

## ENFERMIDADES VENÉREAS ANORRETAIS

Fidel Ruiz-Healy<sup>1</sup>  
Ulisses de Jesus Rodriguez-Wong<sup>2</sup>  
Bernardo Gutierrez-Cuevas<sup>2</sup>

### RESUMO

*Apresentam-se 33 casos de pacientes com enfermidades venéreas anorretais estudados num período de 10 anos (de 1974 a 1983). Trinta pacientes foram do sexo masculino (91%) e três do sexo feminino (9%). Quinze pacientes eram homossexuais, um bissexual e 17 heterossexuais. A idade variou entre os 18 e os 54 anos. Em 26 pacientes se diagnosticou condilomatose acuminada, proctite gonorréica em quatro, amebíase em três, salmonelose em três, sífilis anorretal em dois e herpes perianal em dois. Em seis casos houve associação entre enfermidades venéreas. Encontramos um aumento de 370% das enfermidades venéreas anorretais comparando os últimos cinco anos do nosso estudo com os primeiros cinco.*

As enfermidades venéreas anorretais foram catalogadas como extremamente raras durante muito tempo<sup>1</sup>. Atualmente a lista de enfermidades venéreas aumentou. Apresenta-se na **Tabela 1** a lista das enfermidades venéreas consideradas pelo U.S. Department of Health and Human Services de Atlanta, Georgia, em 1982<sup>2</sup>.

O motivo da comunicação presente é o de dar a conhecer a nossa experiência no manejo das enfermidades venéreas anorretais.

### PACIENTES E MÉTODOS

Estudam-se em forma retrospectiva e prospectiva os prontuários de 33 pacientes atendidos na

Unidade Mexicana de Colo-Proctologia da Cidade do México, que apresentaram algum tipo de doença venérea anorretal, durante um período de 10 anos, de 1974 a 1983.

**Tabela 1 – Enfermidades transmitidas sexualmente**

Gonorréia	Linfogranuloma venéreo
Sífilis	Condiloma acuminado
Citomegalovírus	Molusco contagioso
Hepatite "B"	Pediculose púbis
Herpes genital	Escabiose
Cancróide	Infecções entéricas
Granuloma inguinal	Enf. inflam. pélvica
Uretrite não-gonocócica	Vulvovaginite

### RESULTADOS

Idade e Sexo – A idade dos pacientes variou entre os 18 e os 54 anos de idade, sendo a idade média de 30 anos aproximadamente, (**Tabela 2**). Dos 33 casos apresentados, 30 foram do sexo masculino e três do feminino. Quinze dos pacientes masculinos eram homossexuais, enquanto que mais um era bissexual.

1 Cirurgião colorretal, Diretor da Unidade Mexicana de Colo-Proctologia.  
2 Fellow, Unidade Mexicana de Colo-Proctologia.  
Copyright® 1983 by CIDADE-Editora Científica Ltda.

Tabela 2 – Distribuição por idades e sexo

Anos	Masculino	Feminino
0 – 10	–	–
11 – 20	4	1
21 – 30	14	1
31 – 40	4	1
41 – 50	5	–
+ 50	3	–
	30	3

**Estado civil** – Houve na nossa série um franco predomínio de homens solteiros com um total de 21 casos (63,6%), enquanto que sete homens eram casados. Das pacientes femininas duas eram solteiras e uma casada (**Tabela 3**).

Tabela 3

Estado Civil	Masculino	Feminino
Solteiros	21	2
Casados	7	1
Divorciados	1	–
União livre	1	–
	30	3

**Ocupação** – A ocupação mais freqüente na nossa série foi a de profissionais liberais com 14 casos, incluindo dentro deste grupo contadores, engenheiros, economistas, advogados, licenciados em administração de empresas, matemáticos, odontólogos e publicistas. Seguiram em freqüência os estudantes, com oito casos, empregados seis, artistas três, houve uma secretária e um sacerdote (**Tabela 4**).

**Sinais e sintomas** – As manifestações mais freqüentes foram: presença de massa tumoral, 27 casos (82%), prurido anal, 20 casos (66%), dor anorretal e ardor anal com 19 casos cada um (57%), secreção com 17 (51%) e hemoproctorragia com 15 (45%). Na **Tabela 5** apresenta-se a relação completa de sinais e sintomas, incluindo a patologia associada anorretal.

**Laboratório** – Realizou-se estudo de VDRL nos 33 casos sendo positivo em dois, ambos com sífilis primária anorretal.

Em todos os nossos doentes submetidos a tratamento cirúrgico foram efetuados estudos pré-operatórios: biometria hemática, química sanguínea, tempo de protrombina, exame geral de urina.

Tabela 4

Ocupação	Masculino	Feminino
Prof. liberais	14	–
Contador	3	–
Engenheiro	3	–
Economista	3	–
Advogado	1	–
Adm. de Emp.	1	–
Matemático	1	–
Odontólogo	1	–
Publicista	1	–
Estudante	7	1
Empregado	5	1
Artista	3	–
Secretária	–	1
Sacerdote	1	–
	30	3

Em dois pacientes se realizou cultura de secreção uretral, revelando em um caso *Proteus vulgaris* e no outro caso *Neisseria gonorrhoeae*.

A coprocultura foi realizada nos 33 casos tendo mostrado em quatro *Neisseria gonorrhoeae* e em um *Enteromona hominis*. O estudo coproparasitológico também foi efetuado em todos os nossos doentes tendo revelado três casos de amebíase intestinal.

Foi realizado o estudo do Treponema em campo escuro em um paciente que apresentava uma úlcera anal, tendo resultado um estudo positivo para *Treponema pallidum*.

Efetuuou-se em 27 doentes um estudo histopatológico, tendo como resultado em 26 casos condilomatose acuminada em diferentes localizações (**Tabela 6**), e em um caso com sífilis, lesão granulomatosa na primeira válvula retal.

Tabela 5 – Sinais e sintomas

Massa tumoral	27	(82%)
Prurido anal	20	(66%)
Dor anorretal	19	(57%)
Ardor	19	(57%)
Secreção	17	(51%)
Hemoproctorragia	15	(45%)
Sensação evac. incomp.	6	(18%)
Odor fétido	3	(10%)
Diarréia	2	(6%)
Constipação	2	(6%)
Incontinência	1	(3%)
Eritema perianal	1	(3%)

**Tabela 6 – Localização de condilomatose**

Condiloma perianal	9
c/pênis	1
c/vaginal	1
Condiloma anal e perianal	9
c/pênis	1
c/púbis e pênis	1
Condiloma anal	1
Condiloma anal, perianal e retal	2
c/pênis e ínguino-escrotal	1
	<u>26</u>

### Diagnóstico integral

Foram realizados um total de 40 diagnósticos de enfermidades venéreas em nossos pacientes, tendo predominado a condilomatose acuminada com 26 casos (65%). Seguiram em freqüência a proctite gonorréica com quatro casos (10%), a amebíase com 3 (7,5%), a salmonelose com 3 (7,5%), o herpes perianal com 2 (5%) e a sífilis anorretal com 2 (5%) (**Tabela 7**).

**Tabela 7 – Diagnóstico integral**

Casos		
Condilomatose acuminada	26	(65%)
Proctite gonorréica	4	(10%)
Amebíase	3	(7,5%)
Salmonelose	3	(7,5%)
Herpes perianal	2	(5%)
Sífilis anorretal	2	(5%)

Em sete casos encontramos associação entre enfermidades venéreas, de tal maneira que todos os casos de infecções entéricas estiveram relacionados com algum outro tipo de enfermidade venérea, encontrando-se em um caso associação entre herpes perianal e gonorréia (**Tabela 8**).

**Tabela 8 – Associação entre enfermidades venéreas**

Condílomas e amebíase	2
Sífilis e salmonelose	2
Gonorréia e amebíase	1
Gonorréia e salmonelose	1
Gonorréia e herpes perianal	1
	<u>7</u>

### TRATAMENTO

Um total de 19 pacientes receberam tratamento cirúrgico, enquanto que o restante, 14 casos, só receberam tratamento médico. Os 19 casos cirúrgicos corresponderam aos pacientes com condilomatose acuminada, tendo utilizado eletrofulguração em nove casos, eletrofulguração e podofilina em nove mais e biópsia excisional em um caso. Na **Tabela 9** mostra-se a relação completa das formas de tratamento dos nossos pacientes.

**Tabela 9 – Tratamento**

Condilomatose (26)	
Eletrofulguração	9
Podofilina	4
Eletrofulguração e podofilina	9
Excisional	1
Perda do paciente	3
Gonorréia (4)	
Espectinomicina	2
Ampicilina	1
Cefalosporinas	1
Amebíase (3)	
Metronidazol	2
Metronidazol e etofamida	1
Salmonelose (3)	
Sulfametoxazol-trimetoprim	3
Herpes (2)	
Idoxiuridina	2
Sífilis (2)	
Penicilina	2

### Evolução

Dos 23 pacientes com condilomatose acuminada que receberam tratamento, onze (47,8%) apresentaram recidivas; seis pacientes apresentaram uma recidiva, três apresentaram duas recidivas, apresentando-se em um paciente três recidivas e em outro até quatro recidivas inclusive. Dos casos com herpes, em um observou-se uma recidiva e em outro caso não foi possível o seguimento do paciente (**Tabela 10**). Os casos de sífilis, gonorréia e infecções entéricas foram controlados com o tratamento médico.

**Tabela 10**

Recidivas	Uma	Duas	Três	Quatro
Condílomas	6	3	1	1
Herpes	1	–	–	–

No que se refere à condilomatose, é interessante assinalar que a maior incidência da primeira recidiva ocorreu entre a segunda e a quarta semana, enquanto que a segunda recidiva se observou com mais freqüência entre o segundo e o quarto mês (**Tabela 11**).

**Tabela 11 – Recidivas de condilomas**

Recidiva	1ª	2ª	3ª	4ª
1-2 semanas	3	—	—	—
2-4 semanas	5	1	—	—
4-8 semanas	—	1	—	—
2-4 meses	1	3	—	—
+ 4 meses	—	2	2	1

## DISCUSSÃO

O erotismo anal é um fato da vida moderna. Pode ser uma variante normal das relações heterossexuais, mas é uma parte importante da relação homossexual em homens<sup>3</sup>. Alguns autores citam um aumento da incidência das enfermidades venéreas anorretais de até 300%; este aumento se deve tanto a fatores de índole social quanto médica (**Tabela 12**)<sup>1</sup>.

**Tabela 12 – Fatores de aumento das enfermidades venéreas**

### Fatores sociais

- Aumento da homossexualidade
- Maior promiscuidade
- Prostituição incontrolada
- Pouca informação entre gente jovem
- Novos métodos anticoncepcionais
- Abandono do preservativo de borracha
- Migração e mobilidade social
- Mudanças de imunidade bacteriológica

### Fatores médicos

- Pouca informação em médicos
- Negligência médica
- Poucos centros de informação
- Poucos centros de tratamento
- Preconceitos da parte dos médicos

Na nossa série encontramos sete casos de 1974 a 1978, enquanto que de 1979 a 1983 o total de casos foi de 26, o qual representa um aumento de 370% na incidência dos últimos cinco anos.

**Condilomatose acuminada** — É uma enfermidade benigna que se localiza geralmente na região ano-reto-perineal e genital. Caracteriza-se pela presença de lesões em forma de couve-flor, que

medem desde alguns milímetros até vários centímetros. O agente causal é um pequeno vírus DNA de crescimento lento, pertencente ao grupo *Papovirus*.

O diagnóstico se faz pela apresentação clínica da doença, sendo necessário fazer um diagnóstico diferencial com os condilomas planos e com os tumores malignos; o estudo histopatológico das lesões estabelece o diagnóstico definitivo. Na nossa série, a condilomatose foi a enfermidade mais freqüente, com 26 casos (65%).

Foram assinaladas 18 formas diferentes de tratamento<sup>4</sup>, sendo as mais importantes: a podofilina a 10 ou 25%, a eletrofulguração, a crioterapia e a excisão cirúrgica. É necessário o seguimento dos pacientes depois do tratamento com o fim de combater as recidivas. A forma mais freqüente de tratamento dos nossos pacientes foi a eletrofulguração em nove casos e a eletrofulguração combinada com podofilina em outros nove. Sempre se faz necessário evitar o contato sexual enquanto o paciente está sob tratamento e também a revisão sexual do casal.

Assinalou-se uma forte associação entre homossexualismo e condilomatose ano-reto-perineal<sup>4, 5, 6, 7</sup>; doze dos nossos pacientes com condilomatose acuminada eram homossexuais (46%) (**Tabela 13**). No entanto existem outros fatores que contribuem para o aparecimento desta enfermidade, tais como sudorese perianal profusa e higiene anal deficiente e inadequada<sup>8</sup>.

**Tabela 13 – Condilomatose e homossexualismo**

<i>Ruiz-Healy,</i>	MEX.	46%
<i>Rodriguez-W,</i>		
<i>Gutierrez-C</i>		
<i>Swerdlow,</i>	USA	46%
Salvati		
<i>Schlappner,</i>	CAN.	72%
<i>Shaffer</i>		
<i>Waugh</i>	G.B.	81%
<i>Oriel</i>	G.B.	83%

## Gonorréia

As infecções anorretais causadas pelo diplococo Gram-negativo *Neisseria Gonorrhoeae* podem cursar assintomáticas ou sintomáticas. Os sintomas anorretais são: secreção anal, tenesmo, dor ao defecar, ardor e prurido anal<sup>9, 10</sup>. Ao exame direto, a mucosa retal encontra-se congestionada, edematosa e friável; o exsudato purulento de aspecto cremoso está sempre presente, especialmente nas criptas anais<sup>10, 11</sup>.

O diagnóstico pode ser estabelecido pelo exame direto do esfregaço do material purulento ou pela cultura deste em meios específicos, como o *Thayer-Martin*. A confirmação do exame da cultura pode estabelecer-se mediante reação de fermentação de carboidratos ou pelo estudo com anticorpos imunofluorescentes<sup>10</sup>.

Reportou-se uma associação entre gonorréia anorretal e condilomatose acuminada em homossexuais<sup>10</sup>. Na nossa série não encontramos nenhum caso de associação entre estas duas enfermidades; no entanto, um caso se associou com amebíase, outro com salmonelose e mais um com herpes perianal.

O tratamento desta enfermidade é clínico, podendo utilizar-se a penicilina G procaína, ampicilina, espectinomicina, as tetraciclina, doxicilina e amoxicilina. As complicações podem requerer tratamento cirúrgico. Na nossa série, quatro pacientes apresentaram proctite gonorréica (10%). Dois dos nossos pacientes receberam tratamento com espectinomicina, um com ampicilina e um com cefalosporinas.

## Sífilis

Produzida pelo *Treponema pallidum*, um espiroqueta com seis a 14 espirais regulares e de mobilidade característica. Subdivide-se clinicamente em primária, secundária e latente.

A sífilis primária se caracteriza pelo clássico cancro indolor, indurado e localizado no lugar da inoculação; em geral todas as lesões anogenitais consecutivas a um contato sexual devem ser suspeitas de sífilis. Deve se fazer o diagnóstico diferencial entre a úlcera sífilítica anal de apresentação lateral com as úlceras e fissuras anais comuns de localização ântero-posterior. Assinalou-se que de 25 a 50% da sífilis primária em pacientes masculinos é extragenital, habitualmente anal e consecutiva a atividade homossexual<sup>11</sup>.

A sífilis secundária aparece seis a oito semanas depois da lesão primária e consiste em diferentes formas de *rash* cutâneo, lesões mucosas, condilomas planos, linfadenopatia entre outros sinais. Na fase latente os pacientes não apresentam manifestações clínicas.

As provas sorológicas desempenham um papel importante no diagnóstico da sífilis primária e secundária; estabelece-se pela demonstração do *T. pallidum* mediante o microscópio de campo escuro do material obtido de um cancro, gânglio linfático ou outra lesão.

O tratamento de escolha para a sífilis continua sendo a penicilina; nos pacientes alérgicos à

penicilina podem empregar-se tetraciclina; e naqueles alérgicos à penicilina e com intolerância às tetraciclina ou em mulheres gestantes, pode empregar-se a eritromicina. As seqüelas da sífilis tardia incluem a neurosífilis, sífilis cardiovascular e a formação de lesões gomosas localizadas. Outra complicação da sífilis é a forma congênita da enfermidade<sup>2</sup>.

Encontramos na nossa série dois casos de sífilis anorretal (5%) ambos apresentando lesões ulceradas retais; nos dois casos o estudo VDRL foi fortemente positivo; em um dos casos foi possível demonstrar o treponema mediante campo escuro. Os dois casos receberam tratamento com penicilina, com remissão da sintomatologia.

## Herpes

O agente etiológico das lesões genitais, perianais e anais, é um vírus DNA, o herpes vírus, tipo 2<sup>12</sup>. As lesões características são as vesículas únicas ou múltiplas; estas vesículas se rompem espontaneamente e deixam úlceras extremamente dolorosas. Na nossa série encontramos dois casos de herpes perianal (5%), com a presença das típicas vesículas e ulcerações.

O diagnóstico se baseia nas características clínicas das lesões, mas pode ser apoiado pela identificação direta de células gigantes com inclusões intranucleares em esfregaços tingidos com a técnica de Papanicolau e outros métodos histológicos, pela identificação do herpes vírus por microscopia eletrônica, pela detecção de antígenos do herpes vírus simples por radioisótopos, por estudos enzimáticos ou por radioimunoensaio. A fixação do complemento encontra-se aumentada; o efeito citopatogênico nos meios de cultura característico do herpes vírus tipo 1 é inconstante no caso do herpes vírus tipo 2.

A infecção anal por herpes simples é geralmente autolimitada, podendo curar espontaneamente no fim de uma a três semanas; no entanto, a recorrência é a regra<sup>2, 12</sup>.

O tratamento sintomático à base de banhos de assento e analgésicos pode ser útil. Os supositórios ou unguentos à base de esteróides não devem ser empregados porque podem agravar o quadro. Entre as formas de tratamento que existem contra o vírus, encontram-se a idoxiuridina, a auto-imunização e a foto-inativação. Desenvolveu-se na Alemanha Ocidental uma vacina com vírus atenuados cujos resultados iniciais têm sido promissores<sup>12</sup>.

Assinalou-se uma forte correlação entre as infecções por herpes vírus tipo 2 e o câncer cérvico-uterino. No entanto, não se estabeleceu

correlação entre este tipo de infecção e o carcinoma anal.

Nossos dois doentes foram tratados com idoxiuridina, apresentando-se num dos casos recidivas e perdendo-se o controle subsequente do outro paciente.

A infecção anal pelo herpes vírus foi considerada como enfermidade venérea consecutiva a coito anal. Os dois pacientes desta série eram homossexuais e um deles apresentou proctite gonorréica associada.

### Infecções entéricas

As infecções entéricas ocasionadas por bactérias (*Shigella* e *Salmonella*), vírus (hepatite A) e protozoários (*Amebíase* e *giardíase*) podem ser consequência de contato oral-anal e oral-genital<sup>2, 13</sup>, principalmente quando existem outras enfermidades venéreas associadas.

Na nossa série encontramos três casos de amebíase e três de salmonelose, todos eles associados com outras enfermidades venéreas (**Tabela 6**). Os seis pacientes corresponderam ao sexo masculino sendo cinco deles homossexuais.

Estas infecções podem cursar assintomáticas ou ocasionar dor abdominal tipo cólica, diarréia, náuseas e vômitos. Sempre é importante pesquisar os antecedentes de contato oral-anal ou oral-genital.

O diagnóstico se estabelece mediante perfil coprológico que inclui: exame direto, coprocultura, coproparasitoscópico, ameba em fresco e coprológico. As reações sorológicas são também importantes no diagnóstico. As complicações vão desde a desidratação até a septicemia e o abscesso hepático amebiano.

O tratamento deve ser sempre específico contra o agente etiológico. Dos nossos pacientes com amebíase, dois receberam metronidazol e um metronidazol e etofamida. Todos os pacientes com salmonelose receberam tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim.

Não encontramos na nossa série nenhum caso das outras enfermidades venéreas anorretais mencionadas na **Tabela 1**.

### CONCLUSÕES

Somos de opinião, com base na experiência esta série, que aqueles pacientes nos quais se

suspeita de enfermidade venérea anorretal, devem ser submetidos a um protocolo para seu estudo sistemático (**Tabela 14**).

**Tabela 14 – Protocolo de estudo para o paciente com doença venérea anorretal**

- 
- 1 – História clínica (história sexual)
  - 2 – Exame físico
  - 3 – Exploração proctológica completa
  - 4 – Perfil coprológico
    - Coprocultura direta
    - Coproparasitoscópico – III
    - Coprológico
    - Ameba em fresco
    - Soro-ameba
  - 5 – Cultura de exsudato faríngeo, retal e uretral para gonococo
  - 6 – Reações soro-luéticas
- 

Observou-se um aumento das enfermidades venéreas anorretais nos últimos cinco anos de até 370% segundo a nossa série.

A condilomatose acuminada continua sendo a doença venérea anorretal mais freqüente.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LENTINI J, TAVRE C & LEVERONI J – Anorectal venereal diseases. *Proctology*, 2: 196, 1980.
2. Department of Health and Human Services: Sexually transmitted diseases summary, U.S.A. 1982.
3. MARINO AWM Jr & MANCINI HWN – Anal erotism. *Surg Clin North Am*, 3: 513, 1978.
4. SWERDLOW DB & SALVATI EP – Condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum*, 14: 226, 1971.
5. SCHLAPPNER OLA & SHAFFER EA – Anorectal condylomata acuminata. A missed part of the condyloma spectrum. *Can Med Assoc J*, 118(2): 172, 1978.
6. WAUGH M – Condyloma acuminata. *Brit Med J*, 2: 527, 1972.
7. ORIEL JD – Anal warts and anal coitus. *Brit Vener Dis*, 47: 373, 1971.
8. RUIZ-HEALY F & RODRIGUEZ-WONG UJ – Condilomatosis acuminada perianal. *Sem Med Mex*, 93(7), 1175:149, 1977.
9. CARVALHO A – Gonorrhoeal proctitis in private practice. Report of Four International Meeting of colonic and rectal surgeons. Ed. Peter Ryan Melbourne. Australia, pp. 30, 1975.
10. FELMAN Y & NIKITAS JA – Anorectal gonococcal infection. *N Y State J Med*, 80(2): 231, 1980.
11. SAMENIUS B – Sexually transmitted anorectal disease: unusual anorectal lesions. Report of four international meeting of colonic and rectal surgeons 1974. Ed. Peter Ryan, Melbourne. Australia, pp. 7, 1975.
12. JACOBS E – Anal infections caused by herpes simplex virus. *Dis Colon Rectum*, 19(2): 151, 1976.
13. SOHN N & ROBILOTTI JG Jr. – The gay bowel syndrome. *Am J Gastroenterol*, 67(5): 478, 1977.