

TUMOR DE BUSCHKE LOEWENSTEIN DA REGIÃO ANORRETAL

Juvenal Ricardo Navarro Goes¹
João José Fagundes¹
Raul Raposo de Medeiros²
Luiz Sergio Leonardi³
Jorge Carlos Machado Cury⁴
Francisco Callejas Netto⁴

RESUMO

Os autores apresentam um caso de Tumor de Buschke Loewenstein diagnosticado na região anorretal. É feita uma revisão da literatura e traçam-se comentários sobre o comportamento clínico e biológico deste tumor, da sua relação com o carcinoma e de particularidades de seu tratamento.

O condiloma acuminado gigante (C.A.G.) ou tumor de Buschke-Loewenstein foi descrito em 1896 e posteriormente em 1925 por *Buschke* e *Loewenstein*³.

Inicialmente descrito na região peniana, mais recentemente tem sido relatado na região anorretal^{10, 11, 17} e, mais raramente na genitália feminina¹⁰. Tumor que evolui dentro de características próprias, com evidência clínica de neoplasia maligna, não apresenta, no entanto, achados à histologia de alterações celulares que confirmem a malignidade.

Tendo em vista tais particularidades, achamos importante a publicação do nosso caso de C.A.G. da região anorretal, analisando aspectos histológicos, tratamento, evolução e dados da literatura.

Apresentação do caso

M.R., 44 anos, sexo feminino, branca, viúva, número de registro: HC-035165.

Admitida no HC-UNICAMP, em nov/81, referindo aparecimento de lesões verrucosas na região

perianal há dois anos. Foram aumentando de tamanho, progressivamente, com eliminação de secreção purulenta de odor fétido, sendo também bastante dolorosas. Referia também ter feito vários tratamentos anteriores com iodofilina tópica e várias ressecções cirúrgicas, sempre com recidivas. Logo após internação, as lesões foram biopsiadas, tendo sido diagnosticado o C.A.G., tumor de Buschke-Loewenstein. A paciente foi examinada sob analgesia, constatando-se que o tumor se estendia até o reto inferior (3 cm distais).

Foi submetida (dez/81) a excisão ampla das lesões perianais, amputação abdômino-perianal do reto e tecidos pára-retais com colostomia terminal, deixando-se a ferida perianal aberta. Dois meses mais tarde (fev/81), aparecimento de focos de recidiva em vários pontos, inclusive fúrcula vulvar; foi então reoperada com remoção da parede posterior de vagina e lesões isoladas. Em março/82 reaparecimento de focos de recidiva.

Trabalho realizado no Serviço de Proctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.

- 1 Professor Assistente do Serviço de Proctologia
 - 2 Professor Assistente Doutor - Chefe do Serviço de Proctologia
 - 3 Professor Titular - Chefe da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo
 - 4 Residente do Serviço de Proctologia
- Proibida a reprodução total ou parcial para fins comerciais



Fig. 1 – Tumor de Buschke-Loewenstein. Aspecto macroscópico das lesões na região perianal.

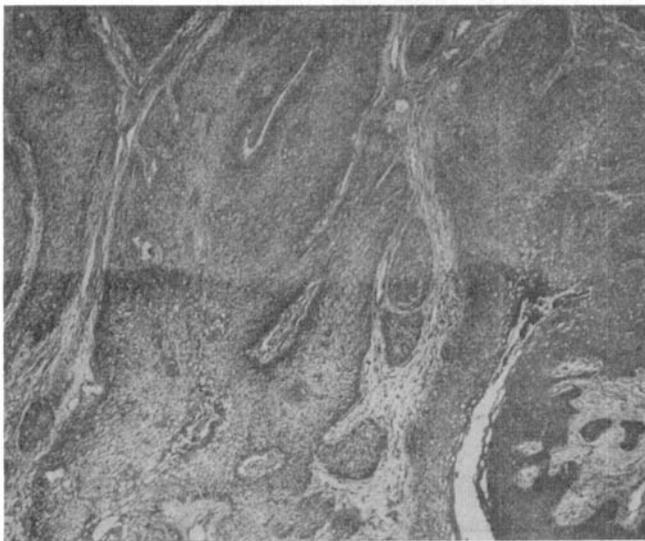


Fig. 2 – Tumor de Buschke-Loewenstein. Microscopia (33x) – Notar caráter papilomatoso da lesão.

Tendo em vista tais lesões e a intensidade das dores, optou-se pelo tratamento radioterápico (4600 rads em 14 frações, em 23 dias) tendo apresentado desaparecimento das lesões, acentuada regressão do quadro doloroso, melhora do quadro geral e ganho de peso. Três meses mais tarde (jun/82), no entanto, reaparecimento de três lesões vegetantes de aproximadamente 1,0 cm

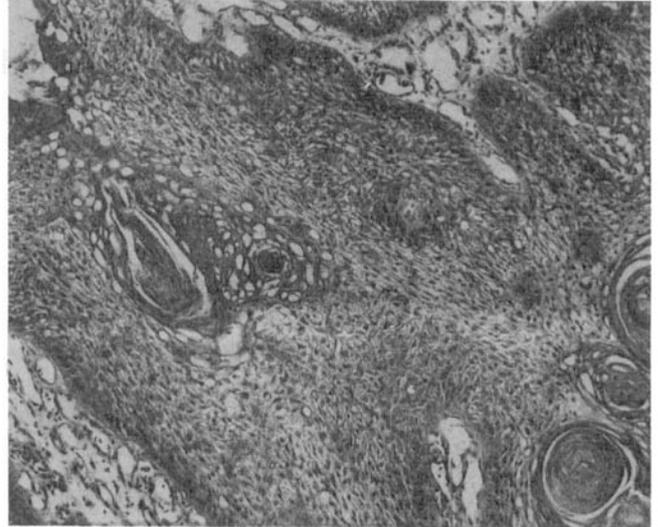


Fig. 3 – Tumor de Buschke-Loewenstein. Microscopia (83x) – Presença de pérola córnea, células vacuoladas e células basais com núcleos hiper cromáticos mas sem características de malignidade.

de diâmetro na margem da ferida, tendo sido ressecadas com boa margem, sendo a conclusão do estudo histológico de carcinoma epidermóide bem diferenciado. No momento não apresenta sinais de recidiva e a paciente evolui relativamente bem.

COMENTÁRIOS

O C.A.G. começa como uma pápula verrucosa na região afetada que, diferentemente do Carcinoma Acuminado Simples (C.A.S.), com o crescimento da lesão passa a apresentar um exacerbado caráter infiltrativo nos tecidos subjacentes, com



Fig. 4 – Tumor de Buschke-Loewenstein. Pós-operatório – amputação do reto e tecidos peri-retais com retirada da parede posterior da vagina.



Fig. 5 – Tumor de Buschke-Loewenstein. Aspecto da região perineal pós-radioterapia.

formação de sínus e fístulas, com eliminação de secreção de odor pútrido em decorrência de necrose tecidual e infecção secundária. O C.A.G. quando incompletamente removido é altamente recidivante, sendo esta uma de suas características principais e que determina o seu comportamento maligno.

Do ponto de vista histológico, contudo, não se notam alterações celulares de malignidade e nem sempre é fácil se diferenciar o C.A.G. do C.A.S.. O C.A.G. apresenta à microscopia um maior número de células basais grandes e hiper cromáticas, além, logicamente, de seu caráter infiltrativo, que alguns autores admitem como sendo apenas um deslocamento de tecidos e não propriamente uma infiltração.

Vários trabalhos na literatura tentam estudar a relação entre C.A.G. e o Carcinoma Espino Celular (C.E.C.), além de sua possível transformação maligna. A respeito da potencialidade maligna desse tumor, pouco se sabe. *Buschke* e *Loewenstein* para sua definição utilizaram justamente a falta de confirmação histológica de malignidade e de propagação metastática^{3, 6, 18}. Alguns autores aventam a hipótese do C.A.G. tratar-se de uma forma de C.E.C. com alto grau de invasão mas com baixa capacidade de propagação metastática^{8, 19}; outros já demonstraram o desenvolvimento de C.E.C. dentro ou imediatamente adjacente ao C.A.G. (em forma inicial e não como transformação maligna)^{5, 13, 14}; finalmente, os que situam seu comportamento biológico entre o C.A.S. e a transformação maligna para C.E.C.^{2, 4}.

Outro ponto altamente controverso é com relação a melhor terapêutica para o C.A.G. O procedimento universalmente aceito é a excisão cirúrgica a mais radical possível. No caso do C.A.G. da região anorretal, desde que comprome-

tida a musculatura esfinteriana a melhor conduta será a amputação abdominoperineal do reto englobando toda a região perineal e para-retal, assim como descrito na apresentação do caso. Se a radicalidade não for conseguida, o aparecimento de recidivas se dará em poucas semanas.

Muito embora a melhor evolução do nosso caso após radioterapia, trata-se de procedimento defendido por alguns autores^{6, 7, 16} ao passo que outros o contra-indicam pelo risco de transformação anaplásica da lesão.

No caso apresentado, o aparecimento de C.E.C.^{1, 12} na última ressecção pode confirmar tal impressão. Em relação à quimioterapia pouco se tem conseguido, com tentativas de tratamento utilizando-se o metotrexate e a bleomicina, sendo nula a resposta ao uso tópico de 5-F.U. e podofilina.

SUMMARY

The authors present a case of Buschke-Loewenstein's Tumor diagnosed in the ano-rectal region. They review the bibliography and do commentaries about the clinical and biological behavior of the disease, the relationship with carcinoma and the particularities of the treatment.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACKERMAN LV – Surgery, 23: 670, 1948.
2. BAIRD PJ, ELLIOTT P, STENING M & KORDA A – Austr NZJ Obstet Gynaec, 19: 119, 1979.
3. BUSCHKE A, LOEWENSTEIN LW – Klin Wochenschr, 4: 1726, 1925.
4. DAVIES SW – J Clin Pathol, 18: 142, 1965.
5. DAWSON DF, DUCKWORTH JK & BERNHART H – Arch Pathol, 79: 224, 1965.
6. ELLIOTT MS, WERNER ID, IMMEHUAN EJ & HARRISON AC – Dis Colon Rectum, 22: 497, 1979.
7. ELLIOTT GB, DOUGALL JA & ELLIOTT JD – Ann Surg, 177: 21, 1973.
8. ENG AM, MORGAN NE & BLEKYS I – Cutis, 24: 203, 1979.
9. HUBERMAN AS, RIBEIRO C, NUDEL JE & MARRESE M – Revta Paul Med, 94, 31, 1979.
10. JUDGE JR – Archives of Pathology, 88: 46, 1969.
11. KUOBLICH R & FAILING JR Jr. – Am J Clin Pathol, 48: 389, 1967.
12. KRAUS FT & PERES-MESA C – Cancer, 19: 26, 1966.
13. MACHACEK GF & WEAKLY DR – Arch Dermatol, 87: 41, 1960.
14. RHATIGAN R, SALVADOR J & CHOPSKIE E – South Med J, 65: 423, 1972.
15. RODRIGUES NETTO Jr. N, CHADE J & CAMARGO FP – Int Surg, 61: 105, 1976.
16. SCHWADE JG, WARA WM & DEDO HH – Radiology, 120: 677, 1976.
17. SHAH IC & HERTZ RE – Dis Colon Rectum, 15: 207, 1972.
18. SIWS CF & GARB J – Archives of Dermatology and Syphilology, 63: 383, 1951.
19. SWOUTH LM, O'SULLIVAN JP & GAZET JC – Clinical Oncology, 3: 107, 1977.