

O Homem e a Infecção por Papilomavírus

DST - J. Bras. Doenças Sex. Transm. 6(2): (32-36), 1994

Sérgio Mancini Nicolau *
Geraldo Rodrigues de Lima **

A partir da década de 70, renovou-se o interesse pela infecção pelo papilomavírus humano, pois começou a se evidenciar a provável relação do vírus com o câncer genital feminino, em especial com o do colo uterino⁽³⁰⁾.

Em meados da década de 80, LEVINE et al.⁽²⁵⁾, de forma pioneira, publicaram os resultados do estudo da inflamação no parceiro masculino, através da utilização de um instrumento óptico de magnificação, associado ao ácido acético, para o exame do pênis. Após este estudo, vários autores têm preconizado a peniscopia, para o diagnóstico da doença no homem, principalmente quando subclínica ou inaparente, em 50 a 98% dos casos^(2, 5, 7, 8, 11, 21, 38, 40, 42, 43, 47, 50). O parceiro é, na maior parte das vezes, assintomático, nega a existência de lesões genitais e só procura o atendimento por causa da infecção em sua parceira⁽³³⁾.

A infecção apresenta-se nas formas clínicas - verrugas, pápulas, papilomas de uretra e placas hiperqueratóticas - nas formas subclínicas, as quais são indetectáveis pelos métodos clínicos usuais (lesões planas do colo e pênis) e também nas formas latentes, nas quais o DNA viral é encontrado em tecido clínicamente e histologicamente normal^(36, 41).

A epidemiologia da infecção, assim como o comportamento clínico no homem, são ainda pouco conhecidos. Provavelmente os mesmos fatores de risco para a mulher, como o início precoce da atividade sexual, número elevado de parceiros e número de relações casuais cada vez maior, são também válidos para o

homem⁽³⁶⁾.

A maior parte das lesões localiza-se na porção distal do prepúcio, na área de pelos modificada, principalmente nos homens não circuncidados. Menos freqüentemente encontram-se lesões na parte externa do prepúcio, na glândula e na bolsa testicular. O acometimento da uretra é relatado entre 0,5 e 5% dos casos, se considerada a presença de lesão papilomatosa⁽³³⁾. Em estudos mais recentes, quando utilizadas técnicas de hibridização molecular, o DNA do vírus foi encontrado em esfregaço uretral de pacientes sem lesões clinicamente detectáveis, com o auxílio da peniscopia, em mais de 50% dos casos^(14, 19). A tipagem viral em escovado desta região, mesmo quando normal, revelou a presença dos tipos 16, 18 ou 31 em 70% dos casos⁽⁵⁰⁾. Estudos citológicos da região uretral, detectaram alterações compatíveis com a infecção viral de 4,7 a 40% dos casos, mesmo sem lesão visível^(1, 9, 24, 31, 33). Outros estudos com metodologia molecular demonstram que aproximadamente um terço dos pacientes são portadores dos tipos 16 ou 33, potencialmente oncogênicos⁽¹⁵⁾.

A citologia da região do prepúcio distal e coroa da glândula raramente leva ao diagnóstico da infecção nesta topografia, pois o material obtido, apesar de abundante, é composto de células queratinizadas e anucleadas ou com núcleo picnótico⁽³²⁾.

Metodologia de Exame

Vários autores utilizam a denominação de colposcopia ou exame colposcópico do pênis^(3, 11, 18, 24, 45). Esta terminologia deve ser evitada, pois o termo colposcopia deriva do grego "kolpos", o qual significa vagina^(6, 19, 26). Temos a preferência por peniscopia.

* Prof. Assistente da Disciplina de Ginecologia do Deptº de Toco-Ginecologia da Escola Paulista de Medicina;

** Prof. Titular da Disciplina de Ginecologia do Deptº de Toco-Ginecologia da Escola Paulista de Medicina.

Outros termos como genitiscopia ou androscopia podem ser usados ^(33, 38).

O exame deve ser realizado com o paciente sentado ou deitado na mesa ginecológica, ou em posição de litotomia. A primeira é mais cômoda para o examinador e para o paciente ⁽³³⁾. Na posição de litotomia há a possibilidade de se avaliar todo o pênis e bolsa testicular, assim como as regiões perineal e anal ⁽⁴⁴⁾.

Faz-se primeiramente, o exame sob magnificação, incluindo-se porção distal da uretra, de preferência com o auxílio de um afastador. O aparelho utilizado é um colposcópio comum com aumentos de quatro, seis e eventualmente dez vezes.

A seguir, todo o pênis e bolsa testicular são envolvidos com gazes embebidas em ácido acético a 5%, ou pode-se neles borrifar a solução, que assim permanece por cinco minutos. Na uretra distal coloca-se um cotonete com o ácido (Figura 1). Decorrido o tempo, faz-se novo exame com o peniscópio (Figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7, e 8).

Pode-se avaliar novamente após aplicar solução de azul de toluidina a 1% sobre toda a genitália, retirando-se o excesso após três minutos com ácido acético a 1 ou 2% ^(10, 20, 32, 39).

Ostestes do azul de toluidina e do ácido acético se complementam, pois algumas vezes a lesão é observada com um deles e não com o outro. A reação com o azul de toluidina é mais duradora, funcionando como um marcador ^(2, 33). Este teste não tem sido rotineiro, sendo utilizado apenas nos casos em que não se observam lesões acetobranças, o que abrevia muito o tempo do exame.

O material para a citologia uretral deve ser colhido entre a avaliação inicial e o exame com ácido acético. Pode-se utilizar um cotonete embebido em lidocaína a 2%, sem vasoconstritor, o qual permanece na uretra distal por três minutos; depois fazem-se movimentos de rotação para obter-se o material. Pode-se utilizar escova rotineiramente usada na colheita do material para citologia endocervical ⁽⁴⁶⁾.

A colheita de material para citologia da região do prepúcio distal e glândula, tem o inconveniente de causar traumatismo do epitélio e pode levar a resultados falsos-positivos à peniscopia ⁽³³⁾.

As lesões observadas devem ser biopsiadas sob anestesia local com lidocaína a 2%, sem vasoconstritor. Utiliza-se, para tanto, um dermatomo de dois ou três milímetros de diâmetro.

Em 1421 fragmentos estudados, com variados morfologias à peniscopia, a coilocitose foi observada à anatomia patológica em apenas 22,5% deles ⁽³⁴⁾. Em função deste resultados, procuramos sempre biopsiar os diferentes tipos de lesões e em topografias diversas.

As áreas suspeitas em uretra distal podem ser biopsiadas com pinça de biópsia de colo uterino, do tipo Gaylor modificada por Medina ⁽²⁸⁾.

Diagnóstico

O diagnóstico, na prática diária, baseia-se nos achados na peniscopia, associados ao encontro de alterações citológicas ou histopatológicas compatíveis com a coilocitose ^(23, 29, 30, 33).

Métodos como microscopia eletrônica, imunohistoquímica, hibridização molecular e reação em cadeia de polimerase, fundamentam-se no encontro de partículas virais ou do DNA viral ^(13, 14, 17, 35). As duas últimas metodologias têm conseguido resultados melhores e espera-se que num futuro próximo possam ser empregadas de forma mais rotineira.

Sabe-se que 99% das lesões uretrais localizam-se junto ao meato e não se tem preconizado a uretrocistoscopia para estudo da sua porção proximal ou da bexiga ⁽¹⁶⁾.

Por trata-se de doenças sexualmente transmissíveis, na grande maioria dos casos, devem ser, também, pesquisadas as reações sorológicas para sífilis.

Devemos ressaltar ainda alguns aspectos em relação à infecção do parceiro masculino: esta pode associar-se a neoplasia intraepitelial peniana ou mesmo ao câncer do pênis ^(27, 33, 48). Processos inflamatórios e infecciosos, bacterianos ou fúngicos na região interna do prepúcio distal, assim como microtraumas após o coito ou colheita de material citológico desta porção, podem levar a resultados falsos-positivos à peniscopia ^(1, 12, 22, 33, 37); as papilas hipertróficas da região da coroa da glândula ou ventrais junto ao freio, no prepúcio distal, não estão relacionadas à presença do vírus ^(15, 17) (Figura 9); o

paciente deve ser esclarecido pelo médico quanto à necessidade do exame, e ser motivado para tanto, pois na maioria das vezes não apresenta sintomas ou lesões e por isso recusam-se a submeter-se à peniscopia.



Fig. 1 - Envolvimento da genitália com gazes embebidas em ácido acético a 5%. Cotonete com ácido na uretra distal



Fig. 2 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Lesões em anel e micropápulas com umbilicação central, localizadas em prepúcio distal.



Fig. 3 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Micropápulas com erosão central (solução de continuidade), localizadas no prepúcio distal.

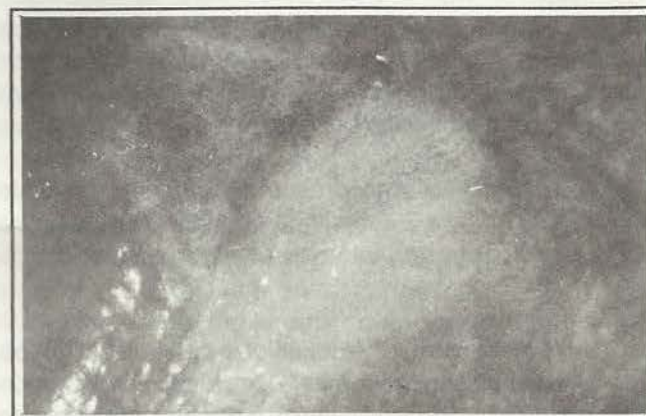


Fig. 4 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Mácula aceto-branca extensa com pontilhado vermelho no interior, localizada na face ventral do prepúcio distal

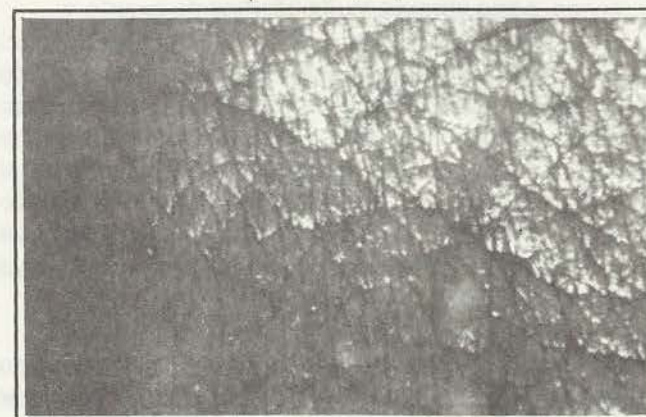


Fig. 5 - Peniscopia com ácido acético a 5%. Pápula pequena acinzentada, aceto-branca. Histopatologia revelou neoplasia intraepitelial do pênis grau 1 (PIN 1)



Fig. 6 - Peniscopia com ácido a 5%. Área da laceração com bordas acentuadamente aceto-brancas, localizada em região de sulco bálano-prepucial, face dorsal. Processo inflamatório intenso na região distal do prepúcio. Histopatologia revelou PIN 2.

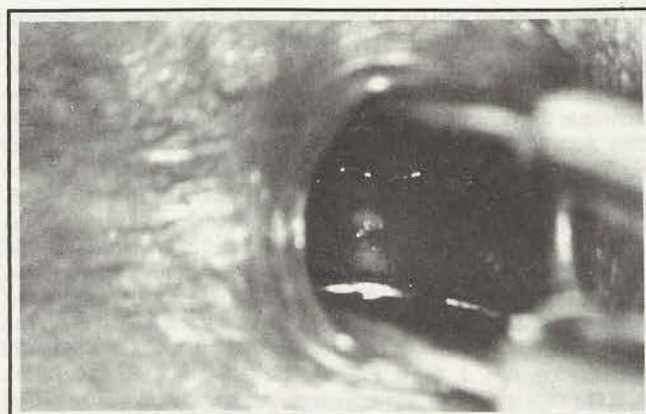


Fig. 8 - Exame da uretra distal com peniscópia e afastador. Visibilização de pápula aceto-branca com parede uretral direita. Histopatologia revelou neoplasia intraepitelial de grau 3.



Fig. 7 - Exame da uretra distal. Pequena lesão aceto-branca em parede uretral esquerda. Histopatologia compatível com infecção por HPV.

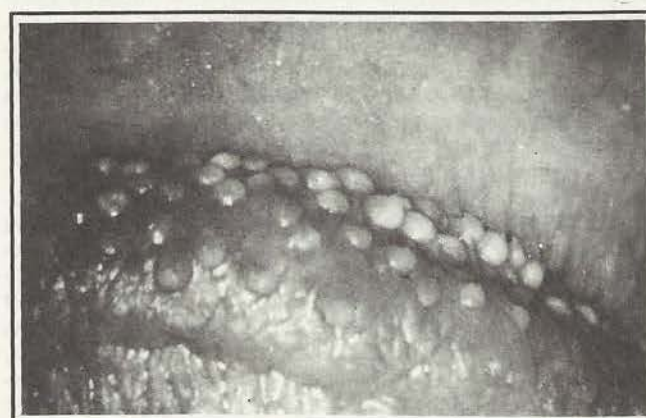


Fig. 9 - Peniscopia demonstrando a hipertrofia de papilas da coroa da glândula (sem relação com HPV).

Referências Bibliográficas

1. Aramainayagam, J. T.; Sumathipala, A. H. T.; Smallman, L.A.; Shahmanesh, M. - Flat condylomata of the penis presenting as patchy balanoposthitis. *Geniturin, Med.*, 66: 251-253, 1990. 2. Barbier, F.; Boulanger, J.C. - La péniscopie; notre expérience à propos de 200 cas. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.*, 85: 655-658, 1990. 3. Barrasso, R.; Guillemotonia, A.; Catalan, F.; Coupeze, F.; Siboulet, A. - Lésions génitales masculines a papillomavirus: Intérêt de la colposcopie. *Ann. Dermatol. Venereol.*, 113: 787-795, 1986. 4. Bistoletti, P., Lidbrink, P. - Sexually transmitted diseases including genital papillomavirus infection in male sexual partners of women treated for cervical intraepithelial neoplasia III by conization.

Br. J. Obstet. Gynecol., 95: 611-613, 1988. 5. Boon, M. E.; Schneider, A.; Cornelis, J. A.; Hogewoning, C. J. A.; Van Der Kwast, T. H.; Bolhuis, P.; Kok, L. P. - Penile studies and heterosexual partners: peniscopy, cytology, histology, and immunocytochemistry. *Cancer*, 61: 1652-1659, 1988. 6. Caplan, R. M. - Response to use of the word colposcopic. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 22: 147-148, 1990. 7. Carpiello, V.; Sedlacek, T. V.; Cunnane, M.; Schlecker, B.; Malloy, T.; Wein, A. J. - Magnified penile surface scanning in diagnosis of penile condyloma. *Urology*, 28: 190-192, 1986. 8. Caroti, S.; Siliotti, F.; Caroti, A. - Male condylomatosis in partners

of females affected with HPV infections: clinical statistical contribution. *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.*, **17**: 181-183, 1990.

9. Cecchini, S.; Cipparone, I.; Confortini, M.; Scuderi, A.; Meini, L.; Piazzesi, G. - Urethral cytology of cytobrush specimens: a new technique for detecting subclinical human papillomavirus infection in men. *Acta Cytol.*, **32**: 314-317, 1988. 10. Collins, C. G.; Hansen, L. H.; Theriot, E. - A clinical stain for use in selecting biopsy sites in patients with vulvar disease. *Obstet. Gynecol.*, **28**: 158-163, 1966. 11. Comite, S. L.; Castadot, M.-J. - Colposcopic evaluation of men genital warts. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **18**: 1274-1277, 1988. 12. Cree, G. E.; Willis, A. T.; Phillips, K. D.; Brazier, J. S. Anaerobic balanoposthitis. *Br. Med. J.*, **284**: 859-860, 1982. 13. Del Mistro, A.; Braunstein, J. D.; Halwer, M.; Koss, L. G. - Identification of human papillomavirus types in male urethral condylomata acuminata by in situ hybridization. *Am. J. Surg. Pathol.*, **12**: 205-215, 1987. 14. Dunn, A. E.G.; Ogilvie, M. M. - Intranuclear virus particles in human genital wart tissue: observations on the ultrastructure of the epidermal layer. *J. Ultrastruct. Res.*, **22**: 282-295, 1968. 15. Evans, D & Patten, J. J. - Misdiagnosis of coronal papillae. *Med. J. Aust.*, **152**: 109, 1990. 16. Ferenczy, A. - Human papillomavirus. *Obstet. Gynecol. Report*, **1**: 167-191, 1989. 17. Ferenczy, A.; Richart, R. M.; Wright, T. C. - Pearly penile papules: absence of human papillomavirus DNA by the polymerase chain reaction. *Obstet. Gynecol.*, **78**: 188-192, 1991. 18. Gilgenkrantz, H. Lésion genitales a papillomavirus: concomitance chez les partenaires sexuels, rôle dans de cancer du col intérêt de la colposcopie. *Ann. Dermatol. Venerol.*, **144**: 1249 - 1252, 1987. 19. Helm, T. N. - Misuse of the term colposcopy. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **20**: 707, 1989. 20. Jacyntho, C.; Fonseca, N. M.; Costa, C.M.; Mongenot, C. A. B. - Importância do teste do azul de toluidina na peniscopia: análise de 41 casos. In: Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 15, São Paulo, Anais. São Paulo, 1989, p. 63. 21. Kennedy, L.; Buntine, D. W.; O'Connor, D.; Frazer, I. H. - Human papillomavirus: a study of male sexual partners. *Med. J. Aust.*, **149**: 309-311, 1988. 22. Kighorn, G. R.; Jones, B. M.; Crowdhury, F. H.; Geary, I. - Balanoposthitis associated with *Gardnerella vaginalis* infection in men. *Br. J. Vener. Dis.*, **58**: 127-129, 1982. 23. Koss, L. G., Durfee, G. R. - Unusual patterns of squamous epithelium of the uterine cervix: cytologic and pathologic study of koinocytotic atypia. *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, **63**: 1245-1261, 1956. 24. Krebs, H. B. & Schneider, V. - Human papillomavirus-associated lesions of the penis: colposcopy, cytology, and histology. *Obstet. Gynecol.*, **70**: 299-304, 1987. 25. Levine, R. U.; Crum, C. P.; Herman, E.; Silvers, D.; Ferenczy, A.; Richart, R. M. - Cervical papillomavirus infection and intraepithelial neoplasia: a study of male sexual partners. *Obstet. Gynecol.*, **64**: 19-20, 1984. 26. Levit, F. - Colposcopic examination of men. *J. Am. Acad. Dermatol.*, **20**: 707, 1989. 27. McCance, D. J.; Kalache, A.; Ashdown, K.; Andrade, L.; Menezes, F.; Smith, P.; Doll, R. - Human papillomavirus types 16 and 18 in carcinomas of the penis from Brazil. *Int. J. Cancer*, **37**: 55-59, 1986. 28. Medina, J.; Salvatore, C. A.; Bastos, A. C. *Propedêutica ginecológica*, 3a. ed., São Paulo, Manole, 1977, 524 páginas. 29. Meisels, A. & Fortin, R. - Condylomatous lesions of the cervix and vagina: I. cytologic patterns. *Acta Cytol.*, **20**: 505-509, 1976. 30. Meisels, A.; Fortin, R.; Roy, M. - Condylomatous lesions of the cervix: II. cytologic, colposcopic and histopatologic study. *Acta*

Cytol., **21**: 379-390, 1977. 31. Nahhas, W. A.; Marshall, M. L.; Ponziani, J.; Jagielo, J. A. - Evaluation of urinary cytology of male sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia and human papilloma virus infection. *Gynecol. Oncol.*, **24**: 279-285, 1986. 32. Nicolau, S. M.; Stávale, J. N.; Lima, G. R.; Ribalta, J. C. L.; Ferraz, P. E. - Importância do ácido acético e do azul de toluidina na peniscopia para o diagnóstico da infecção por papilomavírus humano (HPV) In: Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, 44, Brasília, 1991. Anais. Brasília, 1991. (TL. 383). 33. Nicolau, S. M. - Importância da peniscopia, citologia oncológica e da histopatologia no diagnóstico da infecção peniana pelo papilomavírus humano. São Paulo, 1992. [Tese - Mestrado - Escola Paulista de Medicina]. 34. Nicolau S. M.; Ferraz, P. E.; Lima, G. R.; Stávale, J. N.; Focchi, J.; Zamith, R. - Correlação da peniscopia e da histopatologia no diagnóstico da infecção genital pelo papilomavírus humano. In: Congresso Brasileiro de Patologia Cervical Uterina e Colposcopia, 9, Salvador, 1992. 35. O'Brien, W. M.; Jenson, A. B.; Lancaster, W. D.; Maxted, W. C. - Human papillomavirus typing of penile condyloma. *J. Urol.*, **141**: 863-865, 1989. 36. Oriel, J. D. - Identificación de people at high risk of genital HPV infection. *Scand. J. Infect. Dis. Suppl.*, **69**: 169-172, 1990. 37. Peutherer, J. F.; Smith, I. W.; Robertson, D. H. H. - Necrotising balanitis due to a generalised primary infection with herpes simplex virus type 2. *Br. J. Vener. Dis.*, **55**: 48-51, 1979. 38. Pfenninger, J. L. - Androscopy: a technique for examining men for condyloma. *J. Fam. Pract.*, **29**: 286-288, 1989. 39. Richart, R. M. - A clinical staining test for the in vivo delineation of dysplasia and carcinoma in situ. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **86**: 703-712, 1963. 40. Rosemberg, S. K. - Subclinical papilloma viral infection of male genitalia. *Urology*, **26**: 554-557, 1985. 41. Rosemberg, S. K.; Greenberg, M. D.; Reid, R. - Sexually transmitted papillomaviral infection in men. *Obstet. Gynecol. North Am.*, **14**: 495-512, 1987. 42. Rosemberg, S. K.; Reid, R. - Sexually transmitted papillomaviral infections in the male: I. anatomic distribution and clinical features. *Urology*, **24**: 488-492, 1987. 43. Sand, P. K.; Bowen, L. W.; Blishcke, S. O.; Otergard, D. R. - Evaluation of male consorts of women with genital human papillomavirus infection. *Obstet. Gynecol.*, **68**: 679-681, 1986. 44. Schultz, R. E.; H. G. - Value of acetic acid screening for flat genitalcondylomata in men. *J. Urol.*, **139**: 777-779, 1988. 45. Sedlacek, T. V.; Cunnane, M.; Carpinello, V. Colposcopy in the diagnosis of penile condyloma. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **154**: 494-496, 1986. 46. Terreiro, L. M.; Valente Martins, N.; Focchi, J. - A citologia exfoliativa em ginecologia. In: Clínica e Laboratório. Interpretação clínica das provas laboratórias. 4ª ed. São Paulo, Editora Sarvier, 1990, p. 700 a 704. 47. Vallone, N.; Caruso, G.; Guarino, S.; Cavallero, V.; Ferrara, C. - Screening mediante colposcopia su partners di donne affette da infezione genitale da HPV. *Minerva Ginecol.*, **40**: 403-405, 1988. 48. Villa, L. L. & Lopes, A. - Human papillomavirus DNA sequences in penile carcinomas in Brazil. *Int. J. Cancer*, **48**: 163-166, 1986. 49. Zderic, S. A.; Carpinello, V. L.; Malloy, T. R.; Rando, R. F. - Urological applications of human papillomavirus typing using deoxyribonucleic acid probes for the diagnosis and treatment of genital condyloma. *J. Urol.*, **141**: 63-65, 1989. 50. Wosnitzer, M. - Use of office colposcope to diagnose subclinical papillomaviral and other infections of male and female genitalia. *Urology*, **31**: 340-341, 1988.