

Abordagem em dois tempos para lesão condilomatosa circunferencial em canal anal e perianal

Two-stage approach for circumferential condylomatous lesion in the anus and perianal area

Mário Fernando Dantas Gomes¹, Ana Catarina Dantas Gomes², Jurandir Marcondes Ribas Filho³

PALAVRAS-CHAVE: Condiloma acuminado. Cirurgia. Pós-operatório.

KEYWORDS: Condyloma acuminatum. Surgery. Postoperative.

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado é lesão de pele e/ou mucosa causada pelo papilomavírus humano (HPV). Comumente se manifestam como pápulas macias ou placas na genitália externa, períneo, região perianal ou virilha.

Há mais de 200 subtipos de HPV, sendo que mais de 40 deles podem infectar o trato anogenital. Há subtipos de baixo risco, em especial o 6 e o 11, e alto risco, notadamente os subtipos 16 e 18.¹ Aproximadamente em 90% as lesões condilomatosas possuem os subtipos 6 e 11, tendo prevalência importante nos indivíduos infectados, onde diferentes estudos da literatura demonstraram prevalência acima de 50% em acompanhamentos de 24 e 36 meses.^{2,3} Além do vetor sexual, a infecção também pode ser transmitida verticalmente.

Dentre os fatores de risco podem-se destacar: atividade sexual, principalmente quando com o contato pele-pele com as lesões, imunodeficiência, tabagismo, coinfeção por HIV e HTLV-I. A circuncisão, por sua vez, é fator protetivo contra a infecção pelo HPV.

As lesões podem ter diferentes formas ou cores. Em geral são assintomáticas, porém podem causar prurido. Em menor escala outros sintomas podem ocorrer, como dor ou infecções locais, além de obstruções, sangramentos uretrais ou incômodos ao evacuar. Além disso, o impacto psicossocial tem importante papel devido à estigmatização do paciente. Isolamento social, depressão e ansiedade são relatados em literatura.⁴

A estenose anal, por sua vez, tem como sua principal causa a iatrogenia decorrida de procedimentos cirúrgicos anorretais, notadamente a hemorroidectomia e também da eletrocauterização de lesões condilomatosas extensas do canal anal. Exemplos de outras causas

possíveis são massas anorretais, doenças inflamatórias, trauma e congênita. A condição é caracterizada pela deformidade do canal anal, diminuição da elasticidade e diâmetro dele culminando com dificuldade evacuatória e incômodo, podendo estar associada também à presença de fissuras, onde há comumente dor, esforço evacuatório importante, sangramentos e afilamento das fezes.^{5,6}

Destacando a causa cirúrgica, diversos fatores podem ser elencados: ausência de pontes de mucosa suficientes, dissecação acima do necessário culminando com baixa vascularização das pontes mucosas, abordagem circunferencial, profundidade da ressecção, amplitude culminando com pontes estreitas, lesões intraoperatórias inadvertidas e espasmo esfinteriano no pós-operatório.

O objetivo deste trabalho foi relatar o caso de paciente portadora de lesão condilomatosa circunferencial em canal anal e em região perianal, como se deu a condução tentando evitar estenose anal.

RELATO DO CASO

Mulher de 65 anos, procurou o serviço com queixa de "pele no ânus" (Figura 1A) sem prurido ou dor, sem incômodos para evacuar, com histórico de constipação ocasional crônica em abril de 2024. Fora examinada e prontamente identificadas lesões condilomatosas. Ao toque, indolor, percebeu-se normotonia esfinteriana, ausência de doença hemorroidária, ausência de lesões em reto baixo, porém com lesões amplas em canal anal. Pela idade e por nunca ter realizado colonoscopia (Figura 1B), foi ela realizada e já iniciadas orientações de exérese das lesões. Em conjunto com a paciente, foi apresentado prós e contras das modalidades terapêuticas, e decidido pela ressecção das lesões;

¹Hospital Santa Teresinha, Belém, PA, Brasil;

²Centro Universitário Metropolitano da Amazônia, Belém, PA, Brasil;

³Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum | Financiamento: Nenhum | Recebido em: 05/03/2025 | Aceito em: 23/04/2025 | Data de publicação: 02/05/2025 | Correspondência: mariofernandodantas@gmail.com | Editor Associado: Jurandir Marcondes Ribas Filho

Como citar:

Gomes MFD, Gomes ACD, Ribas-Filho JM. Abordagem em dois tempos para lesão condilomatosa circunferencial em canal anal e perianal. BioSCIENCE. 2025;83:e00010

porém, pelo caráter circunferencial, dar-se-ia em 2 tempos, visando proteger pontes de mucosa e tentando diminuir ou mesmo não possibilitar o desenvolvimento de estenose anal resultante das abordagens. Aguardar-se-ia apenas a biópsia para confirmação histopatológica.

Retornou em junho para mostrar exames pré-operatórios e avaliação do resultado de colonoscopia realizada com resultado de: “pólipo em sigmoide, séssil, róseo, 7 mm, realizada polipectomia; divertículos em cólon esquerdo sem sinais de inflamação; lesões elevadas de vários tamanhos, amolecidas, acinzentadas, em região perianal e borda anal externa que se estendem pelo canal anal, ocupando cerca de 80% da circunferência, realizadas biópsias” (Figura 2). Histopatológico confirmou condiloma acuminado sem sinais de malignidade.

Durante a consulta ela negou outros sintomas, tais como dor, sangramentos, afilamento de fezes, tenesmo, sensação de peso ou demais. Referiu “procedimento pela vagina para queimar o colo do útero anos antes”. Negou a prática de sexo anal, bem como utilização de drogas ilícitas, tabagismo, alcoolismo ou vida sexual ativa. Como comorbidade referiu hipertensão arterial controlada com o uso de 2 medicações. O exame físico proctológico novamente fora indolor. Percebeu-se normotonia esfinteriana, ausência de acometimento do reto baixo, porém com amplo acometimento do canal anal, estimando em 80% de acometimento, em concordância com a colonoscopia prévia, preservando apenas parte da porção posterior. Em região perianal observou-se também lesões características, bem como lesão suspeita em borda inferior vulvar.

Realizado o primeiro procedimento no dia 02 de julho, observou-se a manutenção das pontes de mucosa em parede posterior, lateral esquerda e anterolateral direita, sendo esta última com lesão remanescente (Figura 3A). Neste primeiro procedimento foram ressecadas todas as lesões perianais e também a lesão em borda inferior vulvar. Os histopatológicos confirmaram condiloma acuminado em todas as lesões, com exceção da vulvar, onde se encontrou dermatite liquenóide.

Com 2 semanas houve o primeiro retorno mostrando boa evolução da cicatrização. A paciente relatou leve incômodo para evacuar e ardência pós-evacuatória suportável sem necessidade de analgesia, sem deformidade fecal, esforço evacuatório ou sangramentos. Seguiu com o plano de banhos de assento por 3 vezes ao dia com água morna, além de sintomáticos, laxativos, dieta laxativa e tratamento tópico com bloqueador de canal de cálcio para relaxamento esfinteriano. Nesse momento o toque retal ainda incomodava, porém sem sangramento. Após 4 semanas não apresentava mais queixas ao evacuar, negando também incontinência (Figura 2).

O segundo retorno se deu com 8 semanas de pós-operatório onde se observou estabilidade nas lesões restantes, tanto em número quanto tamanho, sem novas lesões perianais. Não havia distorção da anatomia anorretal, além de toque retal satisfatório, indolor, com normotonia esfinteriana. Discutiu-se quanto à ocorrência do segundo tempo operatório, solicitando preparativos.

O terceiro retorno ocorreu 1 mês após a última consulta. Em novo exame físico manteve-se os achados do exame anterior, porém uma nova lesão em região perianal, posterolateral esquerda, surgiu (Figura 3A). A nova abordagem se deu 1 semana após com a ressecção das lesões restantes (Figura 3B), após minuciosa anuscopia sob narcose. Aproveitando-se a anestesia, pôde-se mensurar o correto diâmetro do canal anal, sendo aproximadamente de 5 cm. O histopatológico do segundo procedimento resultou em “condilomatose do canal anal” e “condilomatose perianal”.

Atualmente a paciente nega quaisquer queixas relacionadas ao canal anal. Nega incômodos pós-evacuatórios, sangramento, dificuldade para evacuar ou afilamento de fezes. Na palpação do local negava endurecimentos ou tecidos sugestivos de fibrose (Figura 3C). Foi liberada para controle ambulatorial

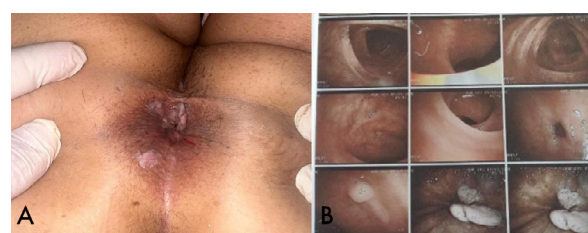


FIGURA 1 — Aspecto macroscópico antes do primeiro procedimento (maio/2024): A) lesões suspeitas perianais, em canal anal e em borda inferior do canal vaginal (não visível na imagem); B) colonoscopia pré-operatória e anatomopatológico identificou: “pólipo hiperplásico e papiloma escamoso, presença de alterações sugestivas de efeito citopático viral”

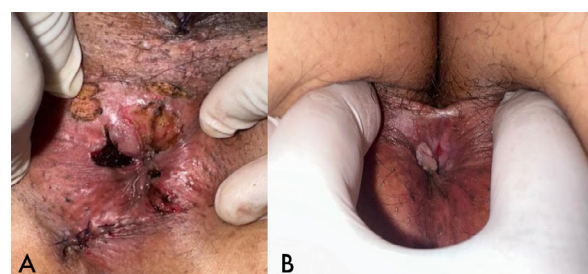


FIGURA 2 — A) Aspecto em POI do primeiro procedimento (julho/2024); B) com 4 semanas de evolução (agosto/2024)

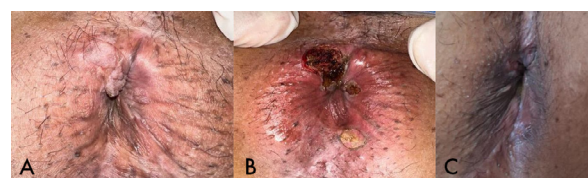


FIGURA 3 — Evolução com 12 semanas após primeiro procedimento: A) nota-se nova lesão em parede lateral esquerda (3 h outubro/2024); B) aspecto em POI do segundo procedimento (outubro/2024); C) evolução com 2 semanas após o segundo tempo cirúrgico

DISCUSSÃO

Autores apontam que diferentes terapias podem ser empregadas para os condilomas acuminados, sendo as disponíveis: imunomoduladoras – imiquimod e

sinecatequinas, antiproliferativa – podofilina e ablativas - crioterapia, ácido tricloroacético e excisão cirúrgica (excisão, eletrocauterização ou via laser).^{7,8}

A literatura, entretanto, não apresenta consenso quanto à superioridade de uma técnica frente à outra, tendo que ser levado em consideração diversos fatores: localização das lesões, tamanho, características do paciente (imunidade, capacidade de adesão à terapia, nível socioeconômico e educacional, gravidez), disponibilidade de recursos e expertise do médico assistente. A excisão cirúrgica, por exemplo, é rotineiramente indicada nos casos extensos ou refratários.^{9,10}

Em acordo com os estudos, no caso da paciente em questão havia como dificuldades para a terapia medicamentosa: moradia distante de centros médicos, requerendo terapias mais definitivas e dificultando o retorno periódico, o nível de instrução baixo, o fato de morar sozinha dificultando a administração da terapia tópica, a localização das lesões próximas de áreas de mucosa impedindo o uso do imiquimod, além da própria escolha da paciente pelo método cirúrgico, tendo sido o realizado.

O maior desafio do caso, sempre repassado à paciente, seria evitar ou pelo menos minimizar a estenose anal por conta do caráter circunferencial das lesões. Portanto, seguindo as orientações consagradas, o que se tentou fazer foi preservar pontes de mucosa, embora no primeiro procedimento uma delas – anterolateral direita - não tenha atingido os 2 cm preconizados, além da ressecção apenas da epiderme e derme superficial, sem atingir planos profundos. Seguiu-se, como preconizado, a ressecção primeiramente com tesoura e utilização do eletrocautério apenas para hemostasia do leito.^{5,6}

Posteriormente, cumpriu-se também o intervalo de pelo menos 8-12 semanas entre um procedimento e o outro, onde a vascularização do canal anal e acomodação cicatricial já estariam mais adequadas para nova intervenção.

Como mensagem final, o caso corrobora com a linha de que os condilomas acuminados, quando localizados em canal anal, devem ser minuciosamente avaliados e

o plano terapêutico deve ser traçado em conjunto com o paciente. No caso de lesões extensas, principalmente circunferenciais, a abordagem excisional em 2 tempos, com intervalo adequado, pode diminuir a incidência de estenose anorretal pela preservação de pontes de mucosa

Contribuição dos autores

Mário Fernando Dantas Gomes – Conceituação, Redação (esboço original)

Ana Catarina Dantas Gomes - Metodologia, Redação (revisão e edição)

Jurandir Marcondes Ribas Filho - Administração do projeto

REFERÊNCIAS

1. de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur-Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004;324(1):17-27. <https://doi.org/10.1016/j.virol.2004.03.033>
2. Winer RL, Kiviat NB, Hughes JP, Adam DE, Lee SK, Kuypers JM, et al. Development and duration of human papillomavirus lesions, after initial infection. *J Infect Dis*. 2005;191(5):731-8. <https://doi.org/10.1086/427557>
3. Arima Y, Winer RL, Feng Q, Hughes JP, Lee SK, Stern ME, et al. Development of genital warts after incident detection of human papillomavirus infection in young men. *J Infect Dis*. 2010;202(8):1181-4. <https://doi.org/10.1086/656368>
4. Woodhall S, Ramsey T, Cai C, Crouch S, Jit M, Birks Y, et al. Estimation of the impact of genital warts on health-related quality of life. *Sex Transm Infect*. 2008;84(3):161-6. <https://doi.org/10.1136/sti.2007.029512>
5. Cruz GMG, Ferreira RMRS, Neves PM. Estenose anal pós-hemorroidectomia com indicação cirúrgica – experiência 75 casos. *Rev Bras Coloproctol*. 2004;24(1):20-32.
6. Habr-Gama A, Sobrado CW, de Araújo EL, Nahas SC, Birbojm I, Nahas CSR, et al. Surgical treatment of anal stenosis: assessment of 77 anoplasties. *Clinics*. 2005;60(1):17-20. <https://doi.org/10.1590/s1807-59322005000100005>
7. Gunter J. Genital and perianal warts: new treatment opportunities for human papillomavirus infection. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(3 Suppl):S3-11. [https://doi.org/10.1067/s0002-9378\(03\)00789-0](https://doi.org/10.1067/s0002-9378(03)00789-0)
8. Beutner KR, Reitano MV, Richwald GA, Wiley DJ. External genital warts: report of the American Medical Association Consensus Conference. AMA Expert Panel on External Genital Warts. *Clin Infect Dis*. 1998;27(4):796-806. <https://doi.org/10.1086/514964>
9. Stone KM, Becker TM, Hadgu A, Kraus SJ. Treatment of external genital warts: a randomised clinical trial comparing podophyllin, cryotherapy, and electrodesiccation. *Genitourin Med*. 1990;66(1):16-9. <https://doi.org/10.1136/sti.66.1.16>
10. Lacey CJ, Woodhall SC, Wikstrom A, Ross J. 2012 European guideline for the management of anogenital warts. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013;27(3):e263-70. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04493.x>