

15 de Abril de 2008.
Professor Joubert.

Condiloma anal ou condiloma acuminado

São lesões verrucosas da região anal e peri-anal (e também genital) causadas pelo vírus HPV (papilomavírus humano).
Podem atingir tamanhos bem grandes.

Generalidades

O HPV é um vírus de transmissão sexual (há casos que não há comprovada o relacionamento sexual) que tem elevada prevalência em ambos os sexos.

Causa verrugas e câncer anogenital.

É mais comum entre indivíduos jovens e sexualmente ativos.

É tão prevalente que 75-80% da população será infectada durante sua vida.

Estima-se que atualmente mais de 20 milhões de americanos estão infectados, e mais que 5 milhões de infecções ocorrem a cada ano.

Patologia

Foi relatado que o HPV é necessário para o desenvolvimento do câncer cervical (de colon uterino). Os passos principais para a carcinogênese cervical incluem o epitélio de transição cervical, a presença de um ou mais dos 12 a 18 tipos oncogênicos, a persistência da infecção viral e a progressão clonal do epitélio com infecção persistente para pré-câncer e invasão.

A importância dessa zona de transição cervical foi estendida para outras áreas similares localizadas no canal anal e tonsilas.

Estima-se que o tempo de infecção até o surgimento da NIC 3, oscile entre 1 e 10 anos.

Mais que 100 genótipos já foram catalogados, sendo que 40 deles podem infectadas a região anogenital.

Outros tipos como os 6,11,42,43 e 44 e outros mais raros são tidos como de baixo risco ou não-oncogênicos, e usualmente, provocam condilomas anogenitais.

A maioria das doenças é causada por 4 tipos: o HPV 6 e o 11 são responsáveis pelas lesões de baixo grau e 90% das verrugas ano-genitais.

Os tipos 16 e 18 provocam 70% das NIC de alto grau e o ca cervical invasivo.

Prevenção

2 formas:

> com rastreamento das lesões precursoras.

> com imunização (vacinação) contra o HPV para evitá-las.

Programas de rastreamento com citodiagnóstico (os países desenvolvidos reduziram em 75% a incidência do ca cervical nos últimos 50 anos).

Prevenção

Rastreamento: custo elevado.

Vacinação: mais eficaz por ser de maior praticidade e menor custo.

Vacinação

> Na década passada iniciaram-se os testes clínicos com várias vacinas.

> Foram classificadas como profiláticas ou terapêuticas.

Profiláticas evitam a infecção pelo HPV e as doenças a ela associadas.

Terapêuticas induzem a regressão das lesões pré-cancerosas e remissão do ca invasivo.

Tratamento

a) Lesões pequenas

Cauterização química (ácido tricloroacético à 70-90%, podofilina à 25% em solução alcoólica ou oleosa). Funcionam bem, sobretudo na fase inicial.

b) Lesões maiores

Eletrofulguração: uso de laser.

Ressecção simples: ressecção até o pedículo, seguida de coagulação. Pode ser combinada com cauterização química.

Complicações

- Recidivas: freqüentes.
- Malignização
 - Tumor de Burscke-Lowenstain: condiloma gigante.
 - Carcinoma epidermóide.

As lesões costumam ocorrer em indivíduos em imunossuprimidos.

O condiloma plano é o chamado condiloma sífilítico. Às vezes o paciente pode ter condiloma acuminado e condiloma plano (ou luético ou sífilítico; a lesão é mais alargada). Como DX vulgar devemos considerar a verruga comum.

Doença pilonidal sacrococcígea (cisto pilonidal sacrococcígeo)**Conceito**

A doença pilonidal sacrococcígea caracteriza-se por um trajeto fistuloso subcutâneo crônico no sulco interglúteo, que drena espontaneamente por orifícios fistulosos, e geralmente contém pêlos. Às vezes o primeira manifestação é o abscesso.

Etiopatogenia

Duas teorias tentam explicar a origem:

a) Teoria congênita (três conceitos básicos)

Persistência de vestígios do canal medular;
Inclusão dermóide.

Resulta de glândulas sexuais vestigiais.

b) Teoria adquirida (Patey & Scarff)

Tem sido cada vez mais aceita.

Reação de corpo estranho aos pêlos incorporados à pele.

Inflamação de folículos pilosos (Bascom): não é bem explicada porque às vezes não há pêlo, ocorre em mulheres cuja região tem pouco pelo.

Pessoas que habitualmente passam muito tempo sentados apresentam incidência ligeiramente maior. Ex: motoqueiros e motoristas.

Idosos não apresentam cisto pilonidal.

Incidência

Pico de incidência entre os 16 e 20 anos.

Raramente encontrada acima de 40 anos.

Mais comuns no sexo masculino (3:1).

Mais comum em indivíduos hirsustos.

Quadro clínico

20% apresentam-se com abscesso: pacientes procuram o OS.

Dor moderada a intensa + abaulamento da região sacro-coccígea.

Às vezes a drenagem é espontânea.

Formação do sinus com trajetos fistulosos .

DX

História clínica.

Exame proctológico.

DD

Abscesso e fístulas ano-retais.

TTM

Sempre cirúrgico.

Várias técnicas:

Drenagem simples (exceção): na fase aguda, especialmente nos cistos grandes. .

Drenagem, incisão e curetagem.

Marsupialização: aproximar a pele da cápsula e cicatrização por segunda intenção.

Exérese completa (aberta ou fechada): nos cistos pequenos e não infectados. São deixados abertos (se estiverem infectados) ou fechados.

Zetaplastia: técnica da cirurgia plástica, especialmente para cirurgias extensas.

Rotação de retalho: não pode ser feito em casos de infecção.

Complicações

Recidiva (principal): ocorre em 20% dos casos.

- Geralmente pela penetração de pêlos.
- Cicatrização viciosa.

Pós-operatório

Curativos diários: tanto quando se deixa aberto ou fechado.

Limpeza rigorosa.

Tricotomia ampla e freqüente (definitiva?). A depilação com laser diminui bastante a incidência.

Pomadas cicatrizantes (Fibrase, colagenase).

Evitar penetração de pêlos: muito importante.

NÃO SE FECHAM FERIDAS INFECTADAS.