

## CONDILOMA DA MARGEM DO ÂNUS

Aguinaldo Xavier<sup>1</sup>

A palavra condiloma deriva do grego *Kondylus* (saliência articular) e *oma* (tumor) e ao passar para o latim ficou *Condiloma*.

É lesão peculiar ao aparelho genital feminino e masculino e aparece, comumente, na vulva, vagina, colo do útero, pênis e nas margens do ânus. Há três formas distintas: — o condiloma plano, observado, com freqüência, no colo uterino (*Meisels* e cols.<sup>11, 12</sup>), o condiloma acuminado, desenvolvido na vulva, períneo e em torno do ânus e, finalmente, o condiloma gigante, assim denominado pelo considerável volume que adquire, às vezes, e por outras propriedades que serão descritas adiante, em parágrafo à parte.

O tumor é, em geral, múltiplo, de aspecto verrucoso ou papilomatoso e ocupa larga superfície cutânea ou mucosa, conforme a localização. Por causa da aparência papilar é, também, chamado erroneamente papiloma, neoplasia esta diferente clínica e histologicamente.

Clinicamente, é considerado lesão benigna, apresenta consistência amolecida e coloração que varia do cinza ao marrom.

No que se refere à etiologia, não há dúvida quanto à origem venérea, transmissível por vírus, em particular do tipo herpesvírus II, encontrado na lesão (*Oriel e Almeida*<sup>14</sup>, *Dunn e Ogilve*<sup>3</sup> etc.) e também no espermatozóide (*Dawson* e cols., 1965). Este tipo de vírus parece relacionado com o do grupo Papova, responsável pela verruga vulvar e por alguns papilomas da laringe, lesões essas, no entanto, com características clínicas distintas (*Meisels*).

Não há cifras exatas indicando a verdadeira incidência do condiloma pelo fato de ser, no

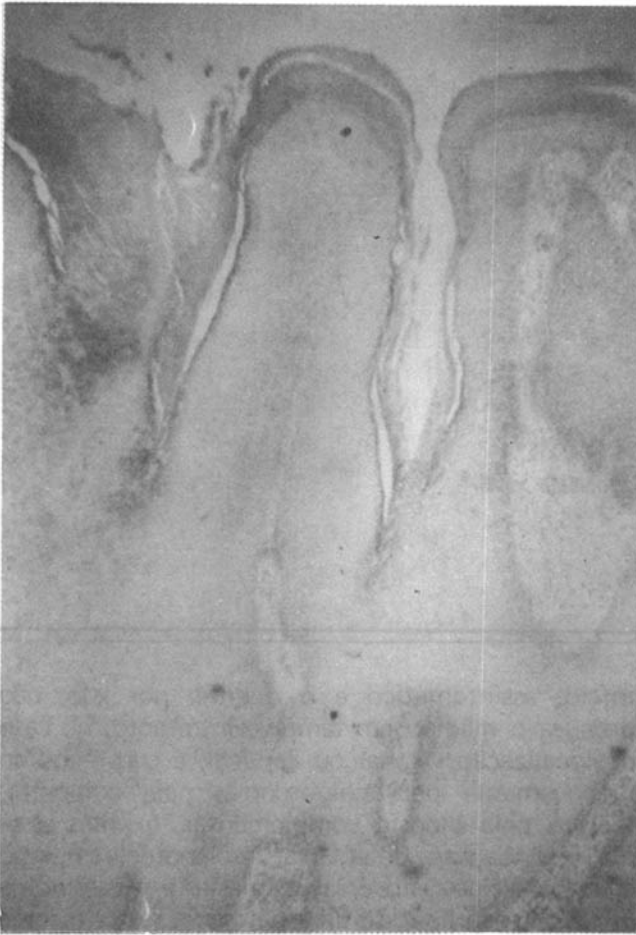
início, assintomático e o doente, por isso, não procura o médico em tempo. Entretanto, no caso de localização vaginal ou cervical, é surpreendido precocemente pela colposcopia, pela colpocitologia e pela biopsia complementar, exames esses obrigatórios para detectar as lesões precursoras do câncer uterino, isto é, as displasias e o carcinoma *in situ*. Procurando-se uma patologia encontra-se a outra ou as duas ao mesmo tempo, como mostram *Reids* e cols.<sup>16</sup> em metuculoso estudo sobre a associação entre infecção viral condilomatosa incipiente e carcinoma do colo do útero, aumentando, assim, a freqüência dessas lesões.

### Histologia

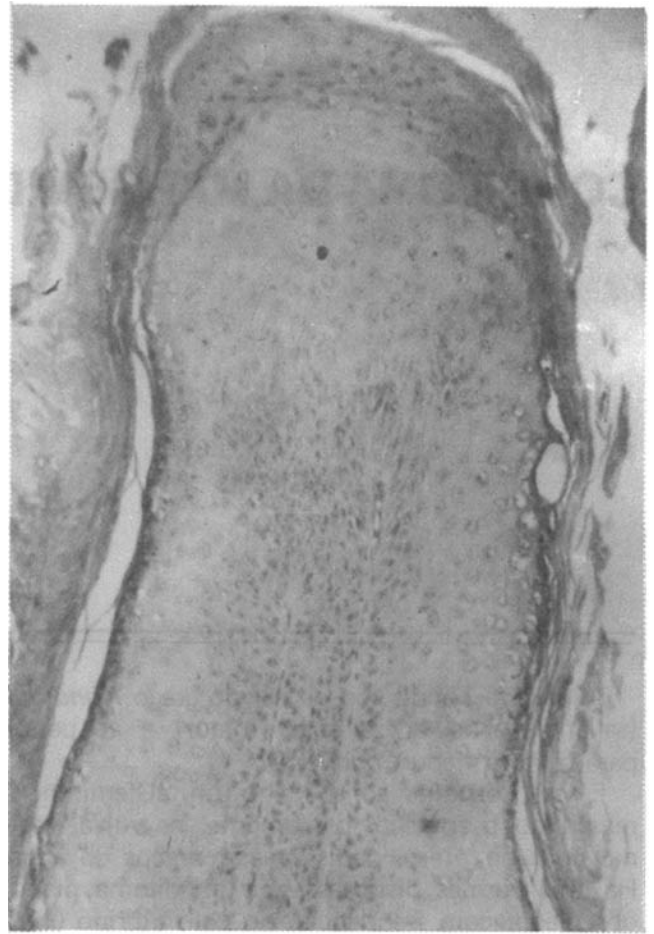
O quadro microscópico do condiloma é o de lesão epidérmica constituída por espessamento da camada de Malpighi (acantose, papilomatose e paraqueratose). Os cones interpapilares são longos, alargados e muitas vezes ramificados (**Figs. 1 e 2**).

O epitélio, em geral, tem maturação adequada e as células mostram grande vacuolização perinuclear, particularmente nas camadas mais superficiais (coilocitose). Ativação nuclear e binucleação são freqüentes nas áreas de coilocitose (**Figs. 3 e 4**).

1 Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Fellow of the American College of Surgeons.



**Fig. 1** — Acanthose, papilomatose, paraqueratose e hiperqueratose (pequeno aumento).



**Fig. 2** — As lesões da Fig. 1 vistas com maior aumento.

### Carcinoma gigante

Histologicamente, não há diferença fundamental entre o condiloma em si e o de forma gigante, salvo acentuação dos elementos celulares distintivos da forma acuminata (acantose e papilomatose) e espessamento dos cones interpapilares próprios da lesão. Todavia, a tendência à degeneração maligna, descrita em primeira mão por *Burchke* e *Löwenstein*<sup>2</sup> e *Koblich* e *Failing*<sup>9</sup>, para as localizações peniana e retal respectivamente, imprime autenticidade ao tumor, donde a designação particular, hoje, aceita, de tumor de *Burchke-Löwenstein*.

A facilidade de infecção e de ulceração, assim como o poder de penetração e destruição, constituem características clínicas que servem para o diagnóstico diferencial entre o tumor gigante e o condiloma acuminado comum. Na localização peniana ou retal, a extensão tumoral vai, às vezes, além do limite da conservação do órgão, e obriga a amputá-lo largamente, como fizeram os dois

autores citados, com resultado precário. O prognóstico do tumor, nesses casos, não é bom, a menos que um maior número de casos venha comprovar o contrário, fato que não se verificou até agora, dada a raridade da lesão.

### DIAGNÓSTICO

O condiloma da margem do ânus, completamente desenvolvido, não causa dificuldade no que diz respeito ao diagnóstico. A preferência pela localização orienta quanto à sua natureza e a anamnese, bem conduzida, confirma a dependência sexual. Qualquer confusão que possa surgir com outra formação poliposa de causa diferente poderá ser esclarecida pela história do doente e pelo exame histopatológico, que dirá a última palavra. Já, no início, na fase subclínica do processo viral, a dúvida com outras lesões proctológicas, tais como prurido anal, hipertrofia das pregas anais (mariscos), sífilis e até placas de

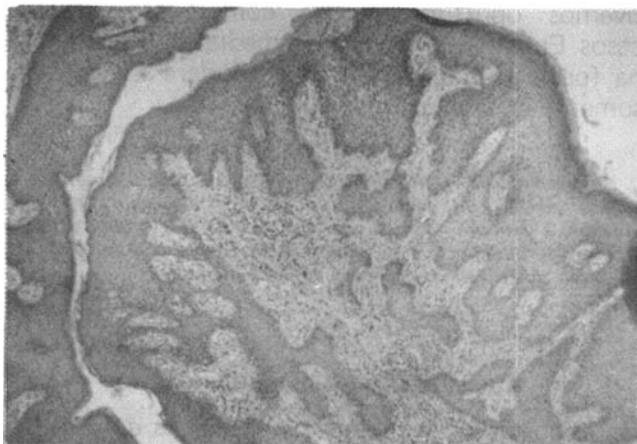


Fig. 3 — Alongamento, alargamento e ramificações dos cones interpapilares.

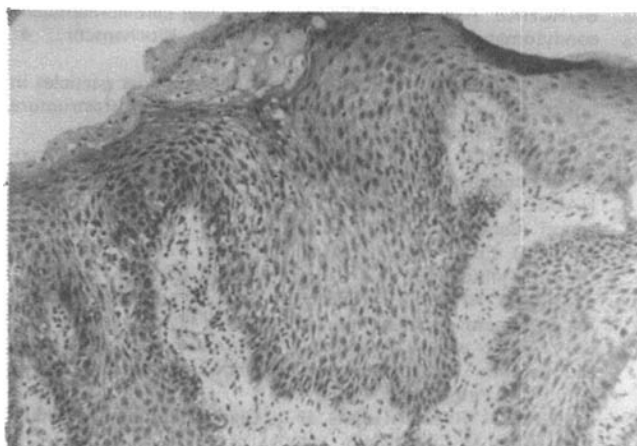


Fig. 4 — Maior aumento da figura anterior, vendo-se a vacuolização perinuclear.

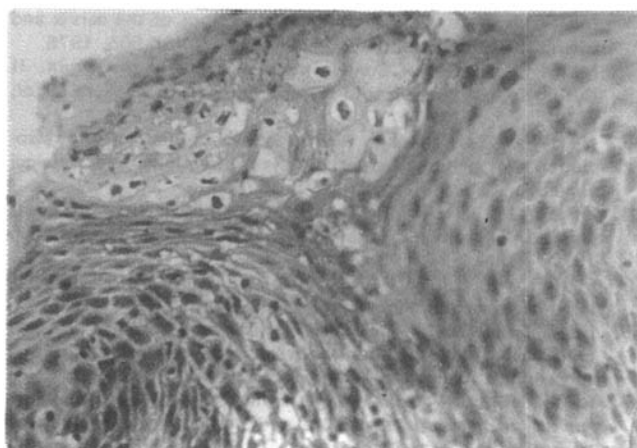


Fig. 5 — Detalhe da vacuolização perinuclear (coilocitose).

herpes simplex, será elucidada com exames mais apurados (esfregaço, no caso de sífilis ou tuberculose).

O diagnóstico etiológico é feito pela microscopia eletrônica e pelo teste peroxidase-antiperoxidase (Jeson e cols., 1982)..

### Formas clínicas

O condiloma não é lesão clinicamente uniforme. Apresenta etapas de desenvolvimento que caracterizam formas clínicas distintas. Inicialmente, prevalece a forma plana, não papilífera, assintomática e irreconhecível a olho nu, porém, detectável por exames especiais, como os utilizados para detectar as lesões precursoras do câncer genital. É a fase subclínica descrita por Reids e cols.<sup>16</sup> e que gerou o novo conceito de que a afecção viral, transmitida pelo coito, permanece indefinida por tempo indeterminado, até que surjam, ocasionalmente, os sintomas característicos da forma verrucosa ou papilomatosa.

A sintomatologia do tumor completamente formado varia de acordo com a localização e com a área recoberta pelas vegetações condilomatosas. O desconforto então provocado no paciente é tanto maior quanto seja o volume da formação tumoral no aparelho genital ou na margem do ânus. Como se trata de regiões preferenciais mais quentes e poluídas, a lesão provoca, de início, ligeiro aumento da umidade local, transformando-se depois em verdadeira excreção que incomoda e define a exata origem cutânea ou mucosa.

Não se conhece estudo clínico fidedigno que possa comprovar alteração apreciável do estado geral dos pacientes com condiloma, notadamente o de localização circum-anal. A capacidade de tolerância ao tumor é variável, podendo se desenvolver por longo tempo, sem perturbar a vida do paciente, como no caso da Fig. 6, ou incomodar bastante, a ponto de exigir consulta médica logo de início.

A possibilidade de transformação maligna do condiloma comum da margem do ânus ou a sua

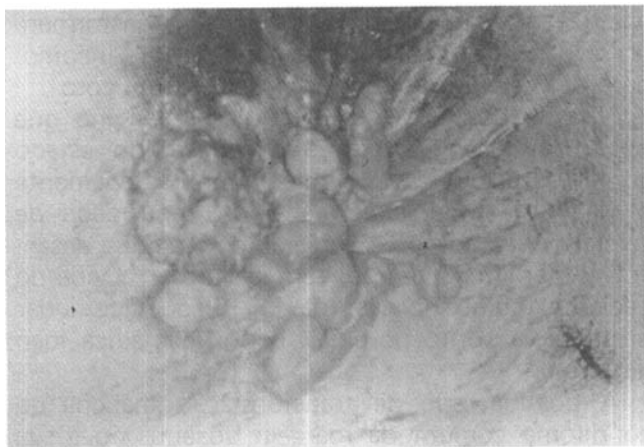


Fig. 6 — (Reg. 4691). Condiloma acuminado da margem do ânus. Continuação do processo neoplásico após tratamento incompleto feito por outro cirurgião.

coexistência com o carcinoma escamoso é questão demonstrada por vários pesquisadores (*Fitzgerald*<sup>4</sup>, *Friedberg*, 1963, *Bogomoletz*<sup>1</sup> etc.). Resta, entretanto, comprovar como se efetua a passagem de um estado patológico a outro e a frequência com que ocorre o fenômeno.

## TRATAMENTO

Como não se conhece medicamento eficaz para combater o agente causador do condiloma, o tratamento preferencial é a ressecção cirúrgica ou a diatermocoagulação da lesão. Todavia, esse tipo de terapia deve obedecer a determinada amplitude para evitar a reincidência do processo neoplásico. À semelhança do que ocorre com alguns pólipos blastomatosos, notadamente o pólipo viloso, cujo epitélio da vizinhança apresenta elevado grau de displasia que facilita a recidiva da lesão, o mesmo poderá suceder com o condiloma se a extirpação cirúrgica ou a destruição diatérmica forem restritas. A **Fig. 6** mostra um caso assim.



**Fig. 7** — Outro aspecto macroscópico da lesão condilomatosa (Reg. 5439).

O tratamento médico com a podofilina, em aplicação direta na lesão, tem sido recomendado pelos dermatologistas porque, além de destruir a lesão alcançaria, também, a área de tegumentos circunvizinha comprometida. Por isso, a ação do medicamento seria maléfica aos tecidos indenes da vizinhança se aplicado de modo incorreto. As conseqüências da aplicação tópica da substância medicamentosa em pó se ocorrem serão mais acentuadas na mucosa do que na pele, conforme

tivemos oportunidade de comprovar em dois casos. Entretanto, quando o medicamento é usado na forma líquida, o seu efeito poderá se restringir somente à área ocupada pela lesão.

**Agradecimentos** — A minha gratidão à *Dr.<sup>a</sup> Anadil Roselli* pelo valioso auxílio no estudo histológico deste artigo. Agradeço também à *senhora Maria Lucia Lucas Amaral e senhorita Mara Guimarães, bibliotecária da Maternidade Escola* pela gentileza na obtenção dos trabalhos que constam da bibliografia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOGOMOLETZ WV, POLET F & MILAS G — Condylomata acuminata, giant condyloma acuminatum (Burchke-Löwenstein tumor) and verrucous squamous carcinoma of the perianal and anorectal region: a continuous precancerous spectrum? *Histopathology*, 9: 1155, 1985.
2. BURCHKE A & LÖWENSTEIN L — Über carcinomähnliche condylomata acuminata des Penis. *Klin. Wochenschr*, 4: 1726, 1925.
3. DUNN AE & OGILVE MM — Intranuclear virus particles in human genital warts tissue. Observations on the ultrastructure of the epidermal layer. *J Ultrastr Res*, 22: 282, 1968.
4. FITZGERALD DM & HAMIT H — The variable significances of condyloma acuminata. *An Sur*, 170: 31, 1974.
5. HAUSEN H — Condyloma acuminata and human genital cancer. *Cancer Res*, 36: 794, 1976.
6. HELWIG EB — Neoplasms of the anus. *Path Colon, Small Int and Annus*. Churchill Livingstone, Ed. London, 1983.
7. JAGELLA HP & STEGNER HE — Zur Dignität der condyloma acuminata. *Arch Gynäk*, 216: 119, 1974.
8. KOVI J et al. — Malignant transformation of condyloma acuminatum. A light microscopy and ultrastructural study. *Am J Clin Path*, 61: 702, 1974.
9. KNOBLICH R & FAILING JF — Giant condyloma acuminatum (Burchke-Löwenstein tumor) of the rectum. *M J Clin Pathol*, 46: 389, 1967.
10. LARRE V, MARCHANT C & PATERNAK R — Diagnóstico diferencial del condiloma acuminato del cuello uterino. Informe preliminar. *Rev Chil Obst Y Gyn*, 13(1): 69, 1978.
11. MEISELS A et al. — Condylomatous lesions of the cervix and vagina. I Cytologic patterns. *Acta Cytol*, 20(6): 505, 1976.
12. MEISELS A et al. — Condylomatous lesions of the cervix. II Cytologic, colposcopic and histopathologic study. *Acta Cytol*, 50(2): 377, 1982.
13. NAHMIAS AJ et alii — Prospective studies of the association of genital herpes simplex infections and cervical anaplasia. *Cancer Res*, 33: 1491, 1973.
14. ORIEL JD & ALMEIDA JD — Demonstration of virus particles in human genital warts. *Brit J Vener Dis*, 46: 37, 1970.
15. PUROLA E & SAVIA E — Cytology of gynecologic condyloma acuminatum. *Acta Cytol*, 2(1): 26, 1977.
16. REID R et alii — Genital warts and cervical cancer. Evidence of an association between subclinical papillomavirus and cervical malignance. *Cancer*, 50(2): 377, 1982.
17. ROTKIN LD — Comparative review of key epidemiologic studies in cervical cancer related to current searches for transmissible agents. *Cancer Res*, 33: 1353, 1973.
18. SCHULTZ EW — The present status of viruses and virus diseases. *JAMA*, 136: 1975, 1948.