

## Condiloma lingual: relato de caso clínico

## Condyloma in the tongue: a case report

*Therezita M.P.P.G. Castro<sup>1</sup>, Maria Luisa Duarte<sup>2</sup>*

Palavras-chave: condiloma na língua,  
HPV, na cavidade oral.  
Key words: condyloma in the tongue,  
HPV, oral cavity.

### Resumo / Summary

**O** condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível causada pelo Papilomavírus humano (HPV). Freqüente na região anogenital e rara na cavidade oral. No entanto, o aumento da atividade oro-sexual vem cada vez mais favorecendo a instalação da infecção do HPV na mucosa oral. O presente relato descreve um condiloma na cavidade oral em um paciente do sexo masculino, de 35 anos, com história de prática de sexo oral, cujo diagnóstico foi confirmado pela biópsia. O tratamento instituído foi efetuado com o uso de ácido tricloacético a 80%, ocorrendo remoção completa da lesão. Foi feita uma revisão da literatura acerca da incidência, quadro clínico, diagnóstico, tratamento e profilaxia.

**T**he acuminated condyloma is a sexually transmissible disease caused by the Papilomavirus (HPV). It is frequently found in the anus-genital region and rare in the mouth cavity. However, the increase of the oral-sexual activity has even more favored the occurrence of the HPV in the oral mucous. This report describes a condyloma in the oral cavity of a 35-year old man with a history of oral sex practice, which diagnostic was confirmed by a biopsy. The treatment for his case was clinical through the use of TCA (trichloro acetic acid, at 80%) with a total restoration of the lesion. A literature review was carried out on the incidence, clinical, diagnosis, treatment, and prophylaxis of the disease.

<sup>1</sup> Pós-Graduada (mestrado) da Disciplina de Otorrinolaringologia da FMSCMSCSP. Professora assistente da Disciplina de Otorrinolaringologia da UNCISAL e UFAL.  
<sup>2</sup> Mestra em Patologia (Anatomia Patológica) pela Universidade Federal Fluminense. Professora assistente da Disciplina de Medicina Legal e Ética Médica da UNCISAL.

Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade de Ciências da Saúde – UNCISAL.

Endereço para Correspondência: Av. Alvaro Otacilio 3031 ap. 402 Ponta Verde 57035-180 Maceió AL

Fax (0xx82) 241-0601-E-mail: therezitagalvao@bol.com.br

Artigo recebido em 22 de maio de 2003. Artigo aceito em 17 de julho de 2003.

## INTRODUÇÃO

HPV é a abreviatura utilizada para identificar o Papilomavírus humano, causador do condiloma acuminado (do grego *Kondilus*, tumor redondo e do latim *acuminare*, tornar pontudo), também conhecido como “crista de galo” ou “verruca venérea”<sup>1,2</sup>. São vírus epiteliotrópicos, não envelopados, pequenos, que apresentam DNA circular duplo e pertencentes à família Papovaviridae, podem ser responsáveis por doença subclínica e estarem associados a lesões pré-malignas e mesmo a algumas neoplasias intra-epiteliais.<sup>2,3</sup> Apresentam cerca de 55nm de diâmetro e possuem um genoma composto de 8000 pares de base, com peso molecular de 5.2 x 10<sup>6</sup> daltons; o capsídeo possui 72 capsômeros de estruturas icosaédricas.<sup>2,3</sup>

Já foram identificados mais de 90 tipos diferentes de HPV, responsáveis tanto por lesões benignas quanto malignas. Desse total, quase 50% infectam o trato anogenital, estando entre eles os considerados de alto risco oncogênicos.<sup>2,3</sup>

Atualmente, a infecção genital pelo HPV é a doença viral sexualmente transmissível (DST) mais freqüente na população de vida sexual ativa. Em 1996, o “Center for Disease Control and Prevention” (CDC) estimava em 500 mil a 1 milhão de casos novos, por ano, de infecção pelo HPV. Na ocasião, os índices de HPV eram suplantados apenas por infecção clamidiana (4 milhões) e tricomoníase (3 milhões).<sup>1,4</sup>

Suskind et al., em 1996, afirmaram ser o condiloma anogenital mais freqüente em homens jovens sexualmente ativos do que em mulheres; relatam também que pacientes com condiloma anogenital que praticam sexo oral têm 50% de chance de ter condiloma oral. Mais recentemente, com o desenvolvimento da técnica de reação de polimerase em cadeia (PCR), descobriu-se que infecções pelo HPV podem ser muito mais freqüentes.<sup>1,5</sup>

A transmissão do HPV ocorre pelo contato da pele sexual ou perinatal. Entre elas, a via sexual representa a grande maioria dos casos.<sup>1,6</sup> O vírus pode instalar-se em regiões anatômicas variáveis, como por exemplo: ânus, pênis, vagina e vulva, além de mucosa oral, colo uterino e tecido epitelial.<sup>1,6</sup>

Na cavidade oral, não se conhece claramente o processo de transmissão deste vírus, admitindo-se que ocorre através da auto-inoculação e através da prática de sexo oral.<sup>7,8</sup> Nesta região é a língua o local mais freqüente de lesão pelo HPV, com incidência de 55% em um estudo realizado por Premoli de Percoco & Christensen em 1992. Outros locais na boca são: palato, mucosa bucal, gengiva, lábios, tonsilas, úvula e assoalho da boca.<sup>9</sup> O assoalho da boca é local de muita saliva, onde agentes cancerígenos, como álcool e fumo, aí dissolvidos, permitem maior oportunidade para a ação deletéria viral.<sup>2</sup>

O período de incubação do condiloma acuminado varia de 2 a 8 semanas e tem relação com a competência

imune individual. A progressão da fase de incubação para de expressão ativa depende de três fatores: da permissividade celular, do tipo do vírus e do estado imune do hospedeiro.<sup>1</sup>

A atividade sexual, quando exercida precocemente, aliada a um número alto de parceiros sexuais, juntamente com o uso do fumo, contraceptivo oral e outras doenças sexualmente transmissíveis, são fatores que podem contribuir para aumentar as chances de infecção pelo HPV.<sup>4</sup>

O aumento crescente do interesse pelo estudo do HPV se deve à importância do seu papel oncogênico onde estudos mostram a associação do HPV a lesões pré-cancerosas, carcinomas e outros tipos de neoplasia.<sup>2,4</sup>

Dentre os diferentes tipos de HPV, o 1, 2, 4, 6, 11, 13, 16, 18, 30, 31, 32 e 57 foram encontrados na cavidade oral e estes mesmos tipos são os que afetam as demais mucosas e a pele. Os tipos 6 e 11 são encontrados nas lesões condilomatosas, o 16 é o mais prevalente em lesões neoplásicas e o 18, o mais agressivo.<sup>2,10,11</sup>

Ao exame clínico o condiloma acuminado se manifesta como lesão superficial, única ou múltipla, de crescimento exofítico, de aspecto papilar, frondoso e róseo, distribuído de forma isolada ou coalescente, formando uma massa semelhante à couve-flor. Geralmente as lesões são assintomáticas e alguma vez regredem espontaneamente e podem ou não apresentar recidiva.<sup>1,6,10</sup>

O diagnóstico do condiloma acuminado é dado principalmente pela manifestação clínica, citologia, colposcopia e biópsia.<sup>10</sup> O exame citológico se caracteriza por critérios maiores e menores. Nos critérios maiores encontramos: coilócitos com halos citoplasmáticos perinucleares e displasias nucleares; nos critérios menores: disceratocitos, metaplasia, macrócitos, e binucleação.<sup>4,8</sup> A biópsia permite o estudo histopatológico para confirmar e graduar a lesão. São exames eficazes em determinar a natureza da lesão intra-epitelial e distinguir as lesões causadas pela infecção por HPV das lesões de outra natureza, não sendo capazes de identificar o tipo do HPV envolvido, o que se obtém apenas através das técnicas de biologia molecular (hibridização in situ, captura híbrida e a PCR-Reação em Cadeia de Polimerase), que são exames de difícil acesso devido ao alto custo.<sup>3,10</sup>

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras causas de lesões papulares, como: molusco contagioso, ceratose seborréica, líquen plano e câncer de células escamosas.<sup>1,10</sup>

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico, cujo objetivo é a remoção da lesão visível, já que não há um tratamento eficaz para a erradicação definitiva do HPV. Pode ocorrer recidiva das lesões em locais previamente tratados e em outros, com incidência entre 20 a 30% dos casos.<sup>12</sup> Por outro lado, pode haver resolução espontânea em até um ano (20 a 30% em três meses e 60% em um ano). No tratamento clínico são usados agentes cáusticos, que produzem destruição tecidual; o mais usado é o ácido tricloroacético

(50 a 80%) sobre a lesão uma vez por semana, por 4 semanas. Um outro é a podofilina a 25%, em solução alcoólica ou a 0.5% em gel aplicada na lesão 2 a 3 vezes por semana. Existe também os antitumorais, como o 5-fluoracil em creme que tem eficácia comparável aos outros agentes, porém o alto custo e intolerância por irritação local extrema restringem o seu uso. O tratamento cirúrgico com a excisão cirúrgica, elétrica ou a laser, podem ser utilizados nas lesões, com a vantagem de preservar amostra de tecido viável para estudo anatomopatológico. A eletrocauterização ou crioterapia é uma alternativa, porém pode ser dolorosa no caso de lesões extensas e em locais mais inervados, como na vulva, vagina e períneo.<sup>10, 12,13</sup>

A profilaxia consiste na orientação clínica, esclarecendo que mesmo após o tratamento o vírus pode permanecer em locais previamente tratados e em outras áreas, devendo assim se manterem medidas gerais de higiene local, a preservação da monogamia, juntamente com o uso de preservativos e revisão clínica periódica. É a maneira mais eficaz de prevenir a transmissão do HPV.<sup>10,12,14</sup>

### RELATO DE CASO

Paciente N.M.S., sexo masculino, branco, 35 anos de idade, casado, procedente de Maceió/AL e natural de Recife/PE, foi atendido no ambulatório de Otorrinolaringologia do Hospital José Carneiro da Escola de Ciências Médicas de Alagoas apresentando queixa de tumoração sobre a língua, com início há 3 meses, não tendo usado nenhum tratamento. Na anamnese foi constatado que o paciente praticava sexo oral e anal. Antecedentes - iniciou atividade sexual aos 14 anos de idade, tendo se relacionado com mais de 20 parceiros(as). Fumante e etilista. Referiu ter tido DST - herpes e condiloma genital, já tratados. Informou que sua esposa fez tratamento de condiloma genital. Refere ter feito o teste de Elisa para HIV, o qual foi negativo.

Ao exame otorrinolaringológico, pela orofaringoscopia, foi observado um tumor no 1/3 anterior do dorso da língua, vegetante, com aspecto de couve flor, apresentando cerca de 3 cm de diâmetro e os pilares anteriores, úvula, amígdalas e mucosa jugal estavam normais. Foi realizada a biópsia da lesão, cujo exame histopatológico evidenciou condiloma acuminado. A microscopia mostrou respectivamente, nos aumentos de 100x, 400x e sob inversão (1000x), epitélio hiperplasiado com acantose e papilomatose; no aumento de 400 vezes apresentou coilocitos com halos perinucleares e núcleos irregulares hiper cromáticos (discarióticos) e célula coilocítica com binucleação. Não foi realizado teste de biologia molecular devido ao alto custo.

O tratamento instituído foi clínico, com aplicação de ácido tricloroacético a 80%, 1 vez por semana, com regressão total da lesão. Atualmente após um ano de controle, não se observa retorno da lesão.

ANEXO: O exame microscópico apresenta:

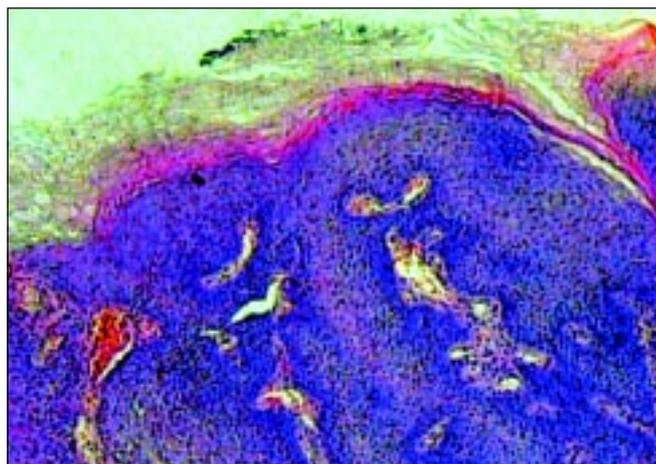


Figura 1. Aumento de 100 x – Epitélio hiperplasiado com acantose e papilomatose.

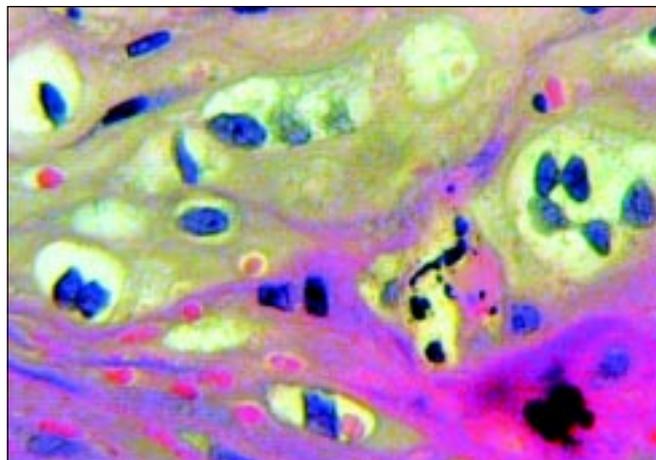


Figura 2. Aumento de 400 x-Coilocitos com halos perinucleares e núcleos irregulares hiper cromáticos (discarióticos)

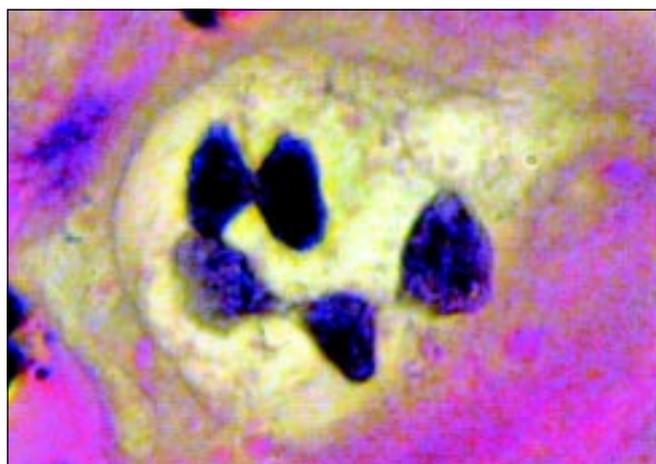


Figura 3. Aumento de 1000 x (imersão) – Célula coilocítica com binucleação.

A profilaxia consistiu na orientação clínica da preservação da monogamia, uso de preservativo e revisão clínica de 6 em 6 meses para verificar se houve retorno da lesão, devendo deixar de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas. Foi explicado que mesmo tratado, o vírus pode permanecer no epitélio da área tratada ou não, seja genital, anal ou na cavidade oral.

## DISCUSSÃO

O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível extremamente comum na região anogenital e raramente descrita na boca e sua transmissão para a cavidade oral pode ocorrer pelo contato oro-sexual ou por auto-inoculação. O caso clínico em estudo é de um paciente do sexo masculino com 35 anos que apresentava um condiloma na língua e praticava sexo oral e anal.

O condiloma na cavidade oral tem mais chance de ocorrer em pessoas que tem contato oro-sexual com atividade sexual precoce, aliada a um número alto de parceiros, juntamente com o fumo, álcool e outras doenças sexualmente transmissíveis. O paciente em estudo teve atividade sexual precoce, muitas parceiras, hábito de fumar e de usar bebida alcoólica e apresentou herpes genital.

A lesão na mucosa oral se localiza com mais frequência na língua, podendo ocorrer também no palato mole, úvula, tonsilas e assoalho da boca. Tem aspecto clínico de lesão única ou múltipla com crescimento exofítico, de forma papilar, frondoso e róseo, constituindo uma massa semelhante à couve-flor. No paciente em estudo a lesão se localizava no 1/3 anterior do dorso da língua, com cerca de 3 cm de diâmetro com aspecto de uma massa tipo couve-flor.

O diagnóstico do condiloma acuminado é dado pelo exame clínico, citologia e confirmado pela biópsia que mostra ao exame histológico a presença de coilócitos com halos citoplasmáticos perinucleares, displasias nucleares, diskeratócitos, metaplasias, macrócitos e binucleação. Os exames pela técnica de biologia molecular (Hibridização *in situ*, captura híbrida e a PCR), são capazes de identificar o tipo do HPV na lesão, porém são exames de difícil acesso por serem de alto custo. No paciente em estudo o diagnóstico foi feito pelo exame clínico da lesão e biópsia, que mostrou ao exame microscópico, no aumento de 100 vezes a presença de epitélio hiperplasiado com acantose e papilomatose; no aumento de 400 vezes a presença de coilócitos com halos perinucleares e núcleos irregulares hiper cromáticos (discarióticos) e no aumento de 1000 vezes (imersão) a presença de célula coilocítica com binucleação. O exame pela técnica de biologia molecular não foi realizado devido ao alto custo.

O tratamento para remoção da lesão pode ser clínico ou cirúrgico, sendo o mais usado o ácido tricloroacético (50 a 80%) aplicado sobre a lesão uma vez por semana, até a remoção completa. No paciente foi utilizado o ácido tricloroacético a 80% aplicado sobre o condiloma semanalmente até ser obtida a regressão total.

Ao paciente foi explicado que o tratamento é capaz de erradicar a lesão, mas o vírus pode persistir no epitélio mesmo após o tratamento, seja na região genital, anal e cavidade oral. A profilaxia consiste na orientação clínica para a preservação da monogamia, o uso de preservativo e revisão periódica, cuidados esses que foram aconselhados ao doente além de não fumar e não ingerir bebida alcoólica. Foi recomendada a reavaliação clínica periódica de 6 em 6 meses.

## COMENTÁRIOS FINAIS

Devido ao grande poder de infectabilidade do HPV, em diferentes sítios de localização, a possibilidade de malignização, além do aspecto social envolvido com a doença, destacamos a importância de se conhecer melhor a infecção por este vírus na mucosa oral, onde tem sido pouco investigado e pouco se conhece sobre seu estado latente e subclínico.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carvalho J & Oyakava N. I Consenso Brasileiro de HPV nº1. São Paulo: BG Editora; 2000.
2. Sarruf MBJ & Dias EP. Avaliação Citopatológica da cavidade bucal em pacientes portadores de infecção genital pelo Papilomavírus Humano (HPV). *J Bras Doenças Sex Trans* 1997; 9(2):4-18.
3. Tavares RR, Passos MRL, Cavalcanti SMB, PinheiroVMS, Rubinstein I. Condiloma genital em homens e soropositividade para HIV. *DST. J Bras Doenças Sex Trans* 2000; 12(1): 4-27.
4. Alvarenga GC, Sá EMM, Passos MRL, PinheiroVMS. Papilomavírus Humano e carcinogênese no colo do útero. *J Bras Doenças Sex Transm* 2000; 12(1):28-38.
5. Badaracco G, Venuti A, Acambia G, Mozzetti S, Benedetti Panici P, Mancuso S, Marcante ML. Concurrent HPV infection in oral and genital mucosa. *J Oral Patho Med* 1998; 27: 130-4.
6. Gross GE & Barrasso R. Atlas do Papilomavírus Humano 2ª Edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; 1999.
7. Chappuis JM, Papa BM, Maldonado MS, Consigli JE. Patologia blanca de la mucosa oral. *Arch Argent Dermatol* 1998; 48: 209-33.
8. Giraldo CP, Simões JK, Filho DR, Tambascia JK, Dias ALV, Pacelo PCC. Avaliação citológica da Orofaringe de Mulheres portadoras de HPV Genital. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1996 out; 18(9): 737-42.
9. Premoli-de-Percoco G, Christensen R. Human Papillomavirus in Oral Verrucal-Papillary Lesions. *Pathologica* 1992; 84:383-92.
10. Camargos AF, Hugo de Melo V. Ginecologia ambulatorial. Belo Horizonte: Coopamed; 2001: 397-400.
11. Tominaga S, Fukushima K, Nishizaki K, Watanabe S, Masuda Y, Ogura H. Presence of Human Papillomavirus Type 6f in Tonsillar Condyloma Acuminatum and Clinically Normal Tonsillar mucosa. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 1996; 26: 393-7.
12. Tatti SA, Belardi G, Marini MA, Eiriz A, Chase LA, Ojeda J et al. Consenso en la metodología diagnóstica y terapéutica para las verrugas anogenitales. *Revista Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas* 2001; 59 (3): 117-31.
13. Suskind DL, Mirza N, Risin D, Stanton D, Sachdeva R. Condyloma Acuminatum Presenting as a Base of tongue mass. *Otolaryngology Head and Neck Surgery* 1996; 114 (3): 487-90.
14. Eluf Neto J, Zeferino LC, Dores GB, Passos MRL. Prevenção da infecção pelo Papilomavírus Humano. *DST. J Bras Doenças Sex Trans* 2000; 12(1): 39-42.