

CONDILOMA ANAL GIGANTE: RELATO DE CASO

GIANT CONDYLOMA ACUMINATUM: A CASE REPORT

Natasha S Ganem¹, Beatriz C Silva¹, Maria LFO Nascimento¹, Alberto S Tibúrcio², Leonardo P Motta²,
Marcelo R Lyra³, Rodrigo B Mesquita⁴, Júlio AC Gama⁴, Mônica S Almeida⁵

RESUMO

Introdução: o tumor de Buschke-Löwenstein é uma variedade pouco frequente da infecção pelo HPV. O tumor possui comportamento invasivo, embora seja histologicamente benigno. Pode estar associado a condições de imunossupressão e a recorrência após o tratamento é frequente. **Objetivo:** descrever um caso de um portador de aids e demonstrar que a imunossupressão é fator contribuinte, e que a cirurgia é o tratamento mais eficaz. **Métodos:** descrição do caso clínico, com referências na literatura. **Resultados:** foi realizada a cirurgia com ressecção ampliada e evolução satisfatória no pós-operatório. **Conclusão:** a cirurgia é o tratamento recomendado pela maioria dos autores e a biópsia é procedimento indicado para excluir malignidade. **Palavras-chave:** Buschke-Löwenstein, condiloma, aids, DST

ABSTRACT

Introduction: Buschke-Löwenstein tumor is an uncommon variety of HPV infection. Being histologically benign, the tumor has invasive behavior. It may be associated with conditions of immunosuppression, and recurrence after treatment is frequent. **Objective:** to describe a case in a patient with AIDS, to show that immunosuppression is a contributing factor, and that surgery is the most effective treatment. **Methods:** a case description, with references in the literature. **Results:** extended resection surgery with satisfactory outcome in the postoperative period. **Conclusion:** surgery is the treatment recommended by most authors and biopsy is an indicative procedure to exclude malignancy. **Keywords:** Buschke-Löwenstein, condiloma, aids, STD

INTRODUÇÃO

O condiloma acuminado gigante (CAG) é conhecido como *tumor/síndrome de Buschke-Löwenstein* (TBL)¹⁻⁸, *carcinoma verrucoso de Ackerman*¹, ou como *condilomatose pré-cancerosa de Delbaco y Unna*². Sua incidência na população é de 0,1%⁵. A lesão, de comportamento invasivo, foi descrita inicialmente em 1896, por Buschke^{1,3-5}, mas somente em 1925 a entidade clínica foi bem definida por Löwenstein³⁻⁵. Dawson, em 1964, relatou o primeiro caso de CAG em localização perianal¹⁻⁴.

O CAG é uma variante do condiloma acuminado⁴. Histologicamente, apresenta aspecto benigno, mas clinicamente demonstra comportamento de malignidade, ao infiltrar os tecidos adjacentes²⁻³. Em um CAG é possível identificar coilocitose (vacuolização citoplasmática), mitoses infrequentes, acantose (hiperqueratose) e membrana basal intacta³⁻⁵. Não ocorre angioinvasão, infiltração linfática nem metástase⁹. Macroscopicamente, o CAG tem consistência amolecida, aspecto róseo, sendo altamente vascularizado e produz escavação dos tecidos moles³.

O tumor de Buschke-Löwenstein apresenta 60 a 66% de recorrência após tratamento^{1,4-6}. Ocasionalmente pode apresentar involução espontânea^{5,7}. O rápido crescimento deste tumor costuma estar associado a deficiências da imunidade (aids, tratamento imunossupressor, alcoolismo e diabetes *mellitus*)^{2,5,6,8} ou gravidez³. Em 1975, Sturm chamou a atenção para a possibilidade de degeneração maligna do CAG em carcinoma de células escamosas³.

OBJETIVO

Descrever o caso clínico de um condiloma acuminado gigante (CAG) em um paciente portador da síndrome de imunodeficiência adquirida, uma vez que esta variedade de condiloma é pouco descrita na literatura.

Ressaltar a importância de pesquisar condições de imunossupressão que contribuam para o rápido crescimento do condiloma acuminado gigante.

Mostrar que a cirurgia com excisão ampla da lesão é a modalidade de tratamento mais eficaz, podendo estar associada ou não a outras terapêuticas complementares.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 23 anos, natural do estado do Rio de Janeiro, militar, com sorologia positiva para o vírus da imunodeficiência humana há 3 anos. Encontrava-se em tratamento regular com antirretrovirais (zidovudina, lamivudina e efavirenz) havia 2 meses. Apresentava, em seus últimos exames laboratoriais, contagem de células CD4+ de 190/mm³ e carga viral de 17.900/mm³.

O paciente referiu início do quadro clínico há 6 meses, com queixa de dor e lesão vegetante de tamanho pequeno na região anal. Fez uso de analgésicos e anti-inflamatórios tópicos, promovendo alívio parcial. A lesão apresentou aumento progressivo de tamanho durante este período, quando então procurou o ambulatório do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital Central do Exército.

O exame proctológico identificou uma volumosa lesão vegetante, de aspecto verrucoso, com aproximadamente 12 cm em seu maior diâmetro (**Figura 1**), localizada em região anal, com prolapso mucoso circunferencial associado. A retossigmoidoscopia revelou presença de múltiplas lesões pequenas em mucosa retal.

¹ Médicas residentes em Infectologia.

² Médicos do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

³ Médico preceptor da Residência Médica em Infectologia.

⁴ Médicos do Serviço de Proctologia.

⁵ Médica do Serviço de Anatomopatologia.

Instituição: Hospital Central do Exército.

Foi realizada exérese cirúrgica, com ressecção ampla da lesão (**Figura 2**). A revisão da cirurgia, após 26 dias, mostrou que a ferida estava cicatrizada e apresentava-se com aspecto clínico satisfatório (**Figura 3**). O estudo histológico da lesão evidenciou a presença de coilocitose, sugestiva de infecção pelo HPV (**Figura 4**). O paciente encontra-se atualmente sob acompanhamento clínico ambulatorial, não tendo apresentado recorrência da lesão.

DISCUSSÃO

O tumor de Buschke-Löwenstein acomete preferencialmente pessoas do sexo masculino¹, numa relação homem/mulher de 3,3:1. É uma variante do condiloma acuminado e também está relacionado com a presença do papilomavírus humano tipos 6, 11, 16, 18 e 54^{1,6,9}. Para evidenciar a presença do HPV, torna-se necessária a

realização de técnicas moleculares (hibridização *in situ*, captura híbrida ou reação em cadeia da polimerase).

Na avaliação clínica do paciente com CAG, recomenda-se realizar uma proctossigmoidoscopia e uma tomografia computadorizada abdominopélvica para detecção de lesões viscerais⁹. A ultrassonografia endoanal pode detectar comprometimento do esfíncter anal⁶.

Devido a sua extensão, ao elevado índice de recorrência e risco de malignização, a cirurgia com excisão radical para o condiloma acuminado gigante é o tratamento de escolha⁶. Na transformação maligna também está indicada a ressecção dos gânglios linfáticos⁵.

Quando o esfíncter anal é invadido, a ressecção abdominoperineal deve ser realizada⁴. Como por vezes a área afetada é extensa, a colostomia derivativa temporária é parte complementar do trata-



Figura 1 – Na mesa cirúrgica.



Figura 2 – Pós-operatório imediato.



Figura 3 – Pós-operatório tardio.

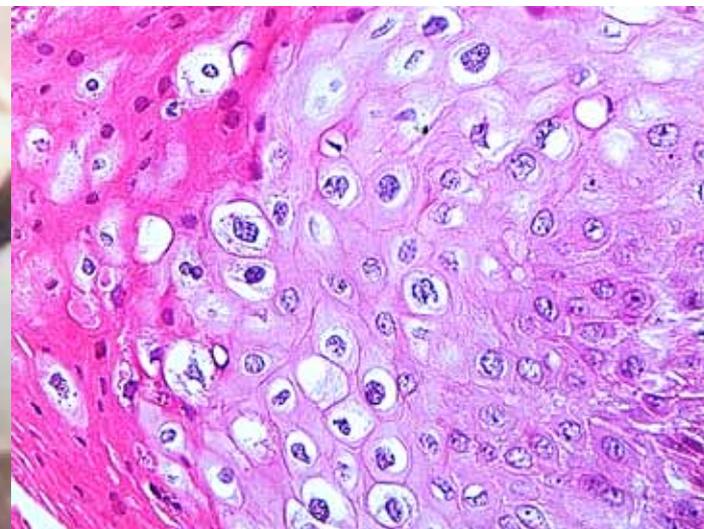


Figura 4 – Coilocitose (400 x). Coloração HE.

mento³. A remoção cirúrgica radical tem êxito de 63-91% e baixo nível de recorrência².

Podem ainda ser utilizados como tratamentos complementares: a criocirurgia⁶, o *laser*⁶, a eletrocoagulação⁶, a oxigenoterapia hiperbárica⁶, a quimioterapia (bleomicina, 5-fluorouracil, cisplatina)^{4,9}, a radioterapia^{4,9}, a imunoterapia com interferon⁹, o uso tópico de Imiquimod (que induz a produção de interferon- α e citocinas contra as células infectadas pelo HPV)^{6,9} e a podofilina⁹. Hicheri *et al.* comentam que a radioterapia pode ser utilizada inicialmente para reduzir a massa do CAG, permitindo a cirurgia em seguida, ou também nas recorrências⁵. Nas excisões incompletas a quimioterapia pode ser útil⁵. Estas outras opções terapêuticas não foram utilizadas no paciente do presente relato.

Os diagnósticos diferenciais do CAG incluem a tuberculose anal, o carcinoma espinocelular, doenças por fungos, a sífilis, os ceratoacantomas, o condiloma plano, a hiperplasia pseudoepiteliomatosa, o linfogranuloma venéreo e a doença de Bowen^{1,3,5}.

Em 30 a 56% dos casos, o CAG evolui para carcinoma microinvasivo ou carcinoma de células escamosas⁵⁻⁶, enquanto este risco, no caso de um condiloma acuminado simples, é de apenas 2%⁶. Deve-se suspeitar de malignização quando ocorrem sangramento, hipertrofia de linfonodos ou infiltração da base do tumor⁵.

As complicações do CAG são diversas: abscessos¹, superinfecção⁵, fistulas^{1,3,5}, necrose⁵ estenose retal³, sangramento tumoral ou da ferida operatória¹, infecção do trato urinário¹, obstrução ureteral¹, incontinência ou estenose anal¹ e recorrência¹. Pode ainda ocorrer invasão para o interior da cavidade pélvica, com comprometimento dos órgãos genitais¹.

CONCLUSÃO

A maioria dos autores dos estudos citados neste trabalho recomenda a cirurgia local ampla e agressiva como tratamento de escolha. Huang *et al.* sugerem ainda o fechamento da ferida operatória por segunda intenção, com vistas a evitar contaminação da ferida operatória. A biópsia de todas as lesões deve ser realizada, pois o tumor de Buschke-Löwenstein é uma lesão com risco para transformação e desenvolvimento do carcinoma escamocelular.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver nenhum tipo de conflito de interesse no desenvolvimento do estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nunes BLBBP, Wolle LPB, Nossa FLC, Magi JC, Silva JH *et al.* Tumor de Buschke-Löwestein associado a carcinoma espinocelular. Relato de caso e revisão da literatura. *Rev Bras Coloproct* 1999; 19(3): 192-5.
2. Parapar I, Taboada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de um caso. *Colomb Med* 2007; 38: 143-8.
3. Vattimo A, Leite CC, Formiga GJS, Silva JH. Condiloma gigante acuminado perianal (Tumor de Buschke-Loewestein). *Rev Bras Coloproct* 1987; 7(2): 63-5.
4. Huang SM, Leung WH, Chen BF. Malignant transformation of perianal giant condyloma acuminatum. *J Soc Colon Rectal (Taiwan)* 2007; 18: 23-30.
5. Hicheri J, Jaber K, Dhaoui R, Youssef S, Bouziani A *et al.* Giant condyloma (Buschke-Löwestein tumor). A case report. *Acta Dermatoven APA* 2006; 15(4): 181-3.
6. Coelho FMP, Mano AL, Bacellar MS, Codes LMG, Souza ELQ *et al.* Tumor de Buschke-Löwestein: tratamento com imiquimod para preservação esfinteriana. Relato de caso. *Rev Bras Coloproct* 2008; 28(3): 342-6.
7. Pereira ACC, Menezes MLB, Maia AF, Barros RCR, Carmo DS. Condiloma gigante anogenital em menina de 12 anos vítima de abuso sexual. Relato de caso. *J Bras Doenças Sex Transm* 2008; 20(2): 141-4.
8. Nathan M, Beck S. Tissue erosion with perianal warts in HIV. *Genitourin Med* 1993; 69: 312-3.
9. Cardona AF, Casabuenas A, Yepes A, Combariza JF, Bruges R *et al.* Condiloma acuminado gigante: presentación de um caso. *Rev Colomb Cancerol* 2007; 11(2): 125-8.

Endereço para correspondência:

ALBERTO SARAIVA TIBÚRCIO

Rua Francisco Manoel, 126

Benfica, Rio de Janeiro – RJ

CEP: 20911-270

E-mail: tiburcio.alberto@cremerj.org.br

Recebido em: 22.02.2011

Aprovado em: 26.02.2011