

Infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV)

CID 10: B97.7

ASPECTOS CLÍNICOS E EPIDEMIOLÓGICOS

Descrição - Doença viral que, com maior frequência, manifesta-se como infecção subclínica nos genitais de homens e mulheres. Clinicamente, as lesões podem ser múltiplas, localizadas ou difusas, e de tamanho variável, podendo também aparecer como lesão única. A localização ocorre no pênis, sulco balano-prepucial, região perianal, vulva, períneo, vagina e colo do útero. Morfologicamente, são pápulas circunscritas, hiperqueróticas, ásperas e indolores, com tamanho variável. Condiloma gigante (Buschke-Loewenstein), assim como papulose bowenoide, são raros.

Sinonímia - Verruga venérea, verruga genital, cavalo de crista, crista de galo e condiloma acuminado.

Agente etiológico - Papilomavirus humano (HPV). Vírus DNA não cultivável da família do *Papovavirus*, com mais de 70 sorotipos.

Esses agentes ganharam grande importância epidemiológica e clínica por estarem relacionados ao desenvolvimento de câncer. Os grupos dos sorotipos considerados de elevado risco ontogênico são o 16, 18, 31, 33, 45, 58, dentre outros.

Reservatório - O homem.

Modo de transmissão - Geralmente, por contato direto. Pode haver auto-inoculação e infecção por fômites (qualquer objeto inanimado ou substância capaz de absorver, reter, ou transportar organismos contagiantes e infecções tipo germes, parasitas).

Período de incubação - De 1 a 20 meses; em média, 3 meses.

Período de transmissibilidade - Desconhecido. Entretanto, há transmissão enquanto houver lesão viável.

Complicações - Cancerização, mais frequente na mulher, com localização em colo uterino. Nos imunodeficientes, pode haver dificuldade terapêutica, além do aparecimento de papiloma de laringe, que também pode ocorrer em lactentes, por contaminação no canal de parto.

Diagnóstico - Clínico, epidemiológico e laboratorial, observando as diversas formas:

- Infecção Clínica - Através da visão desarmada, geralmente representada pelo condiloma acuminado.
- Infecção subclínica - Através da peniscopia, colpocitologia e colposcopia com biopsia.
- Infecção latente - Através dos testes para detecção do HPV-DNA

Diagnóstico diferencial - Condiloma plano da sífilis (sorologia e pesquisa do *T. pallidum* em campo escuro); carcinoma espinocelular do pênis e da vulva e doença de Bowen (carcinoma *in situ*). Nesses, a correlação clinicohistopatológica é de enorme valia para o diagnóstico.

Tratamento - Objetiva a remoção das lesões condilomatosas visíveis e subclínicas, visto não ser possível a erradicação do HPV. Recidivas são frequentes, mesmo com o tratamento adequado. A escolha do método de tratamento depende do número e da topografia das lesões, bem como da associação ou não com neoplasia intra-epitelial. Podem ser utilizadas as alternativas: ácido tricloroacético (ATA) a 80% ou 90%, nas lesões do colo, vagina, vulva, períneo, região perianal e pênis.

A aplicação deve ser realizada com cuidado, **no serviço de saúde**, direcionada apenas ao local da lesão, 1 a 2 vezes por semana, deixando-se secar para que a solução não atinja outros locais, pois poderá causar queimaduras. Não devem ser feitas “embrocações” vaginais nas lesões difusas. Podofilina de 10 a 25% (solução alcoólica ou em tintura de benjoim): somente deve ser utilizada nas lesões da vulva, períneo e região peri-anal; lavar após 2 a 4 horas. **Nunca usar durante a gravidez**. A aplicação deve ser realizada no **serviço de saúde**. Para evitar a possibilidade de complicações associadas com sua absorção sistêmica e toxicidade, recomenda-se o uso de até 0,5 ml em cada aplicação ou que se limite a área tratada em até 10 cm² por sessão. Para reduzir a irritação no local, sugere-se que a área tratada seja lavada com água morna e sabão neutro, 1 a 4 horas após a aplicação da solução. Recomenda-se aplicar ao redor das lesões que serão cauterizadas a vaselina líquida, isolando a pele circunjacente a lesão. Repetir semanalmente, se necessário. Eletrocauterização ou crioterapia: não se aplica nas lesões vaginais, cervicais e anais, visto que o controle da profundidade do efeito é difícil, podendo levar a necrose tecidual extensa e estenose em estruturas tubulares, como canal anal e vagina. Exérese com cirurgia de alta frequência (CAF/LEEP): pode ser utilizada em lesões de qualquer localização genital e na gestação. Apresenta como vantagem sobre os outros métodos a retirada do tecido viável para estudo anatomopatológico. Nas lesões exofíticas queratinizadas, pode ser utilizada a combinação do ácido tricloroacético, a 90%, e podofilina, a 25% (solução alcoólica ou em benjoim).

- **GRAVIDEZ:** - As lesões condilomatosas podem atingir grandes proporções, seja pelo marcado aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. A escolha do tratamento vai basear-se no tamanho e número das lesões (nunca usar nenhum método químico durante qualquer fase da gravidez): lesões pequenas, isoladas e externas: termo ou criocauterização em qualquer fase da gravidez; pequenas, colo, vagina e vulva: termo ou criocauterização, apenas a partir do 2o trimestre; grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência. Se o tamanho e localização das lesões forem suficientes para provocar dificuldades mecânicas e/ou hemorragias vaginais, deve-se indicar o parto cesáreo; não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana, não devendo ser indicada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido. Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem ser acompanhadas por meio de citologia oncológica e colposcopia, após o parto.

- **Recomendação:**- Na gestante, tratar apenas as lesões condilomatosas. As lesões subclínicas serão acompanhadas com colpocitologia durante a gestação e reavaliadas para tratamento após 3 meses do parto.

Características epidemiológicas - Doença de distribuição universal, acomete homens e mulheres de qualquer raça e classe social. É uma infecção de transmissão frequentemente sexual.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Objetivos - Diagnosticar e tratar precocemente todos os casos, evitando formas graves e infecção no conceito.

Notificação - Não é doença de notificação compulsória.

MEDIDAS DE CONTROLE

Abstinência sexual logo após o diagnóstico e durante o período de tratamento; encaminhamento de parceiros para o serviço de saúde, para exame e tratamento, se necessário. Interrupção da cadeia de transmissão pela triagem e referência dos pacientes com DST e seus parceiros, para diagnóstico e terapia adequados.

- **Aconselhamento:** - Orientações ao paciente, fazendo com que observe as possíveis situações de risco presentes em suas práticas sexuais, desenvolva a percepção quanto à importância do seu tratamento e de seus parceiros sexuais e promoção de comportamentos preventivos. Promoção do uso de preservativos: método mais eficaz para a redução do risco de transmissão do HIV e outras DST. Convite aos parceiros para aconselhamento e promoção do uso de preservativos (deve-se obedecer aos princípios de confiabilidade, ausência de coerção e proteção contra a discriminação). Educação em saúde, de modo geral.

Observação: As associações entre diferentes DST são frequentes, destacando-se, atualmente, a relação entre a presença de DST e o aumento do risco de infecção pelo HIV, principalmente na vigência de úlceras genitais. Desse modo, se o profissional estiver capacitado a realizar aconselhamento, pré e pós-teste para detecção de anticorpos anti-HIV, quando do diagnóstico de uma ou mais DST, essa opção deve ser oferecida ao paciente. **Toda doença sexualmente transmissível constitui evento sentinela para a busca de outra DST e possibilidade de associação com o HIV.** É necessário, ainda, registrar que o Ministério da Saúde vem implementando a “abordagem sindrômica” aos pacientes de DST, visando aumentar a sensibilidade no diagnóstico e tratamento dessas doenças, o que resultará em maior impacto na redução dessas infecções.