
CONDILOMA GIGANTE ACUMINADO PERIANAL (TUMOR DE BUSCHKE — LOEWENSTEIN) RELATO DE UM CASO

ANGELO VATTIMO
CASSIO CURVO LEITE
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA
JOSÉ HIPÓLITO DA SILVA TSBCEP

VATTIMO A, LEITE CC, FORMIGA GJS, SILVA JH — Condiloma gigante acuminado perianal (Tumor de Buschke-Loewenstein). Relato de um caso.
Rev bras Colo-Proct, 1987; 7(2): 63-65.

RESUMO: Os autores relatam o caso de uma paciente do sexo feminino, portadora de CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE PERIANAL (Tumor de Buschke-Loewenstein). A referida lesão foi pesquisada através de reações sorológicas, exames bacteriológicos e biopsias. Submetida a tratamento cirúrgico que constou de abertura dos trajetos fistulosos existentes, ressecção cirúrgica ampla da tumoração, exérese das estruturas subjacentes e cauterização do leito com a complementação de colostomia derivativa.

UNITERMOS: condiloma acuminado; tumor de Buschke-Loewenstein

Em 1896, *Buschke*¹ chamou a atenção sobre a existência de uma variedade de condiloma acuminado de pênis, cujo comportamento clínico era invasivo.

Posteriormente, em 1925, o mesmo *Buschke* e *Loewenstein*² descreveram esta patologia como uma entidade clínica bem definida, recebendo desde então a denominação de Tumor de Buschke-Loewenstein. Tem como fator etiológico um vírus DNA, auto-inoculável, que tem predileção por áreas cutâneo-mucosas. A variedade gigante, de rara ocorrência, invade tecidos subjacentes. São tumores histologicamente benignos e de comportamento clínico maligno.

A macroscopia revela um tumor de consistência amolecida, aspecto róseo e altamente vascularizado, podendo atingir grandes dimensões e crescimento verrucoso com ulcerações e escavação dos tecidos moles.

À microscopia observa-se intensa hiperqueratose e acantose com células microvacuolares, sem mitoses atípicas.

O relato deste caso é justificado em decorrência da raridade da variante anorretal desta patologia.

Descrição do caso

AVL, 20 anos, mulher, branca, solteira, natural e procedente de Tapiratiba, SP. Deu entrada no Serviço de Colo-Proctologia do Hospital Heliópolis (INAMPS-SP) em 31-8-84, com queixa de tumoração verrucosa perianal e vulvar há quatro anos. Refere que observou inicialmente uma lesão de 0,5 cm em região perianal atingindo a vulva. Fez tratamento domiciliar com nitrato de prata, obtendo regressão do processo perianal sem melhora das lesões vulvares. Há dois anos ficou grávida, notando aumento das lesões. Após cauterização as lesões diminuíram e teve parto normal. Após seis meses, nova recidiva e nova cauterização; desta vez, o crescimento das lesões foi rápido atingindo toda a região perianal e vulvar notando saída de secreção purulenta, sendo encaminhada para o Serviço. O exame físico geral não mostrava alterações. O exame proctológico revelou lesão vegetante de 9x5 cm, endurecida, com secreção purulenta, envolvendo região anal, perianal e glútea bilateral (*Fig. 1*). Ao toque retal observou-se infiltração discreta da parede posterior, mais de caráter inflamatório do que tumoral. A retoscopia foi impraticável devido ao tamanho da lesão. A biópsia realizada na ocasião revelou condiloma acuminado. Foram realizados outros exames, tais como: Reação de Frei, Pesquisa de Corpúsculos de Donovan, Pesquisa de Treponema pelo método de Fontana Trebondeau, Pesquisa de fungos em lâmina a fresco, sendo que todos os resultados foram negativos. O VDRL foi reagente até 1/1. Na cultura cresceu *Escherichia coli*. Outras duas biópsias revelaram condiloma acuminado. Foi, então, submetida a tratamento cirúrgico em 19-9-84. Inicialmente foram identificados com estiletos os vários trajetos fistulosos infectados, alguns passando através do tumor sendo constatado que



Fig. 1 - Aspecto inicial da lesão.

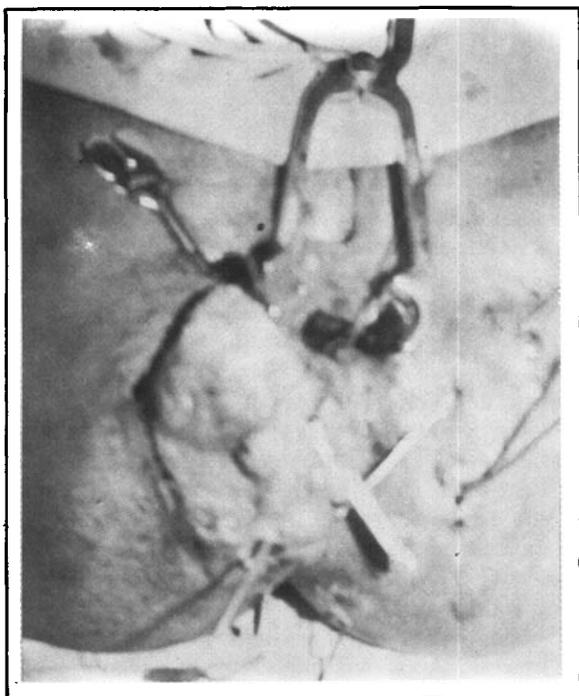


Fig. 2 - Intra-operatório: observam-se os estiletos fistulosos através dos trajetos.



Fig. 3 - Aspecto final, após a abertura dos trajetos fistulosos e ressecção da lesão em toda a sua extensão.

os orifícios internos das fístulas se encontram na cripta posterior (Fig. 2). Abertos os trajetos fistulosos, observou-se a presença de lesões condilomatosas no interior dos mesmos. Procedeu-se à ressecção ampla de pele, tecido subcutâneo envolvendo o tumor, cujos limites iam desde a fenda interglútea até a fúrcula vaginal. Em profundidade, a ressecção atingiu o espaço pelvirretal, sendo ressecada parte do esfíncter interno, preservando-se a linha pectínea. Feita a cauterização da área (Fig. 3). No mesmo ato operatório foi realizada transversostomia e sondagem vesical de demora, como medidas protetoras da área cruenta. O anatomopatológico da peça cirúrgica revelou condiloma acuminado. A paciente evoluiu bem até o 7º dia pós-operatório quando desenvolveu quadro de hepatite, sendo caracterizado como etiologia viral e havendo remissão em oito dias. Durante os curativos diários notou-se que permaneciam ainda algumas lesões com programação de novas sessões de cauterização.

DISCUSSÃO

Desde a descrição do condiloma acuminado gigante por Buschke e Loewenstein^{1, 2}, de comportamento invasivo, poucos casos na literatura mundial têm sido relatados em topografia perianal e anal³. Sturm⁴ chamou atenção para a degeneração maligna deste tumor.

A maioria destes casos relatados mostra que uma lesão superficial em poucos meses pode assumir um ritmo rápido de crescimento e um comportamento clínico invasivo⁵, como foi o acontecido com a paciente em questão, já que em seis meses, uma tumoração de 0,5 cm passou para 9,0 cm. A possibilidade da existência de trajetos fistulosos também foi relatada por Leão⁶ e, no caso desta paciente, havia mais de cinco trajetos fistulosos.

Quanto à abordagem da lesão, deve-se afastar outras etiologias, como: tuberculose, carcinoma espinocelular, quarta moléstia venérea, fungos, condiloma plano, etc.

A biópsia costuma revelar com exatidão o diagnóstico. Os condilomas acuminados de pequeno tamanho e superficiais propiciavam diversas abordagens para o tratamento. Os diferentes métodos terapêuticos utilizados poderiam ser citados: Exérese cirúrgica, Eletrocauterização, Podofilina, Crioterapia, Imunoterapia e Quimioterapia⁷⁻¹¹.

No entanto, o Tumor de Buschke-Loewenstein, devido ao crescimento invasivo, requer sua extirpação cirúrgica, complementada por cauterização do leito. Como por vezes a área afetada é grande, a colostomia derivativa temporária torna-se uma opção complementar no tratamento. Porém Garcia e cols.³ chamam atenção para a possibilidade de ocorrer estenose retal.

Os pacientes devem ser acompanhados ambulatorialmente, no sentido de se surpreender qualquer recidiva

VATTIMO A, LEITE CC, FORMIGA GJS, SILVA JH - Tumor de Buschke-Loewenstein. A case report.

SUMMARY: It is reported the case of a female patient with giant perianal condyloma acuminata (Buschke-Loewenstein tumor). The diagnosis was established based on serological reactions, bacterios-

copy and biopsy. A wide surgical resection of the tumor was performed with opening of all fistulas, and a protective colostomy.

KEY - WORDS: condyloma acuminata; Buschke-Loewenstein tumor

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buschke A. Condyloma acuminata, in Stereoskopischermedizinischer Atlas, edited by Aneister. Fischer, Cassel, 1986.
2. Buschke A, Loewenstein G. Carcinomähnlich Kondylome. Zbl, 1932; 40: 147.
3. Garcia VC e cols. Condiloma gigante anorretal (S. de Buschke-Loewenstein) com degeneração maligna. Rev Ass Med Bras, 1980; 26(1): 19-22.
4. Sturm JT e cols. Squamous-cell carcinoma of anus arising in a giant condyloma acuminatum: report of a case. Dis Col and Rect, 1975; 2(18): 147-151.
5. Samenius B. Perianal and anorectal condyloma acuminata. Schweiz Rundschau Med (Praxis), 1983; 72: 30.
6. Leão PHS. Tumor de Buschke-Loewenstein: Condiloma Acuminado Gigante. Rev Ass Med Brasil, 1980; 2(26): 55-56.
7. Abcarian H e cols. The immunotherapy of anal condyloma acuminatum. Dis Col Rect, 1976; 3(19): 237-243.
8. Thonson JPS e cols. The treatment of perianal and anal condyloma acuminata: a new operative technique. Journal of the Royal Society of Medicine, march, 1978; 71: 180-185.
9. Russel RCG. Treatment of perianal and anal condylomata acuminata: a new operative technique. Journal of the Royal Society of Medicine, 1978; 71: 460-461.
10. Ablin RJ e cols. Immunotherapeutic treatment of condiloma acuminata. Gynecology Oncology, 1974; 2: 446-450.
11. Billington RP e cols. Laser versus electrical cautery in the treatment of the anus. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1982; 155: 865-867.

Endereço para correspondência:
José Hyppólito da Silva
Rua Cônego Xavier, 276
Hospital Heliópolis
04231 - São Paulo - SP