
Cordeiro F, Góes JRN, Teixeira MG, Netinho JG & Gomes DR - Tribuna livre: Como eu faço. **Rev bras Colo-Proct**, 1995; 15(4): 203-205

Como sempre gostaríamos de agradecer aos nossos colegas a participação nesta sessão, pois sem eles ela não existiria e nos tem facilitado em muito nosso trabalho. Lembramos sempre que o nosso objetivo é favorecer a participação de todos, permitindo assim que emitam suas opiniões livremente.

Esta é uma **TRIBUNA LIVRE** e não há necessidade de convites para que sua opinião seja discutida. Enquanto houver distintos posicionamentos dos apresentados, o tema será mantido ou retornará à discussão, porém não serão publicados os textos considerados contestatórios.

Neste início de ano, gostaríamos ainda de solicitar aos colegas que queiram participar que enviem sugestões de novos temas ou perguntas, bem como suas condutas nos casos discutidos.

Àqueles interessados em colaborar, manteremos sempre um canal aberto pelo fax número 0192.543839.

O tema desta edição será **CONDILOMA ACUMINADO ORIFICAL E ÚLCERA SIFILÍTICA ANAL** e contamos com a colaboração de quatro membros da nossa Sociedade:

1. Juvenal Ricardo Navarro Góes (Campinas - SP), TSBCP
2. Magaly Gemio Teixeira (São Paulo - SP), TSBCP
3. João Gomes Netinho (São José do Rio Preto - SP), TSBCP
4. Denizard Rivail Gomes (Ribeirão Preto - SP), TSBCP

1. Considerando um paciente de 40 anos, homossexual, em bom estado geral e com queixa de condilomatose anal em média quantidade, atingindo até o canal anal, e com retossigmoidoscopia rígida normal, qual seria sua conduta investigatória e terapêutica clínica?

(Juvenal Ricardo Navarro Góes) - A apresentação do caso não informa o hábito intestinal do paciente e também se a pesquisa do HIV foi feita. Consideramos tais informações de valia porque se o paciente for portador do HIV e houver história de diarreias frequentes, este deveria, antes de ser tratado das lesões condilomatosas, ter todos os segmentos colorretais examinados através da colonoscopia e colhidas

FERNANDO CORDEIRO, TSBCP
JUVENAL RICARDO NAVARRO GÓES, TSBCP
MAGALY GEMIO TEIXEIRA, TSBCP
JOÃO GOMES NETINHO, TSBCP
DENIZARD RIVAIL GOMES, TSBCP

biópsias para estudo histopatológico e cultura. A identificação de patógenos como o citomegalovírus pode ser útil na orientação de terapêutica específica para o controle da diarreia. No caso de paciente com pesquisa do HIV negativa, temos também feito exames sorológicos para ajudar no diagnóstico diferencial com a lesão secundária da sífilis (condiloma plano).

Lesões pequenas podem ser tratadas com solução de podofilina a 25%, em aplicações tópicas, três vezes por semana, até o desaparecimento das mesmas. A área afetada deve ser cuidadosamente lavada após seis horas da aplicação da podofilina para diminuir a chance de queimaduras da pele normal, vizinha às lesões.

(Magaly Gemio Teixeira) - Levando em consideração os dados epidemiológicos fornecidos, investigaria outras doenças sexualmente transmissíveis, tais como a síndrome de imunodeficiência adquirida, sífilis e gonorréia. A terapêutica clínica para o tratamento das lesões condilomatosas é feita com a utilização da podofilina.

(João Gomes Netinho) - Em um paciente com condilomatose anal rotineiramente deve ser solicitado sorologia para Lues e pesquisa anti-HIV no sentido de se descartar a possibilidade de condilomas de origem sifilítica e associação com AIDS, uma vez que os portadores desta doença têm mais propensão a apresentar condilomas anais. Enquanto se aguarda o resultado dos exames, pode ser instituído o tratamento sintomático, caso haja sintomas, e orientação com cuidados higiênicos locais.

(Denizard Rivail Gomes) - Em se tratando de um homossexual estenderíamos nossa investigação, incluindo pesquisa para AIDS e sífilis. Como terapêutica clínica adotamos o uso de Podofilina 25% (ou eventualmente ácido tricloroacético) quando o número e tamanho das lesões não forem exagerados.

2. Você utiliza a terapêutica cirúrgica? Sempre ou após tentativa clínica frustra ou incompleta?

(Juvenal Ricardo Navarro Góes) - A terapêutica cirúrgica está indicada após tratamento clínico mal sucedido ou então nas lesões múltiplas e extensas. A excisão das lesões verrucosas pode ser feita com o uso do bisturi elétrico ou então apenas com ressecção "a frio" com uso de tesoura, que seria menos dolorosa no pós-operatório e de cicatrização mais fácil.

(Magaly Gemio Teixeira) - Utilizo a terapêutica cirúrgica sempre que o tratamento clínico for insatisfatório ou que as lesões, ao primeiro exame, já se mostrarem extensas.

(João Gomes Netinho) - O tratamento cirúrgico é reservado para (1) pacientes com condilomatose anal em média ou grande quantidade, (2) para os casos recidivados após o tratamento tópico com podofilina oleosa a 25% e (3) para os insucessos do tratamento tópico.

Como tratamento cirúrgico realizamos a simples cauterização dos condilomas, a excisão e eletrocoagulação ou a combinação destas técnicas.

(Denizard Rival Gomes) - De modo geral, a terapêutica cirúrgica se restringe às respostas não favoráveis do tratamento clínico ou, de início, para lesões grandes ou muito numerosas. Aqui, podemos utilizar a excisão com eletrocautério ou excisão cirúrgica com tesoura especial delicada. Nesta última modalidade injetamos no subcutâneo adrenalina diluída para estiramento da pele e separação dos condilomas e assim facilitar sua remoção.

Embora admita-se recidiva maior por este método, não há a queimadura extensa do eletrocautério obtendo-se cicatrizações menos dolorosa e mais rápida.

3. Realiza biópsias para vacinas ou pesquisa de neoplasias no material verrucoso?

(Juvencal Ricardo Navarro Góes) - A imunoterapia vem sendo utilizada no serviço desde 1975, porém ultimamente apenas com o controle da Disciplina de Imunologia. Lesões condilomatosas volumosas ou recidivadas são ressecadas segundo protocolo para a preparação das vacinas que são aplicadas IM periodicamente. Apesar de não se ter nenhuma revisão recente, estudo feito no serviço em 1976 indicava melhor controle local no grupo de pacientes tratados pela vacina.

Considera-se importante a pesquisa de neoplasia no material verrucoso, porém em circunstâncias especiais, quando o diagnóstico clínico com o carcinoma epidermóide, basocelular ou tumor de Buschke-Loewenstein se torna muito difícil.

(Magaly Gemio Teixeira) - Não utilizamos vacinas. Não tenho experiência pessoal com imunoterapia com vacina autóloga ou uso de interferon.

Solicito exame anatomopatológico sempre que o doente é submetido a tratamento cirúrgico, especialmente nas lesões extensas. Realizo fulguração com eletrocautério.

(João Gomes Netinho) - Raramente. Em casos de recidivas freqüentes colhe-se material para a preparação de vacinas autógenas. Apesar do sucesso deste método de tratamento preconizado por Abcarian, de Chicago, não é de uso corrente em nosso meio provavelmente devido a dificuldade para preparar as vacinas.

Sempre que se resseca material verrucoso, envia-se o mesmo para exame histopatológico em virtude da possibilidade, embora rara, de degeneração maligna.

(Denizard Rivail Gomes) - Não temos experiência com o uso de vacina. Sempre que possível, todo material retirado é encaminhado para estudo anatomopatológico.

4. No caso de um paciente com úlcera sifilítica, como você faria o diagnóstico diferencial com fissura anal aguda ou crônica?

(Juvencal Ricardo Navarro Góes) - Úlcera anal de etiologia sifilítica está relacionada com história de coito anal entre quatro a seis semanas precedendo seu aparecimento. Apesar de dolorosa, em sua fase inicial pode não ser este sintoma o mais importante. Geralmente trata-se de lesão lateralizada e múltipla sendo tais achados importantes para o diagnóstico diferencial com a fissura anal inespecífica. Contrariamente à esta lesão inespecífica que se cronifica e pode persistir por muito tempo se não tratada cirurgicamente, a úlcera sifilítica pode desaparecer após quatro semanas sendo seguida mais tardiamente pelas lesões secundárias.

(Magaly Gemio Teixeira) - Levo em consideração os dados epidemiológicos e as características da fissura, corroborados pelos exames laboratoriais. A fissura sifilítica primária caracteriza-se por úlcera rasa, de bordos endurecidos que surge de três a quatro semanas após o contágio, acompanhada ou não de dor. As lesões podem se apresentar como múltiplas, opostas uma à outra, com imagem em espelho. Nesta fase, a pesquisa direta do treponema colhido do material da lesão pode ser positiva.

As lesões tardias associam-se a exames laboratoriais, VDRL e o FTA-ABS positivos. O tratamento da sífilis primária e secundária leva à resolução do quadro.

(João Gomes Netinho) - O diagnóstico é, na maioria das vezes, clínico. No entanto, pode ser confirmado com a pesquisa de treponema em campo escuro no material da secreção. Geralmente uma úlcera sifilítica está localizada nos quadrantes posteriores da margem anal, é mais ou menos circular, de bordas elevadas e de base dura. Freqüentemente há adenomegalia inguinal bilateral. A dor é intensa, constante, dia e noite, sem relação com as evacuações. No entanto vários autores afirmam ser a úlcera sifilítica indolor. Apresenta ainda secreção escassa e espessa. Já a fissura anal é uma ulceração longitudinal localizada no canal anal, em 85% dos casos encontra-se na linha média posterior e em 15% na linha média anterior, apresentando nos casos crônicos plicoma sentinela e papila hipertrófica. Dor anal intensa durante e após as evacuações dominam o quadro, podendo apresentar sangramento discreto. Ao exame proctológico, além da fissura, a hipertonia esfínteriana é evidente.

(Denizard Rivail Gomes) - No diagnóstico diferencial entre fissura anal idiopática e úlcera sifilítica, anamnese cuidadosa do paciente, na maioria das vezes, traz a suspeição da doença. O exame proctológico, de vital importância, praticamente esclarece o diagnóstico, pois a lesão sifilítica, em geral, de localização diferente da fissura idiopática crônica, também não apresenta o plicoma sentinela e a papila anal hipertrófica correspondente.

As fissuras sifilíticas podem ser múltiplas, laterais e mais espiadas, chamando a atenção a presença de secreção anal de odor forte. A confirmação diagnóstica é feita pela pesquisa de treponema em campo escuro ou exames laboratoriais como o VDRL e Wassermann quantitativo para seguimento.

5. Neste caso de úlcera sifilítica, qual seria o seu tratamento? Clínico ou realizaria terapêutica cirúrgica associada?

(Juvenal Ricardo Navarro Góes)- Úlcera anal sifilítica deve ser tratada com penicilina benzatina na dose de 2,4 milhões de UI por via intramuscular. Alguns autores preferem a penicilina procaína, na dose de 600.000 UI por dia, por via intramuscular, por 10 dias, pois consideram que a penicilina benzatina pode não conseguir penetrar no líquido cérebrospinal em concentrações adequadas. Para os pacientes alérgicos à penicilina, podem ser usadas a eritromicina ou a tetraciclina, ambas na dose de 500 mg, por via oral de 6/6 horas, por 15 dias.

(Magaly Gemio Teixeira) - Tratamento clínico. Na fase inicial, utilizo a penicilina benzatina, 2,4 milhões de UI, intramuscular e na fase tardia, 2,4 milhões UI a cada duas semanas por três doses consecutivas. Doentes alérgicos podem receber tetraciclina ou eritromicina, 500 mg de 6/6 horas, por 15 dias.

O parceiro sexual deve ser examinado e tratado se necessário. O doente deverá realizar exames laboratoriais de 3/3 meses até mostrar baixos títulos.

(João Gomes Netinho) - O tratamento é clínico com uma única aplicação intramuscular de 2,4 milhões UI de peni-

lina benzatina. Nos pacientes alérgicos à penicilina pode ser prescrito tetraciclina ou eritromicina na dose de 500 mg VO, quatro vezes ao dia por 15 dias.

(Denizard Rivail Gomes) - O tratamento é clínico, utilizando-se a penicilina benzatina.

6. Algum comentário a acrescentar?

(Magaly Gemio Teixeira)- Doentes com síndrome de imunodeficiência adquirida quando apresentam condiloma acuminado devem ser submetidos a biópsia das lesões e reexaminados com maior frequência pela maior probabilidade de recidiva do quadro. Quando a doença se associa à sífilis, o tratamento proposto deve ser o mesmo que a da neurosífilis.

(João Gomes Netinho) - Nos últimos anos, com o aparecimento e crescimento rápido da AIDS, ganhou importância o capítulo das DST em Coloproctologia não só pela frequência com que aparecem em nossos consultórios mas também pela concomitância das doenças e apresentação variada das lesões na região anorretal podendo levar a uma maior dificuldade diagnóstica. Isto exige que o especialista permaneça atento mesmo nos casos aparentemente insuspeitos de homossexualidade.

Esta rodada de perguntas e respostas encerra esta sessão da **TRIBUNA LIVRE: COMO EU FAÇO**. Agradecemos novamente a inestimável colaboração dos colegas e desculpamo-nos pela urgência com que realizamos esta solicitação.

Este tema é bastante amplo e nossa intenção foi o de dar um rápido enfoque do tratamento da enfermidade em vários locais alcançados por nossa Sociedade.

Se você tem alguma opinião divergente ou gostaria de completar aquilo que foi aqui referido, escreva-nos.

Gostaríamos de ter sua participação efetiva e mais uma vez agradecer àqueles que de maneira tão rápida, gentil e extremamente concisa colaboraram para manter acesa conosco a chama desta **TRIBUNA**.

Novamente, o nosso fax: **(0192) 543839**. Participe.

Fernando Cordeiro