
MANIFESTAÇÕES PERIANAIS NOS DOENTES INFECTADOS PELO HIV. COMPARAÇÃO COM UMA POPULAÇÃO SORONEGATIVA

SIDNEY ROBERTO NADAL, TSBCP
CARMEN RUTH MANZIONE, TSBCP
VIVIANNE DE MOURA GALVÃO, FSBCP
VERA REGINA BOENDIA MACHADO SALIM, TSBCP
MANLIO BASILIO SPERANZINI

NADAL SR, MANZIONE CR, GALVÃO VM, SALIM VRBM & SPERANZINI MB - Manifestações perianais nos doentes infectados pelo HIV. Comparação com uma população soronegativa. *Rev bras Colo-Proct*, 1997; 17(1): 15-19

RESUMO: O objetivo deste trabalho é apresentar nossa casuística, mostrando a prevalência e a natureza das lesões anorretais em 1.450 doentes HIV positivos e compará-las com os achados mais comuns entre 1.080 soronegativos, atendidos ambulatorialmente, entre janeiro de 89 e dezembro de 95. Dentre os soropositivos, 89,1% eram masculinos e a faixa etária predominante foi a terceira e quarta décadas, sendo que condilomas acuminados, úlceras, hemorróidas, fístulas, fissuras, abscessos e tumores, os achados mais frequentes. Encontramos doenças perianais associadas em 16,7% dos casos. Nos doentes soronegativos observamos mesma incidência entre os sexos e a faixa etária predominante foram as quarta e quinta décadas e as hemorróidas, fístulas, plicomas e fissuras foram os diagnósticos mais comuns. A análise dos dados obtidos no presente trabalho nos permitiu concluir que os soropositivos apresentam maior incidência de condilomas, úlceras, neoplasias, fístulas e abscessos do que a população soronegativa, que tem maior frequência de hemorróidas. A incidência de fissuras foi semelhante em ambos os grupos.

UNITERMOS: doenças anorretais; síndrome da imunodeficiência adquirida; infecção pelo HIV

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) por causar diminuição da imunidade predispõe à instalação de doenças, muitas vezes consideradas raras, em todos os segmentos do corpo humano. A região anorretal não é poupada e acredita-se que 30% desses doentes apresentarão doenças perianais na evolução Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)⁽¹⁾.

Trabalho realizado no Serviço de Proctologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas, na Seção de Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo do Conjunto Hospitalar do Mandaqui São Paulo.

As doenças anorretais parecem incidir mais em homossexuais masculinos e ser menos frequentes naqueles que não praticam sexo anal receptivo⁽²⁾. Todavia a evolução das lesões é semelhante em ambos os grupos⁽³⁾. Estes doentes apresentam tanto condições comuns como hemorróidas, fístulas, fissuras, doenças venéreas que incluem gonorréia, sífilis, condiloma acuminado e clamídia^(1, 2, 4, 5), quanto achados de maior prevalência entre os soropositivos, tais como, úlceras por citomegalovírus (CMV) e herpes simples, candidíase e úlcera anal idiopática^(2, 4, 6). Associadas a estas são descritas as neoplasias, mais frequentes que na população soronegativa^(2, 6-8), principalmente o sarcoma de Kaposi, linfomas e carcinomas espinocelulares, estes últimos associados à infecção pelo papilomavírus humano (HPV)^(7, 9-11).

O conhecimento dos meios diagnósticos e terapêuticos destas lesões ganha importância pelo número crescente de casos comunicados no Brasil, 80.000 até dezembro de 1995⁽¹²⁾. Devido a isto acreditamos que todos os médicos devam familiarizar-se com o manejo destes doentes.

O objetivo deste trabalho é apresentar nossa casuística, mostrando a prevalência e a natureza das lesões anorretais nos doentes HIV positivos e compará-las com os achados mais comuns entre os soronegativos.

CASUÍSTICA

No Serviço de Proctologia do Instituto de Infectologia Emílio Ribas de São Paulo, entre janeiro de 89 e dezembro de 95, foram atendidos 1450 portadores de HIV+. Destes, 89,1% eram masculinos e a faixa etária predominante foi a terceira e quarta décadas. As queixas mais comuns foram dor, presença de secreção, tumor e sangramento anal.

A estes comparamos 1.080 indivíduos soronegativos atendidos pela mesma equipe, no Ambulatório de Colo-Proctologia do Conjunto Hospitalar do Mandaqui no período de janeiro de 91 a dezembro de 95. A frequência entre homens e mulheres foi idêntica e a faixa etária mais acometida foram as quarta e quinta décadas. As queixas mais comuns foram dor, obstipação, sangramento e secreção anal.

Após a anamnese, o exame proctológico constou de inspeção estática e dinâmica, toque retal, retoscopia e, sempre que necessário, foram praticadas biópsias e colhido material para exame bacteriológico. Nos casos de condilomas acuminados examinamos, também, as mucosas orais e os genitais.

Dentre os achados mais freqüentes nos doentes HIV+ encontramos os condilomas em 25%, as úlceras em 22%, as hemorróidas em 19% e as fístulas em 19% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição, conforme diagnóstico, de 1.450 portadores de HIV, atendidos de janeiro de 1989 a dezembro de 1995.

Diagnóstico	Nº	%
Condilomas	362	(24,96)
Úlceras	317	(21,86)
Hemorróidas	277	(19,10)
Fístulas	276	(19,03)
Fissuras	108	(7,45)
Abscessos	78	(5,38)
Neoplasias	41	(2,83)
Outros	237	(16,34)
Lesões associadas	243	(16,76)

Fonte: SAME IIER

Entre os doentes soronegativos, os diagnósticos de maior incidência foram hemorróidas (26,5%), fístulas (6,5%), obstipação (6,2%) e plicomas (6,1%) (Tabela 2). Desta ca-suística, excluímos 21 portadores de HIV+ (1,9%).

Tabela 2 - Distribuição, conforme diagnóstico, de 1.080 doentes soronegativos atendidos entre janeiro de 1991 a dezembro de 1995.

Diagnóstico	Nº	%
Hemorróidas	286	(26,48)
Fístulas	70	(6,49)
Obstipação intestinal	67	(6,20)
Plicomas	66	(6,11)
Fissuras	62	(5,74)
Neoplasias colorretais	57	(5,28)
Cistos pilonidais	45	(4,17)
Tromboses hemorroidárias	29	(2,68)
Condilomas acuminados	21	(1,96)
Abscessos perianais	18	(1,67)
Pólipos retais	11	(1,02)
Neoplasias anais	10	(0,93)
Outros	338	(31,29)

Fonte: SAME CHM

O objetivo da comparação foi o de conhecer as principais diferenças entre as doenças anorretais atendidas nos dois grupos.

Utilizamos o teste do Qui-quadrado para comparar as amostras encontradas. Consideramos o nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Comparando os achados de ambos os grupos observamos maior incidência de condilomas, neoplasias, úlceras e abscessos entre os doentes HIV positivos e maior ocorrência de hemorróidas nos soronegativos. Não houve diferença para as fissuras anais (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre os achados anorretais mais comuns de 1450 doentes HIV+, com os de 1.080 doentes HIV- 1996.

Achado	HIV+	HIV-	p
Condilomas	362	21	(0,00)*
Úlceras	317	4	(0,00)*
Hemorróidas	277	286	(0,00)*
Fístulas	276	70	(0,00)*
Fissuras	108	62	(0,106)*
Abscessos	78	18	(0,00)*
Neoplasias	41	10	(0,003)*

Fontes: SAME IIER e SAME CHM
(*) = diferença significante

Há um número significamente maior de condilomas nos doentes soropositivos em relação aos soronegativos. O aspecto morfológico das lesões não difere nos dois grupos. Tivemos recidiva em 58% dos doentes HIV+ operados em até seis meses. Diagnosticamos associação de condilomas em região genital de 5% e em mucosa oral em 1% dos doentes soropositivos com lesões verrucosas anorretais.

Quanto às úlceras, as biópsias realizadas constataram a presença de herpesvírus em 64%, de CMV em 8%, monilíase em 3%. Observamos, ainda, 5% de úlceras idiopáticas do canal anal, 3% de lesões com outras origens e o patógeno não foi isolado em 17% dos casos. Nos doentes soronegativos as causas foram sífilis primária em dois, tuberculose em um e doença de Crohn em outro.

As hemorróidas ocorreram em porcentagem estatisticamente maior nos soronegativos. Dos doentes HIV- com hemorróidas 37,8% tinham indicação de tratamento cirúrgico contra 8,7% dos soropositivos. Além disso, estavam associadas com condilomas ou fístulas em 36% dos portadores do HIV.

As fístulas, embora diagnosticadas em maior freqüência nos doentes HIV+, não mostraram diferença estatística significativa em relação à sua complexidade (Tabela 4).

Tabela 4 - Comparação entre 118 doentes HIV+ com 64 doentes HIV-, operados por fístulas perianais 1996.

Tipo de fístula	Número de doentes	
	HIV+	HIV-
Trajetos únicos	100	50
Trajetos múltiplos	10	6
Transesfincteriana	8	8
Total	118	64

Fontes: SAME IIER e SAME CHM.
Teste do Qui-quadrado = p: 0,406 (não-significante).

A incidência de abscessos perianais foi estatisticamente maior entre os doentes soropositivos. O estudo bacteriológico da secreção purulenta mostrou semelhança nos dois grupos. Os agentes isolados foram, em ordem de frequência, *Escherichia coli*, *Klebsiella sp* e *Enterococcus sp*.

A porcentagem de tumores no grupo dos doentes soropositivos foi maior. Nestes, os mais frequentes foram os sarcomas de Kaposi e os carcinomas espinocelulares (Tabela 5). Entre os doentes soronegativos diagnosticamos seis adenocarcinomas e quatro carcinomas espinocelulares, na margem e no canal anal.

Tabela 5 - Distribuição de 41 doentes HIV+ portadores neoplasmas malignos da região anorretal 1996.

Tipo histológico	Nº de doentes	%
Sarcomas de Kaposi	22	57,89
Carcinomas espinocelulares	11	28,95
Carcinomas indiferenciados	3	7,89
Linfomas	2	5,26
Carcinoma cloacogênico	1	2,63
Adenocarcinoma	1	2,63
Tumor carcinóide	1	2,63
Total	41	100

Fonte: SAME IIER

DISCUSSÃO

Acreditamos que deva existir uma classificação para doentes com HIV positivo que seja universalmente aceita para que as diversas casuísticas possam ser comparadas. Optamos pela Classificação revista do Center for Disease Control, de 1993⁽¹³⁾, na qual os doentes são divididos conforme as doenças sistêmicas que apresentam e o número de linfócitos-T CD4 (Tabela 6).

Tabela 6 - Sistema de Classificação revista de 1993 para infecção pelo HIV.

Contagem de céls.-T CD4	(A) HIV assintomático agudo ou LPG	(B) Sintomático não A ou C	(C) Condições indicadoras de AIDS
> 500/µl	A1	B1	C1
250 - 499/µl	A2	B2	C2
< 250/µl	A3	B3	C3

LPG = Linfadenopatia Persistente Generalizada.

Categoria B: as condições não estão limitadas aos exemplos abaixo.

- Púrpura trombocitopênica idiopática.
- Candidíase orofaríngea, ou vulvovaginal persistente ou refratária ao tratamento.
- Displasia moderada ou grave ou carcinoma cervical "in situ".
- Febre (38,5°C) ou diarreia por mais de 30 dias.
- Hairy leucoplasia oral
- Herpes zoster (2 episódios) ou 2 dermatomas em único episódio.
- Doença inflamatória pélvica, particularmente com abscesso tubo-ovariano.
- Neuropatia periférica.

Avaliando nossos casos clínicos, notamos que os condilomas, úlceras, hemorróidas, fístulas e abscessos são os mais frequentes entre os doentes HIV+. Achado semelhante pode ser observado na literatura^(1,4,6), exceção feita às hemorróidas, que aparecem em maior frequência na nossa casuística, embora somente 8,7% tenham indicação de tratamento operatório. Diferente dos doentes HIV negativos, nos soropositivos encontramos grande porcentagem de afecções de transmissão predominantemente sexual, como condilomas e úlceras por herpes simples e citomegalovírus. Este fato nos sugere que estes diagnósticos devem levantar suspeita de infecção pelo HIV.

Os condilomas anais são descritos como as lesões anorretais mais frequentes nos doentes HIV+⁽⁶⁾. O mesmo observamos em nossa série. Sua localização é restrita à região perianal em 6% dos casos, enquanto que as lesões perianais associadas com as do canal anal ocorrem em 84% das vezes e nos 10% restantes são exclusivamente intra-anais, o que enfatiza a necessidade da anosscopia⁽¹⁴⁾. O exame da mucosa oral e da região genital de todos os doentes portadores de condilomas anorretais revelou a presença de lesões verrucosas na boca em 1% e nos genitais em 5%. Não encontramos citação a este respeito na literatura consultada. São descritas taxas de recidiva entre 10 e 75%, embora seja difícil diferenciar as recidivas verdadeiras dos casos de reinfecção⁽¹⁴⁾. Nosso índice de reincidência alcançou 58% até o sexto mês após a operação.

Acreditamos que as úlceras sejam as lesões perianais mais características dos portadores do HIV. Notamos que esta condição clínica é a que apresenta maior diferença percentual ao compararmos os dois grupos de doentes o que reafirma a observação de que é a afecção perianal não-condilomatosa mais comum^(4,6,15). Vários relatos afirmaram que o vírus do *Herpes simplex* (HSV) é responsável pela grande maioria dos casos^(4,16-18), o que também observamos em nossos casos. O CMV é outro agente associado às úlceras anais^(14,17,19). Todavia, há os que afirmem não haver provas de que esse vírus seja a causa primária da lesão^(2,20). Estamos mais propensos a concordar com esta idéia, uma vez que a presença do CMV, entre nossos casos, somente foi identificada em locais isolados das úlceras. Outras causas que observamos em menor frequência foram tuberculose, monilíase, sífilis, cancróide, doença de Bowen, carcinoma espinocelular e sarcoma de Kaposi. Em 17% dos casos o agente não pode ser identificado pelos métodos utilizados, o que segundo a literatura ocorre entre 12 e 42%^(4,18,19). Alguns doentes desenvolveram uma úlcera profunda no canal anal, que vem sendo chamada de úlcera idiopática^(5,21,22). É extremamente dolorosa e associada com saída de secreção purulenta pelo ânus. Operamos 16 destes casos e notamos um abscesso laminar descolando os planos interesfincterianos⁽²³⁾. Acreditamos, como Denis et al.⁽⁴⁾, que a origem seja criptogênica, semelhante a dos abscessos anorretais.

Na população soropositiva, as hemorróidas apareceram em grande número, entretanto são poucas as lesões com indicação de tratamento cirúrgico. Sua ocorrência nos artigos revistos foi pequena^(1-4,6,24). Wolkomir et al.⁽³⁾, analisando

doentes HIV+, relataram maior frequência de hemorróidas em heterossexuais do que entre os homossexuais ou bissexuais.

Avaliando nossos casos notamos que as fístulas incidiram mais frequentemente nos soropositivos, à semelhança do que é relatado na literatura⁽¹⁴⁾, o que talvez se deva ao fato de serem mais comuns entre os indivíduos que pratiquem sexo anal passivo^(2, 4, 24). Embora se afirme que as fístulas sejam mais complexas nos doentes HIV+⁽¹⁴⁾, em nossa experiência isto não ocorreu, confirmando outros relatos^(4, 6, 24). Do mesmo modo que outros autores^(1, 4, 12, 24), também observamos maior número de abscessos anorretais, do que na população soronegativa. Apesar das citações de que os abscessos possam ser a primeira manifestação de linfomas da região^(4, 6, 14), essa associação não ocorreu nos nossos casos.

As fissuras anais foram as únicas lesões com incidência semelhante em soropositivos e soronegativos, o que não foi mencionado na literatura consultada^(2, 4, 6, 14-24). Entretanto, há referências de que sejam comuns entre homossexuais masculinos como resultado de traumatismo anal causado pela prática do sexo anal^(2, 15), embora Carr et al.⁽²⁴⁾, analisando doentes HIV+, não observassem frequência estatisticamente diferente entre homossexuais e heterossexuais masculinos.

Tal como em nossos casos, diversos autores referem que o sarcoma de Kaposi é um dos tumores anorretais mais comum nos doentes HIV+^(2, 4, 14, 25). Tem incidência muito maior em homossexuais e bissexuais do que nos heterossexuais masculinos^(3, 14), sendo 20.000 vezes mais freqüente que na população geral⁽¹⁴⁾. Não encontramos portadores deste tumor entre os soronegativos avaliados. O carcinoma espinocelular foi o mais diagnosticado na casuística de outros autores⁽⁷⁾. A associação de infecção pelo papilomavírus humano (HPV) e o carcinoma espinocelular "in situ" parece ser freqüente^(5, 7, 9-11, 14, 17), sendo que o HIV seria o co-fator que o HPV precisaria para induzir à displasia^(6, 14). Todavia não há, até o momento, trabalhos que provem a evolução para carcinoma invasivo^(7, 10). O mesmo notamos em nossa população de portadores do HIV com condilomas anais, na qual o exame anatomopatológico revelou 16,4% de carcinomas "in situ". Os linfomas não-Hodgkin são outros tumores considerados freqüentes na região anorretal^(2, 4-6). Só diagnosticamos dois destes neoplasmas, ambos retais, em nossos casos. Além destes, também encontramos carcinomas indiferenciados, carcinoma cloacogênico, adenocarcinoma e tumor carcinóide na região anorretal, porém não encontramos relatos de casos semelhantes na literatura revista. Em nossos pacientes soronegativos para o HIV diagnosticamos somente adenocarcinomas e carcinomas espinocelulares.

CONCLUSÕES

Os dados obtidos no presente trabalho, obtidos comparando os achados anorretais de doentes HIV positivo com aqueles de HIV negativo, nos permitem concluir que os soropositivos apresentam maior incidência de condilomas,

úlceras, neoplasias, fístulas e abscessos do que a população soronegativa, que tem maior frequência de hemorróidas. A incidência de fissuras foi semelhante em ambos os grupos.

NADAL SR, MANZIONE CR, GALVÃO VM, SALIM VRBM & SPERANZINI MB - Perianal disease in HIV-positive patients. Comparison with a soronegative population.

SUMMARY: The authors attended, from January, 1989 to December, 1995, 1450 HIV-positive and 1080 soronegative patients with anorectal diseases. Among the soropositives, 89.1% were males and the mean age was the third and fourth decades. The most frequent diagnosis were warts, ulcers, haemorrhoidal disease, fistulas, fissures-in-ano, abscesses and tumours. We have found an association with anorectal diseases in 16.76%. There was no difference between the incidence of males and females in the HIV-negative group and the mean age was the fourth and fifth decades. The most common anorectal diseases in these patients were haemorrhoidal disease, fistulas, tags and fissure-in-ano. The comparison between the groups has showed that warts, ulcers, fistulas, abscesses and tumours were significantly more frequent in the HIV-positive patients, the haemorrhoidal disease was more common in the HIV-negative group and fissure-in-ano has had the same incidence in both.

KEY WORDS: anorectal disease; acquired immunodeficiency syndrome; HIV infection

REFERÊNCIAS

1. Wexner SD, Smithy WB, Milson JW, Dailey TH. The surgical management of anorectal diseases in AIDS and pre-AIDS patients. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 719-723.
2. Safavi A, Gottesman L, Dailey TH. Anorectal surgery in the HIV+ patient: update. *Dis Colon Rectum* 1991; 34: 299-304.
3. Wolkomir AF, Barone JE, Hardy HW, Cottone J. Abdominal and anorectal surgery and the acquired immune deficiency syndrome in heterosexual intravenous drug users. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 267-270.
4. Denis BJ, May T, Bigard MA, Canton P. Lésions anales et péri-anales au cours des infections symptomatiques par le VIH. Étude prospective d'une série de 190 patients. *Gastroenterol Clin Biol* 1992; 16: 148-154.
5. Hyder JW, MacKeigan JM. Anorectal and colonic disease and the immunocompromised host. *Dis Colon Rectum* 1988; 31: 971-976.
6. Miles AJG, Connolly GM, Barton SE, Allen-Mersh TG, Hawkins DA, Gazzard BG, Wastell C. Persistent ulceration of the anal margin in homosexuals with HIV infection. *J R Soc Med* 1991; 84: 87-88.
7. Melbye M, Sprogel P. Aetiological parallel between anal cancer and cervical cancer. *Lanceta* 1991; 338: 657-659.
8. Chada M, Rosenblatt EA, Malamud S, Pisch J, Berson A. Squamous-cell carcinoma of the anus in HIV-positive patients. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 861-865.
9. Palefsky JM, Holy EA, Gonzalez J, Lamborn K, Hollander H. Natural history of anal cytologic abnormalities and papillomavirus infection among homosexual men with group IV HIV disease. *J AIDS* 1992; 5: 1258-1265.

10. Morgan AR, Miles AJ, Wastell C. Anal warts and squamous carcinoma-in-situ of the anal canal. *J R Soc Med* 1994; 87: 15.
11. Ramanujam PS, Venkatesh KS, Barnett TC, Fietz MJ. Study of human papillomavirus infection in patients with anal squamous carcinoma. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 37-39.
12. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico, ano IX, nº 01, dez 1995 a fev. 1996.
13. Center for Disease Control. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR* 1992; 41: 1-12.
14. Modesto VL, Gottesman L. Doenças sexualmente transmissíveis e manifestações anais da AIDS. *Clin Cir Am Norte* 1994; 74: 1501-1534.
15. Viamonte M, Dailey TH, Gottesman L. Ulcerative disease of the anorectum in the HIV+ patient. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 801-805.
16. Dailey TH. Anorectal Disease in AIDS. In, Wexner SD & Vernava AM - *Clinical Decision Making in Colorectal Surgery*. New York, Igaku-Shoin, 1995.
17. Miles AJG, Conolly GM, Barton SE, Allen-Mersh TG, Hawkins DA, Gazzard BG, Wastell C: Persistent ulceration of the anal margin in homosexuals with HIV infection. *J R Soc Med* 1991; 84: 87-88.
18. McMillan A, Smith IW. Painful anal ulceration in homosexual men. *Br J Surg* 1984; 71: 251-216.
19. Puy-Montbrun T, Ganansia R, Lemarchand N, Delechenault P, Denis J. Anal ulcerations due to cytomegalovirus in patients with AIDS. Report of six cases. *Dis Colon Rectum* 1990; 33: 1041-1043.
20. Gottesman L. Anorectal Sexually Transmitted Diseases and Anorectal Disease in AIDS. In, Mazier WP, Levien DH, Luchetfeld MA, Senagore AJ, *Surgery of the colon, rectum and anus*. Philadelphia, Saunders, 1995.
21. Wilcox CM, Schwartz DA. Idiopathic anorectal ulceration in patient with human immunodeficiency virus infection. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 599-604.
22. Schmitt SL, Wexner SD, Noguera JJ, Jagelman DG. Is aggressive management of perianal ulcers in homosexual HIV-seropositive men justified? *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 240-246.
23. Nadal SR, Manzione CR, Galvão VM, Salim VRBM. Úlcera idiopática no canal anal em pacientes HIV positivo: proposta de tratamento. *Rev Col bras Cir* 1996; 23: 187-190.
24. Carr ND, Mercey D, Slack WW. Non-condylomatous perianal disease in homosexual men. *Br J Surg* 1989; 76: 1064-1066.
25. Martin III RW, Hood AF, Farmer ER. Kaposi Sarcoma. *Medicine* 1993; 72: 245-259.

Endereço para correspondência:

Sidney Roberto Nadal
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381 - Ap. 23
05415-030 - São Paulo - SP