

ANUSCOPIA, VULVOSCOPIA E PENISCOPIA

INTRODUÇÃO

A partir dos anos 80, com o estabelecimento da ação de HPV de alto risco na carcinogênese anogenital, muitas pesquisas vêm acontecendo em relação ao diagnóstico de lesões subclínicas pré- neoplásicas, induzidas por HPV e co-fatores, no TRATO ANOGENITAL. Na busca dessas lesões, o COLPOSCÓPIO e o ácido acético auxiliam na visão das mesmas, entretanto há o perigo de exagero diagnóstico e terapêutico, quando não há treinamento adequado.

Vale salientar que existem duas formas distintas de doença HPV- induzida, uma na qual o vírus se multiplica livremente, denotando apenas virose e outra na qual o material genético dos HPV oncogênicos se integram ao genoma das células do hospedeiro, transformando-as e imortalizando-as com esse novo formato, instalando-se a via carcinogênica, seja no colo uterino, vagina, vulva, pênis, pele perianal ou canal anal, além de outros sítios distantes como laringe, boca, conjuntiva, etc.

Pelo motivo supracitado, sabe-se atualmente que a doença HPV- induzida não é só transmitida pela via sexual. Vide pacientes imunossuprimidos SEM vida sexual ativa, que apresentam a doença pela imunossupressão, que não consegue impedir a forma transformante ou oncogênica da doença- HPV. Atualmente coorientamos a tese de mestrado de Renata Eleutério, com o Prof. Marco Aurélio Oliveira na UERJ(Universidade Estadual do Rio de Janeiro), onde estuda-se a prevalência de DNA-HPV em pacientes adolescentes virgens, trabalho que deverá ajudar na abordagem dos casais com essa virose. A idéia desse trabalho nos veio diante de vários casos de condilomatose (HPV- virose) em crianças sem história de abuso sexual, com deficiência imunológica congênita ou idiopática, em nosso serviço de Patologia do Trato Anogenital e Colposcopia, do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro- Ministério da Saúde.

Sabendo não ser só sexualmente transmissível, cabe ao colposcopista verificar os casos nos quais seja válida a vulvoscopia, a anuscopia com o colposcópio e/ ou o exame do (s) parceiro (s) com o colposcópio (peniscopia) ou com lupa dermatológica. Vale ressaltar que há controvérsias em relação à indicação desses exames, por falta de fortes evidências de benefício. Entretanto a indicação da vulvoscopia, anuscopia com colposcópio e peniscopia precisam SER PONTUAIS. Sugerimos as seguintes INDICAÇÕES: (C. JACYNTHO, OPINIÃO PESSOAL).

I- VULVOSCOPIA (perianuscopia)

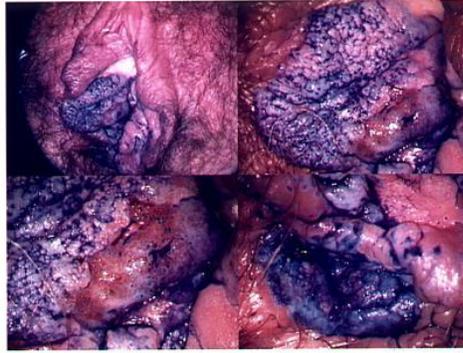
- 1- Pré ou *per* operatória em casos de VIN (neoplasia intra-epitelial vulvar) em placa (doença de Bowen) ou VIN confluyente (papulose bowenóide extensiva)
 - Porque? Para diminuir o índice de margens comprometidas, o que é óbvio, como vemos no exemplo a seguir:



Antes do ácido acético – com aumento colposcópico.



Após ácido acético – com maior aumento colposcópico.



Após azul de toluidina- com aumento colposcópico.



Durante cirurgia realizada por EDUARDO VIEIRA, chefe do serviço de ginecologia do HSE-RJ-MS.



15 DIAS APÓS A OPERAÇÃO CIRÚRGICA.

2- No controle pós operatório (seguimento por 1 ano, 3/3 meses e 2 anos, 6/6 meses.

- **Porque? Como está estabelecido, a recidiva é maior nos primeiros 2 a 3 anos posteriores à cirurgia, portanto, com a vulvoscopia, o diagnóstico da recidiva de VIN é precoce, permitindo a exérese sob anestesia local ou tratamento clínico. Vide exemplos de recidiva seis meses após a exérese de VIN em placa:**



Em grande aumento, nódulo eritematoso (VIN vulvoscópica) e colo pós LLETZ.



Dois anos após: Epitélio acetobranco bem demarcado (VIN) e exérese.

- 3- Na doença-HPV anogenital persistente ou recidivante por dois ou mais anos, em outro sítio (colo e/ou vagina e/ou pele perianal e/ou canal anal)**

- **Porque? A persistência e/ou recidiva ocorre por resposta imune inadequada, que pode favorecer à multicentricidade de lesões, portanto acometimento vulvar.**

4- Na doença-HPV anogenital multicêntrica (colo/ vagina/ pele perianal/ canal anal)

- **Porque? Se há dois ou mais sítios acometidos, maior probabilidade da vulva ter lesões subclínicas por HPV (VIN vulvoscópicas, fáceis de tratar com exérese sob anestesia local ou clinicamente).**

5- Nas pacientes imunossuprimidas (doença-HIV, LES, transplantadas, drogas imunossupressoras, etc.).

6- No prurido ou vulvodínia LOCALIZADOS e CRÔNICOS, que podem ser sintomas de VIN ou carcinoma micro-invasor.

7- Em áreas congestas circunscritas, que podem ser sinais de VIN ou carcinoma.

8- Nas parceiras de pacientes com condilomas genitais e formas afins contaminantes.

Essas indicações pontuais (C. JACYNTHO, ICOG, RABAT 2008), permitem o uso do colposcópico e do ácido acético, por vezes, da toluidina (quando há dúvida com o ácido acético – nem tudo que é acetobranco denota VIN), sem sobrecarregar os ambulatórios. Vale lembrar que lesões acetobranças “maiores” são bem demarcadas, com relevo, por vezes com outros achados anormais (pontilhado, queratose) concomitantes. Assim como vale também lembrar que o teste do azul de toluidina dará negativo nas queratoses, antigas leucoplasias e positivo nas úlceras e erosões, sem significado clínico nessas situações.

II- PENISCOPIA

O exame da pele do pênis com lupa dermatológica ou com o colposcópico, acrescido do ácido acético, e, em caso de dúvidas, da toluidina (veja acima) tem as mesmas indicações supracitadas para a vulvoscopia, pelos mesmos motivos:

1. Pré ou *per* operatório em casos de PIN (neoplasia intra-epitelial peniana) em placa (doença de Bowen) ou PIN confluyente (papulose bowenóide extensiva).



PONTILHADO E PIN em PLACA TOLUIDINO- AZUL.



PIN CONFLUENTE- PLACA POLIMÓRFICA DENTRE OUTRAS LESÕES MONOMÓRFICAS- INDICADA EXÉRESE DA PLACA.



PÓS EXÉRESE DO CASO ANTERIOR.

- 2- **No controle pós-operatório**
- 3- **Na doença-HPV anogenital persistente ou recidivante por dois ou mais anos, em outro sítio (pele perineal, área perineal, canal anal, área escrotal)**
- 4- **Na doença-HPV multicêntrica**
- 5- **Na imunossupressão**
- 6- **No prurido ou dinia crônicos e LOCALIZADOS**
- 7- **Em áreas congestionadas circunscritas**
- 8- **Em parceiros de pacientes com condilomas genitais acuminados ou formas afins muito contaminantes.**

O que são formas afins muito contaminantes?

São as lesões proliferativas, com multiplicação virótica em sua forma

MISTA OU IMIQUIMOD

CONCLUSÃO: INDIVIDUALIZAR OS CASOS

***Doenças crônicas * Status psíquico * Status imune * Estilo de vida**

DIAGNÓSTICO CLÍNICO CORRETO IMPLICA EM TRATAMENTO ADEQUADO

*** Analogia para PIN (pênis) PaIN (pele perianal)**

III- ANUSCOPIA (COM O COLPOSCÓPIO)

Logo de início a indicação de anoscopia com o colposcópico seria diante de CITOLOGIAS do canal anal indeterminadas ou alteradas (com SIL).

As citologias de canal anal são coletadas com escovinha endocervical, em profundidade de 2cm, para atingir a junção escamocolunar endoanal. Devemos afastar as bordas perianais para não contaminar a escovinha na retirada da mesma, aumentando o número de citologias indeterminadas, por esbarrar na pele. É possível a autocoleta, desde que haja informação adequada com vídeo explicativo.

QUAIS SERIAM AS INDICAÇÕES PARA ESTUDO CITOLÓGICO DO CANAL ANAL?

- 1- Homens que fazem sexo com homens, que consistem no maior grupo de risco para câncer escamoso de canal anal, induzido por HPV oncogênico e co-fatores. O risco nessa população é maior que o risco para câncer de colo uterino nas mulheres e as mulheres fazem citologia cervicovaginal, sistemática. Talvez valha a pena campanhas educativas para que essa população faça autocoleta para prevenção de câncer de canal anal. Quando a citologia vier alterada, indiciar-se-á a anoscopia com o colposcópico e auxílio do ácido acético e do lugol, tal qual na colposcopia. Não adianta biologia molecular para HPV em canal anal, pois a prevalência é bem mais alta que no colo do útero, podendo, por isso, ir diretamente à citologia com a escovinha endocervical, até em autocoleta.
- 2- Pacientes imunossuprimidos, principalmente HIV-positivos com linfócitos CD4 < 200.

- 3- Mulheres com prática de sexo anal desprotegido freqüente. Há necessidade de mais estudos em relação à freqüência de coito anal que as coloque num grupo de risco semelhante ao dos homens que fazem sexo com homens.**
- 4- Multicentricidade de lesões genitais**
- 5- Persistência e/ou recidiva de lesões genitais por dois ou mais anos**
- 6- Nos parceiros (as) de pacientes com condilomas penianos e formas afins contaminantes, que praticam coito anal desprotegido**
- 7- Após tratamento de condilomas acuminados perianais e formas afins contaminantes recidivantes (nesses casos geralmente as SIL de canal anal são de baixo grau/ condilomas ou formas afins)**

Como a citologia de canal anal inicia seus passos na prática clínica, sugerimos que se inicie a prevenção de câncer de canal anal em homens homo e bissexuais, que têm risco real estabelecido, na imunossupressão e nos casos de mulheres com lesão genital persistente e/ou multicêntrica de alto grau, com prática de coito anal desprotegido (nossa tese de doutorado, 2005, UNICAMP).

Sugerimos que, diante de SIL de alto grau em canal anal, encaminha-se os pacientes à Proctologia para parecer quanto ao tratamento. Eles geralmente não identificam lesões subclínicas, quando não usam o colposcópio. Diante disso, com o parecer proctológico normal, acrescido de citologia de canal anal anormal (convencional ou em meio líquido monocamada) e achados anormais à anoscopia com o colposcópio, ácido acético e lugol, deve-se realizar biópsia dirigida com pinça saca-bocados e, com histopatologia de SIL de alto grau, procede-se à exérese da lesão com a própria pinça de saca-bocados, com controle citoanuscópico trimestral por um ano e semestral por dois anos. A seguir exemplos de SIL de alto grau à luz da anoscopia de alta resolução:



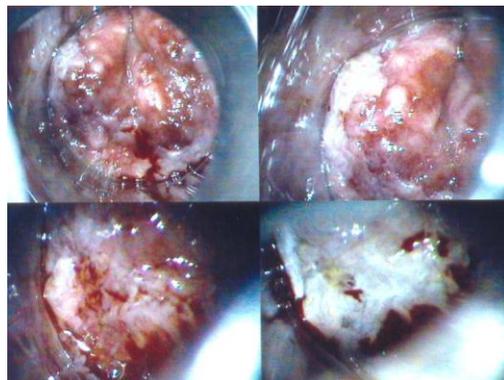
PAIN (SIL) perianal

AIN (SIL) de canal anal

(mesmo paciente)



Epitélio acetobranco iodo negativo (AIN – SIL alto grau- canal anal).



Epitélio acetobranco com atipias vasculares (AIN- SIL alto grau –canal anal)

CASO CLÍNICO

15/08/1998 M.T.M.F., 42 anos, com condilomas genitais cauterizados, à anamnese. Ao exame clínico, VIN em pápulas (realizada cauterização química com ATA a 90%), citologia de colo normal e ilhotas de epitélio acetobranco, iodo- negativas (colpíte focal- por HPV?). Vide FOTO com pápulas acastanhadas (VIN em pápulas) e colpíte focal.



13/12/2000 colpocitologia LG- SIL (CIN I e/ou HPV) + condiloma acuminado vulvar (feito ATA). Colpíte micropapilar acetobranca e iodo negativa com histopatologia de VaIN I/ HPV.

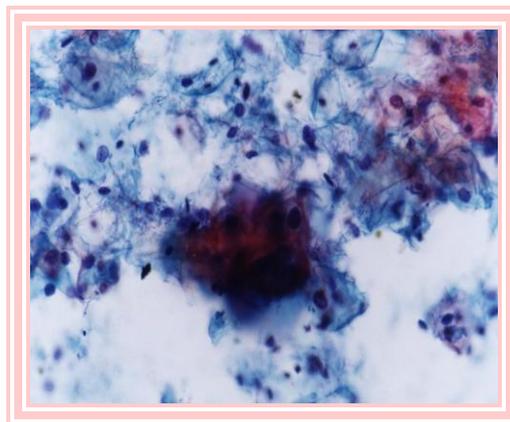
18/04/2002- 46 anos, colpocitologias anuais normais (SIC), captura híbrida positiva para grupo A (1,25) e B(11,3). Coito anal desprotegido freqüente, além de doença genital recidivante, por isso colhida citologia de canal anal e à colposcopia observamos colpíte micropapilar característica de doença por HPV (VIDE FOTOS).



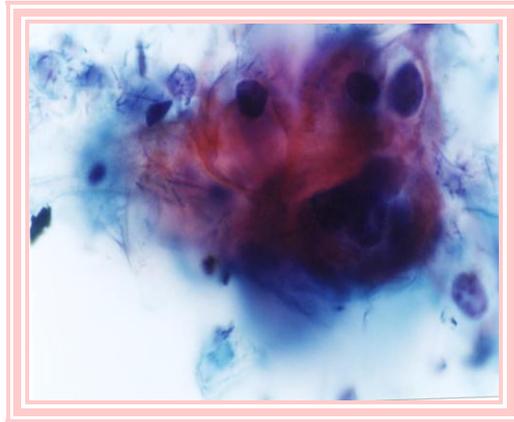
Colpite com áreas acetobranças micropapilares, multifocais e uniformes.

8/10/2002- Recolhida colpocitologia e citologia anal com captura híbrida de canal anal, agora em nosso serviço. A colpocitologia mostrou LG-SIL e citologia anal inflamatória, captura positiva em canal anal, para grupo A 57,54 e B 18, 59. A colposcopia mostra colpite micropapilar e focal, características de LG-SIL, não inquietante.

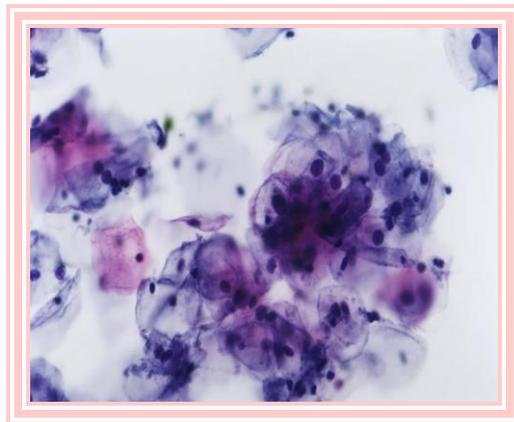
5/03/2004- 48 anos, vai à proctologista há 3 anos, porque teve hemorróida, com última anoscopia normal (SIC) em outubro de 2003. Colhidas colpocitologia (LG-SIL) e citologia de canal anal (HG-SIL), lidas por Prof.^a Cristina Mendonça Costa (FOTOS).



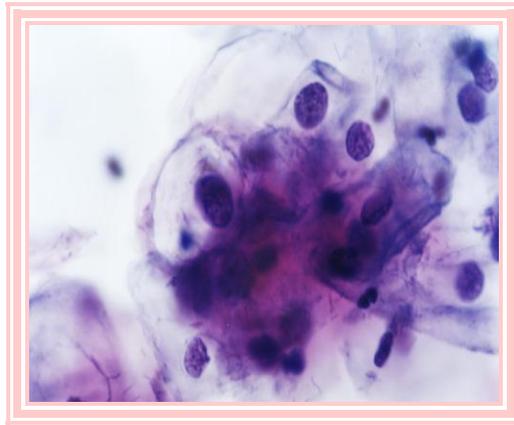
Colpocitologia



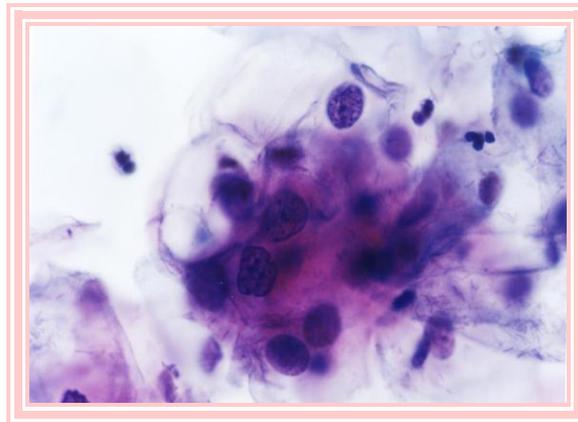
Colpocitologia



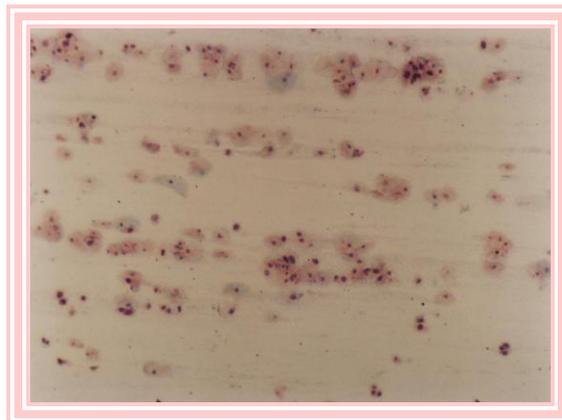
Colpocitologia



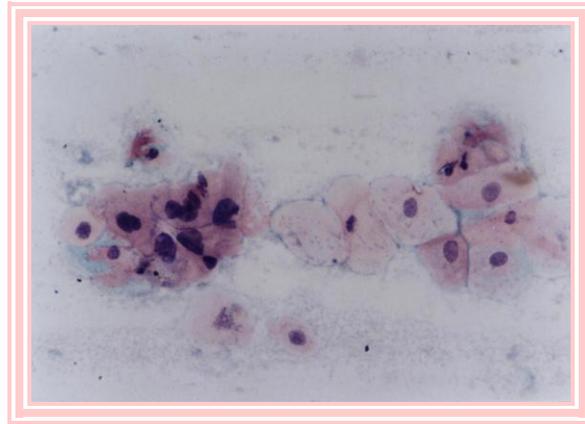
Colpocitologia



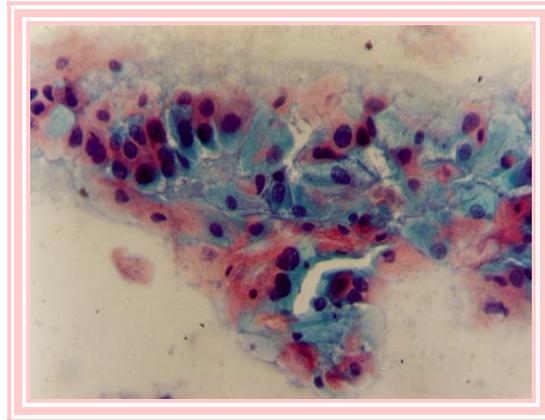
Colpocitologia



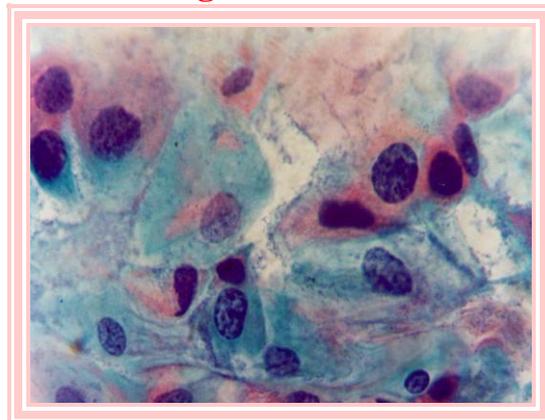
Citologia de canal anal



Citologia de canal anal

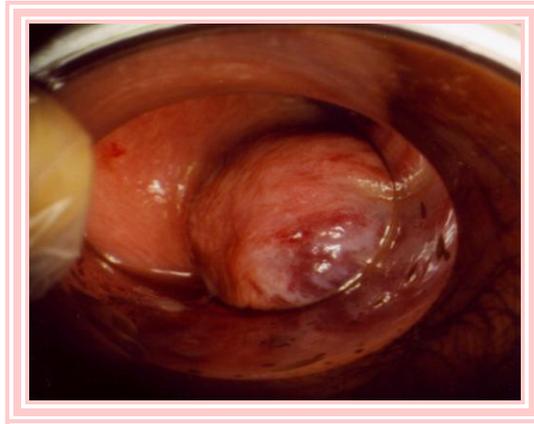


Citologia de canal anal

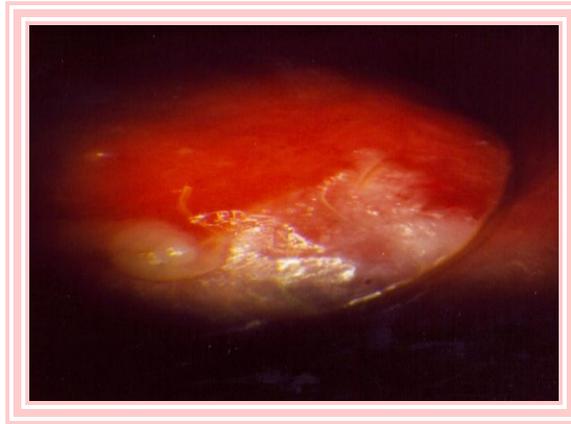


Citologia de canal anal

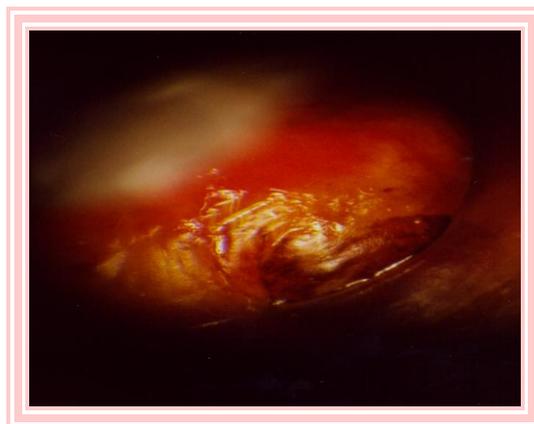
21/03/2004- Realizamos anuscopia com o colposcópico (VIDE FOTOS).



Epitélio acetobranco de canal anal



Junção escamocolunar, queratose e epitélio acetobranco de canal anal.

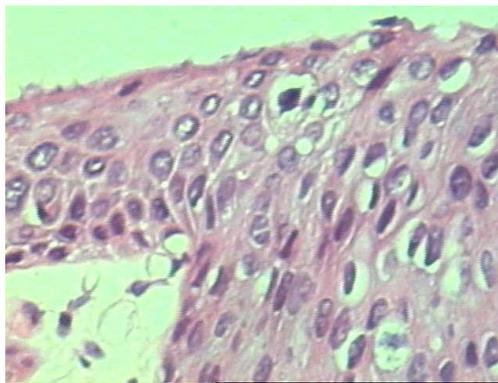


Teste de Schiller positivo (iodo negativo)

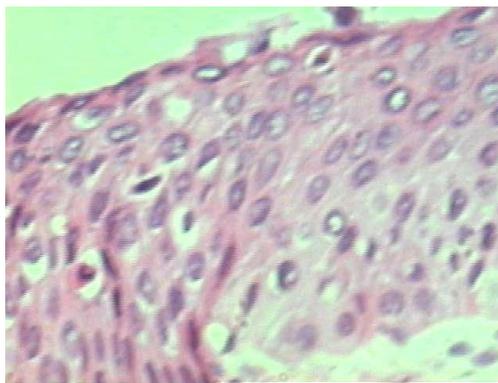
Realizamos biópsias com pinça de Medina de 3 mm a ponta, com exérese da lesão, cuja histopatologia confirmou HG- SIL (AIN de alto grau), Prof.^a Consuelo Gondim anatomopatologista (FOTOS A SEGUIR).



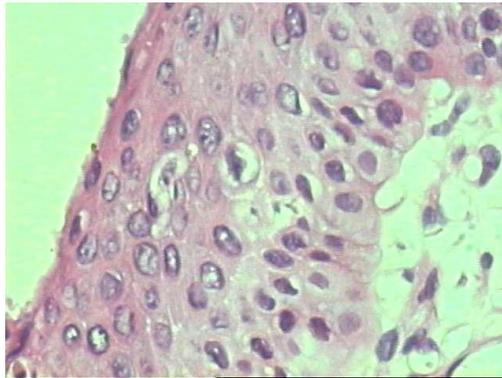
Histopatologia – HG – SIL – Canal anal



Canal anal

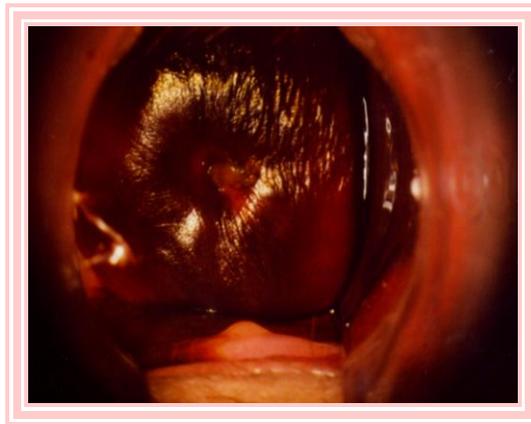


Canal anal



HG – SIL de canal anal.

Vale ressaltar que a colposcopia estava normal nesse dia (VIDE FOTOS).

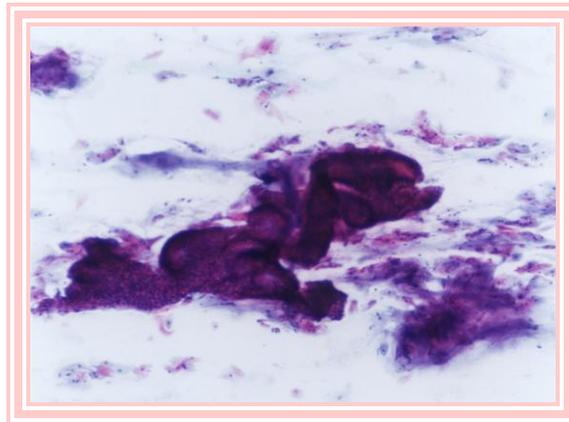


Colo e vagina normais.

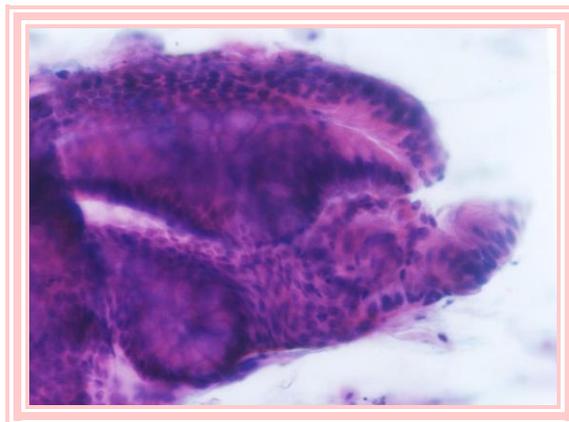
22/07/2004- Colpocitologia normal e citologia de canal anal normal (Prof.^a Cristina Mendonça Costa- VIDE FOTOS). Anuscopia com colposcópio e ácido acético mais teste de Schiller normais (VIDE FOTOS).



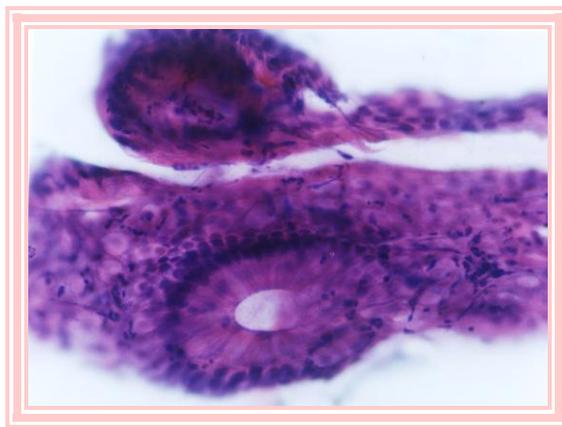
Anuscopia de alta resolução normal, JEC visível.



Citologia de canal anal normal



Citologia de canal anal normal

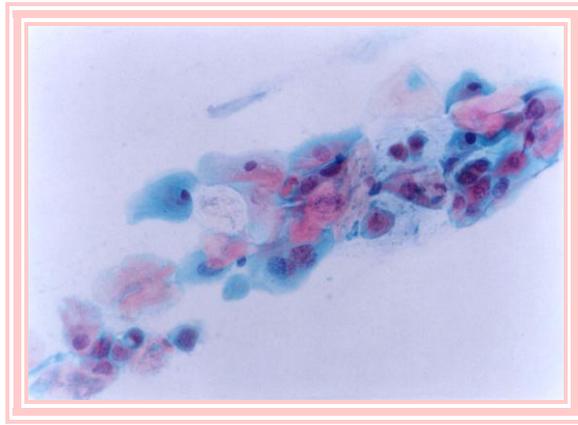


Citologia de canal anal normal.

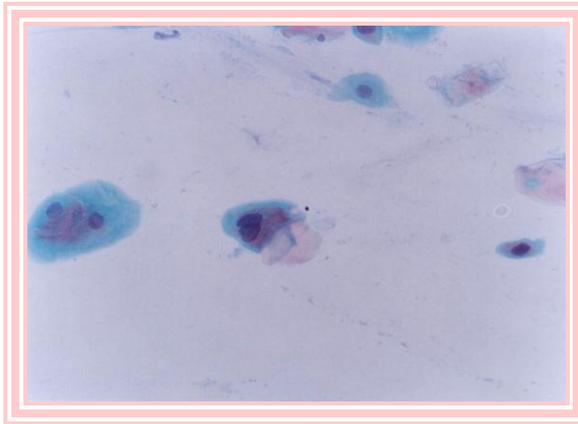
6/10/2004- Colpocitologia normal e citologia de canal anal mostrou LG- SIL (AIN de baixo grau). Colposcopia normal e anoscopia de alta resolução com ilhotas de epitélio acetobranco fino, além de pápulas acastanhadas perianais (PaIN em pápulas). Vide fotos.



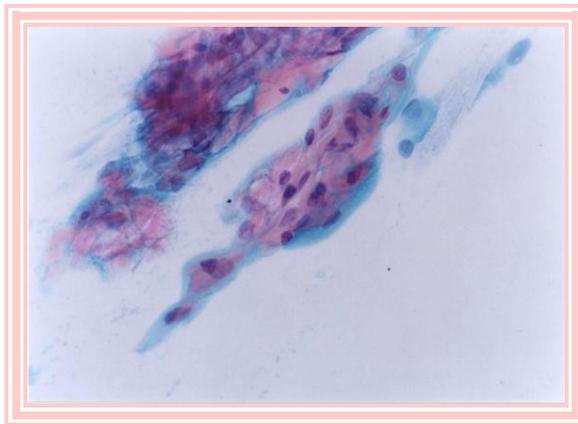
Anoscopia de alta resolução com achado anormal menor (ilhotas acetobranças- AIN) e pápulas perianais (PAIN).



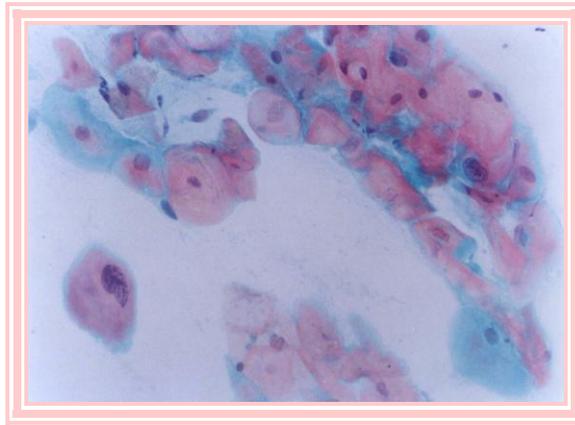
Citologia de canal anal – AIN de baixo grau



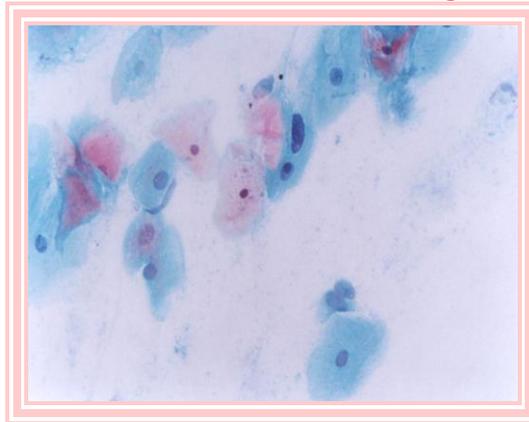
Canal anal – AIN de baixo grau



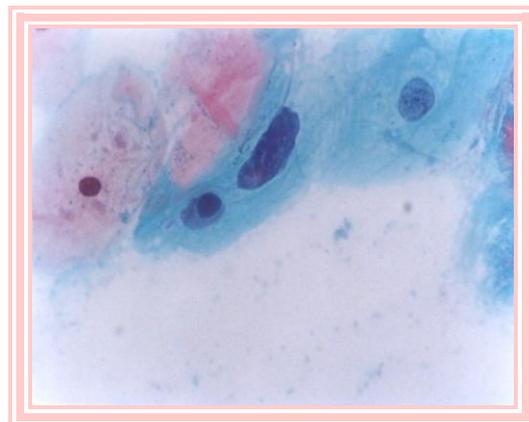
Canal anal – AIN de baixo grau



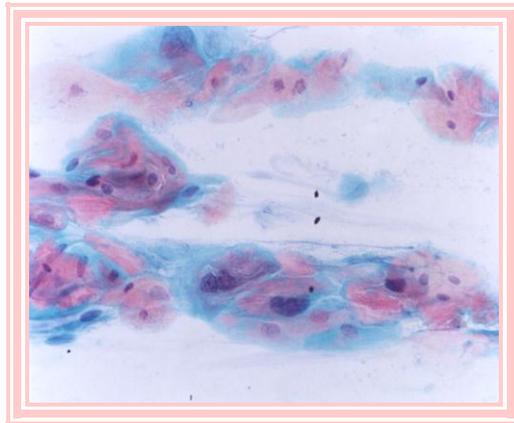
Canal anal – AIN de baixo grau



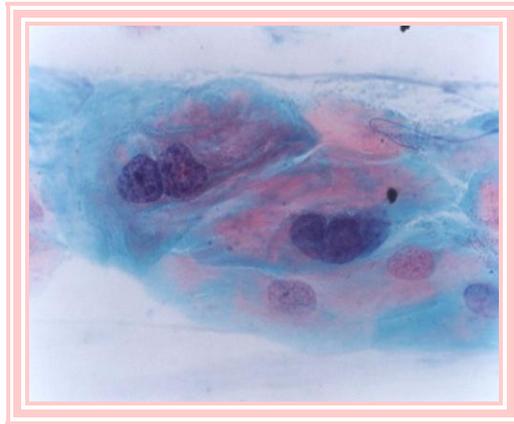
Canal anal – AIN de baixo grau



Canal anal – AIN de baixo grau



Canal anal – AIN de baixo grau



Citologia de canal anal compatível com LG-SIL (AIN de baixo grau).



CONCLUSÕES: C. JACYNTHO, C. M. COSTA e C. GONDIM.

Concluimos que a prevenção de câncer de canal induzido por HPV oncogênico e cofatores deve ser passível de prevenção, tal qual no colo uterino, já que a carcinogênese é semelhante nos dois sítios, segundo o artigo pioneiro de Sholefield, 1989. Depois Palefsky abriu o horizonte nos anos 90 com seus artigos sobre citologia, biologia molecular e anoscópia de alta resolução com biópsias, quando necessárias, sobretudo em homens, principalmente HIV – positivos. Holly e Moscicki descreveram os primeiros artigos em mulheres HIV - positivas, onde o grupo controle é HIV - negativo, motivo que nos fez realizar nossa tese de doutoramento (UNICAMP-2005) em mulheres acometidas da doença induzida por HPV e cofatores (com histopatologia confirmando as SIL genitais) na vulva e/ou vagina e/ou colo e/ou pele perianal.

A partir dessa tese e de nossos estudos na sociedade internacional para estudo de doenças vulvovaginais (ISSVD) defendemos as INDICAÇÕES de vulvoscopia, peniscopia e anoscópia, pelo menos COMO PESQUISA, já que pode-se ter futuro promissor, desde que pontuemos as indicações, conforme explicado neste capítulo.

Este caso de SIL de baixo grau RECIDIVANTE no colo, vagina, vulva, e/ou pele perianal MOSTRA QUE ALGUMA SITUAÇÃO DE IMUNOSSUPRESSÃO NÃO MUITO GRAVE, PORÉM PRESENTE e NÃO RECONHECIDA (afastamos todas as doenças imunossupressoras de praxe) fez com que as lesões genitais recidivassem ora num local, ora em outro, porém sempre como lesão de BAIXO GRAU. Diante da MULTICENTRICIDADE E VÁRIAS RECIDIVAS, investigamos o canal anal e encontramos HG- SIL (AIN de alto grau), que recidivou como LG-SIL (AIN de baixo grau). Acreditamos que estivesse ligado a estados depressivos (psíquicos) mais intensos nos momentos de recidiva. MUITOS ESTUDOS AINDA SÃO NECESSÁRIOS NESSE ÂMBITO DE PREVENÇÃO DE CÂNCER DE CANAL ANAL.

BIBLIOGRAFIA SUPLEMENTAR

- 1- SCHOLEFIELD, J.H.; SONNEX, C.; TALBOT, I.C. et al. ANAL AND CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA: POSSIBLE PARALLEL. LANCET, 1989, 2:765-8
- 2- PALEFSKY, J.M.; GONZALES, J.; GREEN BLATT, R. and HOLLANDER, H.- ANAL INTRA EPITHELIAL NEOPLASIA AND ANAL PAPILOMA VIRUS INFECTION

- AMONG HOMOSEXUAL MALES WITH GROUP IV HIV – DISEASE – JAMA, 1990, 26 3 : 2911 -6.
- 3- PALEFSKY, J.M.- HUMAN PAPILOMAVIRUS RELATED TUMORS IN HIV – CURRENT OPINION IN ONCOLOGY, 2006, 18: 463-8
 - 4- MOSCICKI, A.B.; HILL S, N.K.; SHIBOSKI, S. et al. RISK FACTORS FOR ABNORMAL ANAL CYTOLOGY IN YOUNG HETEROSEXUAL WOMEN, CANCER EPIDEMIOLOG BIOMARKERS PREV, 1999, 8:173-8
 - 5- HOLLY, E.A.; RALSTON, M.L; DARRAGH, T.M. et al- PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR ANAL SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESIONS IN WOMEN- NAT CANCER INST, 2001, 93:843-9
 - 6- JACYNTHO, C- CONDILOMA GENITAL: IMPORTÂNCIA DO TESTE DO AZUL DE TOLUIDINA NA AVALIAÇÃO MASCULINA- UFRJ, 1989, TESE DE MESTRADO.
 - 7- JACYNTHO, C.; FONSECA, N.M.; COSTA, C.M. et AL.- LE RÔLE DU TEST AU BLEU DE TOLUIDINE DANS LA PÉNISCOPIE, GYNÉCOLOGIE, 1989, 40: 377-383
 - 8- JACYNTHO, C.- AVALIAÇÃO DO PARCEIRO : E' VÁLIDA? DOENÇA HPV PROLIFERATIVA E TRANSFORNTE, REVISTA BRASILEIRA DE COLPOSCOPIA 2002, 3: 18-19
 - 9- JACYNTHO, C.- THE IMPORTANCE OF THE PRE OR PER OPERATIVA VULVOSCOPY/ PENISCOPIE/ IN VIN AND PIN: CASES REPORT, 2001, pg 46, ANAIS DO XVI CONGRESS OF ISSVD, SINTRA, PORTUGAL
 - 10- JACYNTHO, C. e PELISSE, M.- VIN MEDICAL OR SURGICAL TREATMENT, pg 23, ANAIS DO V CONGRESS OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF GYNAECOLOGICAL IMAGING, 2003, LISBOA- PORTUGAL
 - 11- JACYNTHO, C.- PREVALÊNCIA DE LESÃO INTRA-EPITELIAL ESCAMOSA ANAL EM MULHERES COM LESÃO INTRA-EPITELIAL ESCAMOSA GENITAL- UNICAMP, 2005, TESE DE DOUTORADO (WWW.JACYNTHO.COM.BR)
 - 12- GIRALDO, P; JACYNTHO, C; COSTA, C. et al. PREVALENCE OF ANAL SQUAMOUS INTRAEPITHELIAL LESION IN WOMEN PRESENTING SQUAMOUS INTRA-EPITHELIAL LESION, EUROPEANS JOURNAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RESEARCH BIOLOGY, OBSTETRICS AND GYNECOLOGY RESEARCH BIOLOGY, 2008, EM VIAS DE PUBLICAÇÃO, SUBMISSION EJOGRB- 07- 3284 R3 ACCEPTED
 - 13- OLIVEIRA, D.N.; ELEUTÉRIO JR, J.; CAVALCANTE, D.I.M. et al. NEOPLASIA INTRA- EPITELIAL VULVAR- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA FEMINA, 2007, 35: 545- 549
 - 14- JACYNTHO, C. e LUZ, J. H. – FOCAL VAGINITIS INDUCED BY HPV- THE JOURNAL OF REPRODUCTIVE MEDICINE, 2004, 49: 927
 - 15- JACYNTHO, C.- VULVOSCOPY AND ANOSCOPY: INDICATIONS- ANAIS EM CD DO X CONGRESS OF THE INTERNATIONAL COLLEGE ON OUT PATIENTS PROCEDURE IN GYNECOLOGY (IGOG), 2008, RABAT- MARROCOS.