

# CONDILOMAS ACUMINADOS EXTRAGENITAL

## EXTRAGENITAL WARTS

Mauro RL Passos<sup>1</sup>, Márcia CAA Frias<sup>2</sup>, Carla B Aguiar<sup>2</sup>, Renata Q Varella<sup>2</sup>,  
Vandira MS Pinheiro<sup>3</sup>, Ledy HS Oliveira<sup>4</sup>, Sílvia MB Cavalcanti<sup>4</sup>

### RESUMO

Descreveremos dois casos clínicos de condilomas acuminados extragenital, ambos em cicatriz de cirurgia abdominal. Um caso, foi em paciente do sexo feminino que mantinha relação sexual com pessoa do mesmo sexo. Ela tinha, concomitante às lesões em parede abdominal, também lesões de condiloma acuminado em vulva e NIC I. O segundo, ocorreu em paciente do sexo masculino que não tinha lesão por HPV em genital. Ambos relataram que seus parceiros sexuais eram únicos e que tinham tido lesões genitais verrucosas. Serão discutidos os possíveis motivos que propiciaram as infecções.

**Palavras-chave:** condiloma acuminado extragenital, HPV, diagnóstico

### ABSTRACT

Two cases of extragenital condiloma acuminatum, both on abdominal surgery scars, are described. The first patient was a female who had a same-sex sexual relationship. Besides the condiloma acuminatum on an abdominal surgery scars she had vulvar HPV lesions and CINI. The second patient was a male which had no genital HPV lesions. Both patients reported having just one sexual partner. Both partners had had genital verrucous lesions. The possible reasons for these scars infections are discussed.

**Keywords:** Extragenital warts, HPV, Diagnosis

ISSN: 0103-0465

DST - J bras Doenças Sex Transm 14(1): 54-57, 2002

## INTRODUÇÃO

As verrugas genitais são conhecidas desde a antiguidade. O termo condiloma é originado do grego antigo e trás a idéia de "tumor redondo" (Bäfverstedt, 1967)<sup>1</sup>, enquanto que o termo acuminado (do latim *Acuminare*) significa "tornar pontudo" (Butler e Stambridge, 1984).<sup>2</sup>

O condiloma acuminado é uma infecção causada pelo *Papillomavirus Humano* (HPV). Era classificado como pertencente a família Papovaviridae, mas recentemente foi colocado em uma família própria: Papillomaviridae. Existe, inclusive uma sociedade científica específica para seu estudo: *Papillomavirus International Society*.<sup>3</sup>

Suas características só começaram a ser melhor estudadas há quatro décadas. Crawford e Crawford, em 1963,<sup>4</sup> foram os primeiros a determinar a estrutura genética e o peso molecular dos HPV, obtidos de verrugas humanas.

A dificuldade no estudo do HPV prende-se ao fato que é espécie específica. HPV só acomete humanos e que até hoje, não existe na rotina meios para seu crescimento em laboratório.

O cromossomo do HPV possui uma molécula de DNA de dupla fita circular, fechada covalentemente, contendo 7.900 pares de bases nitrogenadas. Seu capsídeo mede 55 nm.

O desenvolvimento de técnicas de biologia molecular permitiu o rápido conhecimento de grande número de tipos e subtipos de

HPV, uma vez que, já foram identificados mais de 100 tipos. O trato genital pode ser infectado pelos seguintes tipos: 6, 11, 16, 18, 30, 31, 33, 34, 35, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 50, 51-59 (Syrjänen, 1989).<sup>5</sup>

Apresenta um período de incubação bastante variável, podendo ser de meses a anos ou mesmo indeterminado. Esse processo está relacionado com a imunocompetência do hospedeiro, virulência e quantidade de partículas virais infectantes.<sup>6</sup>

De maneira geral, é conhecida como de transmissão sexual; todavia, encontram-se inúmeros casos onde a dificuldade em estabelecer a forma de transmissão é absurdamente grande. A questão torna-se mais complicada, ainda, quando apenas um dos parceiros sexuais apresenta clinicamente a doença. A pergunta feita pelos pacientes: "Como e de quem peguei isso doutor?" Pode ser respondida: "Quem puder garantir uma resposta verdadeira, com certeza ganhará um prêmio Nobel".<sup>7</sup>

Danos (1987)<sup>7</sup> reconheceu que pode haver grandes possibilidades de o vírus ser capaz de propagar-se na população de maneira não detectável. Squires *et al*.<sup>9</sup>, descreveram um estudo com três crianças saudáveis que apresentavam condilomatose oral sem história pregressa de abuso sexual ou lesão por HPV em outros locais, pensando-se, assim, na transmissão materno-fetal, onde gestantes com lesões condilomatosas genitais poderiam contaminar o recém-nato no momento do parto vaginal.

A transmissão através de fômites, embora seja possível, não foi demonstrada de maneira inquestionável.

São poucos os casos relatados na literatura de localização extragenital.

Blauvelt *et al*.<sup>10</sup> afirmam que a infecção por HPV tipo 6 (um vírus com tropismo por mucosas) em locais não genitais, tem sido raramente descritas. Descreveram um caso de uma menina de nove anos com lesões por HPV 6 em braços e pernas.

<sup>1</sup> Professor Adjunto Doutor, Setor de DST - Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM)

<sup>2</sup> Especialistas em DST, Setor de DST - Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM)

<sup>3</sup> Professora Mestre, Colaboradora Programa de Pós-Graduação em DST-Setor de DST - Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM)

<sup>4</sup> Professora Adjunta Doutora, Disciplina de Virologia - Universidade Federal Fluminense (MIP/CMB/CCM)

A lesão clínica pode se apresentar sob forma de verruga, pápula ou mácula, única ou múltiplas, geralmente de localização genital. A identificação clínica das lesões típicas, de forma geral, é simples. Todavia, as lesões subclínicas, assim como as não clássicas de verrugas, podem requerer experiência clínica e exames citohistológicos e/ou técnicas de biologia molecular.

Atualmente pode-se afirmar que estudos genéticos demonstraram que as infecções por HPV poderão seguir três cursos:

- Apresentar-se como infecções transitórias, em cerca de 50% dos casos, com completa eliminação do vírus, caso o organismo esteja imunologicamente competente.
- Determinar o aparecimento de lesões que, por sua vez, podem regredir espontaneamente em 30% a 50% dos casos.
- Evoluir para lesões que, mesmo após tratamento, não conduzam à eliminação viral, estabelecendo infecções persistentes. São estas infecções persistentes, resistentes aos tratamentos convencionais, as consideradas de alto risco para o desenvolvimento de câncer. (Cavalcanti, 2000)<sup>11</sup>

Embora seja muito comentado que os HPV de alto risco (16,18...) possam causar câncer no colo do útero e até no ânus, essa evolução não ocorre em todos os casos. Na verdade, mesmo que se instale uma lesão pré-maligna, tipo neoplasia intraepitelial, a possibilidade de regressão da lesão é maior do que 50%. Todavia, ainda não é possível saber quem com uma alteração, vai ter cura espontânea ou evoluir para um câncer. A determinação de um marcador de evolução será de valia inestimável, quando puder ser amplamente usado, em saúde pública.

Sabemos porém, que fumantes e portadoras de outras infecções conjuntas no colo uterino como, herpes e clamídia ou portadoras de HIV, estão mais susceptíveis de evolução para casos severos. É relatado, ainda, que predisposições individuais, genéticas, para malignidade, possam acelerar tais processos. No entanto, também não é possível detectar essas últimas alterações, com os recursos científicos disponíveis comercialmente.

O tratamento é realizado diretamente sobre as lesões, com produtos que visam agredir as mesmas (ácido tricloroacético, podofilina, podofilotoxina, eletrocautério, criocautério, nitrogênio líquido, imiquimod, laser ou por exereses cirúrgicas clássicas).

## OBJETIVO

- descrever dois casos de condiloma acuminado extragenital em cicatriz abdominal em uma mulher e outro em um homem.

## PACIENTES E MÉTODOS

**Caso 1** – Mulher de 36 anos de idade, Gesta 10, Para 5, Aborto 5, procurou o Setor de Doenças Sexualmente Transmissíveis da Universidade Federal Fluminense, em Niterói, Rio de Janeiro, querendo-se de verrugas na genitália externa e em cicatriz cirúrgica abdominal. A evolução era de mais de três meses. Informou que já havia mostrado tal alteração a dois médicos de outro serviço, mas, esses afirmaram que tratava-se de problema de cicatrização (abdome), típica de pessoas de cor negra. Nas lesões de vulva foi aplicado um ácido (*sic*). Relatou, também, que mantinha relacionamento sexual com pessoa do mesmo sexo há uns dois anos, sendo que essa parceira teve verrugas na vulva, que desapareceram espontaneamente (*sic*).

Sobre a história progressa, fomos sabedores que a paciente era diabética, hipertensa crônica e cardiopata. Afirmou que foi vítima de abuso sexual por padrasto quando criança e adolescente. Sobre tal situação teve uma gravidez, inclusive.

Durante o exame encontramos lesões vegetantes na vulva e algumas quase atingindo a pele da nádega. No exame ao espéculo, além de secreção branca-amarelada com raras bolhas, observamos via colposcópico, discreta área de epitélio acetobranco sem quaisquer sinais maiores. O teste do lugol foi tipo colpíte tigróide, de aspecto moderado. Em toda cicatriz Pfannenstiel, foi possível ver condiloma acuminado medindo 12 cm de extensão por 1 cm de altura.

Foi indicado e realizado exereses das lesões

Os principais resultados de exames efetuados foram: *Trichomonas vaginalis* na lâmina a fresco; VDRL não reator; glicemia de 246 mg/dl; colpocitologia oncológica: NIC I + HPV + *Trichomonas vaginalis*; histopatologia: condilomas acuminados (abdome e vulva); tipificação de HPV (PCR) ambas peças: HPV 6.

Mesmo após inúmeras intervenções com a equipe de educação em saúde, a paciente não realizou o teste anti-HIV, nem tampouco foi conseguido examinar sua parceira sexual.

A paciente foi encaminhada para ambulatório de clínica médica que em um mês, fez exames com resultado de glicemia de 96 mg/dl.

Foi medicada com metronidazol para tricomoníase e, depois de dois meses, o exame cevico vaginal estava normal.

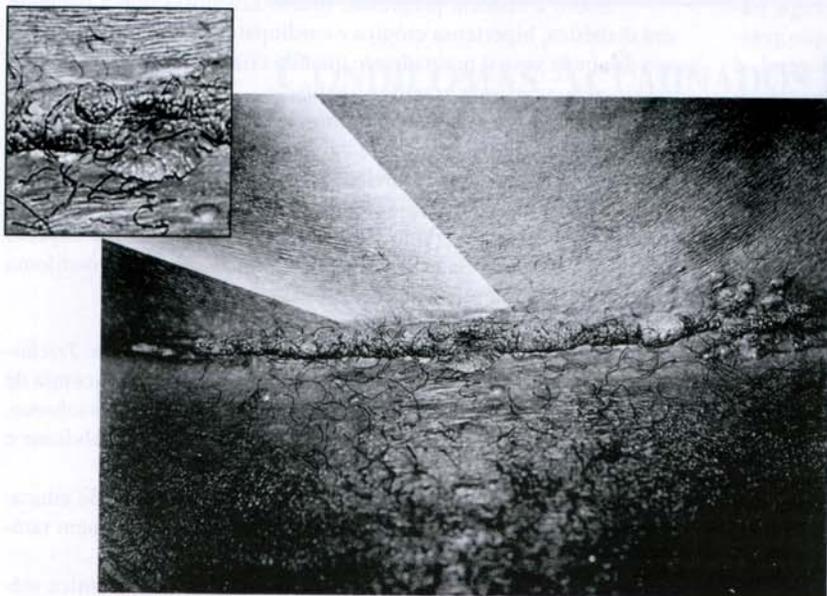


**Fig.1 e 2 - É possível observar na mesma paciente as lesões vegetantes em vulva e cicatriz abdominal.**

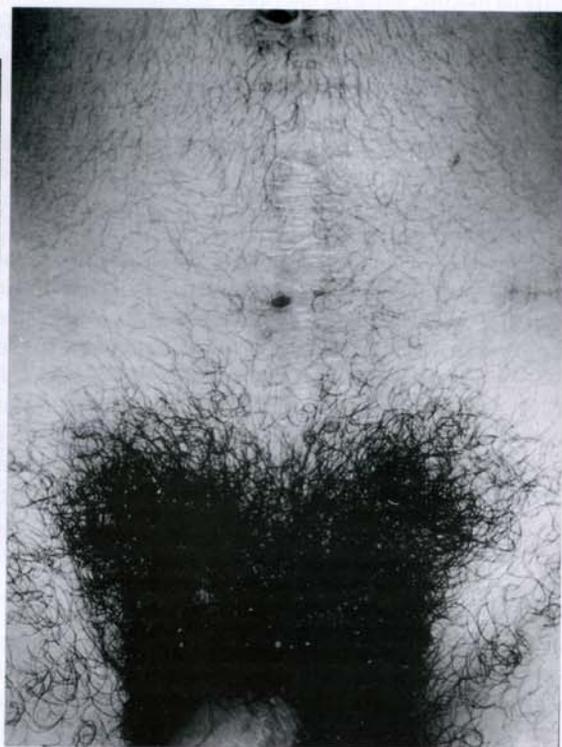
Fig.1



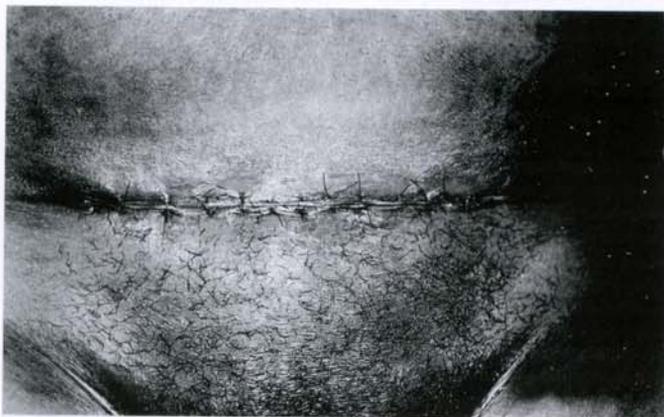
Fig. 2



*Fig. 3 - Detalhe dos condilomas acuminados em toda a extensão da cicatriz cirúrgica abdominal.*



*Fig. 5*



*Fig. 4 - Detalhe do pós-operatório imediato, em que o tratamento executado foi a ressecção de toda a área condilomatosa.*

**Caso 2** – Paciente masculino apresentando três verrugas em cicatriz de cirurgia abdominal de urgência. (Fig. 5 e 6)

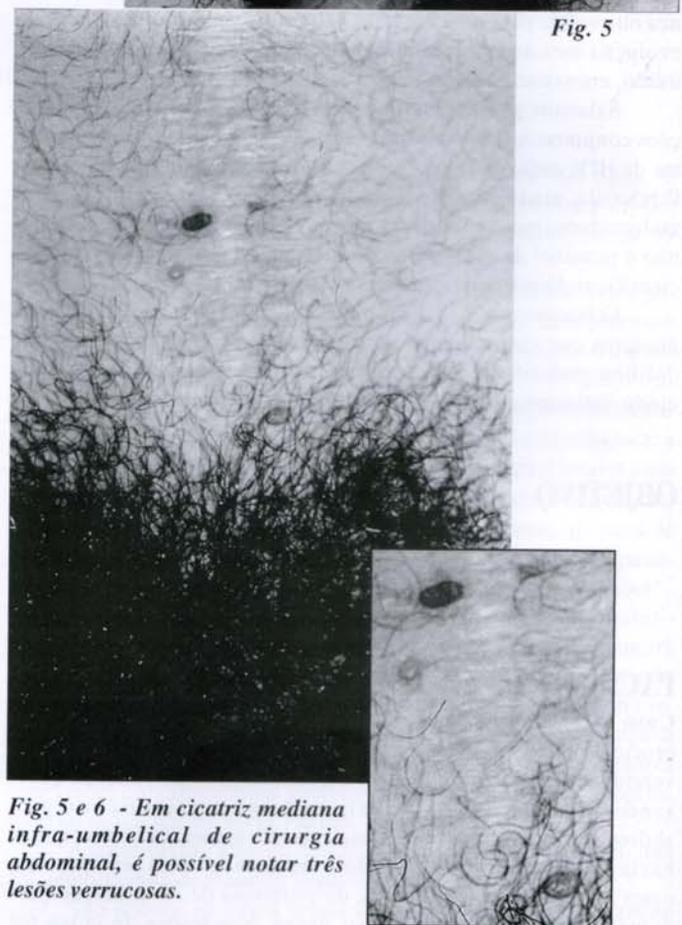
Relatava ter parceira fixa exclusiva há um ano. A história da parceira sexual era de passado de lesões vegetantes em vulva, que tratou em outro serviço médico com um ácido. Porém, ambos lembram bem que, logo após a cirurgia, tiveram relações sexuais, com preservativo, estando ela ainda em tratamento para as “verrugas” na vulva. Ambos confirmaram que, por causa da cirurgia: “A coisa era rapidinha e não muito freqüente: uma vez por semana. Às vezes nem isso.” Afirmaram ainda que, desde a descoberta das lesões nela, diminuíram a freqüência de coito e passaram a usar camisinha quase sempre. Palavras dos dois: “Em 99% das vezes só com preservativo.”

Durante o exame físico do paciente, não encontramos qualquer outra lesão verrucosa ou suspeita de infecção por HPV em todo o corpo, incluindo o genital do paciente.

Foi proposto e efetuado a exeresse cirúrgica das lesões.

Os resultados histopatológico e tipificação de HPV por PCR foram: condilomas acuminados e HPV 6.

A parceira foi, também, por nós examinada clinicamente e apresentava apenas importante quadro de vaginose bacteriana. Foi tratada



*Fig. 5 e 6 - Em cicatriz mediana infra-umbelical de cirurgia abdominal, é possível notar três lesões verrucosas.*

com metronidazol, e dois meses depois reexaminada, apresentava resultados de lâmina a fresco, bacterioscopia pelo Gram, colpocitologia oncológica tríplice e genitoscopia (vulva, vagina, colo e anal), a olho nu e à vista armada, sem quaisquer evidências da infecção por HPV.

O paciente manteve-se, por seis meses, com genitoscopia sem alterações.

## DISCUSSÃO

Fica muito difícil no caso 1 estabelecer com precisão, a forma de instalação do condiloma em cicatriz cirúrgica, mas é possível imaginar uma auto-inoculação, saindo HPV da própria vulva pelas mãos da paciente ou, pelo tribadismo o HPV saiu da parceira para se implantar na vulva e na cicatriz. A verdade é que segundo a paciente, sua parceira já apresentava pequenas lesões na vulva, cerca de dois meses antes da cirurgia abdominal.

Nesse período, garante que sua parceira tinha "verruguinhas na vagina". Informou que, depois da laparotomia, a sua parceira ainda tinha pequenas lesões, "quase sumindo" e a atividade sexual, como sempre, envolvia carícias e fricções diretas das duas regiões: vulvares e pubianas.

É nosso pensamento que as condições patológicas crônicas, associadas, possam ter facilitado a implantação do HPV nos dois sítios, principalmente na ferida operatória recente.

As duas formas, sexual e auto-inoculação, podem ter contribuído igualmente. Jamais saberemos com certeza, posto que não dispomos de quaisquer exames da parceira.

Será que a parceira do caso 2 foi a fonte de infecção ou pode ter sido por algum instrumento ou atitude médica no ato operatório? Será que o estresse, na época da cirurgia, facilitou de alguma forma a implantação, apenas na área agredida cirurgicamente, uma vez que não apresentou lesão no pênis e que usavam com elevadíssima frequência camisinha?

## CONCLUSÃO

- Apesar de todo o esforço da equipe do Setor de DST/UFF, não foi possível examinar a parceira sexual do caso 1;
- é possível imaginar que as soluções de continuidade na

pele, facilita a implantação e desenvolvimento de lesões causadas pelo HPV;

- as alterações colpocitológicas de NIC I + HPV + tricomoníase vaginal, desapareceram após tratamento da *Trichomonas vaginalis* e recuperação da microbiota natural;
- mesmo tendo manifestação clínica típica de fácil diagnóstico de condilomas acuminados, mas fora da área genital, a doença não foi diagnosticada anteriormente;
- a opção por exeresse cirúrgica de lesões de HPV, para o nosso serviço, apresenta excelentes resultados de custo-benefício.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BÄFVERSTEDT, B. Condylomata acuminata – past and present. *Acta Derm. Venerol.*, 47: 376, 1967.
2. BUTLER, EB. STANBRIGDE, CM. Lesões condilomatosas das vias genitais femininas inferiores. *Clin. Obst. Gynecol.*, 11:179, 1984.
3. [www.hposociety.org](http://www.hposociety.org), novembro, 2001.
4. CRAWFORD, LV e CRAWFORD EA. A comparative study of polyoma and papilloma viruses. *Virology*, 21:258, 1963.
5. SYRJÄNEN, KJ. Histological and cytologic evidence of a condilomatous lesion in association with and invasive carcinoma or uterine cervix. *Arch. Geschwulstforsch.*, 49:436, 1979.
6. ALMEIDA FILHO, GL; PASSOS, MRL; LOPES, PC. Papilomavírose genital. In: PASSOS, MRL. *DST, Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 5ª ed., Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.
7. PASSOS, MRL e ALMEIDA FILHO, GL. *Atlas de DST e Diagnóstico Diferencial*. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.
8. DANOS, O. Papillomavirus: progrns récent. *Sem. Hôp. Paris*, 63:68, 1987.
9. SQUIRES, J; PERSAUD DI; SIMON DP. Oral condilomata in children. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 153:651-65. [www.hpvsociety.org](http://www.hpvsociety.org)
10. BLAUVELT, ADM; PRUSCCHATKUNAKORN C; LEONARD CL, et al. Human papillomavirus type 6 infection involving cutaneous nongenital sites. *Journa of the American Academy of Dermatology.* 27 (5):876-879.
11. CAVALCANTI, SMB. Papillomavirus humano: eliminação, transformação e persistência. *DST – J bras Doenças Sex Transm.*, Niterói-RJ. 12(1): 3, 2000.

Endereço para correspondência:

**MAURO RL PASSOS**

Setor de DST-UFF

Outeiro São João Batista, s/n, Campus do Valonguinho

Centro, 24210-150 – Niterói-RJ

E-mail: [mipmaur@vm.uff.br](mailto:mipmaur@vm.uff.br) [www.uff.br/dst/](http://www.uff.br/dst/)

# Assine DST

JORNAL BRASILEIRO DE  
DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

ASSINATURA ANUAL – 6 NÚMEROS

Individual R\$ 60,00 – Institucional R\$ 80,00

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

TEL: ( ) \_\_\_\_\_ FAX: ( ) \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

• Envie cheque nominal e cruzado para Sociedade Brasileira de DST – Av. Roberto Silveira, 123, Icaraí – Niterói - RJ – CEP 24340-160.  
E-mail: [mipmaur@vm.uff.br](mailto:mipmaur@vm.uff.br) [www.uff.br/dst/](http://www.uff.br/dst/)