

# Papilomatoses Pseudo-Carcinomas (Pseudo-Epitheliomatous Papillomatosis) \*

RENÉ GARRIDO NEVES

*Prof. Adjunto do Serviço de Dermatologia da UFF. Médico do INCa.*

ANA MARIA NUNES MENDONÇA

LENINHA VALÉRIO DO NASCIMENTO

*Prof.<sup>as</sup> Assistente do Serviço de Dermatologia da UFF e UERJ.*

ANTONIO CARLOS PEREIRA JÚNIOR

*Prof. Adjunto do Serviço de Dermatologia da UFRJ.*

ONOFRE FERREIRA DE CASTRO

*Prof. Titular do Departamento de Patologia e Apoio Clínico da UFF e  
Chefe do Serviço de Anatomia Patológica do INCa.*

ANTONIO PEDRO SCHETTINI

*Mestrando do Serviço de Dermatologia da UFF.*

## RESUMO

*Os autores fazem o relato de três casos clínicos: Papilomatose florida, Epitelioma cuniculatum e Condiloma gigante de Buschke e Lowenstein, considerados como representativos de três entidades que compõem o grupo das Papilomatoses pseudo-carcinomas. São favoráveis à conceituação de Papilomatose pseudo-carcinomas apoiando-se na semelhança clínica, histopatológica, evolutiva e da terapêutica a ser instituída.*

*Discutem, ainda, a dificuldade do diagnóstico histológico destas lesões que, algumas vezes, só podem ser definidas em estudos repetidos.*

A simples revisão bibliográfica de trabalhos no âmbito da Oncologia, nos últimos anos, revela que numerosas entidades antigamente consideradas como malignas, são hoje reconhecidas como benignas ou limítrofes, com baixo potencial de malignidade. Numero-

sos quadros mórbidos foram desmembrados do grupo do câncer, e são hoje estudados no grupo das afecções que histologicamente simulam lesões malignas.

Verificamos assim uma constante inclusão de novas entidades bem definidas entre

os pseudo-carcinomas, pseudo-linfomas, pseudo-sarcomas e pseudo-melanomas. São exemplos o ceratoacantoma, granulomatose linfomatóide, reticulóide actínico, papulose linfomatóide, linfocitoma cútis, fibroxantoma atípico, fasciíte nodular, melanoma juvenil, etc.

Um aspecto interessante é o revelado por certos tumores, em que o organismo parece mantê-los durante toda a evolução numa situação limítrofe indefinida, entre os pólos maligno e benigno. O exemplo mais característico é do Dermatofibrossarcoma de Darier-Ferrand, para uns sarcoma de baixa malignidade, para outros expressão típica de um pseudo-sarcoma. Pinkus<sup>27</sup> reconhece estas situações em que as lesões tumorais possam apresentar características que se afastam dos critérios de benignidade, porém não preenchem os re-

*Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia da Universidade Federal Fluminense (UFF) e Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Nacional de Câncer (INCa).*

quisitos necessários para serem consideradas malignas. A importância do perfeito reconhecimento destes quadros é fundamental, principalmente quanto ao prognóstico e ao tipo de terapêutica a ser instituída.

Estudos retrospectivos após o reconhecimento da benignidade destas lesões revelam com frequência uma terapêutica anterior desnecessária, mutilante ou de grande agressividade quimioterápica. Trabalhos realizados em nosso meio, por Marques,<sup>2,5</sup> sobre fibroxantoma atípica e Garrido Neves,<sup>1,5</sup> sobre fascíte nodular pseudo-sarcomatosa, são bem ilustrativos da necessidade do reconhecimento destas falsas neoplasias malignas, para evitar terapêutica inadequada.

No exame histopatológico, fundamental para a diferenciação entre neoplasias e hiperplasias, muitas vezes o examinador pode encontrar dificuldades na perfeita caracterização e identificação celular. Um dos erros ocasionais, refere-se à interpretação das mitoses celulares que, quando muito frequentes numa lesão, podem simular mitoses atípicas. Ackerman<sup>1</sup> admite que raras lesões possam apresentar ao exame microscópico aspectos inequívocos de malignidade, em contradição com a evolução benigna do tumor, indicando tratar-se de lesão pseudo-maligna.

Nunca é demais enfatizar que é indispensável para o perfeito reconhecimento das lesões tumorais e pseudo-tumorais, a avaliação conjunta dos seguintes elementos: aspecto clínico lesional, biópsias satisfatórias e às vezes repetidas, exame macroscópico da peça, exame microscópico, correlação clínico-patológica, cortes seriados e técnicas de coloração especiais. A microscopia eletrônica pode ocasionalmente prestar alguma ajuda. A evolução biológi-

ca da lesão, entretanto, é que mostrará a sua verdadeira natureza.

## PAPILOMATOSE PSEUDO-CARCINOMATOSA

O estudo das papilomatoses tem merecido especial atenção dos dermatopatologistas, visando estabelecer as correlações clínico-patológicas e a perfeita delimitação entre os simples processos reativos, as neoplasias benignas e as neoplasias malignas.

Denomina-se *Papilomatose* a proliferação das papilas dérmicas para cima, fazendo a superfície da epiderme adquirir aspecto ondulado irregular. Papilomas, por outro lado, são hiperplasias circunscritas, que se manifestam como massas salientes, com localização em pele e mucosas. Em Clínica Dermatológica, papilomas são reconhecidos como verrucosidades ou vegetações circunscritas. Histologicamente, apresentam uma marcada proliferação do epitélio e do tecido conectivo subjacente, que reproduz de uma maneira exagerada a estrutura papilar da derme.

Foi Gottron<sup>17</sup> o primeiro, a empregar a denominação, "*Papilomatosis cutis* carcinóide" para descrever processos cutâneos papilomatosos, aparentemente malignos, sem confirmação histopatológica e com ausência de metástases para linfonodos.

Civatte<sup>1</sup> referiu-se a uma forma menos agressiva de epiteloma espino-celular que ele chamou "Epitelioma papilar córneo". Ewing,<sup>14</sup> descreveu papilomas da língua que se assentam sobre leucoplasias como "Papilomas de células escamosas". Rock e Fisher<sup>29</sup> descreveram lesão papilomatosa vegetante da mucosa bucal, com aspecto de "couve-flor", e muito resistente à terapêutica, propondo o nome de "Papilomatose oral florida".

Em 1967, Cardama e cols.<sup>9</sup> comunicaram seis casos especiais de papilomatose. Dois de semimucosas de lábio inferior, dois de mucosa oral, um de fossa nasal e um de perna esquerda. Consideram como termo mais correto "Papilomatose carcinóide" que poderia apresentar três formas clínicas: cutânea, mucosa e cutâneo-mucosa. Procuraram com o termo "carcinóide" adjetivar a possibilidade evolutiva de malignização da lesão. Este mesmo autor, em trabalho mais recente,<sup>10</sup> agrupa com esta mesma denominação uma série de quadros relacionados entre si pela clínica, histopatologia, evolução e resposta terapêutica. Foram incluídos o Condiloma acuminado gigante de Buschke e Lowenstein, o Papiloma de células escamosas de Ewing, a Papilomatose carcinóide de Gottron, o Carcinoma verrucoso de Ackerman e a Papilomatose florida de Rock e Fisher.

Adotamos a denominação Papilomatoses pseudo-carcinomas por julgarmos que é mais adequada, evitando o termo "carcinóide" que tem outro significado. Neste grupo consideramos apenas três entidades:

- a) Papilomatose florida;
- b) Epitelioma cuniculatum;
- c) Condiloma acuminado gigante de Buschke e Lowenstein.

Representam na realidade um conjunto de quadros descritos com as mais diversas denominações, merecendo ser agrupados, tendo em vista os vários pontos que apresentam em comum. Assim, usamos o termo "Papilomatose florida", para lesões de localização principalmente na mucosa bucal e que abrangem a Papilomatose oral difusa (Ewing e Ackerman), a Papilomatose oral florida (Rock e Fisher), o Epitelioma papilar córneo (Civatte), a Papilomatose carcinóide da mucosa (Schicher e Gottron), a Granulomatose

papilomatosa (Knossek), a Queratose vilosa maligna (Cachin), a "Papilomatose florida *oris*" (Rabello), o Carcinoma verrucoso (Ackerman) e Papilomatose carcinóide (Cardama).

As lesões de localização plantar, agrupadas com o termo "Epitelioma *cuniculatum*" incluem a *Papilomatosis cutis* carcinóide (Gottron) o Carcinoma verrucoso (Brownstein e Shapiro) a *Papilomatosis cutis* (Heite e Hinz) e a *Papilomatosis* carcinóide (Cardama).

O Condiloma acuminado gigante de Buschke e Lowenstein reúne a *Condilomatosis* florida pseudo-carcinomatosa (Leques) o Condiloma carcinomatóide (Gilbert), a Papilomatose carcinóide (Kraus e Perez Mesa), o "Carcinoma — like condylomata" (Lowenstein) e o Carcinoma verrucoso (Brownstein e Shapiro).

## PAPILOMATOSE FLORIDA

Em 1960, Rock e Fisher<sup>29</sup> propuseram o termo "Papilomatosis oral florida" para uma proliferação vegetante da mucosa bucal, esbranquiçada, com aspecto em "couve-flor", de evolução longa, insidiosa e assintomática, porém com grande agressividade local, muito resistente à terapêutica e com tendência a recidivas, embora sem a capacidade de metastatizar.

Em seguida, em 1962, Wechsler e Fisher<sup>34</sup> fazem uma revisão desta entidade, concluindo ser esta lesão provavelmente benigna. Gottron<sup>17</sup> em 1932, havia escolhido para lesões análogas, o termo "*Papilomatosis cutis* carcinóide". Ewing<sup>14</sup> em 1948, empregou o termo "Papilomatose difusa" e Ackerman<sup>2</sup> "Carcinoma verrucoso" para lesões indistinguíveis da Papilomatose oral florida. Todos os relatos apresentam em comum o quadro clínico exuberante desta entidade, que po-

de ser confundido com o de um carcinoma papilar, além de quadro histológico peculiar. Os diversos autores procuram chamar a atenção para o aspecto que julgam mais importante, a saber: o aspecto papilomatoso, vegetante ou florido; a ceratose ou hiperkeratose; a freqüente localização oral; a semelhança com "carcinoma".<sup>2,6</sup>

As lesões podem se desenvolver em qualquer idade,<sup>3</sup> desde poucas semanas de vida até depois dos 80 anos, predominando nos indivíduos idosos. A incidência é levemente maior no sexo masculino. As lesões, em geral, são múltiplas, de alguns milímetros a alguns centímetros de diâmetro, têm cor branca ou rosada e apresentam projeções múltiplas. Com o tempo, as lesões confluem formando massas vegetantes.

A mucosa vizinha pode ter aspecto esbranquiçado, brilhante. Chama atenção a agressividade local da lesão, que por vezes se traduz por infiltrações de partes moles vizinhas, podendo ser encontrados trajetos fistulosos, através da pele, músculos e ossos, assumindo características mutilantes. Podem se localizar em diferentes mucosas (trato respiratório superior, boca e genitália), aparentemente indenes ou com lesões prévias. Quando há adenopatia, geralmente observa-se hiperplasia reativa.

O traumatismo e viroses têm sido considerados como possíveis agentes causais; no entanto, até agora estas causas ainda não foram comprovadas.

A Papilomatose florida apresenta ao exame histopatológico: hiperkeratose com parakeratose, formação de invaginações que penetram no conjuntivo, leuco-edema, hiperplasia basal, podendo ocorrer atipias celulares (Figura 1). O conjuntivo exibe papilomatose com subdivisão das

papilas, infiltrado inflamatório linfoplasmocitário, às vezes com neutrófilos, que acompanha as ramificações papilares e que quando intenso pode formar micro-abscesso no epitélio (Figura 2). As lesões fistulosas apresentam trajetos no conjuntivo profundo, havendo conexão destas digitações, assumindo aspecto sinuoso. Deve-se salientar o papel mecânico destrutivo das projeções epiteliais; não ocorre ele por invasão intersticial tumoral. Deve ser feito diagnóstico diferencial, principalmente, com condiloma acuminado simples e carcinoma espinocelular.

O tratamento de eleição é, de acordo com Samitz e Weinberg<sup>31</sup> o emprego de citostáticos. Já foram utilizados Aminopterin e Methotrexate com sucesso.

## EPITELIOMA CUNICULATUM

Em 1932, Gottron<sup>17</sup> descreveu lesões verrucosas, com aspecto de "couve-flor" na extremidade distal do membro inferior e denominou "*Papilomatosis cutis* carcinóide". Em 1954, Aird e cols.<sup>4</sup> adotam o termo "Epitelioma *cuniculatum*", por comparação da arquitetura lesional que apresenta ramificações e fendas, como os túneis e galerias das tocas dos coelhos (*cuniculus*). Posteriormente, Brownstein e Shapiro<sup>6</sup> descrevem casos semelhantes e consideram a lesão como "Carcinoma verrucoso". Estes últimos autores, bem como Lever,<sup>21</sup> consideram o epitelioma *cuniculatum*, condiloma gigante de Buschke e Lowenstein e a papilomatose florida, como carcinomas verrucosos, graças à semelhança morfológica, evolução biológica e hipotética etiologia viral. Variações morfológicas decorreriam da localização, se plantar, genital e oral.



**Figura 1** — Microfotografia n.º 1 — Hiperqueratose com paraceratose, acantose irregular, infiltrado dérmico inespecífico. (Histopatologia do caso n.º 1).



**Figura 2** — Microfotografia n.º 2 — Pronunciada acantose, papilomatose e formação de invaginações. (Histopatologia do caso n.º 1).

O tumor tem sede preferencial plantar. Inicia freqüentemente como nódulo que evolui até assumir o aspecto de massa exofítica com ceratinização. A invasão se faz extensivamente atingindo a região dorsal do pé, e provocando separação dos dedos (Figura 6). Em profundidade, observa-se uma invasão tecidual que pressiona as estruturas adjacentes, sem comprometê-las. A superfície da lesão é irregular, vegetante, com aspecto de "couve-flor" e com presença de sulcos irregulares e profundos. Áreas erosivas, fissuras e infecção secundária com aparecimento de crostas e exsudato espesso branco-amarelado são freqüentes. Ob-

serva-se muitas vezes acentuado edema do pé e, às vezes, do terço distal da perna. A evolução é lenta, progressiva, podendo apresentar fases de crescimento rápido. Adenopatia ínguino-crural pode ser encontrada. A radiografia pode revelar desmineralização óssea e osteoporose. A localização bilateral nos pés é rara, tendo sido comunicada por Seehafer e cols.<sup>3,2</sup> Não são referidas metástases para os linfonodos.

Ao exame histopatológico o quadro é característico: hiperqueratose, paraceratose e papilomatose. Leuco-edema pode estar presente (Figura 3). A ceratinização é quase sempre bem marcada. A acantose forma cristas que pene-

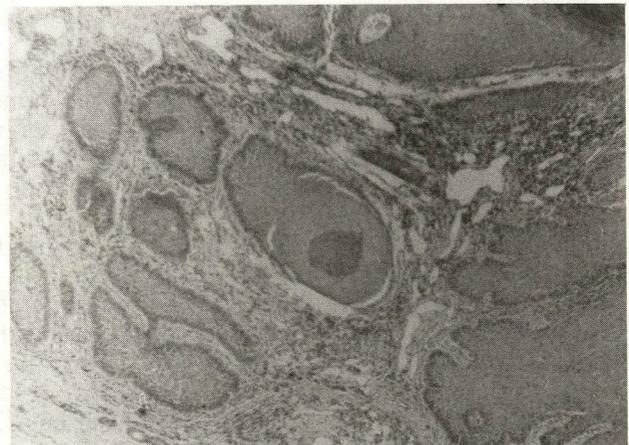
tram profundamente na derme, porém as suas margens são íntegras (Figura 4). Infiltrado celular dérmico de linfócitos, histiócitos, eosinófilos e plasmócitos está sempre presente. Mitoses freqüentes, porém típicas são encontradas.

O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com verruga plantar, carcinoma epidermóide, epitelioma baso-celular, melanoma amelanótico, fibrossarcoma, poroma écrino, angiorreticulose de Kaposi, cromomicose, paracoccidioidomicose e úlceras crônicas de membros inferiores.

A etiologia permanece obscura, porém os achados de



**Figura 3** — Microfotografia n.º 3 — Presença de células claras com núcleo picnótico. Leuco-edema, na zona acantolítica. (Histopatologia do caso n.º 2).



**Figura 4** — Microfotografia n.º 4 — Prolongamentos acantolíticos do tipo condilomatoso, fazendo arborizações. (Histopatologia do caso n.º 2).

Turner e cols.<sup>33</sup> merecem registro. Relataram aparecimento de lesões tumorais vegetantes no pé e mão de paciente submetido a transplante renal, e em uso de imunossuppressores (Azatioprine). A baixa resistência imunológica atribuída aos imunossuppressores favoreceria uma ação oncogênica das drogas ou potencializaria um vírus oncogênico. A microscopia eletrônica neste caso não evidenciou, entretanto, estruturas virais.

A terapêutica recomendável parece ser a cirurgia conservadora, procurando manter a atividade funcional do membro, permitindo a marcha. Amputação mais ampla só está indicada em lesões muito avançadas. Na opinião de Seehafer,<sup>32</sup> a radioterapia estaria contra-indicada por alterar o potencial biológico do tumor, tornando-o mais agressivo e com capacidade de produzir metástase.

### **CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE DE BUSCHKE E LOWENSTEIN**

Em 1896, Buschke<sup>7</sup> relata os dois primeiros casos e, posteriormente, junto com Lowenstein,<sup>8</sup> descreve nova lesão peniana, fazendo minucioso relato das alterações cutâneas apresentadas. A aparência clínica das vegetações simulando carcinoma, fez Lowenstein<sup>22</sup> em 1939, enfatizar a necessidade de uma perfeita caracterização. Este autor acreditava que somente ocorresse em homens, e a considerava como uma verruga genital "não venérea". Chamou-a de "Carcinoma-like condyloma" devido ao crescimento não só extensivo, como em profundidade, provocando uma falsa invasão dos tecidos adjacentes. Esta penetração representa um caráter diferencial importante do Condiloma acuminado simples. Pode provocar, além da simples com-

pressão das estruturas vizinhas, ulcerações e fístulas, principalmente uretro-cutâneas.

A sinonímia utilizada por diferentes autores, após Lowenstein, bem demonstra a intenção de ressaltar o aspecto de pseudo-câncer da lesão:

"Condiloma carcinomatóide" por Gilbert<sup>16</sup> e "Condilomatose florida pseudo-carcinomatosa" por Leques e cols.<sup>20</sup>

O local preferencial das lesões é a genitália masculina. Acometimento de genitais femininos foi observado apenas por Rosenthal<sup>30</sup> e Wiese,<sup>35</sup> outras localizações assinaladas foram: reto, por Knoblich e Failing;<sup>29</sup> perineal por Dawson e cols.;<sup>13</sup> inguinal por Machacek e Weakley;<sup>23</sup> ombro por Greemberg e Wallace.<sup>18</sup>

O início, em sua localização peniana, quase sempre ocorre na glândula e sulco balanoprepucial. Os indivíduos não circuncidados são mais predispostos; raros casos foram vistos em circuncidados, conforme verificação de Powley<sup>28</sup> e Davies.<sup>12</sup> As lesões surgem com aparência de pápulas verrucosas que por confluência assumem aspecto posterior de "couve-flor". Estas vegetações sofrem cornificação em grau variável. A cor pode ser róseo-avermelhada ou amarelo-esbranquiçada.

A evolução em geral é rápida, sendo freqüentes as seguintes complicações: ulcerações, fistulização e infecção secundária. Evolução rápida foi observada por Becker e cols.<sup>5</sup> Os linfonodos regionais se mantêm indenes de metástases, porém a transformação do condiloma, embora excepcional, é admitida por alguns autores, tais como: Maria-me<sup>24</sup> e Dawson e cols.<sup>13</sup>

A etiologia permanece obscura apesar da hipótese viral ser a mais aceita. Seria um vírus pertencente ao grupo "papova", entre os quais al-

guns têm capacidade de produzir tumores experimentalmente em mamíferos. Ackerman e Connors<sup>1</sup> consideram o tumor de Buschke e Lowenstein, como um carcinoma de células escamosas bem diferenciado, e chamam a atenção para os aspectos anaplásicos que podem ocorrer devido à aplicação tópica de podofilina.

O quadro histológico revela: uma epiderme com hiperqueratose e parakeratose; acantose pronunciada formando arborizações semelhantes às do condiloma simples, porém muito mais pronunciadas. Observa-se também na zona acantótica, presença de células com citoplasma claro, núcleos hiper cromáticos e picnóticos (leuco-edema), muito característicos. Observam-se ainda, pseudo-fendas constituídas pela penetração em dedo de luva, dos prolongamentos acantóticos. É importante ressaltar que a membrana basal se mantém íntegra. Processo inflamatório crônico inespecífico na derme subjacente é muito comum. As mitoses celulares, a nível de basal e camada de Malpighi, podem ser freqüentes, porém sem evidência de atipia.

O diagnóstico diferencial deve ser feito principalmente com: Condiloma acuminado simples, Condiloma acuminado simples modificado por podofilina tópica; Condiloma plano de localização vaginal ou retal, Carcinoma epidermóide, Fibrossarcoma e Melanoma.

A terapêutica preconizada é a exérese cirúrgica simples, pouco agressiva, evitando mutilações desnecessárias. A bleomicina e o metotrexate, foram usados com êxito por alguns autores, como Gilbert<sup>16</sup> e Dawson.<sup>13</sup> A recidiva pode ocorrer nos casos de excisão incompleta.

O prognóstico é considerado excelente quando o tumor é totalmente excisado.

## CASUÍSTICA

### CASO N.º 1

Identificação: A.O.S.; masculino; branco; solteiro; 47 anos; lavrador.

H.D.A.: Em 02.07.72, refere que há aproximadamente 10 meses vem apresentando mancha esbranquiçada na boca. Mais tarde, na referida área, observou uma ferida que não cicatrizava.

Exame Estomatológico: Lesões esbranquiçadas, em placa, de diversos tamanhos e configurações, aderentes, localizadas no rebordo alveolar esquerdo. A nível da mucosa jugal presença de lesões com superfície vegetante, bordos nítidos, pouco elevados, base infiltrada, medindo aproximadamente 4cm de diâmetro. Ausência de adenomegalia regional (Figura 5).

Exames Laboratoriais: Biópsia da lesão.

Diagnóstico: PAPILOMATOSE FLORIDA.

Evolução: O paciente foi submetido a tratamento cirúrgico e há 4 anos, encontra-se em bom estado geral, sem recidivas.

### CASO N.º 2

Identificação: F.L.S.; masculino; branco; 58 anos; casado; operário; Maricá-RJ.

H.D.A.: Início há cerca de 2 anos com bolhas que se rompiam entre os dois últimos pododáctilos direitos, dando lugar a crostas. Posteriormente surgiu lesão vegetante que progrediu até à dimensão atual.

Exame Dermatológico: Lesão vegetante, fétida, com fissuras, erosões e crostas localizadas nos 3 últimos pododáctilos direitos e zonas adjacentes do pé (Figura 6).

Exames Laboratoriais: Biópsia da lesão.

Diagnóstico: EPITELIOMA *CUNICULATUM* (Compatível).

Evolução: A terapêutica com Methotrexate produziu regressão parcial da lesão. Numerosas biópsias efetuadas durante este período apresentavam quadro compatível com Epitelioma *cuniculatum*. O paciente interrompeu a terapêutica sem orientação médica, havendo logo a seguir novo crescimento da lesão. Ao retornar ao Ambulatório foi realizada amputação do pé, pois o exame histopatológico revelou carcinoma epidermóide.

### CASO N.º 3

Identificação: V.S.; masculino; branco; solteiro; 43 anos; natural do Rio de Janeiro.

H.D.A.: Há 6 anos aparecimento de lesões vegetantes, múltiplas, com odor fétido, localizadas no sulco bálano-prepucial e dorso do pênis. As lesões aumentaram de tamanho gradativamente passando a drenar secreção purulenta.

Exame Dermatológico: Pênis com grande aumento de volume a custa de lesões múltiplas vegetantes e fenestranças localizadas no dorso do pênis, sulco bálano-prepucial e meato uretral (Figura 7). Essas lesões dão saída espontânea a secreção purulenta fétida.

Exames laboratoriais:

Histopatológico:

a) Pele: Diagnóstico: CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE (Compatível).

b) Gânglios: sem alterações.

Bacteriológico: secreção purulenta: *Proteus mirabilis*.

Micológico: negativo.

Sorológico: negativo.

Radiológico:

a) Rx do tórax: normal

b) Rx da bacia: normal

c) Urografia excretora: normal

Evolução: Foi iniciado tratamento com gentamicina injetável e rifocina tópica por

um período de 15 dias, com redução da secreção purulenta. Posteriormente foi instituído tratamento com Bleomicina (BLENOXANE). Até a dosagem de 90mg houve acentuada redução do processo. A partir daí até a dosagem de 150mg o quadro manteve-se inalterado, quando foi então suspensa a medicação.

## CONCLUSÕES

Analisando os achados da literatura consultada e comparando com os três casos representativos de cada uma das três entidades fundamentais do grupo das Papilomatoses pseudo-carcinomas, concluímos:

1 — esta concepção de agrupar quadros clínicos patológicos que apresentam numerosas características comuns, a nosso ver é de grande utilidade prática;

2 — do ponto de vista clínico são lesões com aspecto de vegetações que invadem os tecidos vizinhos, mas determinando apenas alterações por compressão mecânica;

3 — áreas erosivas, presença de sulcos ou fendas, fistulização e infecções secundárias são complicações comuns a todas elas;

4 — a evolução é tórpida, arrastando-se por muitos meses ou anos;

5 — habitualmente não dão metástases;

6 — a histopatologia apresenta também características comuns, a saber: hiperkeratose com graus variáveis de parakeratose; acantose do tipo condilomatoso; integridade da camada basal da epiderme; leuco-edema; freqüentes figuras de mitoses; infiltrado inflamatório dérmico inespecífico. (vide quadro esquemático página 8);

7 — todas as entidades do grupo com freqüência exigem várias biópsias até o seu diagnóstico seguro;

8 — o tratamento cirúrgico, quando instituído, deve ser conservador;

9 — os quimioterápicos quando usados, serão sempre aqueles menos agressivos para o organismo;

10 — o prognóstico, em virtude da conceituação de pseudocarcinoma, deve ser considerado bom;

11 — a eventualidade embora excepcional, de transformação maligna não deve ser esquecida (vide Caso 2).

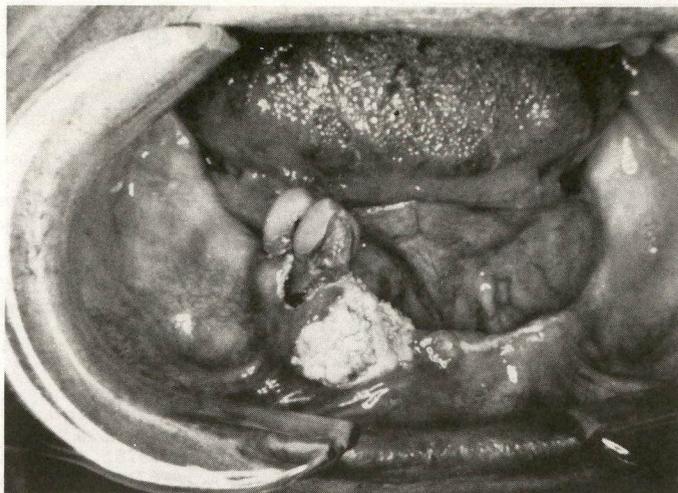


Figura 5 — Caso n.º 1 — Papilomatose Florida.

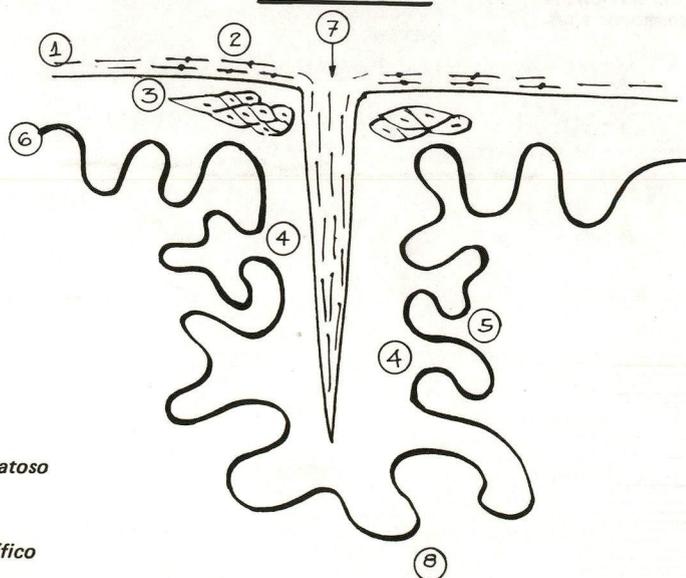


Figura 6 — Caso n.º 2 — Epitelioma Cuniculatum.



Figura 7 — Caso n.º 3 — Condiloma Acuminado Gigante de Buschke e Lowenstein.

### ESQUEMA



- 1 — Hiperkeratose
- 2 — Parakeratose
- 3 — Leuco-edema
- 4 — Acantose do tipo Condilomatosa
- 5 — Papilomatose
- 6 — Membrana Basal Íntegra
- 7 — Formação de Fendas
- 8 — Infiltrado Dérmico Inespecífico

## SUMMARY

This is a report of three cases, namely florid papillomatosis, epithelioma cuniculatum and Buschke-Lowenstein tumor. They are considered as typical of the three entities that compose the pseudo epitheliomatous papillomatosis group.

The Authors accept the term "pseudo epitheliomatous papillomatosis" as supported by the similarity in clinical aspects, histopathology, evolution and recommended treatment.

They discuss the difficulty in establishing the histologic diagnosis of these lesions which, at times can only be recognized after repeated studies.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN, A.B. & CONNORS, R.C. — *Histologic pseudo-malignancies of the skin*. Arch. Dermatol., 112:1767-1780, 1976.
2. ACKERMAN, L.V. — *Verrucous Carcinoma of the Oral Cavity*. Surgery, 23:670-678, 1948.
3. AL SALLEEN, T. et alii. — *Multiple papillomatosis of the lower respiratory tract. Clinical and Pathological study of eleven cases*. Cancer, 22:1173-1184, 1968.
4. AIRD, I. et alii. — *Epithelioma cuniculatum. A variety of squamous carcinoma peculiar to the foot*. Br. J. Surg. 42:245-250, 1954.
5. BECKER, F.T. et alii. — *Giant condylomata acuminata. Buschke-Lowenstein tumor*. Arch. Dermatol., 100:184-186, 1969.
6. BROWNSTEIN, H.M. & SHAPIRO, L. — *Verrucous carcinoma of skin (Epithelioma cuniculatum plantare)*. Cancer, 38:1710-1716, 1976.
7. BUSCHKE, A. — *Condylomata acuminata. Neisser's stereokor altas*. Leipzig, 1896.
8. BUSCHKE, A. & LOWENSTEIN, L. — *Über carcinomanliche condylomata acuminata des penis*. Klin Wschr., 4:1726-1728, 1925.
9. CARDAMA, J.E. et alii. — *Papillomatosis carcinoides: A propósito de nuestras observaciones*. Rev. Arg. Derm., 144/145:24-27, 1967.
10. CARDAMA, J.E. et alii. — *Papillomatosis carcinóide*. Medicina cutânea, 4(5):305-320, 1976.
11. CIVATTE, A. — *Tumeurs malignes de la peau et des muqueuses dermapapillaires*. Encycl. Med. Chir. Dermatologie, 3:10, 1936.
12. DAVIES, S.W. — *Giant condyloma acuminata: Incidences among cases diagnosed as carcinoma of the penis*. J. Clin. Pathol., 18:142-149, 1965.
13. DAWSON, D.F. et alii. — *Giant condylomata and verrucous carcinoma of genital area*. Arch. Pathol., 79:225-231, 1975.
14. EWING, J. — *Oncologia*. 4 ed. Barcelona, Salvat, 1948.
15. GARRIDO NEVES, R. — *Fasceite nodular pseudo-sarcomatosa*. Tese de Livre-Docência. Niterói, 1975.
16. GILBERT, C.F. — *Giant condylomata acuminata*. Arch. Dermatol., 93:714-717, 1966.
17. GOTTRON, H.A. — *Papillomatosis cutis carcinoides*. Dermat. Zschr., 63:409, 1932.
18. GREENBERG, S.D. & VALLACE, S.A. — *Giant cutaneous papiloma of shoulder*. Arch. Pathol., 76:446-448, 1963.
19. KNOBLICH, R. & FAILLING, J.R. — *Buschke Lowenstein tumor of the rectum*. Amer. J. Pathol., 40:427, 1963.
20. LEQUES, B. et alii. — *La tumeur de Buschke Lowenstein condylomatose floride pseudo-carcinomateuse*. Bull. Soc. Fr. Derm. Syph., 77:133-137, 1970.
21. LEVER, W.F. — *Histopathology of the skin*. 5a. ed. Philadelphia, J.P. Lippincott Company, 1975.
22. LOWENSTEIN, L. — *Carcinoma-like condylomata of the penis*. M. Clin. Nort. America., 23:789-795, 1939.
23. MACHACEK, G.F. & WEAKLEY, D.R. — *Giant condyloma acuminata of Buschke Lowenstein*. Arch. Dermatol., 82:41-47, 1960.
24. MARIAME, G. — *Malignant transformation of venereal vegetations of the penis*. Arch. Belg. Derm. Syph., 175-177, 1950.
25. MARQUES, A.S. — *Fibroxiomatoma atípico (Pseudossarcoma)*. Tese de Livre-Docência, Rio de Janeiro, 1970.
26. MENDONÇA, A.M.N. — *Papillomatose florida*. Tese de Mestrado, Niterói, 1977.
27. PINKUS, H. — *The borderline between cancer and non cancer*. IN: Andrade, R. Cancer of the skin. Philadelphia, W.B. Saunders Co., 386-404, 1976.
28. POWLEY, J.M. — *Buschke Lowenstein tumor of the penis*. Brit. J. Surg., 51:767, 1964.
29. ROCK, G.A. & FISHER, E.R. — *Florid papillomatosis of the oral cavity and larynx*. Arch. Otolaryng., 72:593, 1960.
30. ROSENTHAL, F.; citado por FREUDENTHAL, B.J. et alii. — *Warzen und Kondylome*. Handb. Haut. U. Geschlechtskr. 12:33-207, 1933.
31. SAMITZ, M.H. & WEINBERG, R.A. — *Oral florid papillomatosis. Response to aminopterin*. Arch. of Dermatol., 87:478-480, 1963.
32. SEEHAFER, R.J. et alii. — *Bilateral verrucous carcinoma of the feet*. Arch. Dermatol., 115:1222-1223, 1979.
33. TURNER, E.J. et alii. — *Verrucous carcinoma in a renal transplant patient after long-term immunosuppression*. Arch. Dermatol., 116:1074-1076, 1980.
34. WECHSLER, H.L. & FISHER. — *Florid oral papillomatosis*. Arch. Dermatol., 86:480, 1962.
35. WIESE, B.; citado por FREUDENTHAL, B.J. et alii. — *Warzen und Kondylome*. Handb. Haut. U. Geschlechtskr. 12:33-107, 1933.