

USO DO COLPOSCÓPIO PARA AVALIAR A REGIÃO PERIANAL E O CANAL ANAL – PADRONIZAÇÃO TÉCNICA DA NOMENCLATURA E INDICAÇÕES

SIDNEY ROBERTO NADAL - TSBCP
CARMEN RUTH MANZIONE - TSBCP

NADAL SR, MANZIONE CR. Uso do Colposcópico Para Avaliar a Região Perianal e o Canal Anal – Padronização Técnica da Nomenclatura e Indicações. *Rev bras Coloproct* 2004; 24(4): 379-381.

O condiloma acuminado é a doença anal mais comum em portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV).¹⁻⁴ Sua incidência varia entre 15,7% e 62% nas diferentes séries publicadas,^{1,2,4,5} acometendo principalmente os homossexuais masculinos.²⁻⁶

A infecção pelo Papilomavirus humano (HPV) somou 23,4% das doenças sexualmente transmissíveis (DST) comunicadas ao Ministério de Saúde, sendo atualmente a mais comum em nosso país.⁷ Durante os últimos anos, a faixa etária mais acometida atinge a adolescência e o segmento anorretal tem sido utilizado cada vez mais para proporcionar prazer erótico. Como consequência, temos notado aumento da incidência das DST nessa região.⁸ Por esse motivo, devemos orientar o uso constante e correto do preservativo para prevenção dessas afecções.⁹

O diagnóstico do HPV se faz pela identificação do DNA viral nos tecidos. Entretanto, a forma clínica é sugerida pelos aspectos característicos ao exame físico e pelos achados histológicos. Já as lesões subclínicas somente são detectadas após a aplicação de ácido acético, associada ou não ao azul de toluidina, com auxílio de lentes de aumento.^{10,11}

Temos empregado o colposcópico convencional. Inicialmente, avaliamos o períneo e a pele perianal, depois aplicamos gaze embebida em ácido acético a 5%, durante dois ou três minutos, e procuramos por áreas acetobranças. Para diferenciar das alterações cicatriciais, pincelamos com azul de toluidina a 1%, que cora os pontos suspeitos. A seguir, introduzimos o anuscópio descartável e colocamos gaze umedecida

com ácido acético a 2% no canal anal. Após três minutos, recolocamos o anuscópio, retiramos a gaze e examinamos o canal anal, utilizando o corante azul, quando necessário. Cauterizamos, sob anestesia local, as lesões encontradas. Não solicitamos exame histológico para os doentes em seguimento, pois acreditamos que o achado não modificará a conduta. Nas lesões extensas, optamos pelo tratamento com produtos tópicos. Em nossa experiência, notamos a presença de doença subclínica em um quarto dos doentes livres de lesões clínicas. Indicamos o exame após a cicatrização das verrugas perianais e na ausência de lesões clínicas. Repetimos o exame a cada seis meses até que três resultados consecutivos sejam negativos. Acreditamos que, com esse esquema, estaremos retardando o aparecimento de doença clínica. Orientamos que os doentes com verrugas genitais, e sem condilomas anais, sejam submetidos ao exame da região perianal para detecção e tratamento de lesões subclínicas. Nesses casos, a biópsia está indicada para diagnóstico de certeza. Sua aplicação para rastreamento de lesões pré-neoplásicas deveria ser restrita aos grupos de risco, entre eles os portadores de imunodepressão, devido ao custo-benefício.^{12,13}

Além das situações citadas, o método também pode ser utilizado no diagnóstico diferencial do prurido anal, casos em que a doença subclínica provocada pelo HPV pode ser detectada.¹⁴

Devido ao procedimento ter sido introduzido recentemente no arsenal diagnóstico para especialidade, ainda não há nomenclatura definida. Nos

diversos trabalhos publicados a respeito do método, é citado como anuscopia com exacerbação,¹¹ anuscopia de alta resolução,^{12,14-17} anuscopia com colposcópico,^{18,19} colposcopia anal,^{13,20} anuscopia com ácido acético,²¹ além de citações em eventos científicos que incluem anuscopia ampliada, com magnificação de imagens e alargada.

Os artigos norte-americanos mais recentes citam “high resolution anoscopy”,^{12,15-17} ou traduzindo, anuscopia de alta resolução. Nos dicionários de inglês “high resolution” significa a possibilidade de algo ser visto mais claramente e com mais detalhes, e alta resolução, sua tradução literal, é neologismo, não devendo ser utilizado caso haja palavras adequadas na língua portuguesa. O termo “magnification” indica aumento de tamanho usando lentes, diferente do magnificar que é sinônimo de glorificar, exaltar, aumentar, engrandecer, alargar no sentido de estender, não sugerindo que a imagem possa ser observada com ampliação do tamanho, mas em maior extensão.

Exacerbar tem o sentido de exasperar, encolerizar, agravar. Exacerbação é definida como irritação ou agravamento de doença.

O uso do termo colposcopia pode parecer errado devido à aplicação exclusiva do aparelho na identificação das lesões do colo uterino, até recentemente. Entretanto, o sufixo “colpos” vem do grego “êüëðĩç”, que significa a víscera, o interior.²² Portanto, colposcopia significa examinar a víscera, o interior, e o colposcópico é utilizado para esse olhar, não estando relacionado exclusivamente ao genital feminino. Desta forma, “colposcopia anal” seria mais adequado, por indicar o aparelho usado e o local examinado. Sugerimos que esse nome seja utilizado na prática diária, quando nos referirmos ao exame. Todavia, como “anuscopia de alta resolução” tem uso freqüente nos trabalhos estrangeiros, acreditamos que talvez seja incorporado à terminologia coloquial médica, mesmo não sendo o mais indicado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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. 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;16:148-54.
4. Nadal SR, Manzione CR, Galvão VM, Salim VRMB & Speranzini MB. Perianal diseases in HIV-positive patients compared with a seronegative population. **Dis Colon Rectum** 1999;42:649-54.
5. Miles AJG, Mellor CH, Gazzard B, Allen-Mersh TG & Wastell C. Surgical management of anorectal disease in HIV-positive homosexuals. **Br J Surg** 1990;77: 869-71.
6. Consten ECJ, Slors FJM, Noten HJ, Oosting H, Danner AS & Lanschot JB. Anorectal surgery in human immunodeficiency virus-infected patients: clinical outcome in relation to immune status. **Dis Colon Rectum** 1995;38:1169-75.
7. Programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, ano X, nº 4, set a dez. 1997.
8. Nadal SR & Manzione CR. Identificação dos grupos de risco para as doenças sexualmente transmitidas. **Rev bras Coloproct** 2003;23:128-129.
9. Nadal SR. Eficácia dos preservativos na prevenção das DST. **Rev bras Coloproct** 2003; 23:225-7.
10. Nadal SR & Manzione CR. Infecção perianal recidivante pelo papilomavirus humano. **Rev Assoc Med Bras** 2002;48:14-15.
11. Magi JC, Magi DAS, Reche LMC, Falavinha T & Carvalho GT. Anuscopia com exacerbação para diagnóstico de Papilomavirus Humano ano-retal na forma subclínica. **Rev bras Coloproct** 2002;22:178-183.
12. Ortholan C, Francois E & Gerard JP. Preneoplastic anal lesions and anal canal carcinoma **Bull Cancer** 2003;90:405-11.
13. Mathews WC. Screening for anal dysplasia associated with human papillomavirus. **Top HIV Med** 2003;11:45-9.
14. Magi JC, Rodrigues MRS, Guerra GMLSR, Costa ACL & Formiga GJS. O Papilomavirus humano (HPV) na forma subclínica como diagnóstico diferencial da etiologia do prurido anal. **Rev bras Coloproct** 2003;23:273-7.
15. Panther LA, Wagner K, Proper J, Fugelso DK, Chatis PA, Weeden W, Nasser IA, Doweiko JP & Dezube BJ. High resolution anoscopy findings for men who have sex with men: inaccuracy of anal cytology as a predictor of histologic high-

- grade anal intraepithelial neoplasia and the impact of HIV Serostatus. **Clin Infect Dis** 2004;38:1490-2.
16. Goldstone SE, Winkler B, Ufford LJ, Alt E & Palefsky JM. High prevalence of anal squamous intraepithelial lesions and squamous-cell carcinoma in men who have sex with men as seen in a surgical practice. **Dis Colon Rectum** 2001;44:690-8.
 17. Chang GJ, Berry JM, Jay N, Palefsky JM & Welton ML. Surgical treatment of high-grade anal squamous intraepithelial lesions: a prospective study. **Dis Colon Rectum** 2002;45:453-8.
 18. de Ruiter A, Carter P, Katz DR, Kocjan G, Whatrup C, Northover J & Mindel A. A comparison between cytology and histology to detect anal intraepithelial neoplasia. **Genitourin Med** 1994;70:22-5.
 19. Scholefield JH, Johnson J, Hitchcock A, Kocjan G, Smith JH, Smith PA, Ferryman S & Byass P. Guidelines for anal cytology to make cytological diagnosis and follow up much more reliable. **Cytopathology** 1998;9:15-22.
 20. Jay N, Berry JM, Hogeboom CJ, Holly EA, Darragh TM & Palefsky JM. Colposcopic appearance of anal squamous intraepithelial lesions: relationship to histopathology. **Dis Colon Rectum** 1997;40:919-28.
 21. Palefsky JM, Holly EA, Hogeboom CJ, Berry JM, Jay N & Darragh TM. Anal cytology as a screening tool for anal squamous intraepithelial lesions. **J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol** 1997;14:415-22.
 22. Diaz G, Douglas CR. Etimologia grega do vocabulário científico. 1ª ed., São Paulo, **Robe Editorial**. 1993.

Endereço para Correspondência:

Sidney Roberto Nadal
Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 381 / 23
05415-030 - São Paulo - SP
Fone/ Fax.:112238099 / 33374282
E-mail: srnadal@terra.com.br