



• INFECÇÃO PELO HPV

Diagnóstico e Tratamento.

- Dra. Ana Paula Costa Faria Dourado.
 - Médica ginecologista do CEDAP
 - Preceptora da Residência Médica de Ginecologia do HSA - Núcleo Patologia do Trato Genital Inferior.
 - Coordenadora do Internato da Faculdade Zarns Medicina de Salvador.
 - Diretora da Clínica Mastos.



04-04-2024

HPV: Importância

web
PALES
TRA

- Problema de saúde global.
- Associação com vários tipos de câncer (câncer cervical, vaginal, vulvar, peniano, anal e alguns cânceres de boca e garganta).
- Câncer de colo - Terceira neoplasia mais frequente (340 mil mulheres **morrem** /ano).
- História natural (10 a 20 anos.)
- Detecção precoce das lesões precursoras.
- Rastreio.
- Vacinação.



INCA 2016.
OMS 2023.

HPV: Importância

web
PALES
TRA

Um em cada três homens com mais de 15 anos de idade está infectado com pelo menos um tipo de papilomavírus humano (HPV) genital e um em cada cinco está infectado com um ou mais dos tipos de HPV conhecidos como de alto risco ou oncogênicos.

Importância da vacinação.

Brasília, 24 de agosto de 2023
(OMS)-Publicado na The Lancet
Global Health



História Natural

- A patologia, quando detectada precocemente, apresenta elevado índice de cura.
- Em torno de 99,7% dos carcinomas estão relacionados com o HPV, principalmente o 16 e o 18.
- Apesar da alta prevalência das infecções genitais ocasionadas pelo HPV, apenas uma pequena porcentagem (1%) das mulheres infectadas desenvolve câncer cervical.

Tabela 73.3. História natural da neoplasia intraepitelial cervical

	Regressão	Persistência	Progressão	
			NIC3	Invasão
NIC1	57%	32%	11%	1%
NIC2	43%	35%	22%	5%
NIC3	32%	< 56%	-	> 12%



Tipos de HPV

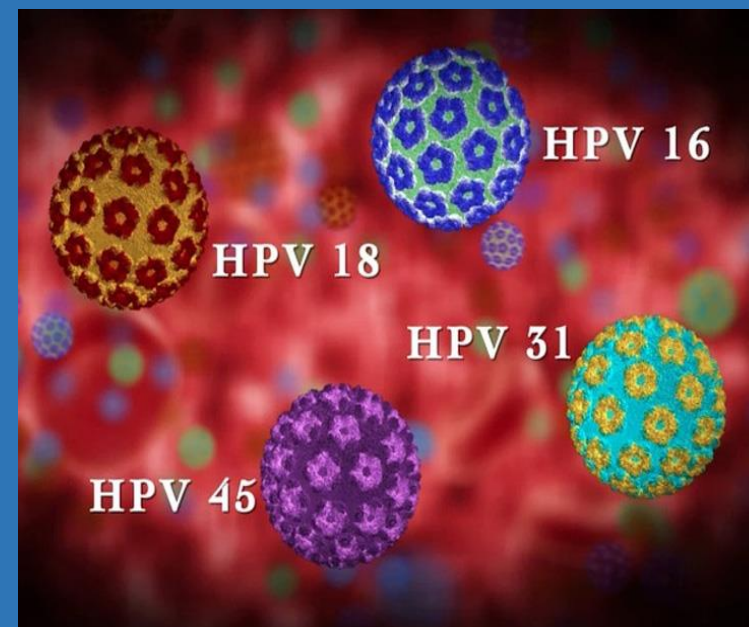


- Baixo risco:

- Vírus 6 e 11: causam as verrugas genitais e infecções subclínicas do HPV.

- Alto risco:

- Vírus 16, 18, 31, 33, 35, 45, 58.
- HPV 16: mais carcinogênico.



HPV : O Vírus



- Vírus DNA de cadeia dupla;
- Família Papilomaviridae;
- Altamente específicos da espécie humana;
- Mais de 200 subtipos(40% tropismo urogenital);
- Tropismo cutâneo ou mucoso;
- O ciclo de replicação é integralmente ligado a diferenciação epitelial (maturação do queratinócito).

- **IST viral mais comum na população sexualmente ativa;**
 - 50% dos indivíduos sexualmente ativos e 80% das mulheres serão infectados.
- **Transmissão:**
 - Contato pele e mucosa no intercursos sexual;
 - Autoinoculação para outras áreas do corpo e heteroinoculação (crianças com familiares ou cuidadores);
 - Contaminação por fômites;
 - Transmissão vertical

Fatores de Risco

- Atividade sexual.
- Mulheres < 25 anos.
- Idade de início precoce.
- N° de parceiros.
- Alta paridade.
- Tabagismo.



Fatores de Promoção e Progressão - HPV

FATORES DE PROMOÇÃO (FAVORECEM A INSTALAÇÃO)

- Idade
- Precocidade sexual
- Múltiplos parceiros
- Exposição á IST
- Uso de ACH
- Tabagismo
- Desnutrição
- Gestação na adolescência

FATORES DE PROGRESSÃO (FAVORECEM TRANSFORMAÇÃO)

- **Persistência viral**
- Ação hormonal
- Efeitos do tabaco
- Carga viral
- Imunossupressão



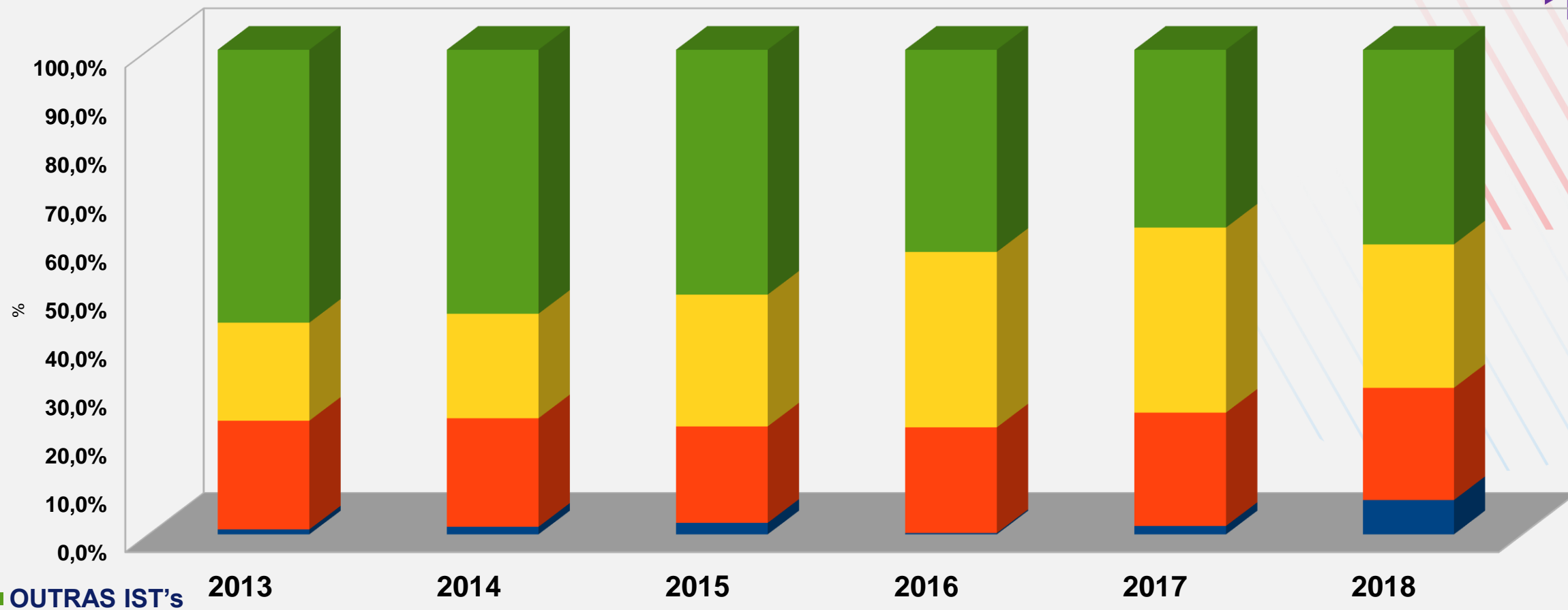
Comportamento



- Estilo de vida + herança genética
- Relação sexual sem preservativo; número de parceiros sexuais e parceiro promíscuo
- Outras ISTs: Herpes, Gonorréia e Clamídia
- Após 2 anos do início da vida sexual – 50% das mulheres tem infecção genital produzida pelo HPV

80% vão contrair a infecção:
5% terão condilomas
35% citologia alterada
25% neoplasia intraepitelial
<1% neoplasia invasiva

Proporção de Notificações de IST'S



■ OUTRAS IST'S

■ TOTAL SÍFILIS

■ SIND. DO CORRIMENTO URETRAL



Período



Papilomavírus Humano (HPV)

Sexualmente transmissível e geralmente assintomático, é a única causa de câncer de colo de útero

- Existem mais de 100 tipos de HPV
- 30 associados a problemas de saúde em humanos, 13 ligados ao câncer



- Os tipos 16 e 18 (cobertos pela vacina) respondem por 90% dos casos de câncer de colo de útero
- Os tipos 6 e 11 são relacionados ao aparecimento de verrugas genitais

O vírus infecta o humano pelo contato entre mucosas na relação sexual



Células infectadas

Semanas depois

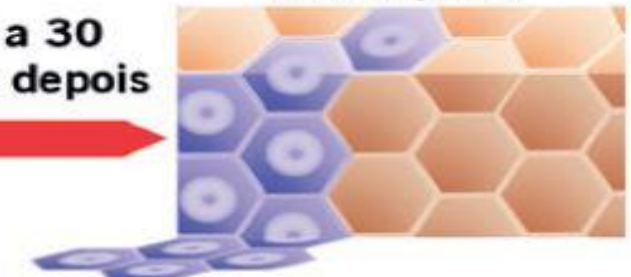
O vírus se replica

70% das infecções são combatidas pelo sistema imune



10 a 30 anos depois

0,8% dos casos evolui para câncer de colo de útero, ânus e pênis



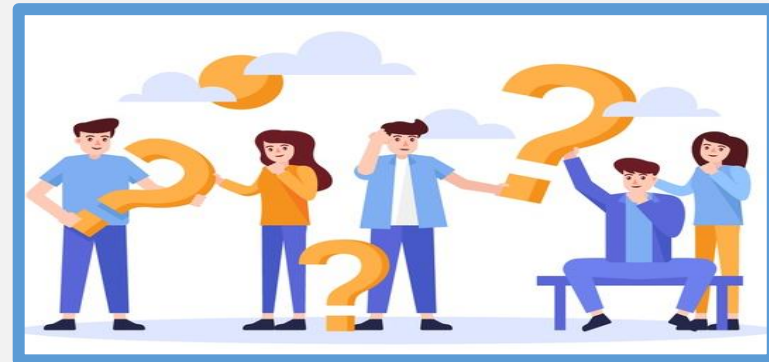
O HPV invade as camadas mais profundas dos tecidos e gera lesões que podem evoluir para o câncer

FORMAS DE APRESENTAÇÃO



- Manifestação clínica.
- Manifestação subclínica.
- Latência.

PREVENÇÃO



Prevenção- **Primária-** Redução de fatores de risco.
Secundária- Diagnóstico precoce.
Terciária- Tratamento das lesões.

Up To Date 2024



CAMPANHA DE VACINAÇÃO

Desde 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalha com a meta de eliminar o câncer de colo de útero e o classifica como um problema de saúde pública mundial. Até 2030, é esperado que:



90% das meninas estejam vacinadas aos 15 anos de idade



70% das mulheres sejam rastreadas com um teste de alta qualidade aos 35 anos e, novamente, aos 45



90% das mulheres diagnosticadas com câncer de colo de útero estejam em tratamento



Manifestações Clínicas

Verrugas únicas ou múltiplas;

- Surge de 3 sem a 8 meses após infecção inicial;
- Sintomas: ardor, sangramento pós coito, obstrução urinária e dor;
- **Localização:**
- Vulva: Fúrcula > Grandes e pequenos lábios > Região perineal > Região perianal.
- Mucosa vaginal
- Colo uterino



Genótipos e Tropismo

- Subtipos 1, 2, 3, 4 e 10.

Cutâneos

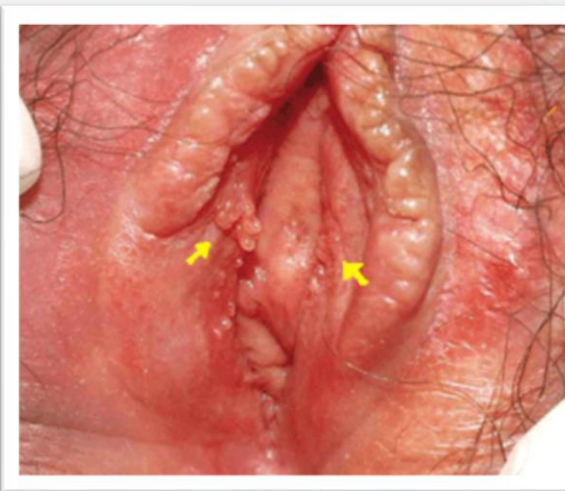
- Verrugas plantares, verrugas comuns, verrugas planas.



Genótipos e Tropismo

Cutâneos

- Epitélio anogenital (subtipo 6 e 11)
- Pênis, escroto, períneo, canal anal, região perianal, intróito vaginal, vulva e colo do útero



Hospedeiro da Infecção: Subclínicas

Células com alto índice de proliferação:

- Zona de transformação.
- Área de metaplasia.

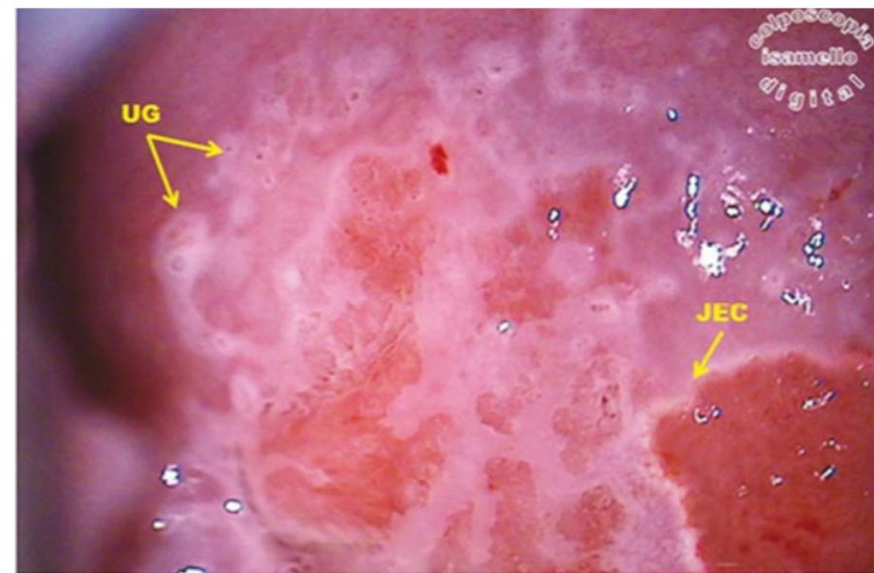


FIGURA 4.9 Epitélio metaplásico com a ZT delimitada por JEC e UG.

Genótipos e Tropismo

Cutâneos

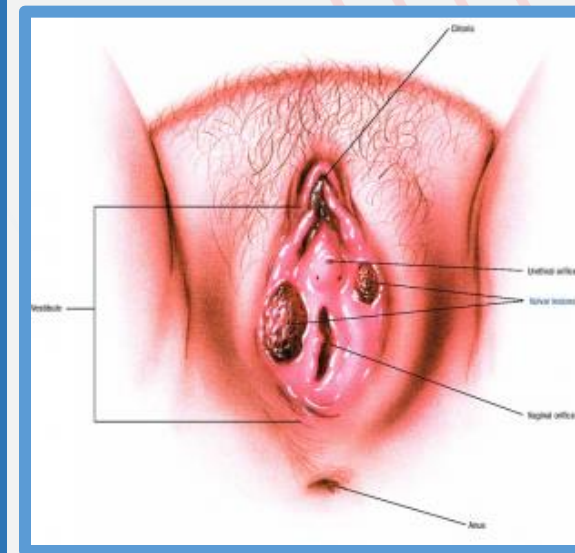
- Lesões intraepiteliais escamosas e/ou carcinoma da vagina, vulva, colo do útero, ânus ou pênis
- Subtipos 15, 16, 18, 19, 22



Associação de Doenças

Câncer vulvar e vaginal

- Nem todos tem associação com o HPV
- (29-43% para o câncer vulvar; 70% para câncer vaginal)
- Os cânceres vulvares associados ao HPV ocorrem em idade mais jovem, não apresentam mutações p53 e estão associados a fatores de risco sexuais.



Diagnóstico

- Clínico.
- Teste DNA HPV-Infecção Latente.
- Esfregaço cérvico- vaginal.
 - Infecção subclínica.
 - * Convencional.
 - * Citologia Líquida.
- Biópsia



Diagnóstico

Citologia

- Método mais usado.
- Baixa sensibilidade.
- Falsos negativos e Insatisfatórios.
- Depende de repetição (primeiro round pode ter perda de diagnóstico.)
- 50% população alvo rastreada intervalo trienal-taxa de morte câncer menor 3/100.000

TESTE DE DNA HPV

- Maior sensibilidade.
- Identifica positividade para HPV alto risco sem doença.
- Identifica no primeiro round.
- Menor especificidade- Nem toda infecção é doença.
- Alto VPN –teste negativo assegura não doença.



RASTREAMENTO

web
PALES
TRA

- Mulheres de 25 a 64 anos, uma vez por ano e, após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada 03 anos.
- Paciente com 64 anos: interrompe os exames quando: dois exames consecutivos nos últimos 05 anos ambos os exames negativos → não precisa fazer mais.
- Pacientes com mais de 64 anos e nunca realizaram o preventivo -> deve-se realizar dois exames com intervalo de 1 a 3 anos -> se ambos forem negativos -> dispensa nova coleta.



RASTREAMENTO

web
PALES
TRA

População imunossuprimida/Vivendo com HIV:


O exame citopatológico deve ser realizado após o início da atividade sexual com intervalos semestrais no primeiro ano;

Se normais, manter seguimento anual enquanto se mantiver o fator de imunossupressão.

Se contagem de linfócitos CD4+ < 200 células/mm³, a correção dos níveis de CD4+ deve ser priorizada e, enquanto isso, devem ter o rastreamento citológico a cada seis meses.



Atrofia (com limitação diagnóstica)



Recoleta após uso de
estrogênio vaginal,
diariamente, por 21 dias,
cessando 05 a 07 dias
antes;

**Células escamosas atípicas
de significado
indeterminado,
possivelmente não
neoplásicas
(ASC-US)**



Se < 25 anos: repetir em 03 anos

Se 25-29 anos: repetir em 12
meses

Se 30+ anos: repetir em 06
meses

Imunossuprimidas: colposcopia

Frequência de lesão de alto grau em 6,4% a
11,9% dos casos e de câncer em 0,1% a 0,2%

CONDUTA:(ASC-US)

web
PALES
TRA

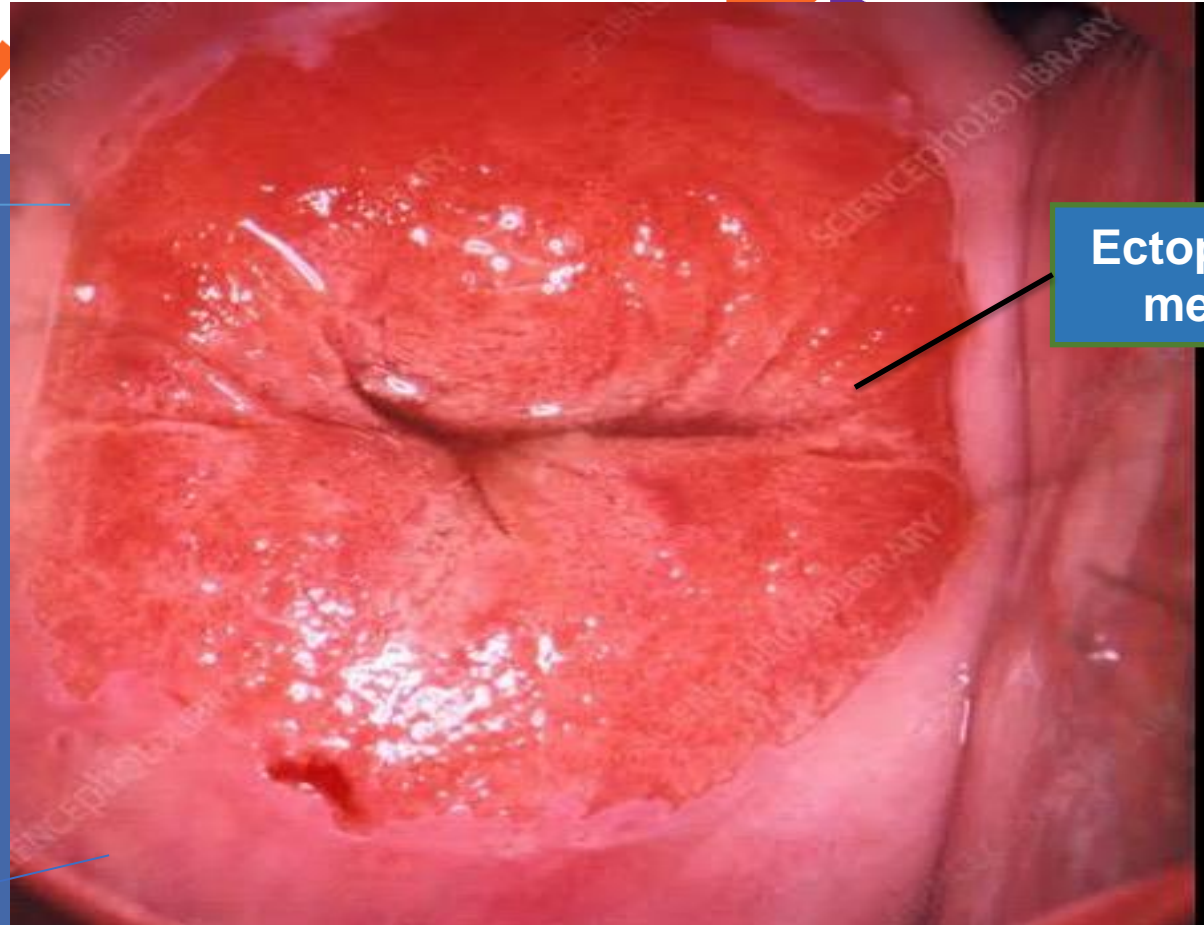
- Se dois exames consecutivos negativos: manter rastreamento trienal
- Se manutenção do achado ou progressão: encaminhar à colposcopia



Junção escamo-
celular

Ectopia = epitélio
metaplásico.

Epitélio
Maduro



Zona de transformação
(ZT):

- Cistos de Naboth.
- Orifícios glandulares.
- Ilhotas de ectopia.

Asc-us - colposcopia

web
PALES
TRA

Achados anormais maiores (sugestivos de NIC II/III) ou suspeitos de invasão: a biópsia

Se resultado **NIC II/III** ou **câncer**: conduta específica

JEC visível e com achados anormais menores:

< 30 anos, história de rastreamento prévio negativo e possibilidade de seguimento: biópsia poderá ser dispensada

> 30 anos com história prévia de NIC II/III ou câncer, ou com rastreamento prévio desconhecido: biópsia



Asc-us - colposcopia

web
PALES
TRA

Se a JEC não for completamente visível e sem achados anormais: avaliação do canal endocervical.

Caso avaliação do canal negativa ou mantendo **ASC-US**: citologia semestral (se 30+ anos), ou anual (< 30 anos).

Se **dois exames consecutivos negativos**: retornar ao rastreamento trienal.

Caso surja um diagnóstico citológico diferente, direcionar para conduta específica.



CONDUTA

web
PALES
TRA

**Células escamosas atípicas
de significado
indeterminado, não
podendo excluir lesão
intraepitelial de alto grau
(ASC-H)**



**Encaminhar à
colposcopia**

Frequência de lesão de alto grau entre 12,2% e 68%
e de câncer em torno de 1,3% a 3%

Asc-H - colposcopia

web
PALES
TRA

Visão total da JEC e achados anormais maiores: biópsia (excisão tipo 1 ou 2 são aceitáveis).

Achados colposcópicos anormais maiores, **sem visão da JEC** (ZT tipo 3): biópsia e avaliação do canal - a conduta final dependerá desse resultado.

Caso mostre **NIC I** ou o resultado **negativo**: repetir a citologia e a colposcopia em seis meses

Confirmada a presença de **NIC II** ou **+** na biópsia ou material endocervical: seguir recomendação específica.



Asc-H - colposcopia

web
PALES
TRA

Quando a **JEC não é visível** ou parcialmente visível (ZT tipo 3) e **sem achados anormais maiores**:
investigar canal endocervical

Se o material mantiver o **mesmo resultado ou mais grave**: excisão tipo 3 para diagnóstico

Caso o exame desse material seja **negativo**: nova citologia e colposcopia em seis meses

Após 06 meses, mantendo o mesmo achado ou mais grave, sem achados colposcópicos anormais, com **JEC não completamente visível**: recomendada a excisão tipo 3.

Se a **JEC for visível**: recomendável a revisão das lâminas iniciais



CONDUTA

web
PALES
TRA

**Células glandulares
atípicas de significado
indeterminado
(AGC)**



**Encaminhar à
colposcopia**

Associação com NIC 2/3 ou câncer em 15% a 56% dos casos

AGC - colposcopia

web
PALES
TRA

Realizar nova citologia associada à colposcopia, com especial atenção para o canal cervical.

É recomendável a **avaliação endometrial com ultrassonografia transvaginal** de forma concomitante se > 35 anos;

Se < 35 anos: avaliação endometrial se SUA ou se a citologia sugerir origem endometrial;

Caso **achados anormais na USTV**: estudo anatomopatológico do endométrio;

Durante a colposcopia, se encontradas alterações (qualquer): biópsia

Se **persistir AGC na citologia**: manter em seguimento citológico e colposcópico semestral até a exclusão de doença pré-invasiva ou invasiva.



AGC - colposcopia

web
PALES
TRA

Se a **nova citologia** sugerir doença escamosa ou negativa: seguir recomendação específica;

Nos **casos biopsiados**, considerar o diagnóstico obtido e confrontar com o da nova citologia: definir a conduta em função do resultado mais relevante;

Se a **citologia for negativa** do material obtido no mesmo momento da colposcopia, a mulher deverá ser seguida com citologia semestral.

Após dois anos com exames semestrais normais: retornar ao rastreamento trienal.



Lesão intraepitelial de Baixo Grau (LSIL / LIEBG)

Repetir em 6 meses.

Se dois exames consecutivos negativos:
manter rastreamento trienal.

Se manutenção do achado ou
progressão: encaminhar à colposcopia

Prevalência de NIC II ou lesões mais graves após exame
citopatológico compatível com LSIL, entre 7,2% e 21,6%

CONDUTA :LSIL



Definição: manifestação citológica do HPV.

- < 25 anos: repetir em 3 anos.
- > ou igual a 25 anos: repetir em 6 meses.
- Se a citologia for negativa em 2 exames semestrais consecutivos -> rastreio continua sendo trienal.
- Se uma das citologias for positiva -> encaminhar para colposcopia.



LSIL: COLPOSCOPIA

web
PALES
TRA

À colposcopia, se presentes **achados anormais no colo do útero**: biópsia.

Se **NIC II/III ou câncer**: seguir conduta específica.

Se **NIC I**: manter seguimento citológico semestral.

Se achados anormais menores: biópsia pode ser dispensada (considerando-se outros fatores como idade menor do que 30 anos, rastreamento prévio negativo e ausência de história de doença cervical pré-invasiva)



LSIL: COLPOSCOPIA

web
PALES
TRA

RESULTADO DE BIÓPSIA:

*NIC II/III -> conduta específica.

*NIC I -> seguimento a cada 6 meses.

Na persistência de NIC I por mais de 2 anos: pode optar entre tratar ou só acompanhar.

- Se for tratar a NIC I:

*JEC visível e a menos de 1 cm do canal (ZT tipo 1 e 2): métodos destrutivos: (eletrocauterização, criocauterização, laserterapia) ou excisão tipo 1 ou 2.

*JEC além de 1 cm do canal e ZT tipo 2 ou 3: procedimento excisional (tipos 2 ou 3): avaliar se vai realizar frente ao risco obstétrico.



Lesão intraepitelial de Alto Grau (HSIL / LIEAG)

Encaminhar à colposcopia

70% a 75% das mulheres com laudo citopatológico de HSIL apresentam confirmação histopatológica desse grau de doença e em 1% a 2%, de carcinoma invasor

HSIL / LIEAG - colposcopia

web
PALES
TRA

Se **achados anormais maiores** com **JEC visível**, lesão restrita ao colo: “Ver e Tratar” (excisão tipo 1 ou 2), de acordo com o tipo da ZT.

Na colposcopia com **JEC não visível** ou parcialmente visível (ZT tipo 3) e **achados anormais maiores**: excisão tipo 3

Na colposcopia com **JEC visível** e **achados anormais menores**: biópsia.

Resultado compatível com NIC II/III: excisão tipo 1 ou 2, conforme o tipo de ZT

Resultado negativo ou NIC I: repetir a citologia e a colposcopia em seis meses (a partir da realização da biópsia)



HSIL / LIEAG - colposcopia

web
PALES
TRA

Se **JEC não visível** ou parcialmente visível e **achados anormais menores**: biópsia será opcional, e o canal endocervial deverá ser investigado.

Caso a avaliação do canal suspeita de **LIEAG, NIC II/NIC III ou invasiva**: excisão tipo 3.
Caso negativo ou **LSIL/NIC I**: citologia e colposcopia em seis meses

Na colposcopia com **achados sugestivos de invasão**: biópsia.

Caso o diagnóstico histopatológico seja de **doença invasiva ou microinvasiva**: conduzir conforme recomendação específica

* A colposcopia sem achados anormais, independente da visão da JEC, se possível, solicitar revisão de lâmina, e o seu resultado deverá substituir o resultado anterior.



HSIL / LIEAG - colposcopia

web
PALES
TRA

Mantido o diagnóstico de **HSIL**, **sem achados anormais**, se a **JEC não for visível** ou parcialmente visível (ZT tipo 3): investigar o canal.

Caso a **avaliação do canal** mantenha a **suspeita de lesão pré-invasiva**: excisão tipo 3.

Se a investigação for **negativa** ou **LSIL/NIC I**, repetir a citologia e colposcopia em seis meses.

Se a citologia realizada em seis meses apresentar o **mesmo resultado** (HSIL): procedimento excisional de acordo com o tipo de ZT.

Caso o **resultado negativo** da nova citologia: manter controle citológico semestral.

Após **dois exames negativos**, a mulher poderá retornar ao rastreamento trienal.



Seguimento pós-tratamento de NIC II / III

Se o histopatológico da peça cirúrgica mostrar:

Margens livres de doença ou comprometidas por NIC I: nova citologia 06 meses e 12 meses após;

Após o 1º ano, o seguimento deverá ser realizado com citologia anual até 05 anos do tratamento.

Margens comprometidas por NIC II/III: citologia e colposcopia semestrais nos primeiros 02 anos.

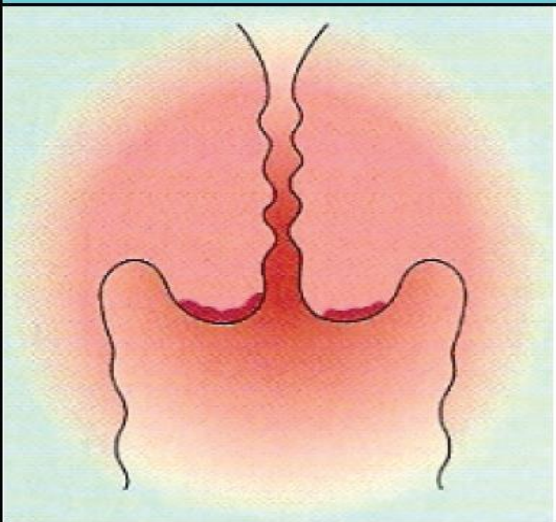
Após os 02 primeiros anos: citologia anual até completar 05 anos do tratamento.

Após os 05 anos do tratamento: retornar para o rastreamento citopatológico trienal



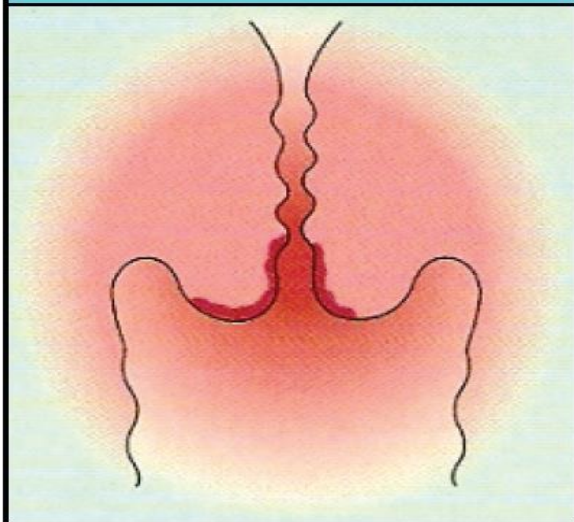
Excisão da Zona de Transformação

Tipo 1



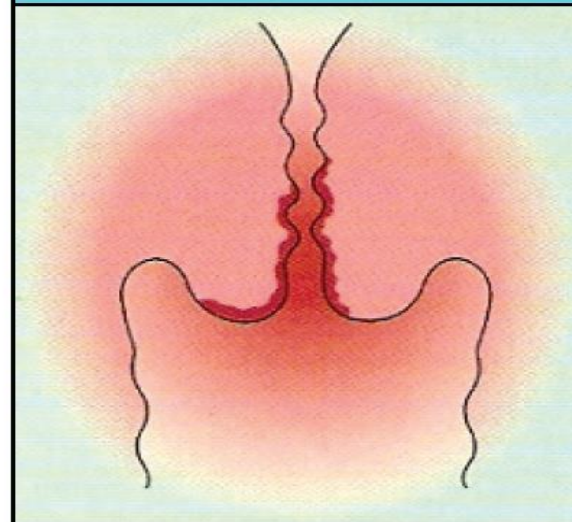
Completamente
ectocervical,
totalmente
visível

Tipo 2



Tem componente
endocervical, mas
é totalmente
visível

Tipo 3



Componente
endocervical não
é totalmente
visível

Quadro 4 – Resumo de recomendações para conduta inicial frente aos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de atenção básica

Diagnóstico citopatológico		Faixa etária	Conduta inicial
Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS)	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25 e 29 anos	Repetir a citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir a citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia
Células glandulares atípicas de significado indeterminado (AGC)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para colposcopia
Lesão de Baixo Grau (LSIL)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir a citologia em 6 meses
Lesão de Alto Grau (HSIL)			Encaminhar para colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para colposcopia

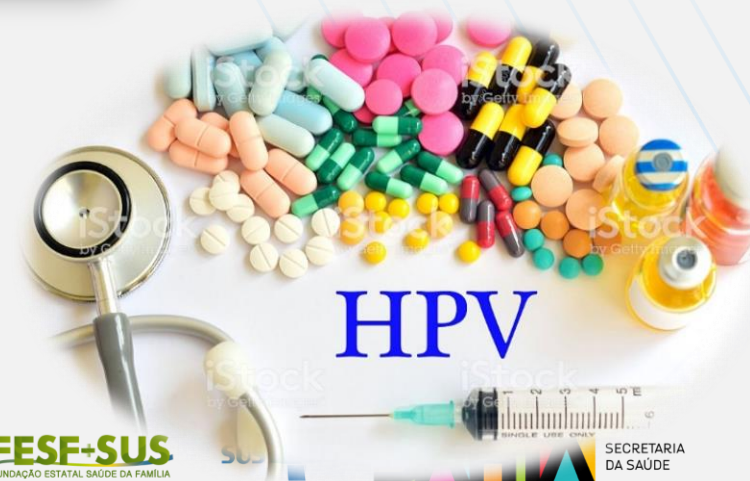
Tratamento

Efetividade do método

Experiência do médico

Escolha dos pacientes

Efeitos adversos



SECRETARIA DA SAÚDE

Tratamento

Destruição: agentes químicos e físicos

EXCISÃO

Imunomodulação

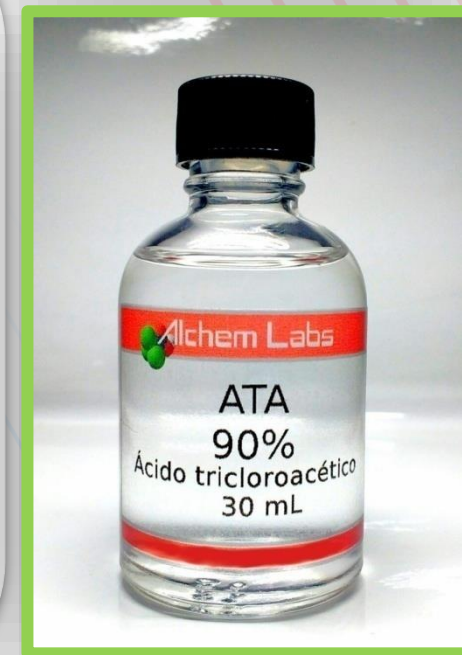
Melhora imunológica



Tratamento

Ácido tricloroacético: 80 A 90%

- Ação cáustica necrosante;
- Aplicar com intervalo de 1 sem a 15 dias 4 a 6 sessões;
- Pode ser usado em grávidas e crianças;
- Taxa de resolução: 81% e recorrência 36%.



Tratamento

Podofilotoxina:

- Mecanismo antimitótico provocando necrose;
- Creme 0,15%: até 4 ciclos de uso manhã e noite por 3 dias consecutivos com pausa de 4 dias. Lavar após 6h ;(área aplicada).
- Usado apenas em pele e contra-indicado em mucosa e gestantes;
- Taxa de resolução: 45-80% e recorrência 38%.



Tratamento



5-fluorouracil 5%:

- Antimetabólito que inibe a replicação viral e libera interferon no tecido;
- Indicado para lesões extensas e imunossuprimidos;
- Não pode usar em gestantes;
- Pode causar vulvite química ou úlceras crônica;
- São 10 aplicação de 2,5g quinzenal seguido de 3 dias de acetato de clostebol.

Tratamento

Imiquimod 5%:

- Imunomodulador tópico que induz liberação de citocinas e produção de interferon para erradicar o agente;
- Não produz destruição do condiloma;
- Pode ocorrer hiperemia e queimação;
- Aplicar em lesões externas 1 sachê de 250 mg em 3 dias da semana intercalados por 4 a 16 semanas;
- Taxa de resposta: 72-84% e 13% de recorrência.



Tratamento

Métodos Destrutivos:

- Crioterapia: congelação do tecido(spray ou sonda).
- Eficácia:79 a 88%.(3 aplicações).
- Recorrência:25 a 40%.



Tratamento

Métodos Destrutivos:

Laser de CO2:

- Aquecimento e vaporização do tecido.
- Bom resultado estético.
- Eficácia:23 a 52%
- Recorrência:77%.
- Vantagem em lesões extensas.



Up To Date 2024

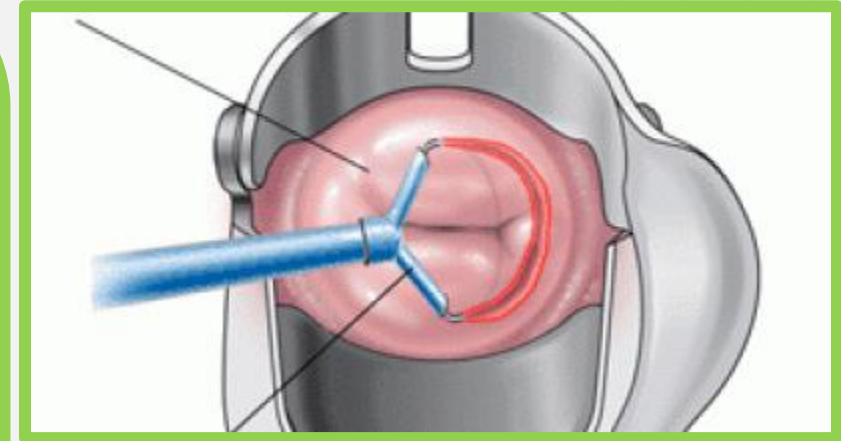


Tratamento

Métodos Destrutivos:

Eletro excisão com cirurgia por ondas de alta frequência .

- Aquecimento e vaporização do tecido.
- Eficácia:35 a 72%
- Recorrência:19 a 29%.



Tratamento

Métodos Destrutivos:

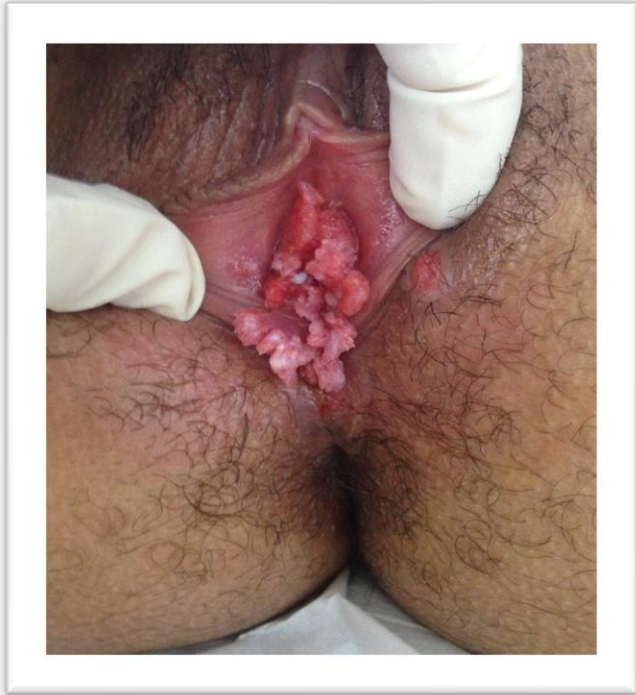
- Crioterapia.
- Laser de CO2.
- Eletro excisão com cirurgia por ondas de alta frequência.
- Excisão a bisturi.



Qual melhor método?



Qual melhor método?



Qual melhor método?



Arquivo pessoal



Arquivo pessoal

Prevenção

- **Primária:**

- Orientação sexual: uso de condon
- Vacina Quadrivalente (tipos 6, 11, 16 e 18).PNI desde 2014.
- Vacina Nonavalente (6,11,16,18,31,33,45,52 e 58).Rede privada 2023.

- **Secundária:**

- Esfregaço cervico – vaginal: detecta alterações citológicas induzidas pelo HPV na sua fase subclínica.



Impacto da Vacina

- “Muitos estudos relataram a diminuição da prevalência e incidência da infecção pelo HPV, bem como a doença relacionada ao HPV”.

MS 2023

- Vacina quadrivalente :6,11,16 e 18.
- População alvo:
 - Meninas e meninos 9 -14 anos (0 e 6m)
 - Imunossuprimidos 9 - 45 anos (0, 2 e 6m)
 - Vítima de Violência sexual 9 – 14 anos (0 e 6m), 15 - 45 (0, 2 e 6m)

Tabela 1: Contribuição dos tipos de HPV da GARDASIL® 9 para as doenças relacionadas ao HPV em todo o mundo

Tipo de lesão	Contribuição do tipo de HPV		
	GARDASIL® (6, 11, 16 e 18)	31, 33, 45, 52 e 58	GARDASIL® 9 (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 e 58)
Câncer do colo do útero	70%	20%	90%
AIS	95%	< 5%	> 95%
NIC 2/3*	50%	30%	75-85%
NIC 1†	30-35%	25%	50-60%
Câncer da vulva‡	70-75%	10-15%	85-90%
NIV 2/3*‡	80-85%	15%	90-95%
NIV 1‡	45-65%	5%	50-70%
Câncer da vagina ‡	65%	20%	80-85%
NIVA 2/3*‡	60- 65%	15-20%	75-85%
NIVA 1‡	20-35%	20- 35%	40-70%
Câncer do ânus‡	85-90%	5-10%	90-95%
NIA 2/3*‡	80-85%	5%	85-90%
Câncer do pênis‡	75-80%	5-10%	85%
NIP 2/3*‡	80%	10%	90%
Câncer de orofaringe‡§	85%	7%	> 90%
Verrugas genitais¶	90%	¶	90%
Papilomatose respiratória recorrente (PRR)¶	90%	¶	90%

* NIC 2 e 3 e AIS foram aceitos como precursores de câncer do colo do útero invasivo. NIV 2/3, NIVA 2/3, NIA 2/3 e NIP 2/3 foram aceitos como precursores de câncer vulvar, vaginal, anal e peniano, respectivamente.

† HPV 6 e 11 são atribuídos a aproximadamente 5% das lesões NIC 1.

‡ Contribuição do tipo apenas para lesões e cânceres positivos para HPV.

§ HPV 16 causa a maioria dos cânceres de orofaringe.

¶ Verrugas genitais e PRR são causadas principalmente pelos tipos de HPV 6 e 11.

RECOMENDAÇÕES DA FEBRASGO

Quadro 1: Resumo das recomendações FEBRASGO para o uso das vacinas HPV

Idade	História Vacinal	Conduta
9 a 14 anos	Sem história de Vacina HPV	Duas doses de HPV4 (0-6 meses) *
	Uma dose de Vacina HPV	Completar com uma dose de HPV4 #
	Duas doses de Vacina HPV	Considerar Vacinada##
15 a 45 anos	Sem história de Vacina HPV	Três doses de HPV9 (0-2-6 meses)
	Uma dose de Vacina HPV	Duas doses de HPV9 (0-6 meses)
	Três doses de Vacina HPV	Considerar vacinada##





CONDILOMA

- → Embora o objetivo terapêutico seja a erradicação das lesões, nenhuma forma individual de tratamento se mostrou superior ou ideal, sendo na prática utilizadas uma combinação de técnicas . A escolha destas intervenções sempre envolve o balanço entre a efetividade do método, experiência do médico, escolha dos pacientes e os efeitos adversos.



CONDILOMA

- → Recomenda-se considerar a mudança de opção terapêutica quando não houver melhora significativa após três sessões, ou se as verrugas não desaparecerem após seis sessões de tratamento. Existe a possibilidade de combinação de tratamentos, com estrito controle dos efeitos inflamatórios sobre os tecidos normais.



LESÕES PRECURSORAS DE CÂNCER DE COLO UTERINO

- → Recomenda-se um rastreio organizado.
- Busca de lesões precursoras de câncer de colo uterino é fundamental para uma propedêutica eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- Brasília, 24 de agosto de 2023 (OMS)-Publicado na [The Lancet Global Health](#)
- (OMS)- 2023
- *Hoffman B L, Schorge J O, Schaffer J I, Halvorson L M, Bradshaw K D, Cunningham F G. Ginecologia de Williams. 2ª edição. 2014. Pg. 734 a 736.*
- Up To Date 2024
- Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis DF,2022
- Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, 2016
- Acta Obstet Ginecol Port vol.9 no.5 Coimbra dez.2015

Obrigada !



Clínicamastos_





web
PALES
TRA

NÚCLEO TELESSAÚDE BAHIA

Secretaria da Saúde, 4ª Avenida, 400, Centro
Administrativo da Bahia/CAB, 1º andar -
Salvador/BA. Tel.: 3115-9650

