

Papulose Bowenóide – Um Aspecto Clínico da Infecção pelo HPV

Bowenoid Papulosis – A Clinical Feature of the HPV Infection

SIDNEY ROBERTO NADAL, TSBCP; FERNANDA BELLOTTI FORMIGA, ASBCP;
CARMEN RUTH MANZIONE, TSBCP

NADAL SR; FORMIGA FB; MANZIONE CR. Papulose Bowenóide – Um Aspecto Clínico da Infecção pelo HPV. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(4): 505-507.

RESUMO: Papulose bowenóide é uma doença que acomete a pele da região anogenital e que se caracteriza pelas múltiplas pequenas pápulas planas ou aveludadas e de coloração que varia do róseo ao castanho-escuro. É provocada pelo HPV e a transmissão sexual é a forma mais freqüente de contaminação. As queixas mais comuns são prurido e dor. O aspecto é característico e o exame histopatológico confirma o diagnóstico. Junto com a doença de Bowen e a eritroplasia de Queyrat, é considerada como carcinoma *in situ*, ou neoplasia intra-epitelial de alto grau (NIAA), a lesão precursora do carcinoma espinocelular (CEC) anal. Sem tratamento, a maioria das lesões permanece benigna e estável. Várias modalidades terapêuticas estão disponíveis, incluindo as medicações tópicas para citodestruição e as técnicas ablativas. Os esquemas tópicos são efetivos. Cabe ao profissional médico escolher a terapia adequada, tendo em mente que a doença é benigna e raramente evolui para carcinoma. Como as recidivas são freqüentes e ainda persistem dúvidas quanto ao potencial de malignização, os doentes devem ser examinados periodicamente para diagnosticar as lesões iniciais.

Descritores: Infecções por Papillomavirus; Neoplasia intra-epitelial anal; Interferon; Podofilina.

Papulose bowenóide é uma doença que acomete a pele da região anogenital e que se caracteriza pelas múltiplas pequenas pápulas planas ou aveludadas e de coloração que varia do róseo ao castanho-escuro.¹ A incidência é maior nos adultos jovens do sexo masculino e é rara acima dos 40 anos. A coexistência de papulose bowenóide e condiloma acuminado tem sido observada na mesma lesão.² É provocada pelo HPV (papillomavirus humano), principalmente dos tipos 16, 18, 31 e 33,³ e a transmissão sexual é a forma mais freqüente de contaminação.⁴

As queixas mais comuns são prurido e dor.³ O aspecto é característico e o exame histopatológico confirma o diagnóstico. A epiderme mostra-se acantótica, perdendo sua estratificação; os núcleos são maiores, hiper Cromáticos, pleomórficos e dispostos em arranjos desordenados; observam-se ceratinócitos multinucleados com tendência à queratinização individual, bem como mitoses atípicas. Histologicamente, é indistinguível da doença de Bowen,^{1,5} embora, sejam descritos núcleos maiores, mais ovais e com margens

mais irregulares nessa última.⁶ Junto com a doença de Bowen e a eritroplasia de Queyrat, é considerada como carcinoma *in situ*, ou neoplasia intra-epitelial de alto grau (NIAA),⁷ a lesão precursora do carcinoma espinocelular (CEC) anal.

Sem tratamento, a maioria das lesões permanece benigna e estável.⁸ Algumas podem apresentar remissão espontânea em poucos meses. Esse fato foi observado, também, em doentes HIV-positivo utilizando esquema anti-retroviral, após aumento dos níveis séricos dos linfócitos T CD4.⁹ Raramente evolui para CEC invasivo.⁴

Várias modalidades terapêuticas estão disponíveis, incluindo medicações tópicas para citodestruição (podofilina, podofilotoxina, 5-fluorouracil), imunoterápicos (imiquimode e interferons) e técnicas ablativas (eletrocauterização, vaporização com laser e excisão cirúrgica), à semelhança do indicado para os condilomas acuminados. Cabe ao profissional médico escolher a terapia adequada, tendo em mente que a doença é benigna e raramente evolui para carcinoma.⁸

Trabalho realizado pela Equipe Técnica de Proctologia do Instituto Emilio Ribas.

Recebido em 09/04/2009

Aceito para publicação em 28/05/2009

As aplicações semanais de podofilina são eficazes.¹⁰ Todavia, a podofilotoxina e o imiquimode também podem ser usados,¹¹ mesmo em doentes transplantados em uso de medicação imunossupressora.¹² Embora as lesões não desapareçam em todos os casos, há redução da área comprometida, o que facilitará o procedimento cirúrgico. É o que temos preconizado, sem necessidade de grandes ressecções e rotações de retalho.

Relatos isolados têm revelado bons resultados com imiquimode, com remissão total ou parcial das lesões em doentes HIV-positivo,^{3,5,10,13} com menor incidência de recidivas quando comparado às operações de ressecção.¹⁴ O modo de ação da medicação pela indução das citocinas, que estimulam a resposta imune local, poderia explicar esses resultados.¹⁵

O tratamento com interferon-alfa intralesional associado ao imiquimode tópico teve suces-

so em doente com lesão oral.¹⁶ Pesquisa com injeções subcutâneas de interferon gama durante 13 semanas mostraram bons resultados.¹⁷ As lesões regridem com o tratamento, mas podem recidivar.¹ Como as recidivas são frequentes e ainda persistem dúvidas quanto ao potencial de malignização, os doentes devem ser examinados periodicamente para diagnosticar as lesões iniciais. Nesses casos, sugerimos a avaliação da margem e do canal anal com o colposcópico e a citologia oncótica anal para detecção precoce e as substâncias tópicas como primeira linha de tratamento.

Temos pesquisado o efeito do imiquimode tópico para tratamento desses casos e os resultados parciais indicam eficácia do produto, sem necessidade de ressecção cirúrgica. Estamos avaliando, também, o seguimento, para conhecer a incidência de recidivas e o tempo livre de doença.

ABSTRACT: Bowenoid papulosis is an anogenital skin disease characterized by multiple little papules, flat or velvet, which color varies from pink to dark brown. It is provoked by HPV and its transmission is sexual. Most common symptoms are anal pain and itching. Its appearance is characteristic and histopathological examination confirms diagnosis. Together with Bowen's disease and Queyrat erythroplasia, is considered as an in situ carcinoma, or high grade intra-epithelial neoplasia (HAIN), a precursor of the squamous-cell carcinoma. Most of lesions remain benign and stable without treatment. There are several kinds of treatment including topical drugs for cytodestruction and ablative techniques. Topic schemes are effective. The consultant doctor may choose the most adequate therapy, keeping in mind this disease is benign and rarely evolves to invasive carcinoma. As recurrences are frequent and remain doubts about malign potential, patients must be examined periodically to diagnose initial lesions.

Key words: Papillomavirus infections; Anal intra-epithelial neoplasia; Interferon; Podophyllin.

REFERÊNCIAS

1. Nadal SR, Manzione CR, Horta SHC, Galvão VM. Tratamento tópico dos condilomas acuminados perianais em doentes HIV-positivo. Rev Bras Coloproct 1999;19:79-82.
2. Carvalho MO, Carestiatto FN, Perdigão PH, Xavier MP, Silva K, Botelho MO, et al. Human papillomavirus infection in Rio de Janeiro, Brazil: a retrospective study. Braz J Infect Dis 2005;9:398-404.
3. Petrow W, Wardelmann E, Dorn C, Kupka M, Ulrich U. Bowenoid papulosis of the vulva-immunotherapeutical approach with topical imiquimod. Arch Gynecol Obstet. 2003;268(4):333-6.
4. Goorney BP, Polori R. A case of Bowenoid papulosis of the penis successfully treated with topical imiquimod cream 5%. Int J STD AIDS. 2004;15(12):833-5
5. Miranda D, Tafuri CP, Bogliolo L. Sistema Genital Feminino. Lesões potencialmente malignas. In Brasileiro Filho G, Pitella JEH, Pereira FEL, Bambilra EA, Barbosa AJA, Bogliolo Patologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994;451.
6. Yu DS, Kim G, Song HJ. Morphometric assessment of nuclei in Bowen's disease and bowenoid papulosis. Skin Res Technol. 2004;10(1):67-70.
7. Recavarren MA, Araya IB. Neoplasias genitales intraepiteliales: a propósito de dos pacientes inmunosuprimidos. Rev Chil Dermatol. 2007;23(2):120-124.
8. South DA. Bowenoid Papulosis. West J Med. 1987; 147(4): 460.
9. Kawakami A, Saga K, Ono I, Hida T, Jimbow K, Yamashita T. Spontaneous regression of bowenoid papulosis in a patient with acquired immunodeficiency syndrome after an increase in peripheral CD4+ T lymphocytes. Int J Dermatol. 2009;48(2):210-2.
10. Godfrey JC, Vaughan MC, Williams JV. Successful treatment of bowenoid papulosis in a 9-year-old girl with vertically acquired human immunodeficiency virus. Pediatrics. 2003;112(1 Pt 1):e73-6.

11. Nadal SR, Manzione CR, Horta SHC. Sistematização do atendimento dos portadores de infecção perianal pelo Papilomavirus humano. Rev bras Coloproct, 2004; 24(4):322-8.
12. Ben M'barek L, Mebazaa A, Euvrard S, Frances C, Thervet E, Morel P, et al. 5% topical imiquimod tolerance in transplant recipients. Dermatology 2007;215(2):130-3.
13. Nunes M de G, Trope BM, Cavalcanti SM, Oliveira Ldo H, Ramos-e-Silva M. Bowenoid papulosis in a patient with AIDS treated with imiquimod: case report. Acta Dermatovenerol Croat. 2004;12(4):278-81.
14. Schöfer H, Van Ophoven A, Henke U, Lenz T, Eul A. Randomized, comparative trial on the sustained efficacy of topical imiquimod 5% cream versus conventional ablative methods in external anogenital warts. Eur J Dermatol. 2006;16(6):642-8
15. Vexiau D, Decuyppère L, Moysse D, Aractingi S. Efficacité et tolérance de l'imiquimod crème 5 % dans le traitement des condylomes acuminés externes : résultats d'un suivi à 6 mois. Ann Dermatol Venereol. 2005;132(11 Pt 1):845-51
16. Rinaggio J, Glick M, Lambert WC. Oral bowenoid papulosis in an HIV-positive male. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2006;101(3):328-32.
17. Gross G, Roussaki A, Papendick U. Efficacy of interferons on bowenoid papulosis and other precancerous lesions. J Invest Dermatol. 1990;95(6 Suppl):152S-157S

Endereço para correspondência:

SIDNEY ROBERTO NADAL
Rua Mateus Grow, 130
05415-040 - São Paulo - SP
Fone/Fax: (11) 3082-4942
E-mail: srnadal@terra.com.br