

INFECÇÃO PELO HPV: QUANDO E COMO TRATAR?

UNITAU-SP

Setor de Genitoscopia

Prof. Dr André Luis F Santos

**QUAL O NOSSO OBJETIVO
PRINCIPAL?**

- Redução da morbi-mortalidade por CA
colo

- Evolução lenta
- Evitável
- Ineficiência dos programas de prevenção
- Prevenção primária – perspectiva
- **Prevenção secundária - realidade**

CARCINOGENESE

- HPV → 80% transitório → 1% câncer
- HPV alto risco
- Alta carga viral
- Persistência
- Interagir com a célula
- Imunidade
- Co-fatores (tabagismo: RR 3,4 a 7,0)
- NIC (1, 2 e 3)
- **NIC 3** (ou CA in situ: virtualmente idênticas) → 12% câncer

(ÖSTÖR, 1993; HO, 1998; MOSCICKI et al, 1998; SINGER, 2000; SYRJÄNEM & SYRJÄNEN, 2000; SANTOS et al, 2003)

HISTÓRIA NATURAL DA INFECÇÃO PELO HPV

- Completa eliminação viral pós-infecção aguda
- Infecção latente
- Infecção ativa e progressiva - LESÃO

O TRATAMENTO SE BASEIA NO
LOCAL E TIPO DE **LESÃO** QUE O
VÍRUS PRODUZIU

LOCAL: TRATO GENITAL INFERIOR

- Vulva
- Vagina
- Perianal e anal
- Colo

TIPOS DE LESÕES

- Clínicas
- Subclínicas

CLÍNICA: Verrugas - HPV

■ Localização

-Vulgar

-Plantar

-Plana

-Filiforme

-**Anogenital**

■ 3 formas clínicas

-Couve-flor: condiloma
acuminado

-Pápula pedunculada

-Máculas

SUBCLÍNICA: Neoplasias - HPV

■ Localização

- Vulva - NIV
- Vagina - NIVA
- Ânus - NIA
- Colo - NIC

■ Graus

- 1
- 2
- 3

**COMO A LESÃO FOI
DIAGNOSTICADA?**

DIAGNÓSTICO DA LESÃO

- Clínico
- Citológico
- Genitoscopia
- **Histologia**

A OPÇÃO TERAPÊUTICA VAI DEPENDER DE:

- Topografia – extensão e multifocalidade
- Tipo de lesão – grau de neoplasia
- Idade
- Imunossupressão
- Gestação

AS FORMAS DE TRATAMENTO:

- Destrutivos: químicos e físicos
- Excisionais
- Imunomoduladores
- Antivirais
- Vacinas

VULVA E PERIANAL: LESÃO CLÍNICA

- ATA 70-90%
- Podofiloxina 0,3 – 0,5%
- **Imiquimode 5%**
- Eletrocirurgia
- Laser
- Excisão à frio

Interferon e podofilina

(SCHÖFER et al., trial randomizado, 2006; YAN et al., meta-analise; 2006)





PERSPECTIVA

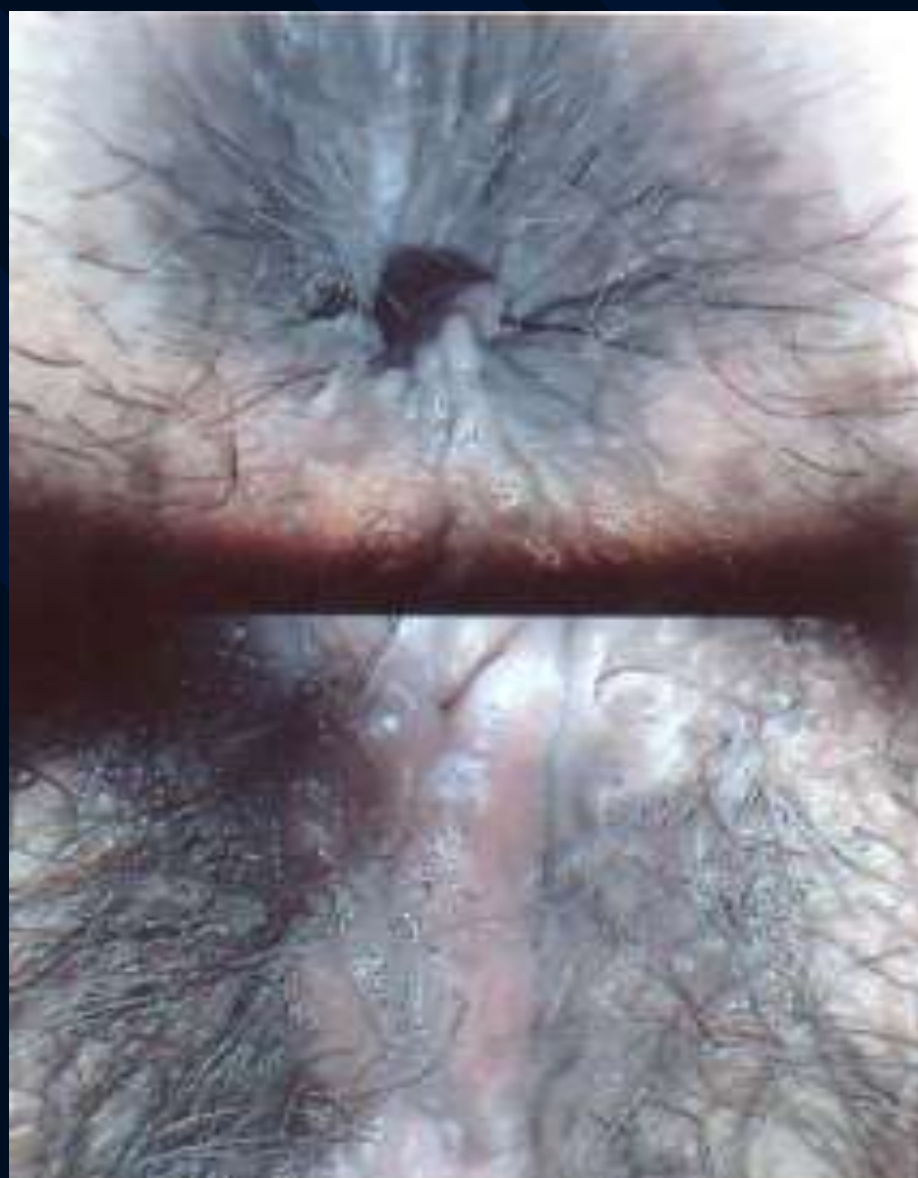
- Antivirais tópicos: cidofovir gel 1%; polyhexamethylene creme
- Antivirais sistêmicos: inosiplex 50mg/kg/dia-12 sem
- Terapia fotodinâmica -ALA-PDT (5-aminolaevulinic e luz vermelha)
- Vacinas

(ALBARRAN Y CARVAJAL et al; 2007; BONATTI et al; 2007; CHEN et al; trial randomizado, 2007; FIANDER et al., 2006;; MARELLI et al., trial randomizado;2005; VANDEPAPELIERE et al., 2005)

VULVA E PERIANAL: LESÃO SUBCLÍNICA

- Menor risco para câncer
- Não tratar sinais de HPV / NIV e NIA 1
- O tratamento de NIV/NIA 2 e 3: idade, quantidade e localização das lesões
- ATA; imiquimode; eletrocauterização; laser; excisional

(ABG, 2006; WIELAND et al., 2006)





PERSPECTIVA

- Vacinas

(FIANDER et al., 2006; PALEFSKY et al., 2006)

VAGINA: LESÃO CLÍNICA

- Lesões múltiplas?
- ATA 70-80%
- 5-fluorouracil 5%
- Laser
- Imiquimode



VAGINA: LESÃO SUBCLÍNICA

- NIVA 1/HPV: expectante
- NIVA 2 e 3: extensão, idade, imunossupressão e recidivas
- ATA 70-80%, eletrocauterização e excisão – focais
- Laser, 5-fluorouracil 5%, **imiquimode(sachê 0,25g p sem-3 sem)**, colpectomia - multifocais

(HAIDOPOULOS et al., 2005; HENRY et al., 2003)

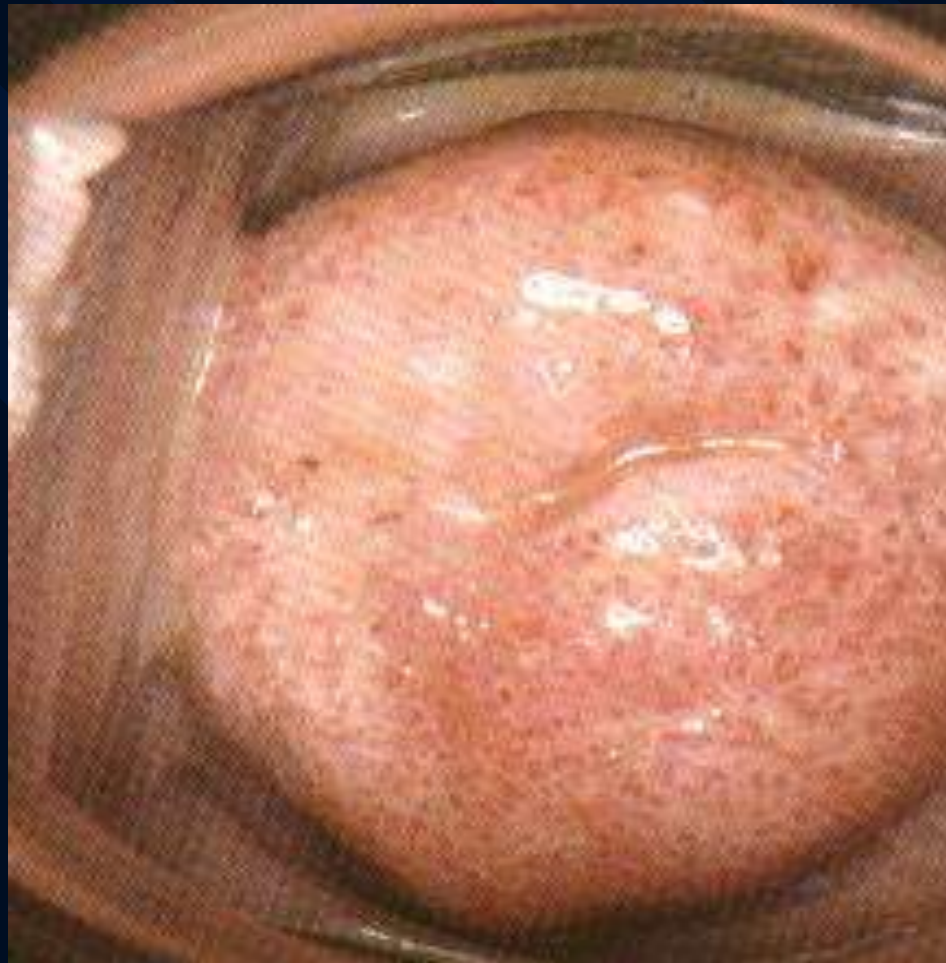
PERSPECTIVA

- Vacinas

(FIANDER et al., 2006)

COLO: LESÃO CLÍNICA

- Biópsia prévia
- Destrutivos - Laser
- Excisionais - CAF



PERSPECTIVA

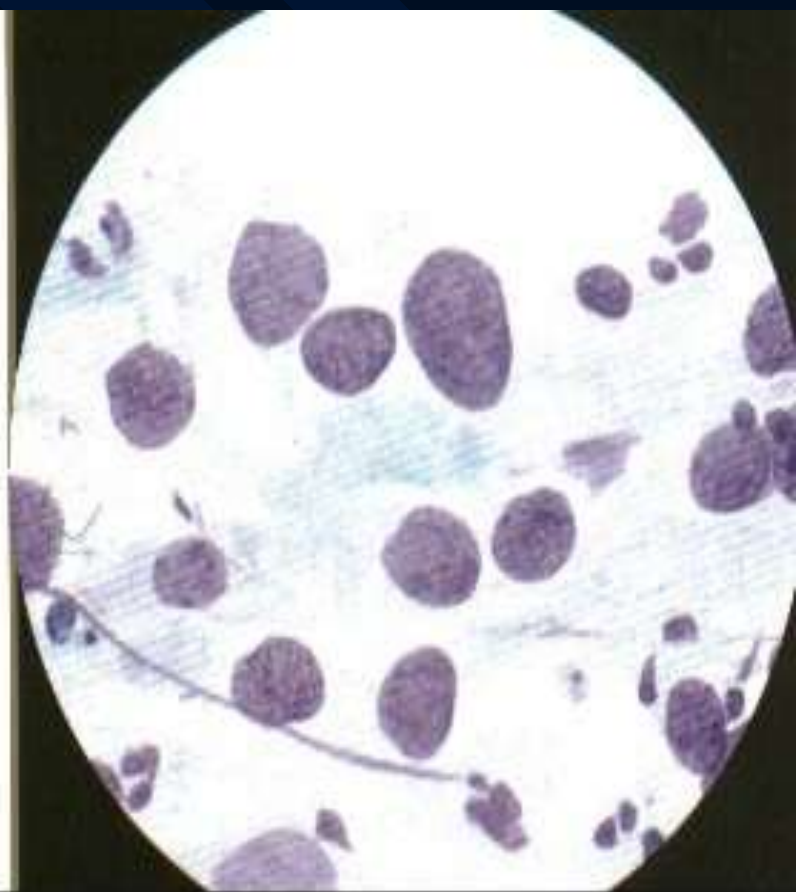
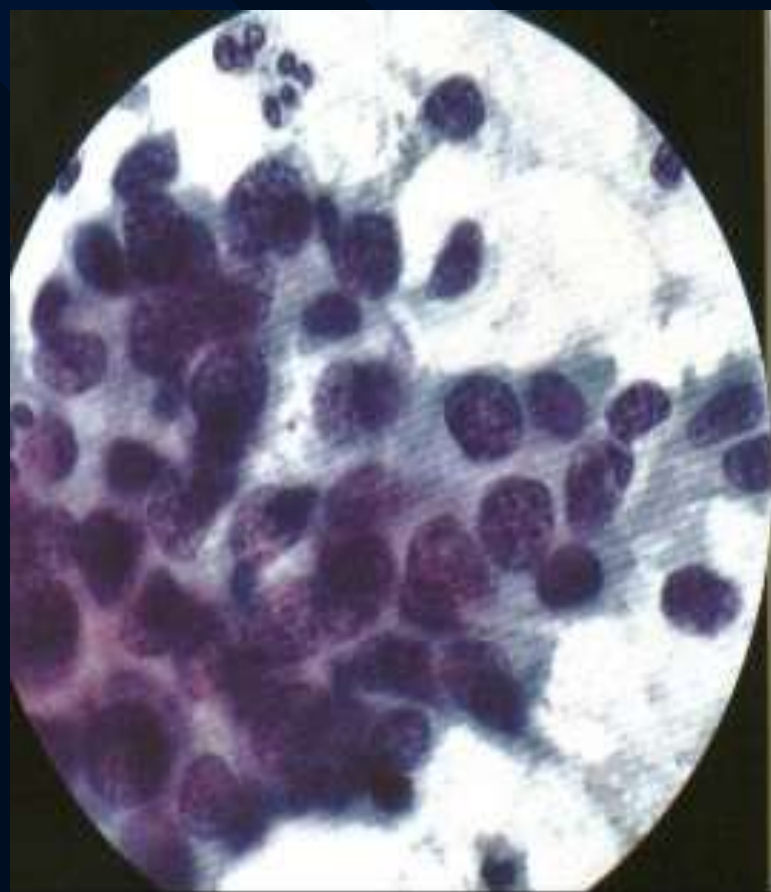
- Antiviral sistêmico: inosiplex
- PDT
- Vacinas

(FIANDER et al., 2006; GARCIA-HERNÁNDEZ et al., 2006; GEORGALA et al., trial randomizado, 2007; YAMAGUCHI et al., 2005)

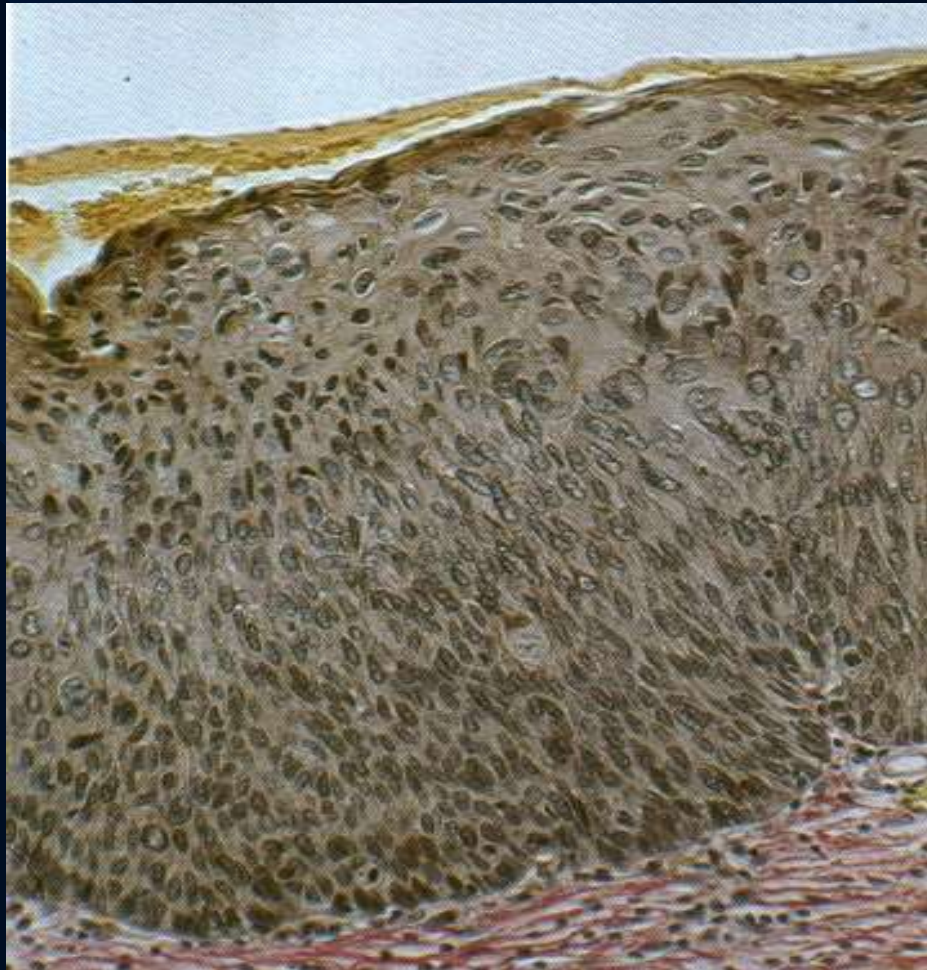
**COLO:
LESÃO SUBCLÍNICA**

PROGRESSÃO NIC

- NIC 1 – manifestação morfológica do HPV
- NIC 2 e 3 – **precursores do CA cervical**







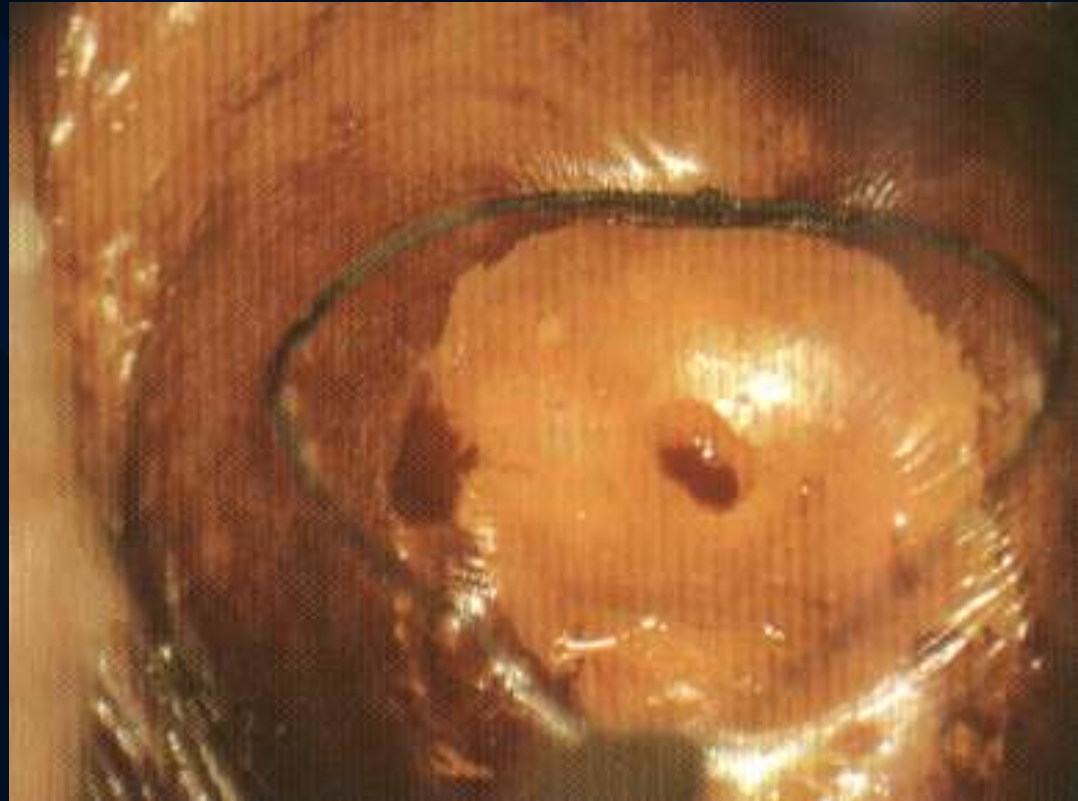
MANEJO DAS LESÕES MAIORES

- **Consenso em tratar**
- Severidade morfológica
- 10 a 60% NIC 2 e 3 não tratados → invasor
- Risco de evolução
- Cura (90%)

(MITCHELL et al., 1998; DEXEUS et al., 2000)

- Os métodos excisionais e destrutivos se equivalem em resultados
- Preferência pelo excisional → alta frequência → combina vantagens das técnicas ablasivas c/ a segurança da análise histológica → facilidade → rapidez → custo → menos complicações

(MARTIN-HISCH et al, Cochrane Library, 2001; NUOVO et al, 2000: 21 estudos controlados e randomizados; PRENDIVILLE, 1995;)





ABG 2006

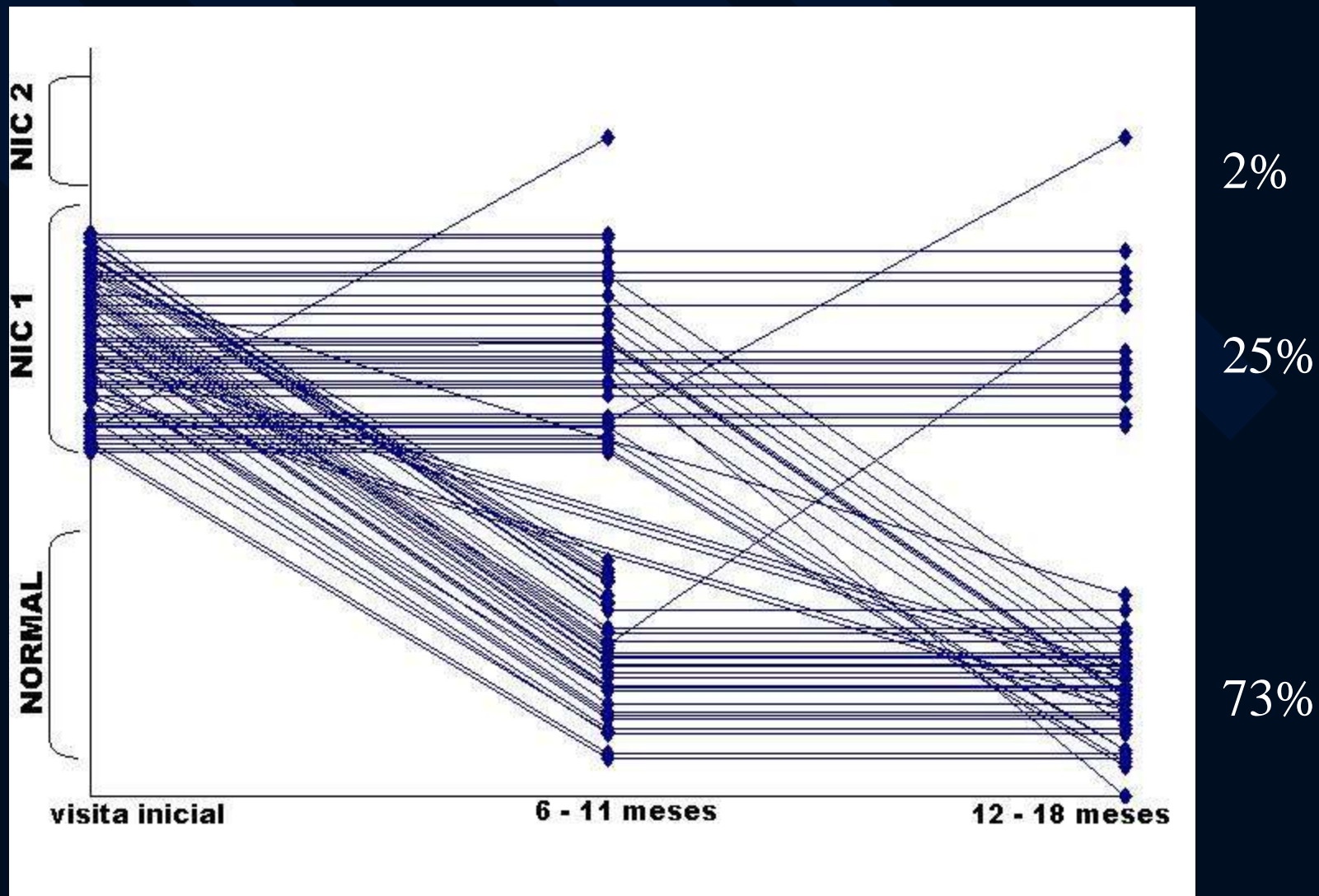
LAG

- Método excisional
- Bisturi à frio ou Laser ou CAF ou Alça de Fisher
- Cirurgiã
- JEC e lesão visível – CAF (1 passagem)
- Parcialmente – canal
- Adeno in situ - agressivo

MANEJO DAS LESÕES MENORES ?

- 60 a 70 %
- Jovens
- Baixo risco
- Distinguir quem vai evoluir
- Seguimento ou tratamento ?
- Com CO?
- Com colposcopia?
- Teste de DNA-HPV?
- Ablativo ou excisional ?
- Custo e benefício

(DEXEUS et al., 2000; SINGER, 2000; WRIGHT et al., 2002)



(SANTOS e cols, 2006)

ABG 2006

HPV ou NIC1

- Possível seguimento - cito-colposcópico em 6 – 12 meses – pode incluir o biomolecular – persistência histológica – tto ablasivo ou excisional
- Pacientes de difícil seguimento - tratamento

HPV: Mulheres > 30 anos
Alto risco oncogênico

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Seguir um protocolo
- Individualizado → mulher, o médico e a **realidade**
- Objetivo de diminuir morbimortalidade OFERECENDO QUALIDADE DE ATENDIMENTO – **HUMANIZAÇÃO**

Prof. André Luis F Santos
e-mail: aasantos@vivax.com.br