



TRANSMISSÃO DE VERRUGAS ANOGENITAIS EM CRIANÇAS E ASSOCIAÇÃO COM ABUSO SEXUAL

TRANSMISSION OF ANOGENITAL WARTS IN CHILDREN AND ASSOCIATION WITH SEXUAL ABUSE

Jefferson Drezett¹, Raquel Molina de Vasconcellos², Daniela Pedroso³,
Marcia de Toledo Blake^{2,4}, Adriana Gonçalves de Oliveira⁴, Luiz Carlos de Abreu⁴

Resumo

Introdução: A incidência do condiloma acuminado anogenital em crianças mostra notável aumento nas últimas duas décadas, bem como o interesse por sua associação com o abuso sexual. No entanto, essa relação apresenta controvérsias quanto à etiologia da infecção, o que torna o atendimento desafiador, particularmente nos aspectos ético-legais. **Objetivo:** Revisão da literatura sobre transmissão do HPV em crianças e relação com abuso sexual. **Método:** Síntese de dados da consulta ao Journal Citation Reports (JCR-ISI), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). Foram utilizados descritores MeSH Terms com sintaxes (HPV [All Fields]) AND ("Child Abuse, Sexual" [MeSH Terms]). Artigos relevantes entre 1989 e 2009 foram selecionados. Aspectos ético-legais foram consultados na legislação penal e Estatuto da Criança e do Adolescente. **Resultados:** Diferentes formas de transmissão não sexual do HPV em crianças estão documentadas, destacando-se a transmissão vertical, auto e heteroinoculação de verrugas cutâneas, e aquisição por instrumentos. Estudos são discordantes quanto à aplicabilidade do DNA-HPV para diferenciar a transmissão sexual e não sexual das verrugas anogenitais. **Conclusão:** Evidências indicam que em crianças com menos de dois anos de idade a transmissão não sexual do HPV deve ser fortemente considerada na ausência de lesões genitais, de outra DST, ou de história consistente de abuso. A probabilidade de associação entre HPV e abuso sexual aumenta diretamente com a idade, principalmente após os cinco anos.

Palavras-chave: infecções por papillomavirus; maus-tratos sexuais infantis; condiloma acuminado; transmissão vertical de doença infecciosa; violência doméstica.

- 1 Coordenador do Núcleo de Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
- 2 Núcleo de Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
- 3 Psicóloga do Núcleo de Violência Sexual e Abortamento Previsto em Lei do Centro de Referência da Saúde da Mulher – Hospital Pérola Byington.
- 4 Laboratório de Escrita Científica, Faculdade de Medicina do ABC.
Trabalho realizado no Centro de Referência da Saúde da Mulher. São Paulo.
Correspondência para: jefferson@drezett.com.br

Suggested citation: Jefferson D et al. Transmission of anogenital warts in children and association with sexual abuse. J. Hum. Growth Dev. 2012; 22(1): 34-40.
Manuscript submitted Apr 08 2011, accepted for publication Sep 10 2011.

Abstract

Introduction: the incidence of anogenital condyloma acuminata in children shows remarkable increase in the last two decades, as well as by her association with sexual abuse. However, this relationship presents controversies regarding the etiology of infection, which makes answering challenging, particularly in legal-ethical aspects. **Objective:** review of the literature about HPV transmission in children and relationship with sexual abuse. **Method:** synthesis of data from the query to Journal Citation Reports (JCR-ISI), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) and the Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs). MeSH descriptors were used Terms with syntax (HPV [All Fields]) AND ("Child Sexual Abuse," [MeSH Terms]). Relevant articles between 1989 and 2009 were selected. Legal-ethical aspects were consulted in the criminal law and Brazilian Child and Adolescent Statute. **Results:** different forms of non-sexual transmission of HPV in children are documented, including the vertical transmission, self and hetero inoculation of cutaneous warts, and acquisition by instruments. Studies are conflicting as to the applicability of HPV-DNA to differentiate the sexual transmission and not sexual anogenital warts. **Conclusion:** evidence indicates that in children under two years non-sexual transmission of HPV should be strongly considered in the absence of genital lesions, another STD, or consistent history of abuse. The likelihood of association between HPV and sexual abuse increases directly with age, especially after five years.

Key words: papillomavirus infections; child sexual abuse; condylomata acuminata; infectious disease vertical transmission; domestic violence.

INTRODUÇÃO

O abuso sexual de crianças e adolescentes é um fenômeno mundial, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento¹. Apesar da elevada subnotificação que esse tipo de crime envolve, foram realizados nos EUA, entre 2004 e 2006, 105 mil atendimentos de mulheres jovens vítimas de violência sexual com lesões físicas não fatais, com 27 mil casos entre 10 a 14 anos de idade².

Estima-se que 12% a 25% das meninas e que 8% a 10% dos meninos sofram algum tipo de abuso sexual até 18 anos de idade³. Meninas têm maior risco de enfrentar o problema, enquanto que meninos são mais propensos a ocultar sua ocorrência⁴. O autor da violência sexual geralmente é conhecido da criança e próximo da família, por vezes responsável pela sua proteção, com frequência expressiva de casos praticados pelo pai biológico, avô ou padrasto⁵. Menos

de 10% das crianças sofrem abuso sexual praticado por desconhecidos⁶.

Crianças que sofrem abuso sexual costumam apresentar diferentes problemas de saúde ou alterações do comportamento, sem que necessariamente relatem a violência. Sangramento ou dor genital, corrimento vaginal, gravidez precoce, infecção urinária de repetição, dor abdominal sem causa aparente, cefaléia recorrente, enurese, constipação crônica e encoprese, são algumas condições que, embora não específicas, estão associadas ao abuso sexual³. No entanto, na maioria dos casos confirmados de abuso sexual de crianças, os achados do exame clínico são normais ou inespecíficos^{1,7,8}.

O diagnóstico de uma doença sexualmente transmissível (DST) na criança corrobora com a queixado abuso sexual, ou motiva sua investigação quando não existe tal alegação^{9,10}. Alguns autores consideram o diagnóstico de uma DST na infância suficiente para requerer ava-

liação que exclua o abuso sexual¹¹. A maioria dos estudos concorda, no entanto, que a presença isolada de uma DST é insuficiente para assegurar sua ocorrência⁹.

O risco de aquisição das DST depende do tipo de abuso sexual perpetrado e é improvável que ocorra quando não há contato físico direto com o autor^{5,12}. Sua prevalência entre crianças que sofrem violência sexual apresenta significativa variabilidade. A infecção por *Neisseria gonorrhoeae* pode variar entre 2,8% a 28%; o achado de *Chlamydia trachomatis* de 1,2% a 8%; *Trichomonas vaginalis* em 1% a 6%; *Treponema pallidum* entre 0,1% e 1,5%, e Herpesvírus-simples de 0,1% a 0,5%^{13,14}. Cerca de 60% das crianças portadoras dessas DST apresentam achados normais ou inespecíficos no exame anogenital¹⁵.

A incidência de condiloma acumulado anogenital em crianças tem aumentado notadamente nas últimas duas décadas, assim como o interesse em sua associação com abuso sexual¹⁴. Verrugas anogenitais induzidas pelo vírus HPV podem ser transmitidas por diferentes modalidades de abuso sexual, seja pelo contato oral-genital, genital-genital, genital-anal, ou manipulação digital da vagina e/ou do ânus da criança¹⁶.

Essa relação permanece controversa e nem sempre pode ser facilmente estabelecida, o que torna o atendimento desses casos desafiador para o profissional de saúde, particularmente quanto aos aspectos éticos e consequências legais. Muitos profissionais de saúde não se sentem seguros para atender crianças com queixa de abuso sexual, ou não se acreditam capazes de realizar o exame clínico nessas circunstâncias, particularmente pelo escasso conhecimento sobre as dinâmicas do abuso sexual⁹.

Entretanto, a maioria dos estudos sustenta que a infecção pelo HPV não resulta, necessariamente, do contato sexual e que outras formas de contaminação devam ser consideradas¹⁷. Conhecimento sobre a história natural da infecção pelo HPV e seus mecanismos de transmissão, bem como fatores relacionados ao abuso sexual de crianças, são

necessários para o manejo adequado desses casos. Dessa forma, o objetivo é a revisão da literatura indexada sobre mecanismos de transmissão do HPV em crianças e relação da infecção com situações de abuso sexual.

MÉTODO

Revisão da literatura na forma de síntese de artigos e dados. Foram consultadas bases de dados do Journal Citation Reports (JCR-ISI), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs). A estratégia de busca utilizou descritores DeCS/MeSH com as sintaxes (HPV[All Fields]) AND ("Child Abuse, Sexual" [MeSH Terms]). O resultado da busca considerou ensaios clínicos sobre os mecanismos de transmissão do HPV em crianças e associação com abuso sexual. Aspectos ético-legais complementares foram consultados no Código Penal brasileiro e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

RESULTADOS

Foram identificados e selecionados 21 artigos indexados aos descritores nas bases de dados consultadas entre 1989 e 2009 que tratavam de ensaios clínicos sobre transmissão do HPV em crianças e associação com abuso sexual. As sínteses foram agrupadas em duas tabelas, organizadas pelo aspecto da investigação: mecanismos de transmissão do HPV (Tabela I) e associação entre HPV e abuso sexual (Tabela II).

DISCUSSÃO

O HPV pode infectar tanto pele como mucosas. A maioria das infecções regride espontaneamente dentro de dois anos em pessoas com imunidade preservada. Mais de 130 subtipos de HPV são identificados até o momento, embora apenas cerca de um terço deles possa

Tabela 1: Síntese dos artigos sobre transmissão do HPV em crianças

Autor	Ano	Síntese
Rogo KO et al. ¹⁸	1989	Transmissão do HPV em parto cesáreo com bolsa íntegra, sugerindo transmissão transplacentária.
Obalek S et al. ¹⁹	1990	Elevada frequência de subtipos cutâneos HPV em crianças com condiloma anogenital sugere auto inoculação.
Handley J et al. ²⁰	1993	HPV 6 e 11 e vírus cutâneos 1 e 2 em lesões anogenitais de crianças sugere transmissão não vertical e não sexual.
Cason J et al. ²¹	1995	Discordância de 31% entre DNA-HPV materno e do recém-nascido, indica outra fonte de contato pós-natal.
Smith EM et al. ²²	1995	Pesquisa positiva de DNA-HPV em <i>swab</i> oral de recém-nascidos em 4% das amostras.
Puranen M et al. ²³	1997	Pareamento de DNA-HPV entre mãe e recém-nascido com 43% de discordância aponta contato pós-natal não vertical.
Frazier L ²⁴	1998	Período de latência do HPV em crianças de até 24 meses. Identificação dos HPV 1, 2 ou 3 em lesões anogenitais.
Kui LL et al. ²⁵	2003	HPV 16 ou 18 em 55% das lesões orais de crianças, não necessariamente concordantes com subtipo materno.
Myhre AK et al. ²⁶	2003	PCR positivo para HPV em 3,0% das amostras genitais de meninas saudáveis e sem história de abuso sexual.
Cheung PC et al. ²⁷	2004	Achados colposcópicos não permitem diferenciar forma de transmissão de verrugas anogenitais em crianças.
Simmons KJ et al. ²⁸	2005	Período de latência de 3 a 5 anos entre crianças com papilomatose laríngea induzida pelo HPV.
Marcoux D et al. ²⁹	2006	DNA-HPV não definiu tipo de transmissão de verrugas anogenitais em crianças. Baixa frequência de HPV 7 e 57.
Jones V et al. ³⁰	2007	HPV vulvar ou neoplasia intraepitelial cervical materna em 50,3% dos partos de crianças com lesão anogenital.

Tabela 2: Síntese dos artigos sobre transmissão do HPV em crianças

Autor	Ano	Síntese
Derksen DJ ³¹	1992	Cerca de 70% dos casos de condiloma anogenitais em crianças se associa com abuso sexual.
Slaughter L et al. ³²	1992	Colposcopia aumenta 10 vezes a sensibilidade diagnóstica de traumas genitais mínimos decorrentes do abuso sexual.
Handley J et al. ²⁰	1993	Abuso sexual encontrado em 4,8% das crianças com verrugas anogenitais. Transmissão inconclusiva em 59,5%.
Gutman LT et al. ³³	1994	Presença de HPV 6, 11 ou 16 em 33% de meninas sexualmente abusadas.
Siegfried E et al. ¹⁰	1998	Identificação de HPV 16 em 5% de meninas entre 1 e 16 anos com história de abuso sexual.
Stevens-Simon et al. ³⁴	2000	Prevalência de 16% de DNA-HPV em meninas de 5 a 12 anos com exame físico normal e abuso sexual confirmado.
Jesus LE et al. ³⁵	2001	Confirmação do abuso sexual em 71% das crianças com verrugas anogenitais por meio de avaliação interdisciplinar.
Kui LL et al. ²⁵	2003	Abuso sexual verificado em 22% das crianças com lesões genitais pelo HPV submetidas à avaliação médica e social.
Sinclair KA et al. ³⁶	2005	Lesões laríngeas e anogenitais tem valor preditivo de 36% para abuso sexual dos 4-8 anos e de 70% acima de 8 anos.
Jones Vet al. ³⁰	2007	Procedimentos judiciais confirmam o abuso sexual de 2,3% das crianças com lesões HPV induzidas.
Wingood GM et al. ³⁷	2009	Probabilidade 4,5 vezes maior de HPV 16 ou 18 em colo de útero quando há abuso sexual nos últimos 12 meses.

infectar a mucosa anogenital, oral, ou laríngea, predominando os subtipos 6, 11 e 16³⁸. A infecção pelo HPV é uma das DST mais comuns em adultos sexualmente ativos³⁹. Aproximadamente 10% da população adulta apresenta lesões genitais clínicas induzidas pelo vírus¹⁰.

Há consistente evidência na literatura associando a infecção pelo HPV com situações envolvendo crimes sexuais. Em mulheres adultas que sofrem violência sexual sua incidência varia entre 2% e 40%⁴⁰⁻⁴². Estudo longitudinal, controlado e randomizado, com 665 mulheres jovens americanas encontrou que, aquelas com antecedente de abuso sexual nos últimos 12 meses, apresentaram probabilidade 4,5 vezes maior de teste positivo para o HPV 16 ou 18 em colo de útero, sugerindo o abuso sexual como fator de risco para infecção pelo HPV³⁷.

Estudo com 42 crianças pré-púberes com condiloma anogenital verificou que 28,6% adquiriram o HPV por transmissão vertical, 7,1% resultaram da autoinoculação de verrugas localizadas nas mãos, e apenas 4,8% se associaram ao abuso sexual. O modo de transmissão do HPV foi considerado inconclusivo em 59,5% das crianças estudadas, não sendo possível relacionar a infecção com abuso sexual²⁰.

O antecedente materno de condiloma vulvar ou de lesão intraepitelial escamosa cervical no momento do parto foi verificado em 50,3% das crianças com menos de nove anos que apresentaram diferentes formas clínicas da doença³⁰. Dado semelhante foi encontrado para lesões HPV induzidas localizadas na cavidade oral de crianças, com frequente antecedente materno de condiloma da vulva durante a gravidez²⁵.

A transmissão vertical comumente ocorre durante o parto vaginal em mulheres portadoras do HPV, mesmo que não existam sinais clínicos da doença. Menos comum, a contaminação do recém-nascido em mulheres que realizam a cesariana, parece independe da integridade das membranas, possivelmente por via ascendente transplacentária¹⁸. A possibilidade de transmissão do HPV para o feto permanece pouco escl-

recida, embora existam inferências de que possa ocorrer por via hematogênica, pelo sêmen durante a fertilização, ou de forma ascendente materna, a exemplo do que ocorre em outras infecções durante a gravidez¹⁶.

A investigação da presença de DNA-HPV em *swab* oral de recém-nascidos tem mostrado resultados divergentes, podendo variar entre 4% a 87%^{16,22}. Além disso, o tipo de HPV detectado no recém-nascido pode ser diferente daquele identificado na mãe entre 31% e 43% dos casos^{22,23}. Essa divergência de pareamento permite atribuir à infecção pós-natal outra fonte não associada ao abuso sexual¹⁶.

O surgimento de verrugas anogenitais nos primeiros anos após o nascimento pode ser justificado pelo prolongado período de latência do HPV nos casos de transmissão vertical. Condição semelhante pode ser observada para a infecção perinatal pela *Chlamydia trachomatis*, que pode persistir dois a três anos após o nascimento⁴³. A maior parte dos estudos limita esse período em até 24 meses do nascimento, embora menor número de investigações sugira períodos maiores, de três a cinco anos, baseados na incubação da papilomatose e laríngea^{24,28}. Essa hipótese, contudo, conflita com resultados em que a média de idade nas infecções laríngeas pelo HPV se mostra menor do que aquela encontrada nas lesões anogenitais³⁶.

Além do período de incubação, a idade da criança no momento do aparecimento das lesões reserva importante relação com diagnóstico do abuso sexual. Estudo com 124 crianças portadoras de verrugas anogenitais, orais ou laríngeas, encontrou média de idade de $6,5 \pm 3,8$ anos para crianças vítimas de abuso sexual, comparado com $3,6 \pm 2,3$ anos nos casos em que o abuso foi descartado³⁶.

O valor preditivo das lesões HPV induzidas nos casos de abuso sexual foi de 36% para crianças entre quatro e oito anos de idade, e de 70% nas maiores de oito anos. Os resultados sugerem que a probabilidade da infecção pelo HPV ser decorrer do abuso sexual aumenta sig-

nificativamente com a idade da criança. Ao mesmo tempo, verrugas anogenitais nos dois primeiros anos de vida se associam com outras modalidades de transmissão, diferentes do contato sexual³⁶.

A relação entre testes para identificação do subtipo de DNA-HPV e abuso sexual de crianças mostra resultados variáveis. Entre 40 jovens violentadas com idade entre um e 16 anos, encontrou-se 5% de exames de PCR positivos para o HPV 16¹⁰. Em outro estudo, o DNA-HPV foi detectado no trato genital de 16% das meninas abusadas com idade entre cinco e 12 anos, com exame físico normal, enquanto nenhum caso foi observado naquelas em que a violência sexual não foi comprovada³⁴. Em outro grupo de meninas com abuso sexual confirmado, subtipos 6, 11 ou 16 do HPV foram observados em 33% dos casos³³. Por outro lado, DNA-HPV foi detectado em esfregaços genitais de 3,0% de meninas saudáveis e sem histórico de abuso sexual²⁶.

Alguns autores sustentam que a identificação do subtipo viral do HPV pode acrescentar informações sobre a transmissão das verrugas anogenitais em crianças¹⁷. No entanto, o diagnóstico do DNA-HPV se mostra insuficiente para diferenciar, com segurança, lesões transmitidas de forma vertical daquelas decorrentes da exposição sexual²⁴. Embora DNA-HPV 16 ou 18 tenha sido encontrado em 55% das verrugas localizadas na cavidade oral de crianças, o pareamento entre mãe e filho não se mostra necessariamente concordante, impedindo que se associem esses casos com a transmissão vertical²⁵. Estudo com 42 crianças detectando DNA-HPV se relacionou tanto com a possibilidade de transmissão vertical, como por contato sexual²⁰. Outro estudo com 72 crianças, menores de 12 anos e portadoras de verrugas anogenitais, não permitiu estabelecer o modo de transmissão das verrugas baseando-se somente no subtipo HP Videntificado²⁹.

Condiloma anogenital em crianças também pode ser causado pelos HPV 1, 2 ou 3, geralmente encontrados em verrugas cutâneas, indicando possibilidade de auto inoculação, ou hetero inoculação praticada sem intencionalidade por pais

e/ou outros cuidadores^{19,20,24}. Além disso, verrugas anogenitais em crianças podem se associar tanto aos HPV 6 e 11 como aos HPV cutâneos 1 e 2, indicando probabilidade de transmissão diferente da vertical e da sexual⁴⁴. Infecções em crianças pelos HPV 7 ou 57 mostram semelhante dificuldade de interpretação, embora acometam número significativamente menor de casos²⁹.

A avaliação colposcópica das verrugas anogenitais não permite diferenciar aquelas decorrentes do abuso sexual das transmitidas por outros mecanismos. No entanto, o exame se mostra eficiente para diagnosticar e documentar lesões mínimas da mucosa anogenital decorrentes do abuso sexual, difíceis de serem identificadas durante o exame clínico^{27,45}. Nesses casos, a utilização da colposcopia aumenta em quase dez vezes a identificação de lesões traumáticas mínimas, auxiliando na documentação e no processo probatório de casos de abuso sexual³².

A relação entre abuso sexual e infecção pelo HPV tem desfecho variável na literatura, concluindo-se por sua ocorrência entre 0,1% e 70% das crianças com verrugas genitais^{30,31,46}. Métodos diferentes de investigação das circunstâncias do abuso sexual e de avaliação da criança influenciam nos resultados. Estudo retrospectivo com crianças entre seis meses e nove anos de idade encontrou 2,3% de abuso sexual quando submetidas aos procedimentos de avaliação do sistema judiciário³⁰. Em outras pesquisas, a confirmação do abuso sexual alcançou 22% quando se associou avaliação médica e social, e 71% quando se aplicou investigação interdisciplinar^{25,35}.

A maioria dos autores considera que o diagnóstico do abuso sexual depende, fundamentalmente, da qualidade da anamnese, da experiência dos profissionais envolvidos na avaliação, e do exame físico da criança⁴⁷. Contudo, há relatos que verrugas genitais de outra etiologia podem ser confundidas com aquelas causadas pelo HPV. Considerando-se os possíveis desdobramentos legais, é adequado que se confirme a in-

fecção com biópsia das lesões típicas ou suspeitas, ou que se empregue outro método diagnóstico válido para o HPV^{36,48}.

A Academia Americana de Pediatria considera como abuso sexual o contato físico genital, oral ou anal com a criança, incluindo ações que não envolvam relação direta com o agressor, como exibicionismo, voyeurismo e pornografia¹². A maior parte dos crimes sexuais contra crianças, entretanto, não envolve atos de penetração vaginal ou anal, o que torna as evidências materiais probatórias pouco frequentes⁷.

No Brasil, a legislação penal tipifica os crimes de *estupro* e de *estupro de vulnerável* nos artigos 213 e 217-A, respectivamente. A legislação considera crime qualquer ato sexual sem consentimento da vítima praticado com uso da força ou da intimidação psicológica, ou atos sexuais praticados contra menores de 14 anos, pessoas enfermas, doentes mentais ou em qualquer condição que impeça o consentimento válido ou o oferecimento de resistência⁴⁹.

Os artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069 de 1990, estabelecem o dever legal dos profissionais de saúde de comunicar ao Conselho Tutelar casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 18 anos, o que inclui o abuso sexual⁵⁰. Essa ação é considerada fundamental para a proteção de crianças e adolescentes em posição de vulnerabilidade, interrompendo o ciclo da violência sexual, muitas vezes intrafamiliar⁵.

No entanto, o ECA não estabelece quais situações são consideradas *suspeitas* ou *confirmadas* de abuso sexual, nem critérios ou procedimentos que devam ser adotados pelos profissionais de saúde para esse diagnóstico⁵⁰. Dessa forma, cabe aos profissionais de saúde avaliar cuidadosamente se há fundamentação consistente para proceder com a comunicação ao órgão de proteção.

Essa avaliação não deve ser precipitada por fatores externos e, sempre que possível, deve incorporar ações interdisciplinares envolvendo médicos, psicólogos e assistentes sociais⁵. Os profis-

sionais de saúde devem conhecer as possíveis formas de transmissão e períodos de incubação das verrugas anogenitais e orais induzidas pelo HPV, assegurar assistência adequada à criança e considerar o dever de orientar e esclarecer os pais ou representantes legais⁴⁷.

Embora não exista consenso sobre como proceder nesses casos, a elevada prevalência de transmissão não sexual do HPV em crianças com menos de dois anos de idade torna o abuso sexual pouco provável, embora não possa ser decididamente afastado. É discutível se a presença isolada de verrugas anogenitais ou orais em menores de dois anos deva ser necessariamente comunicada aos serviços governamentais de proteção à criança como suspeita de abuso sexual. Cabe exceção quando há associação com anormalidade no exame físico, presença de outra DST, alteração no comportamento da criança, ou se o abuso sexual é suspeito ou confirmado pelos pais, ou por outro cuidador ou responsável⁵¹.

Após os dois ou três anos de idade da criança, a comunicação para a autoridade competente e a investigação do abuso sexual são medidas consideradas necessárias frente a lesões anogenitais ou orais induzidas pelo HPV. A conduta se fundamenta na maior probabilidade de associação com abuso sexual verificada em diferentes estudos, mesmo quando não exista queixa formulada pelos pais ou narrativa da criança⁵¹.

CONCLUSÃO

A associação entre verrugas anogenitais e orais induzidas pelo HPV e casos de abuso sexual de crianças reserva aspectos contraditórios. Diferentes formas de transmissão não sexual do HPV em crianças encontram-se documentadas. As evidências sugerem que, em crianças menores de dois ou três anos, a transmissão não sexual do HPV deva ser fortemente considerada, desde que não exista outra DST concomitante, história de abuso sexual, evidência de trauma genital ou rotura himenal.

Em crianças acima dessa idade a probabilidade de abuso sexual se torna maior. Contudo, em nenhuma idade da criança, o abuso sexual pode ser decididamente descartado. Os estudos são discordantes quanto à aplicabilidade de métodos de identificação do subtipo HPV para diferenciar formas de transmissão sexual e não sexual das

verrugas anogenitais e orais em crianças. A genitoscopia e a anoscopia também não diferenciam tipo de transmissão pelo aspecto das lesões. Contudo, esses métodos têm demonstrado melhor sensibilidade e maior especificidade para identificar lesões mínimas genitais e perianais decorrentes do abuso sexual.

REFERÊNCIAS

- Gilbert R, Widom CS, Brown K, Ferguson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 2009;373(9657):68-81.
- Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al. Sexual and reproductive health of persons aged 10-24 years - United States, 2002-2007. *MMWR SurveillSumm*, 2009;58(6):1-58.
- Sapp MV, VandevenAM. Update on childhood sexual abuse. *Curr. Opin Pediatr*, 2005; 17(2): 258-264.
- Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA*, 2008; 300 (23): 2779-2792.
- Drezett J, Caballero M, Juliano I, Prieto ET, Marques JA, Fernandes CE. Study of mechanisms and factors related to sexual abuse in female children and adolescents. *J Pediatr*, 2001;77(5):431-9.
- Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse Negl*, 1990; 14(1): 19-28.
- Drezett J, Junqueira L, Tardelli R, Antonio IP, Macedo Jr H, Vertamatti MAF, Pimentel RM, Abreu LC. Influence of forensic examination on the accountability of sexual violence authors in teenagers. *Rev Bras Cresc e Desenv Hum*. 2011;21(2):189-97.
- Hornor G. Ano-genital warts in children: sexual abuse or not? *J Pediatr Health Care*, 2004;18(4):165-70.
- Hammerschlag MR, Guillén CD. Medical and legal implications of testing for sexually transmitted infections in children. *Clin Microbiol Rev*, 2010; 23(3): 493-506.
- Siegfried E, Rasnick-Conley J, Cook S, Leonardi C, Monteleone J. Human papillomavirus screening in pediatric victims of sexual abuse. *Pediatrics*, 1998;101(1Pt1):43-7.
- Bechtel K. Sexual abuse and sexually transmitted infections in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*, 2010; 22(1): 94-9.
- Kellogg N. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*, 2005;116(2):506-12.
- Glaser JB, Hammerschlag MR, McCormack WM. Epidemiology of sexually transmitted diseases in rape victims. *J Infect Dis*, 1989; 11(2): 246-54.
- Ingram DL, Everett VD, Lyna PR, White ST, Rockwell LA. Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. *Pediatr Infect Dis J*, 1992;11(11):945-50.
- Girardet RG, Lahoti S, Howard LA, Fajman NN, Sawyer MK, Driebe EM et al. The epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics*, 2009;124(1):79-86.
- Syrjanen S, Puranen M. Human papillomavirus infections in children; the potential role of maternal transmission. *Critical Review of Oral Biological Medicine*, 2000;11(2):259-274.
- Vanhooteghem O, Müller G, de la Brassinne M. Anogenital condylomata in the children. Practice guidelines for a medical expertise. *Rev Med Liege*, 2007;62(3):151-4.
- Rogo KO, Nyansera PN. Congenital condylomata acuminata with meconium staining of amniotic fluid and fetal hydrocephalus: case report. *East Afr Med J*, 1989;66(6):411-413.
- Obalek S, Jablonska S, Favre M, Walczak L, Orth G. Condylomata acuminata in children: frequent association with human papillomaviruses responsible for cutaneous warts. *J Am Acad Dermatol*, 1990; 23(2Pt1): 205-13.
- Handley J, Dinsmore W, Maw R, Corbett R, Burrows D, Bharucha H, Swann A,

- Bingham A. Anogenital warts in prepubertal children: sexual abuse or not? *Int J STD AIDS*, 1993;4(5):271-9.
21. Cason J, Kaye JN, Jewers RJ, Kambo PK, Bible JM, Kell B, et al. Perinatal infection and persistence of human papillomavirus types 16 and 18 in infants. *Med Virol*, 1995;47(3):209-218.
 22. Smith EM, Johnson SR, Cripe T, Perlman S, McGuinness G, Jiang D, et al. Perinatal transmission and maternal risks of human papillomavirus infection. *Cancer Detect Prevent*, 1995; 19(2):196-205.
 23. Puranen M, Yliskoski M, Saarikoski S, Syrjanen K, Syrjanen S. Exposure of an infant to cervical human papillomavirus infection of the mother is common. *Am J Obstet Gynecol*, 1997; 176(5):1039-1045.
 24. Frazier L. Genital warts in children. *The American Professional Society of the Abuse of Children Advisor*, 1998; 11:9-12.
 25. Kui LL, Xiu HZ, Ning LY. Condyloma acuminatum and human papilloma virus infection in the oral mucosa of children. *Pediatr Dent*, 2003;25(2):149-53.
 26. Myhre AK, Dalen A, Berntzen K, Bratlid D. Anogenital human papillomavirus in non-abused preschool children. *Acta Paediatr*, 2003;92(12):1445-52.
 27. Cheung PC, Ko CH, Lee HY, Ho LM, To WW. Correlation of colposcopic anogenital findings and overall assessment of child sexual abuse: prospective study. *Hong Kong Med J*, 2004; 10(6):378-83.
 28. Simmons KJ, Hicks DJ. Child sexual abuse examination: is there a need for routine screening for *N. gonorrhoeae* and *C. trachomatis*. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2005;18(5):343-345.
 29. Marcoux D, Nadeau K, McCuaig C, Powell J, Oligny LL. Pediatric anogenital warts: a 7-year review of children referred to a tertiary-care hospital in Montreal, Canada. *Pediatr Dermatol*, 2006;23(3):199-207.
 30. Jones V, Smith SJ, Omar HA. Nonsexual transmission of anogenital warts in children: a retrospective analysis. *Scientific World Journal*, 2007; 7: 1896-9.
 31. Derksen DJ. Children with condylomata acuminata. *J Fam Pract*, 1992; 34(4): 419-23.
 32. Slaughter L, Brown CR. Colposcopy to establish physical findings in rape victims. *Am J Obstet Gynecol*, 1992; 166(1Pt1):83-6.
 33. Gutman LT, St Claire KK, Everett VD, Ingram DL, Soper J, Johnston WW, Mulvaney GG, Phelps WC. Cervical-vaginal and intraanal human papillomavirus infection of young girls with external genital warts. *J Infect Dis*, 1994;170(2):339-44.
 34. Stevens-Simon C, Nelligan D, Breese P, Jenny C, Douglas JM Jr. The prevalence of genital human papillomavirus infections in abused and nonabused preadolescent girls. *Pediatrics*, 2000;106(4):645-9.
 35. Jesus LE, Cirne Neto OL, Monteiro do Nascimento LM, Costa Araújo R, Agostinho Baptista A. Anogenital warts in children: sexual abuse or unintentional contamination? *Cad Saude Publica*, 2001;17(6):1383-91.
 36. Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinal SH. Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: age, gender, and potential transmission through sexual abuse. *Pediatrics*, 2005; 116(4): 815-25.
 37. Wingood GM, Seth P, DiClemente RJ, Robinson LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. *Sex Transm Dis*, 2009;36(12):784-6.
 38. Vanchiere J, Demmer G. Human polyomaviruses and papillomaviruses. In: Feigin R, Cherry J, Demmler G, Kaplan S, eds. *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 5th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2004: 1809-1831
 39. Carr J, Gyorfi T. Human papillomavirus: epidemiology, transmission, and pathogenesis. *Clinics in Laboratory Medicine*, 2000;20(2):235-254
 40. Estreich S, Forster GE, Robinson A. Sexually transmitted diseases in rape victims. *Genitourin Med*, 1990; 66(6):433-8.
 41. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, Copass MK, Krieger JN, Hillier SL, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *N Engl J Med*, 1990; 322(11): 713-6.
 42. Lacey HB. Sexually transmitted diseases and rape: the experience of a sexual assault centre. *Int J STD AIDS*, 1990;1(6):405-9.
 43. Bell TA, Stamm WE, Wang SP, Holmes KK, Grayston JT. Chronic Chlamydia trachomatis infections in infants. *JAMA*, 1992;267(3):400-402.
 44. Handley J, Hanks E, Armstrong K, Bingham A, Dinsmore W, Swann A, Evans MF, McGee JO, O'Leary J. Common association of HPV 2 with anogenital warts in prepubertal children. *Pediatr Dermatol*, 1997; 14(5): 339-43.

45. Hymel KP, Jenny C. Child sexual abuse. *Del Med J*, 1997;69(8):415-29.
46. Rehme MFB, Carvalho NS, Ihlenfeld MFK, Chuery ACS. Condiloma acuminado em crianças e adolescentes. *Rev bras ginecol obstet*, 1998; 20(7): 377-80.
47. American Professional Society on the Abuse of Children. Sexual abuse of children. In: Myers J, Berliner L, Briere J, Hendrix C, Jenny C, Reid T, editors. *The APSAC handbook on child maltreatment*. 2nd ed. Thousand Oaks Sage; 2001.p55-78.
48. Goldenring JM. Secondary syphilis in a prepubertal child. Differentiating condylo-
ma lata from condyloma acuminata. *N Y State J Med*, 1989; 89(3): 180-1.
49. Delmanto C, Delmanto R, Delmanto-Jr R, Delmanto FMA, editores. *Código penal comentado*. São Paulo: Saraiva; 2010.
50. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2008.
51. Atabaki S, Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child: Lessons from a decade of research. *Pediatrics*, 1999; 104: 178-86