

Condiloma gigante de Buschke-Lowenstein: um relato de caso

Giant condylomata acuminata of Buschke-Lowenstein: a case report

Maria Silian Mandu Fonseca¹, Lenon Cardoso¹, Monique Moron Munhoz¹, Thales Martinez¹,
Eduardo Miolo de Carvalho¹, Matheus Christian Silveira¹, Gustavo Rosa de Almeida Lima¹, Nelson Boccato Júnior¹

RESUMO

O condiloma gigante de Buschke-Lowenstein é uma doença sexualmente transmissível causada pelo papilomavírus humano, sendo caracterizado clinicamente por verrugas genitais, com alto potencial de se transformar em carcinoma espinocelular. Este artigo busca relatar o caso de um paciente do sexo masculino, HIV negativo, que apresentava sangramento, saída de secreção purulenta e lesão com aspecto vegetante em região perianal. A biópsia da lesão evidenciou condiloma de Buschke-Lowenstein e, após seis meses, foi realizada a cirurgia com ampla excisão da lesão e amputação retal. A análise anatomopatológica da peça cirúrgica mostrou carcinoma espinocelular.

Palavras-chaves: tumor de Buschke-Lowenstein; condiloma acuminado; carcinoma verrucoso; neoplasias de células escamosas; papiloma.

ABSTRACT

The giant condylomata acuminata of Buschke-Lowenstein is a sexually transmitted disease caused by the human papillomavirus, clinically characterized by genital warts, with high potential to develop into squamous cell carcinoma. This article seeks to report the case of a male patient, HIV-negative, who had bleeding, purulent discharge and injury with vegetative aspect in the perianal region. Biopsy of the lesion showed condyloma of Buschke-Lowenstein, and, after six months, surgery with wide excision of the lesion and rectum amputation was performed. The anatomopathological examination of the surgical specimen showed squamous cells carcinoma.

Keywords: Buschke-Lowenstein tumor; condylomata acuminata; carcinoma, verrucous; neoplasms, squamous cells carcinoma; papiloma.

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado é uma doença sexualmente transmissível causada pelo papilomavírus humano (HPV), principalmente HPVs 6 e 11, sendo caracterizado clinicamente por verrugas genitais. Raramente, as verrugas genitais podem evoluir para grandes massas anogenitais, definindo a forma gigante dessa doença,¹ a qual é conhecida como tumor de Buschke-Lowenstein, que recebe esse nome porque foi descrito por Buschke e Lowenstein em 1925, como uma lesão de pênis.² É uma forma rara de verrugas genitais,³ compreendendo não mais do que 0,1% dessas,¹ caracterizando-se como um grande tumor devido ao excessivo crescimento epitelial, com aspecto de couve-flor.

Na literatura, os dados sobre a prevalência da infecção por HPV em homens variam significativamente entre 1,3 e 72,9%; além disso, a distribuição exata dos genótipos

específicos do HPV nessa população ainda não está clara,⁴ sendo a doença sexualmente transmissível mais comum da região anorretal.⁵

O período de incubação do HPV é em torno de um a seis meses. Ainda que a lesão seja histopatologicamente benigna, exhibe propriedades clinicamente malignas devido ao crescimento local, que cria pressão sobre o tecido circundante, falta de regressão espontânea e uma alta taxa de recorrência, apesar do tratamento. Ademais, exhibe o potencial de se transformar em carcinoma de células escamosas (CEC)⁶ — essa associação tem a prevalência de 0,75 a 3,00% na Europa e 1,00% nos Estados Unidos. Um dos fatores de risco para o desenvolvimento de carcinoma é um estado de imunodepressão,⁷ visto que o sistema imunológico repele com eficácia a maioria das infecções por HPV.³

¹Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde – Sorocaba (SP), Brasil. Contato: silian.ma@gmail.com

Recebido em 11/01/2015. Aceito para publicação em 02/02/2016.

Na história natural do carcinoma espinocelular anal, que é um CEC, a neoplasia intraepitelial anal (NIA), um precursor desse, está associada aos HPVs tipo 16, 18 e 31. A NIA é frequentemente assintomática, enquanto o CEC anal está associado a sangramento retal e sensação de uma “massa”. Quanto à sua fisiopatologia, os conhecimentos ainda são limitados; no entanto, sabe-se que é semelhante ao descrito na progressão neoplásica do câncer de colo uterino associado ao HPV.⁸

O câncer da região anal é raro, sendo mais frequentes os CECs, seguidos dos adenocarcinomas. O melanoma maligno é ainda mais raro. Quanto à sua localização, 70 a 80% dos câncers da área anal surgem no canal anal e 20 a 30% originam-se na região perianal. Histologicamente, a região perianal é composta de pele queratinizada, onde cabelo e glândulas sudoríparas estão localizados. O canal anal possui epitélio escamoso desde a borda anal até 1 a 2 cm da linha dentada, onde temos o epitélio transicional. Os fatores de risco envolvem infecção pelo HIV, infecção por HPV, imunodeficiência, sexo anal e história de câncer cérvico-vaginal-vulvar.⁹

O diagnóstico de câncer da região anal geralmente é feito por exame físico e retoscopia. Em 15 a 20% dos casos, metástases em linfonodos regionais estão presentes já quando se dá o diagnóstico. A propagação hematogênica no momento do diagnóstico é rara, mas 40% das mortes durante o curso da doença devem-se a metástases distantes. Os carcinomas da região anal são estadiados pelo sistema TNM.⁹

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino com 66 anos de idade, admitido neste serviço em maio de 2015, tabagista de 51 anos/maço, com queixa de aparecimento de “verruga” em região anal há 3 anos da admissão, que veio progressivamente aumentando de tamanho, atrapalhando a evacuação, nunca havia feito nenhum acompanhamento médico. Há três meses da admissão, relatou sensação de estar “cheio” ao alimentar-se com pequenas quantidades, dificuldade para evacuar (ritmo intestinal: a cada quatro dias) e icterícia. Além disso, há cinco meses apresentou cansaço e perda progressiva de peso. Após episódios de sangramento e saída de secreção purulenta há três meses, procurou atendimento médico. Paciente negou outras comorbidades, referindo um antecedente familiar de primeiro grau com neoplasia de pulmão.

Ao exame, lesão com aspecto “vegetante” abrangendo toda a região perianal e glúteos, medindo aproximadamente 10 x 10 cm sem sangramento. As Figuras 1 e 2 ilustram o aspecto macroscópico da lesão.

As sorologias para HIV, hepatite B, hepatite C e exames laboratoriais gerais e de função renal, hepática e tireoideiana mostraram anemia. Exames anatomopatológicos das múltiplas biópsias do tumor mostraram condiloma gigante (Buschke-Lowestein). A videocolonosopia não mostrou alterações. Os exames de imagem (ultrassonografia abdominal, ressonância magnética abdominal e pélvica e radio-

grafia de tórax) não mostraram alterações, sendo solicitados pela suspeita de malignidade do tumor que acometia todo o esfíncter anal, com a presença de três fístulas anorretais. No entanto; inicialmente, a biópsia do tumor mostrou uma lesão benigna (condiloma gigante).

Em outubro de 2015, apresentou queda do estado geral, perda de apetite e náuseas após alimentação. Teve episódios persistentes de sangramento na lesão anal e os exames laboratoriais revelaram anemia e desnutrição, tendo recebido concentrados de hemácias e passou-se ao uso de sonda nasoenteral. Nesse mesmo mês foi realizada a cirurgia de amputação abdominoperineal do reto.

Ao abordar-se o abdome, notou-se ausência de lesões hepáticas em estômago, intestino delgado, megacólon, mesentério e mesocólon, além de ausência de lesão visível em reto baixo; assim, realizou-se desvio de trânsito intestinal e ressecção retal. Na abordagem perineal, houve presença de lesão verrucosa de grande monta, aproximadamente 25 cm, em toda a borda anal com comprometimento lateral da pele e do subcutâneo, acometendo toda a circunferência anal, com presença de múltiplos orifícios fistulosos e presença de várias lojas de pus, que foram drenadas; os músculos elevadores do ânus foram



Figura 1. Condiloma gigante de Buschke-Lowenstein na região perianal.



Figura 2. Aspectos macroscópicos da lesão (verrucosa exofítica, em aspecto de couve-flor, com áreas de ulcerações).

aproximados com sutura em U; e o subcutâneo e a pele foram deixados abertos com curativo.

A peça cirúrgica (Figura 3) foi enviada para análise anatomopatológica. O paciente permaneceu nos primeiros dias do pós-operatório com nutrição parenteral e enteral devido às suas condições nutricionais e à não aceitação da dieta via oral, fazendo o desmame progressivo da nutrição parenteral. Acompanhado por equipes multidisciplinares (fisioterapia, psicologia e nutrição), o paciente evoluiu com dois episódios de insuficiência renal no pós-operatório tardio e apresentou também recidiva do condiloma na área cruenta amputada, seguindo então acompanhamento em conjunto com equipe de oncologia.

DISCUSSÃO

O condiloma de Buschke-Lowenstein tem sua etiologia associada ao papilomavírus humano, é raro e é sempre precedido de condiloma acuminado. Esse tumor epitelial é caracterizado por uma alta taxa de recorrência e um grande potencial de transformação maligna,¹⁰ entre 40 e 60% dos casos,¹¹ como ocorreu com o paciente em questão, inicialmente diagnosticado com condiloma gigante que evoluiu para CEC.

Atualmente, sabe-se que tanto a NIA quanto o CEC tem uma alta prevalência em homens HIV positivos cuja contagem de células CD4+ está abaixo de 500 células/mm³, mesmo na ausência de uma história de relação sexual anal receptiva.⁸ No caso descrito, tem-se um paciente do sexo masculino, porém HIV negativo.

Os sintomas mais comuns são massa perianal (47%), dor (32%), abscesso perianal ou fístula (32%) e sangramento (18%).¹¹ Nota-se que a principal queixa que levou o paciente a procurar o médico foi a massa perianal e sangramento. Invasão local e recorrência local são a principal fonte de morbidade nessa doença.

A doença está associada a altas taxas de recorrência e de mortalidade, 67 e 21%, respectivamente. Isso faz com que a excisão cirúrgica completa seja o tratamento



Figura 3. Peça cirúrgica – reto e ânus.

de escolha,^{7,9,11,12} ressaltando-se que a radioterapia e a quimioterapia também podem ser empregadas para evitar que o cancro se estenda para o canal anal. Em um estudo de seguimento realizado por 21 anos em 24 pacientes diagnosticados com CEC anal e tratados, 8 pacientes foram tratados com ampla excisão local e nesses não foram detectadas nem recorrência, nem mortalidade, dado consistente com a literatura.⁹ Ressalta-se que não há dados disponíveis suficientes para recomendar o tratamento como radioterapia, quimioterapia ou interferon, sendo esses apenas paliativos.¹¹ Todavia, no caso descrito, apesar de tratamento com ampla excisão cirúrgica em poucos meses de pós-operatório, observou-se recorrência.

Terapias ablativas, como crioterapia, eletrocauterização, ressecção simples e laser de CO₂, são eficazes em curto prazo; porém, a taxa de recorrência após essas terapias pode ser elevada, entre 25 e 39%.¹

Deve-se enfatizar que a reconstrução de retalho local pode melhorar significativamente a qualidade de vida após a excisão cirúrgica ampla, e um acompanhamento regular é necessário devido às recorrências frequentes e possíveis metástases a distância.¹³

CONCLUSÃO

Este relato ilustra um caso de condiloma de Buschke-Lowenstein que evoluiu para carcinoma espinocelular. Salienta-se que a excisão cirúrgica completa é aconselhada; porém outras modalidades de tratamento, como quimioterapia ou radioterapia, podem sim ser utilizadas para evitar intervenções cirúrgicas mutilantes, ficando a dúvida sobre qual é a melhor decisão a se tomar entre o tratamento paliativo contra a excisão curativa que, infelizmente, tem o potencial de morbidade e mortalidade significativas.

REFERÊNCIAS

1. Akhavizadegan H. Electrocautery resection, shaving with a scalpel, and podophyllin: a combination therapy for giant condyloma acuminatum. *World J Mens Health*. 2015;33(1):39-41.
2. Gomes CLR, Cruvinel Filho RC, Almeida JLM, Monteiro LS, Simão NMMS, Dias EP, et al. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lowenstein). *Rev Bras Med*. 2003;60:860-4.
3. Niazy F, Rostami K, Motabar AR. Giant condyloma acuminatum of vulva frustrating treatment challenge. *World J Plast Surg*. 2015;4(2):159-62.
4. Tiro JA, Lee SC, Marks EG, Persaud D. Developing a tablet-based self-persuasion intervention promoting adolescent HPV vaccination: protocol for a three-stage mixed-methods study. *JMIR Res Protoc*. 2016;29(5):e19.
5. Kabul Gurbulak E, Akgun IE, Omeroglu S, Oz A. Giant perianal condyloma acuminatum: plastic reconstruction with bilateral gluteal fasciocutaneous V-Y advancement flap. *Turkish J Surg*. 2015;31(3):170-3.

6. Tas S, Arik MK, Ozkul F, Cikman O, Akgun Y. Perianal giant condyloma acuminatum: Buschke-Löwenstein tumor: a case report. *Case Rep Surg.* 2012;2012:ID507374.
7. Wester NE, Hutten EM, Krikke C, Pol RA. Intra-abdominal localisation of a Buschke-Lowenstein tumour: case presentation and review of the literature. *Case Rep Transplant.* 2013;2013:ID187682.
8. Assi R, Reddy V, Einarsdottir H, Longo WE. Anorectal human papillomavirus: current concepts. *Yale J Biol Med.* 2014;87(4):537-47.
9. İrkin F, Gülben K, Berberoğlu U, Altınyollar H, Acun G, Güney Y, et al. The results of 21-year experience of treating anal squamous cell carcinomas. *Ulus Cerrahi Derg.* 2014;30(1):14-7.
10. Oussaid M, Majdoub KI. Enorme tumeur de Buschke Loewenstein: à propos d'un cas historique. *Pan Afr Med J.* 2014;10(18):38.
11. Skowrońska-Piekarska U, Kościński T. Buschke-Loewenstein tumor resection with simultaneous reconstruction of extensive tissue losses: case report. *BMC Surg.* 2015;15(1):41.
12. Sandhu R, Min Z, Bhanot N. A gigantic anogenital lesion: Buschke-Lowenstein tumor. *Case Rep Dermatol Med.* 2014;2014:1-3.
13. Ahsaini M, Tahiri Y, Tazi M, Elammari J, Mellas S, Khallouk A, et al. Verrucous carcinoma arising in an extended giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor): a case report and review of the literature. *J Med Case Rep.* 2013;7(1):273.