>1,4,6,7,8,13,18</sup>. A maioria dos pacientes necessita de várias sessões de tratamento e nenhuma opção foi demonstrada ser superior relativamente às outras<sup>7,8,13,15</sup>.

O tratamento escolhido vai depender da localização, morfologia, tamanho e número de verrugas, da preferência do doente, recursos disponíveis e da experiência do profissional de saúde<sup>6,7,11,15</sup>. Habitualmente os agentes tópicos são úteis na doença ligeira a moderada, no tratamento inicial ou com poucas recorrências. Os métodos de ablação física são úteis na doença moderada a grave e verrugas recorrentes<sup>6</sup>.

A modalidade de tratamento deve ser alterada se o paciente não melhorar ao fim de três sessões e se as verrugas não desaparecerem ao fim de 6 sessões<sup>7,15</sup>.

As complicações são raras. Pode ocorrer algum desconforto e irritação local, com a utilização dos agentes tópicos e muito raramente ulceração. Com os métodos ablativos podem ocorrer hipo e hiperpigmentação e cicatrização viciosa<sup>7,15</sup>.

### Casos particulares

**Gravidez** - As lesões tendem a progredir e a sangrar mais facilmente, pelo que está indicado o seu tratamento.<sup>4,7,15</sup> Pode-se utilizar o ATA, a crioterapia e a excisão cirúrgica (nas lesões de maiores dimensões).<sup>18</sup> O imiquimod, podofilina, podofilox, 5-FU e interferão não devem ser usados<sup>7,8,15</sup>. A forma de transmissão da infecção da mãe para o filho (transplacentar, perinatal ou posnatal) ainda não é completamente conhecida pelo que, a cesariana não está recomendada, apenas para prevenir a transmissão da infecção ao RN, estando indicada somente quando os condilomas têm dimensões tais que possam interferir com o trabalho de parto<sup>4,7,8,15</sup>.

**QUADRO IV**

**TRATAMENTO DAS VERRUGAS GENITAIS EXTERNAS**

**Podofilox 0,5%:** Pode ser aplicado pelo doente, 2x/dia durante 3 dias, seguido de 4 dias sem tratamento. Podem ser repetidos até 4 ciclos. Não deve ser usado durante a gravidez.

**Imiquimod 5%:** Pode ser aplicado pelo doente, 3x/semana até 16 semanas. A área tratada deve ser lavada 6-10 horas após a aplicação. Não deve ser usado durante a gravidez.

**Podofilina 10-25%:** Agente citotóxico aplicado pelo médico. A área tratada deve ser lavada 1-4 horas após a aplicação. Pode ser repetido semanalmente.

**ATA ou ABA 80-90%:** Agentes cáusticos aplicados pelo médico. Podem ser repetidos semanalmente.

**5-Fluorouracilo (5-FU):** Aplicado 1 a 3x/semana. Deve ser removido 3 a 10 horas após a aplicação. Como é teratogénico está contra-indicado durante a gravidez e a mulher em tratamento deve fazer contraceção preferencialmente com ACO.

**Crioterapia:** Com nitrogénio líquido ou crioprova. Pode ser repetido cada 1-2 semanas.

**Remoção cirúrgica:** Por excisão, curetagem ou electrocirurgia. Vantagem do tratamento ser efectuado apenas com uma intervenção. Útil em doentes com elevado número ou área de verrugas.

**Tratamentos alternativos**

- **Interferão intralesional:** Efeito antiviral e/ou imunoestimulador. Não é utilizado por rotina devido ao inconveniente da via de administração, necessidade de elevado número de tratamentos e elevada frequência de efeitos sistémicos.
- **Cirurgia com laser:** Com CO<sub>2</sub>.

*Doentes imunocomprometidos* – As opções terapêuticas são semelhantes. Habitualmente requerem mais de um método e o insucesso do tratamento é mais frequente. As lesões que não resolvem com várias opções devem ser biopsadas para avaliar transformação maligna (que ocorre com maior frequência)<sup>7,8,15</sup>.

**Follow-up**

Após o desaparecimento das verrugas visíveis os doentes devem ser observados aos três<sup>15</sup> e seis meses, período durante o qual ocorrem com maior frequência as recorrências<sup>8</sup>. Depois, devem manter a vigilância habitual recomendada a todos os indivíduos sexualmente activos (sobretudo as mulheres)<sup>7,15</sup>.

**Aconselhamento do doente e parceiro**

O aconselhamento do doente e seu

parceiro é um componente importante do tratamento dado o estigma e problemas psicossociais associados às DST<sup>19</sup>. É função do médico a educação no sentido da prevenção das DST, assegurar o acompanhamento do doente durante o tratamento, ajudar na toma de decisões informadas sobre as várias opções terapêuticas e ajudar a compreender a relação entre o VPH e alterações malignas, sobretudo o cancro do colo do útero<sup>19</sup>.

O doente e parceiro devem ser informados que a infecção por VPH, como DST, tem como única forma de prevenção o evitar o contacto directo (pele com pele) com doentes infectados<sup>1,8</sup>. O uso de preservativo pode diminuir o risco de transmissão mas não protege totalmente, uma vez que não previne a transmissão escroto/vulva<sup>1,2,8</sup>. Assim, aconselha-se a abstenção sexual até ao

**QUADRO V**

**TRATAMENTO DAS VERRUGAS GENITAIS COM OUTRAS LOCALIZAÇÕES**

**Verrugas vaginais**

- Crioterapia com nitrogénio líquido
- ATA ou ABA 80-90%
- Podofilina 10-25%

**Verrugas do meato uretral**

- Crioterapia com nitrogénio líquido
- Podofilina 10-25%

**Verrugas anais**

- Crioterapia com nitrogénio líquido
- ATA ou ABA 80-90%
- Remoção cirúrgica

desaparecimento de lesões visíveis<sup>6,8,10</sup>.

É prudente assumir que o parceiro, mesmo não apresentando lesões, está provavelmente infectado, pelo que também deve ser observado e vigiado<sup>7,10,15</sup>.

Devem ainda ser informados de que a infecção persiste, mesmo após o desaparecimento das lesões, e que estas podem recorrer<sup>10,15</sup>. Como existe um risco, ainda que muito reduzido, de transformação maligna, devem manter vigilância, que não difere da de todos os indivíduos sexualmente activos<sup>10</sup>.

**Perspectivas futuras**

Uma vacina para prevenir a infecção por VPH, baseada em partículas virais, já foi demonstrada eficaz nos animais e está a ser estudada em ensaios clínicos em seres humanos<sup>1,10,11,18</sup>.

**CONCLUSÃO**

A infecção genital pelo VPH é a mais comum das DST sendo o condiloma acuminatum a sua manifestação mais característica (embora não seja

a mais frequente), facilmente identificada apenas com a observação clínica. Esta lesão está habitualmente associada a subtipos virais de baixo risco (VPH 6 e 11), que muito raramente são implicados no cancro do colo do útero ou outras lesões neoplásicas. Por este motivo não existem actualmente recomendações para o seu rastreio e o *follow-up*, após tratamento, não difere da vigilância habitual recomendada a todos os indivíduos sexualmente activos.

Perante o diagnóstico de condilomas é importante a pesquisa de outras DST, que estão frequentemente associadas. É também importante a avaliação, de condilomas e outras DST, e eventual tratamento, do parceiro sexual.

São vários os tratamentos actualmente disponíveis, para remoção das verrugas visíveis, mas nenhum permite a erradicação do vírus. Este persiste habitualmente sob a forma de infecção latente, pelo que, a recorrência destas lesões é frequente.

O aconselhamento do doente e seu parceiro é um componente muito importante da prevenção e tratamento destas situações, tarefa desempenhada com frequência pelo médico de família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sedlacek TV. Advances in the diagnosis and treatment of human papillomavirus infections. *Clin Obst Gynec* 1999; 42: 206-20.
- Verdon ME. Issues in the management of human papillomavirus genital disease. *Am Fam Physician* 1997; 55: 1813-6.
- Tyring S. Introduction: perspectives on human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102(5A): 1-2.
- Kazzi AA. Condyloma Acuminatum. *eMedicine Journal* 2001 Jul 3; 2(7). Disponível em: URL: <http://www.emedicine.com/emerg/topic107.htm> [Acesso em 10/03/2002].
- Koutsky L. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Am J Med* 1997; 102(5A): 3-8.
- El-Attar SM, Evans DV. Anal warts, sexually transmitted diseases, and anorectal conditions associated with human immunodeficiency virus. *Prim Care* 1999; 26: 81-100.
- Beutner KR, Wiley DJ, Douglas JM, Tyring SK, Fife K, Trofatter K, Stone KM. Genital warts and their treatment. *Clin Infect Diseases* 1999; 28 (Suppl 1): 37-56.
- Higgins RV. Condyloma Acuminatum. *eMedicine Journal* 2002 Jan 17; 3 (1). Disponível em: URL: <http://www.emedicine.com/med/topic3293.htm> [Acesso em 10/03/2002].
- Pfenninger JL, Zainea GG. Common anorectal conditions: part II. Lesions. *Am Fam Physician* 2001; 64: 77-88.
- Sterling JC, Kurtz JB. Human papillomaviruses. In Champion RH, Burton JL, Burns DA, Breathnach SM, eds. *Rook/Wilkinson/Ebling Textbook of Dermatology*. 6ª ed. Oxford: Blackwell Science; 1998. p. 1029-51.
- Lowy DR, Androphy EJ. Warts. In Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen Kf, Goldsmith LA, Kats SI, Fitzpatrick TP, eds. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. 5ª ed. New York: McGrawhill; 1999. p. 1031-51.
- Beutner KR, Tyring S. Human papillomavirus and human disease. *Am J Med* 1997; 102(5A): 9-15.
- Mckinzie J. Sexually transmitted diseases. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19: 723-43.
- Handsfield HH. Clinical presentation and natural course of anogenital warts. *Am J Med* 1997; 102(5A): 16-20.
- Centers for Disease Control and Prevention. 1998 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *MMWR* 1998; 47 (No. RR-1): 88-95.
- Lappa et al. Managing sexually transmitted diseases in adolescents. *Prim Care* 1998; 25: 71-110.
- Trofatter KF. Diagnosis of human papillomavirus genital tract infection. *Am J Med* 1997; 102(5A): 21-7.
- Beutner KR, Ferenczy A. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997; 102(5A): 28-37.
- Reitano M. Counseling patients with genital warts. *Am J Med* 1997; 102(5A): 38-43.

### Agradecimentos

À Dr<sup>a</sup> Fernanda Santos, minha orientadora de formação, pelo incentivo e apoio para a realização deste trabalho e revisão crítica do mesmo.

À Dr<sup>a</sup> Paula Broeiro também pelo estímulo para a realização do trabalho e sua revisão crítica.

### Endereço para correspondência

Maria Alexandra Castro  
Rua Antônio Pedro de Carvalho  
nº 12 - 2º Dto  
1885-004 Moscovide

Recebido para publicação: 14/11/02  
Aceite para publicação: 02/01/03

## CONDYLOMATA ACUMINATA

### ABSTRACT

**Objectives:** *Condylomata acuminata* are estimated to affect 1% of the sexually active population. A review is made of state-of-the-art knowledge on this health problem of growing prevalence in clinical practice which is furthermore associated with psycho-social problems characteristic of sexually transmissible diseases, such as fear of other infections and of cervical cancer in women. Family doctors are essential for their holistic approach which includes health education and promotion, and disease prevention. **Methods:** Literature review based on articles selected from searching MedLine and eMedicine, textbooks, and Centers for Disease Control guidelines.

**Conclusions:** *Condylomata acuminata* are the most characteristic manifestation of genital infection by human papilloma virus, the commonest of sexually transmissible diseases. This condition is usually benign, and no specific additional screening or surveillance is indicated in sexually active individuals. It entails however assessing for other sexually transmissible diseases in the index cases and their sexual partners. It is associated with a high recurrence rate, since currently available therapies are not effective in eradicating the virus.

**Key-Words:** *Condylomata Acuminata; Genital Wart; Human Papilloma Virus; Sexually Transmissible Diseases.*