

Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Loewenstein) com transformação maligna. Relato de caso

AFONSO CELSO PINTO NAZÁRIO¹, ANDRÉ BERNARDO², GERALDO RODRIGUES DE LIMA³, SÉRGIO MANCINI NICOLAU⁴, VIVIAN SCHIVARTCHE⁵

Trabalho realizado na Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina

Resumo

O condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Loewenstein) apresenta comportamento clínico destrutivo, embora histologicamente benigno, de início. Descreve-se caso de localização vulvar e ano-retal com transformação maligna para carcinoma espinocelular invasivo. A paciente foi tratada com radioterapia pré-operatória seguida de excisão local ampla, com evolução favorável. Os autores fazem revisão pormenorizada desta rara entidade e comentam sobre as possibilidades terapêuticas.

Unitermos: condiloma acuminado gigante; tumor de Buschke-Loewenstein; transformação maligna; carcinoma espinocelular

Introdução

O condiloma acuminado gigante foi descrito por Buschke e Loewenstein como uma variedade especial de condiloma acuminado, de localização peniana, com comportamento clínico destrutivo, embora benigno, do ponto de vista histológico [1]. Posteriormente, outras topografias menos freqüentes, como a ano-retal, oral, vulvar, cervical, entre outras, foram observadas, e alguns casos com transformação histológica maligna foram relatadas [2, 3].

As cepas 6 e 11 do papilomavírus humano estão envolvidas na gênese do condiloma gigante ou tumor de Buschke-Loewenstein [1, 4]. É provável que a lesão represente uma fase intermediária entre o condiloma acuminado simples e o carcinoma espinocelular invasivo [1, 5].

Relato do caso

S.S., 29 anos, branca, solteira, procurou o Ambulatório da Disciplina de Ginecologia da Escola Paulista de Medicina em novembro de 1990, queixando-se de aparecimento de várias verrugas em região genital e anal. Referira que há seis anos havia apresentado lesões semelhantes na vulva, que foram tratadas com cauterização, com permanência, desde então, de lesão úni-

ca em região perianal. No tocante aos antecedentes sexuais, seu primeiro coito deu-se aos 13 anos e referia múltiplos parceiros.

Ao exame ginecológico notou-se grande lesão vegetante perianal, abrangendo a hemicircunferência esquerda. Suas bordas eram sobrelevadas, a consistência endurecida e a sensibilidade bastante dolorosa. Inúmeras outras lesões verrucosas e espiculadas eram identificadas em todo o bordo anal, região periuretral, vulva e períneo (Figura 1).



Figura 1 - Condiloma acuminado gigante em região ano-retal e vulvar. Aspecto clínico.

¹Professor Adjunto Doutor; ²Residente; ³Professor Titular e Chefe da Disciplina; ⁴Professor Assistente; ⁵Monitora. Endereço para correspondência: Afonso Celso Pinto Nazário † Rua Henrique Martins, 483 - Jardim Paulista - 04504-000 - São Paulo - SP.

Ao toque retal, o esfíncter externo mostrava-se enrijecido e a anoscopia demonstrou lesões verrucosas em mucosa anal, que se iniciavam na linha pectínea às duas e três horas e se dirigiam à borda anal, na hemircunferência à esquerda. Outra lesão isolada foi encontrada às nove horas. Não havia comprometimento clínico dos linfonodos regionais.

A hipótese diagnóstica foi de condiloma gigante (Buschke-Loewenstein), com provável malignização, sendo então feitas biópsias múltiplas.

O estudo histopatológico revelou um espectro de alterações bastante variado, desde áreas de condiloma acuminado, displasia acentuada e carcinoma *in situ*, até carcinoma espinocelular invasivo franco em vulva, reto e canal anal (Figura 2).

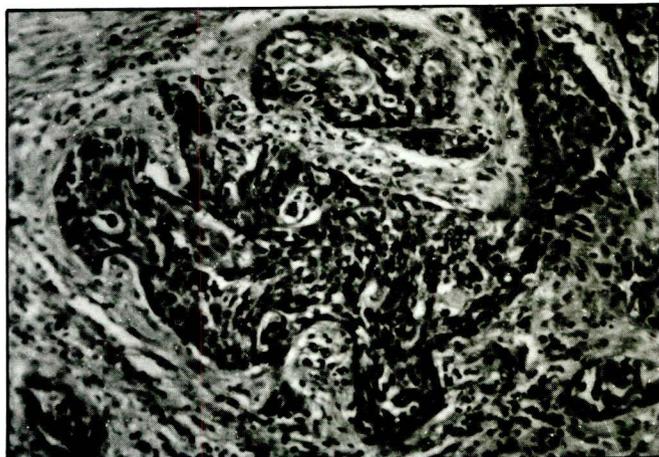


Figura 2 - Área de transformação maligna em condiloma acuminado gigante. Aspecto microscópico.

Foi realizada radioterapia externa, com dose de 35 Gy, obtendo-se regressão parcial das lesões. Procedeu-se, então, à amputação abdominoperíneo-retal pela técnica de Milles, ressecando-se em bloco a região perineal, os terços médio e distal do sigmóide, o reto, o canal anal e o ânus. A reconstrução da região perineal e vulvar foi feita através de retalho músculo-cutâneo do reto abdominal e com auxílio de tela de Maarlex.

Durante a inspeção da cavidade peritoneal foram constatados sinais de anexite pregressa e lesões verrucosas em sacro, configurando osteomielite. A reconstrução do trânsito intestinal foi conseguida por sigmoidostomia, exteriorizada em flanco esquerdo. O estudo anatomopatológico da peça operatória confirmou os achados descritos anteriormente e as margens cirúrgicas estavam livres de doença.

Discussão

O condiloma gigante caracteriza-se clinicamente por lesão vegetante, volumosa, com aspecto de "couve-flor" e propensão à formação de ulcerações, abscessos e fis-

tulas, as quais drenam material purulento e com queratina [1, 2]. Assim, apresenta crescimento exo e endofítico, invadindo os tecidos adjacentes, como a bexiga, uretra, reto, cavidade peritoneal, períneo, fossa ísquio-retal, coxa e sacro [2, 3]. Em algumas pacientes, as recidivas sucessivas podem levar à septicemia e óbito [3, 6].

Este comportamento biológico agressivo, semelhante às neoplasias malignas, contrasta, entretanto, com as alterações histopatológicas encontradas. Não se observam, de início, atipias nucleares, pleomorfismo celular ou anaplasia. A tendência à recorrência é grande, e na evolução pode haver transformação para o carcinoma espinocelular [1, 3].

A transformação maligna do condiloma gigante parece ser mais freqüente em pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida ou naquelas portadoras desta afecção em sua forma subclínica (soro-positiva) [1].

A confirmação diagnóstica anatomopatológica, feita através de biópsias múltiplas, é fundamental no sentido de afastar a possibilidade de carcinoma espinocelular.

O tumor de Buschke-Loewenstein não responde aos agentes terapêuticos habitualmente empregados no condiloma simples, como a podofilina, o ácido tricloroacético, o 5-fluoruracil ou a eletrocoagulação [2, 3]. A podofilina, além de pouco eficaz, pode causar alterações nucleares intensas, dificultando a interpretação morfológica [2, 3].

A crio e laserterapias parecem ser eficazes e a quimioterapia local com bleomicina ou a imunoterapia com interferon revelaram-se alternativas terapêuticas [3]. A radioterapia, por sua vez, deve ser utilizada com cautela [2]. No caso em questão, a regressão do tumor pelo tratamento actínico foi parcial, sendo necessária a complementação cirúrgica para o controle local.

O tratamento de eleição, desta forma, é o cirúrgico, preconizando-se a ressecção ampla das lesões com margem de segurança, reservando-se a amputação abdominoperíneo para quando houver infiltração retal extensa ou do músculo esfíncter externo do ânus [2, 3], como realizado no caso descrito.

Summary

The giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour) is characterized by clinical malignancy in the face of histologic benignity. A case of a giant acuminate condyloma of vulvar and anorectal localization is described, with malignant transformation for invasive squamous cell carcinoma. The patient was treated by preoperative irradiation and extensive local resection with favorable results. The authors made a review of etiopathogenic and anatomopathologic factors and the therapeutic possibilities of this exceptional entity.

Key words: giant condyloma acuminatum; Buschke-Loewenstein tumour; malignant transformation; squamous carcinoma

Referências bibliográficas

1. CREASMAN C, HAAS PA, FOX Jr.TA, BALAZS M. Malignant transformation of anoorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour). *Dis Col Rect* 1989; 32: 481.
2. CERDÁN FJ, MARTÍN J, DE LA MORENA MT, FURIÓ V, RUIZ DE LEÓN A, BALIBREA JL. Condiloma acuminado anorrectal gigante (Tumor de Buschke-Loewenstein). *Rev Esp Enf Ap Digest* 1987; 71: 525.
3. GRITSCH HA, RANDAZZO RF, LESTER JL, DEKERNION JB. Invasive giant condyloma acuminata: a case report. *J Urol* 1989; 141: 950.
4. WELLS M, ROBERTSON S, LEWIS F, DIXON MF. Squamous carcinoma arising in a giant peri-anal condyloma associated with human papillomavirus types 6 and 11. *Histopathology* 1988; 12: 319.
5. BOGOMOLETZ WV, POTET F, MOLAS G. Condyloma acuminata, giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumour) and verrucous squamous carcinoma of the perianal and anoorectal region: a continuous precancerous spectrum? *Histopathology* 1985; 9: 1155.
6. BALAZS M. Buschke-Loewenstein tumour. A histopatologic and ultrastructural study of six cases. *Virchows Arch A* 1986; 410: 83.