

---

# CONDILOMA ACUMINADO GIGANTE ANORRETAL (TUMOR DE BUSCHKE LOWENSTEIN). RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

JOÃO DE AGUIAR PUPO NETO, TSBCP<sup>1</sup>  
VERA PANNAIN<sup>1</sup>  
MARIA CASSILDA N. CIDADE DA COSTA, ASBCP<sup>2</sup>  
ÂNGELA REGINA DE AGUIAR PUPO, ASBCP<sup>3</sup>  
DOMINGOS LACOMBE, ASBCP<sup>4</sup>

---

PUPO NETO JA, PANNAIN V, COSTA MCNC, PUPO ARA,  
LACOMBE D – Condiloma acuminado gigante anorretal (Tu-  
mor de Buschke Lowenstein) – Relato de dois casos e revisão  
da literatura.

**RESUMO:** Os autores fazem uma revisão da literatura e a  
apresentação de dois casos de condiloma gigante tratados no  
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Ambos, pacientes  
do sexo feminino com condilomatose de características pseudotu-  
morais e de comportamento clínico rebelde aos tratamentos  
conservadores, tendo sido necessário cirurgias radicais. A histopa-  
tologia confirmou o diagnóstico de tumor de Buschke Lowenstein.  
A seguir fazemos comentários sobre os procedimentos terapêuti-  
cos, abordando inclusive o aspecto da malignização dos condilo-  
mas acuminados.

**UNITERMOS:** condiloma acuminado gigante; tumor de Buschke  
Lowenstein; lesões viróticas anorretais; tumores  
anorretais

---

O condiloma acuminado é uma lesão verrucosa e  
papilífera encontrada na região anal, na vulva, no pênis e  
em outras partes do períneo. São múltiplas e podem  
comprometer extensas áreas de pele perineal, inclusive o  
canal anal. A doença é causada por um vírus auto-inoculá-  
vel e transmissível, semelhante ao da *verruca vulgaris*. Sua  
transmissão se faz principalmente pelo contacto sexual, e  
tem se observado recentemente um acentuado aumento na

freqüência destas lesões, em especial entre homossexuais  
masculinos<sup>3, 4, 7, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 25,  
26</sup>.

Na microscopia apresentam um infiltrado inflamatório  
crônico com espessamento da camada de Malpighi. São  
observadas células com vacuolização perinuclear, particu-  
larmente nas camadas mais superficiais (coilocitose)<sup>3, 7,  
9, 13, 14, 15, 27</sup>.

Em 1925 *Buschke e Lowenstein*<sup>4</sup> descreveram uma  
lesão tumoral de pênis, que à primeira vista comportava-se  
cl clinicamente como carcinoma, entretanto a histologia  
mostrou tratar-se de um condiloma acuminado. A partir  
daí numerosos casos de condiloma acuminado gigante  
foram descritos, acreditando-se que a lesão estaria limitada  
ao pênis. Verificou-se mais tarde que poderia ocorrer em  
outros órgãos perineais<sup>25</sup>.

O primeiro caso de condiloma gigante de região anal  
foi descrito em 1964 por *Dawson e cols.*<sup>7</sup>. A partir desta  
data foram descritos na literatura médica oito casos de  
condiloma acuminado gigante primário de região anal<sup>3, 7,  
9, 13, 14, 15, 25, 27</sup>. Assim, pela raridade da doença e  
pela importância crescente que a mesma tem assumido<sup>11,  
17</sup>, realizamos uma revisão bibliográfica e apresentamos  
dois casos tratados no Hospital Universitário Clementino  
Fraga Filho – UFRJ. Abordaremos também a questão da  
malignização em condilomas acuminados desta região.

## Revisão dos oito casos da literatura

O primeiro caso de tumor de Buschke Lowenstein  
anorretal foi descrito por *Dawson e cols.* em 1964<sup>7</sup>;  
tratava-se de um paciente de 41 anos, negro e do sexo  
masculino, com história de há oito meses ter se iniciado  
lesão no ânus, que foi crescendo até atingir o tamanho de  
10 x 10 cm. Foi realizada ressecção local da lesão, e a  
patologia mostrou tratar-se de condiloma acuminado.

Três meses após o paciente retornou com recidiva  
perianal e na região escrotal que não respondeu a simples  
ressecções locais. Foi então submetido a radioterapia com

---

1 Professor Adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ

2 Médica do Hospital do Andaraí (RJ)

3 Coloproctologista do Hospital da Lagoa (RJ)

4 Professor Adjunto e Chefe do Serviço de Coloproctologia do  
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (UFRJ)

3.000 rads por um período de três semanas com alguma melhora mas sem regressão completa da lesão.

Seis meses após passou a apresentar furúnculos no perineo e região suprapúbica, e a biopsia mostrou tratar-se de condiloma acuminado. Foi colostomizado devido a uma obstrução retal, quando foi observada infiltração da região pélvica, porém sem comprometimento peritoneal.

Passou a apresentar sangramento de difícil controle, levando a ampla ressecção pélvica incluindo a retirada do pênis, escroto, bexiga e reto. A peça mostrou regiões com invasão superficial sugestiva de carcinoma epidermóide, contudo sem invasão linfática ou vascular. Os condilomas voltaram a crescer na ferida, vindo o paciente a falecer de uremia por pielonefrite.

O segundo caso foi descrito por *Knoblisch e Failing* em 1966<sup>15</sup>. Tratava-se de um paciente de 50 anos, caucasiano, do sexo masculino, com história de dor retal, diarreia e constipação há três meses. Era diabético e alcoólatra crônico, tendo sido tratado por diversas vezes de sífilis e gonorréia.

Ao exame apresentava um abscesso perianal e uma pequena área de mucosa retal espessada a 8 cm do orifício anal. O abscesso foi drenado e nove meses depois o paciente retornou com abscesso isquiorretal e fístula anal. A retossigmoidoscopia mostrou lesão semilunar, friável, irregular, a 8 cm do orifício anal. Numerosas e repetidas biopsias mostraram mistura de mucosa retal e epitélio escamoso não corneificado.

Foi realizada uma sigmoidostomia com o propósito de controlar o abscesso perianal. Houve afundamento da colostomia, com desenvolvimento de peritonite e óbito posterior. Na autopsia observou-se que o sigmóide e a parte superior do reto estavam comprometidos por lesão condilomatosa em contato com a pele perianal através da fístula.

O terceiro e quarto casos foram descritos por *Shah e Hertz* em 1971<sup>25</sup>. O primeiro, uma paciente do sexo feminino com 32 anos, que havia sido tratada com radioterapia e regressão temporária da lesão. Devido às recidivas das lesões condilomatosas, foi submetida a ressecção abdominoperineal. Houve crescimento do condiloma na ferida perineal e que não melhorou com a quimioterapia, vindo o paciente morrer por hemorragia maciça incontrolável nos locais de recorrência da lesão.

O outro caso, uma paciente do sexo feminino de 73 anos com condiloma perianal comprometendo ânus e reto, invadindo a parede do intestino com formação de fístulas para a região perianal. Recusou a cirurgia, tendo sido tratada com radioterapia. Perdeu-se o follow-up, estando a paciente comprometida pela doença na última vez que foi vista.

O 5º caso foi descrito por *Sturm* e cols. em 1974<sup>27</sup>. Paciente do sexo masculino com 49 anos e que apresentava seqüelas neurológicas por meningite congênita. Tinha história de há seis anos ter sido tratado de lesão na nádega esquerda entre o ânus e a tuberosidade isquiática. Durante este período a lesão evoluiu, tendo envolvido pele perianal e nádega esquerda. Há nove meses a massa foi ressecada devido a diagnóstico (por biopsia) de carcinoma epidermóide. A mesma voltou a crescer, acom-

panhado de importantes episódios de sangramento. Foi submetido então a ressecção abdominoperineal associada a cistectomia e excisão de nádega esquerda. A patologia evidenciou tratar-se de um condiloma de Buschke Lowenstein com invasão de carcinoma epidermóide no centro da lesão.

Oito meses depois, voltou a apresentar múltiplos focos na região isquiorretal esquerda e na ferida perineal, e devido à impossibilidade de ressecção, foi submetida a radioterapia, contudo sem resultado efetivo, utilizou-se então fulguração local associado a 5FU. Um ano após, embora com melhora do quadro, a regressão não havia sido completa.

O 6º caso foi descrito por *Elliot* e cols., em 1979<sup>9</sup>. Paciente do sexo masculino com 39 anos e história de 15 anos com freqüentes e irremittentes condilomatoses perianais. Foi realizada ressecção de todas as lesões e uma sigmoidostomia em alça. Um mês após voltou ao Hospital com extensa infecção perineal e abscesso isquiorretal bilateral. A sigmoidoscopia não mostrou lesões tumorais acima de 7 cm do orifício anal. O canal anal estava comprometido pela lesão com evidências de infiltração através da fossa isquiorretal em ambas as paredes pélvicas.

Devido ao fato de o tumor ser inoperável no momento, o abscesso foi drenado e o paciente tratado com Methotrexate endovenoso associado a radioterapia (3.600 rads). Houve acentuada melhora do quadro com significativa redução do tumor, além da eliminação da infecção local.

Três meses após submeteu-se a ressecção abdominoperineal, contudo sem a completa remoção dos condilomas, apesar da ampla ressecção. Embora o paciente tivesse apresentado boa recuperação, cinco meses depois houve recidiva tumoral, e apesar do tratamento com o Methotrexate e Bleomicina, a lesão evoluiu lentamente, invadindo o sacro e pélvis, vindo o paciente falecer nove meses após.

O 7º caso foi descrito por *Alexander* e cols. em 1979<sup>3</sup>. Paciente do sexo masculino com 35 anos, branco, e história de há quatro anos ter notado o crescimento de pequena lesão verrucosa no pênis e na região anal. Em pouco tempo houve crescimento perianal com produção de exsudato serossanguinolento. A sorologia para lues foi negativa.

Ao exame, a massa apresentava lesões papilíferas e se estendia por 4 cm a partir da linha pectínea em direção à pele. A retossigmoidoscopia foi normal até 25 cm; observou-se também condilomatose no pênis.

Realizou-se então excisão local. A histopatologia mostrou tratar-se de condiloma gigante de Buschke Lowenstein.

O 8º caso foi descrito por *Goes* e cols. em 1982<sup>13</sup>. Paciente do sexo feminino com 44 anos, branca, viúva, e história de há dois anos ter surgido lesões verrucosas na região anal, que foram aumentando progressivamente com eliminação de secreção purulenta de odor fétido e acompanhada de dor.

Tratou-se neste período com podofilina e ressecções locais, sempre apresentando recidivas.

Ao internar-se o tumor se estendia no reto até a 3 cm acima da linha pectínea. Realizou-se ressecção abdominoperineal ampla com colostomia terminal e mantida a ferida aberta. Dois meses após houve recidiva em vários

pontos da ferida e na fúrcula vulvar. Foi reoperada com ressecção da parede posterior da vagina e de todos os focos de recidiva.

Um ano após novos focos da doença surgiram no períneo, acompanhados de dor intensa. Optou-se pelo tratamento radioterápico (4.600 rads) tendo havido desaparecimento das lesões e melhora da dor. Três meses depois notou-se o reaparecimento de mais três lesões que foram ressecadas, onde foi observado carcinoma epidermóide bem diferenciado. Seis meses após a paciente apresentava-se bem sem sinais de recidiva.

#### Descrição de dois casos tratados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho – UFRJ

O primeiro caso tratava-se de uma paciente (MGR) do sexo feminino, negra, com 31 anos que chegou a este Hospital em setembro de 1980, com história de há um ano ter notado crescimento de lesões verrucosas na região anal e vaginal, e que com o tempo foram crescendo em número e tamanho, passando a eliminar secreção de odor fétido e sangrando eventualmente (cor vermelho vivo e em pouca quantidade que gotejava no vaso sanitário).

A retossigmoidoscopia mostrou volumoso tumor ocupando toda a circunferência do reto a 4 cm do orifício anal. Apresentava consistência elástica e comprometia a parede posterior da vagina. Havia presença de muco e pus na luz do reto. Na inspeção anal observou-se uma fissura anal aguda. Foram colhidas biopsias que mostraram tratar-se de condiloma acuminado.

O clister opaco mostrou redução de calibre da luz retal, com aumento do espaço retrorretal, além da presença de fístula reto-vaginal.

Foi feita uma transversostomia (outubro de 1980) a fim de melhorar as condições locais, e prevenir uma obstrução intestinal, já que a paciente apresentava quadro clínico de semi-oclusão.

Sob anestesia foi realizada outra retossigmoidoscopia que mostrou a lesão se estendendo por 6 cm no sentido longitudinal do reto, além de passagem de ar para a vagina. Novas biopsias voltaram a confirmar o diagnóstico de condiloma acuminado.

Dois meses após a transversostomia, com a melhora das condições locais, foi realizada exereses e fulguração das lesões reto-vaginais.

Um ano após, apesar do tratamento ambulatorial com diversas aplicações de podofilina, a condilomatose se disseminou na região retal e vaginal, tendo então a paciente se internado para exereses e eletrocoagulação das lesões.

Entre janeiro de 81 e fevereiro de 82, tratou-se com podofilina em regime ambulatorial, contudo sem resultado satisfatório. Foi então submetida a ressecção do reto e da parede posterior da vagina com rebaixamento endoanal do cólon.

#### Histopatológico

**Macroscopia** – O material consistia de um segmento de reto medindo 11x6x4 cm. Aberta a mucosa exibe lesão vegetante, ulcerada de coloração esbranquiçada, friável,

ocupando toda a circunferência do órgão. Aos cortes a parede exibe áreas esbranquiçadas, friáveis e irregulares.

**Microscopia** – Ao exame histológico, o reto apresentava-se parcialmente revestido por epitélio pavimentoso estratificado ceratinizado que exibe intensa hiperqueratose e parakeratose. O estrato de *Malpighi* mostra acentuada acantose irregular assim como alongamento e alargamento das papilas dérmicas. As células epiteliais são volumosas com citoplasma claro e vacuolizado e com núcleo vasofí-

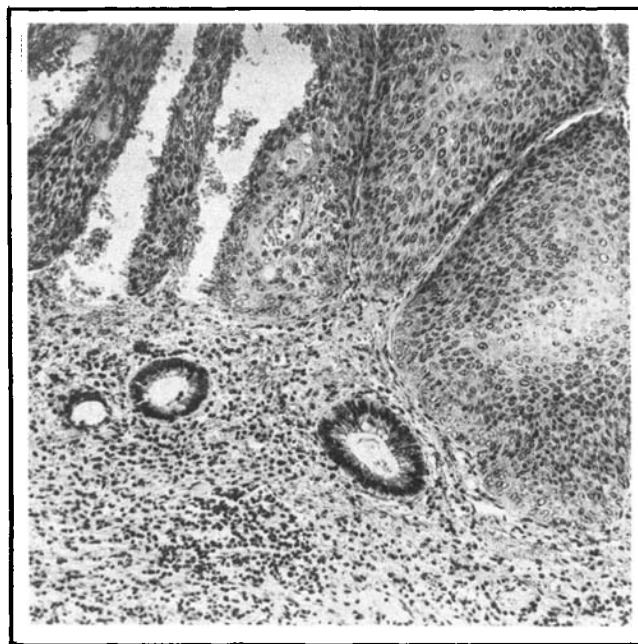


Fig. 1 – Mucosa retal revestida por epitélio pavimentoso, estratificado com acantose e papilomatose. (16 x 8, HE)

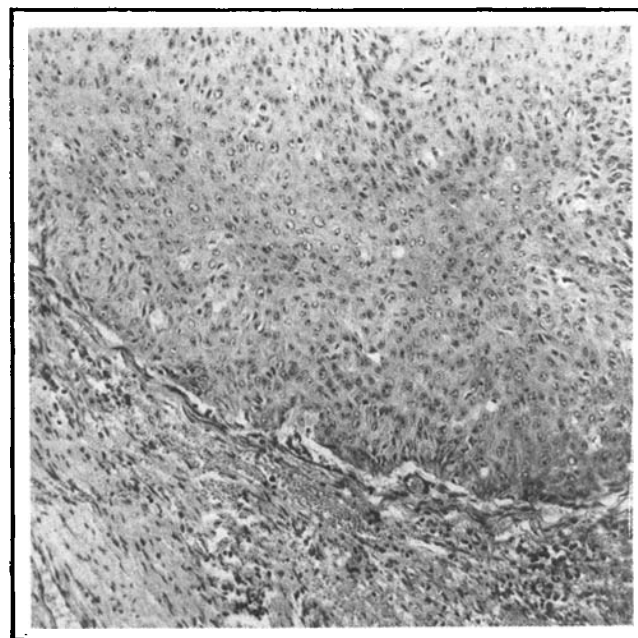


Fig. 2 – Epitélio pavimentoso estratificado com acantose pronunciada. (16 x 8, HE)

lico. Observa-se também células disceratóticas. O córion acha-se infiltrado por células inflamatórias mononucleares que por vezes configuram folículos linfóides. As diferentes túnicas do órgão estão livres da lesão (Figs. 1 e 2).

**Conclusão** - Condiloma acuminado gigante.

Teve alta em fevereiro de 82, para posterior reconstrução da parede posterior da vagina.

Foi indicado tratamento imunoterápico complementar com BCG oral, que a paciente não realizou adequadamente. Em março de 82 apresentou quadro de obstrução intestinal por brida, tendo sido operada de emergência. Nesta época observou-se recidiva da condilomatose na região vaginal, tendo sido realizada eletrocoagulação das lesões.

Em junho de 82, novamente internou-se para nova retirada cirúrgica de condilomas. Em dezembro de 82, apesar do tratamento ambulatorial com podofilina, novo crescimento condilomatoso se fez presente. Foram novamente fulgurados.

Em agosto de 83, foi realizada correção cirúrgica da fístula reto-vaginal.

Em setembro de 83, condiloma vegetante em canal anal - tratado com podofilina.

Em novembro de 83, exeresse cirúrgica de condiloma.

Perdeu-se contato com a paciente, até que em julho de 86, procurou o hospital, com queixas de dor abdominal do tipo em cólica e febre há uma semana. Foi internada uma semana antes em outro hospital com quadro de enterorragia, tendo sido necessário transfusões de sangue.

Ao exame proctológico, apresentava extensa condilomatose comprometendo a região perianal, o ânus e a vagina. Foi indicada ressecção abdominoperineal, que a paciente recusou, recebendo alta a pedido.

O segundo caso, tratava-se de uma paciente (LRR) do sexo feminino, branca de 69 anos, que chegou a este hospital em junho de 85, com história que desde há 15 dias notou o aparecimento de tumoração no ânus e constipação intestinal súbita, tendo neste período evacuado apenas uma vez às custas de grande quantidade de laxativo. Relata também perda de secreção de odor fétido e sangramento de cor vermelho vivo há uma semana.

A paciente referia constipação crônica, contudo respondia bem a laxativos até esta última crise. Relata hemorroidectomia há 16 anos, duas gestações a termo e leve hipertensão arterial.

Ao exame físico o abdome apresentava-se distendido, timpânico à percussão e indolor à palpação. Sem visceromegalias. Gânglio inguinal à direita palpável, de consistência mole, com 2 cm de diâmetro.

### Exame proctológico

**Inspeção** - Tumoração envolvendo toda a parede do canal anal, com continuidade para o reto.

**Toque** - Muito doloroso, com intensa estenose provocada pela tumoração. A lesão estava presente até onde o dedo alcançava.

A anuscopia e a retossigmoidoscopia ficaram impossibilitadas.

Foi internada e submetida a biopsia da lesão que

mostrou tratar-se de condiloma acuminado. A reação de *Frei* foi negativa.

Foi indicada a ressecção abdominoperineal, que foi recusada pela paciente. Optou-se então pela terapia com Bleomicina, embora a radioterapia tivesse sido cogitada (esta opção foi abandonada, devido ao risco de malignização da lesão). Contudo, após ter sido novamente internada para este tratamento, a paciente solicitou alta hospitalar, recusando-se a qualquer procedimento terapêutico.

Dois meses após, voltou a este hospital, tendo a lesão evoluído com formação de abscessos e diversos trajetos fistulosos para a pele perianal. Realizou-se então uma sigmoidostomia terminal com fístula mucosa de reto, com o objetivo de melhorar as condições locais e realizar ressecção abdominoperineal, agora autorizado pela paciente.

Realizou-se neste intervalo, clister opaco que mostrou redução do calibre do canal anal e reto com aumento do espaço retro-sacro (Figs. 3 e 4).

Com a melhora das condições locais, procedeu-se então a uma ressecção abdominoperineal em setembro de 85, tendo se deixado a ferida perineal aberta, devido ao alto risco de infecção.

### Histopatologia

**Macroscopia** - O material consistia de reto e ânus medindo respectivamente 17 e 2,5 cm. A nível do orifício anal observa-se lesão de aspecto verrucoso de coloração esbranquiçada medindo 2 cm de diâmetro. Próximo a esta,

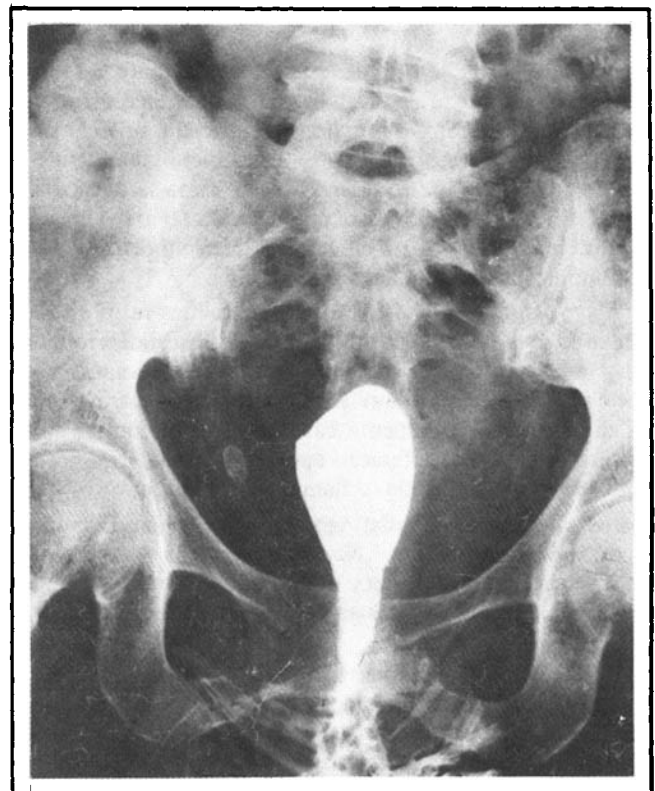


Fig. 3 - Clister opaco mostrando falhas de enchimento no terço distal do reto.

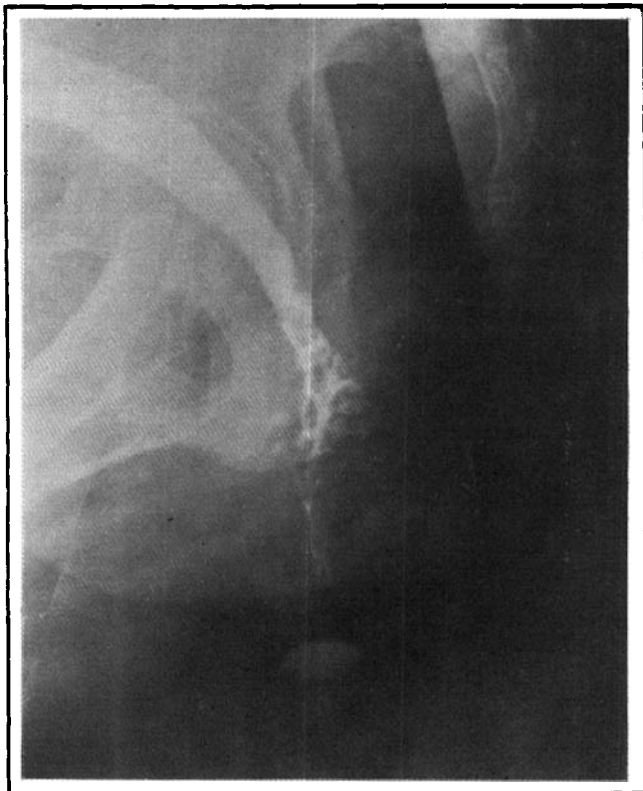
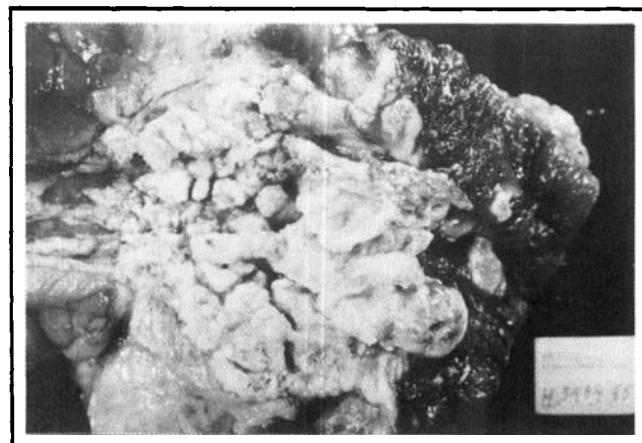
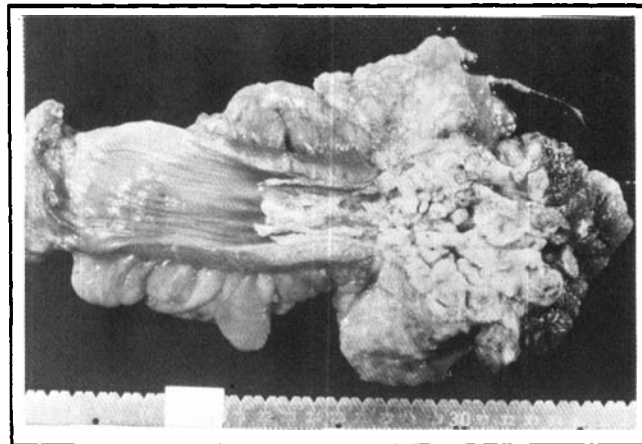


Fig. 4 – Aumento do espaço retrorretal.



Figs. 5 e 6 – Lesão verrucosa esbranquiçada ocupando região perianal, ânus e reto.

vê-se ainda duas lesões de aspecto semelhante à acima descrita medindo respectivamente 1,5 e 1 cm de diâmetro. À abertura do reto observa-se a partir do orifício anal lesão verrucosa, esbranquiçada, friável que se estende a 10,5 cm do mesmo. A referida lesão torna-se aplanada a partir do seu terço médio numa extensão de 4 cm. Os cortes realizados a nível anal e retal mostram áreas esbranquiçadas e irregulares (Figs. 5 e 6).

**Microscopia** – Cortes histológicos de reto e ânus exibindo este último em seu epitélio de revestimento áreas de paraceratose, papilomatose e acantose acentuadas com presença de células volumosas de citoplasma claro, vacuolizado e núcleo densamente basofílico, assim como células disceratóticas. A proliferação epitelial se projeta no córion que apresenta infiltrado inflamatório misto e vasos congestos. A camada muscular não está comprometida, porém mostra-se hipertrofiada. No reto a lesão perpetua o mesmo aspecto histológico, notando-se também a camada muscular espessada às custas de hipertrofia de suas fibras (Figs. 7 e 8).

**Conclusão** – Condiloma acuminado gigante.

Teve alta 17 dias após a cirurgia, e até um mês após, ainda apresentava tecido necrótico na ferida perineal, contudo livre de condilomatose.

Quatro meses após a cirurgia (janeiro de 1986), a ferida estava completamente cicatrizada e livre de doença condilomatosa.

## COMENTÁRIOS

O condiloma acuminado e o tumor de Buschke Lowenstein (TBL) são lesões causadas por um vírus transmissível e auto-inoculável, que provoca proliferação papilífera, acantose e hiperqueratose. São características de lesões benignas<sup>3, 4, 7, 9, 14, 16</sup>.

Entretanto os TBL apresentam aspectos que os diferenciam das lesões benignas, sem contudo podermos efetivamente colocá-los como lesões malignas no estrito senso da palavra<sup>16, 23</sup>.

O TBL ao contrário do condiloma acuminado não apresenta crescimento limitado à superfície da pele e da mucosa. O crescimento nos TBL se faz insinuando-se pelos tecidos adjacentes e promovendo sua destruição com formação de numerosos trajetos fistulosos e abscessos. Assim como vemos, embora seja uma lesão histologicamente benigna, os TBL comportam-se como tumores de invasão local. Não há comprometimento ganglionar, nem metástases a distância. Algumas vezes os pacientes tratados anteriormente com podofilina local, podem apresentar lesões que confundem o patologista, devido ao aumento da atividade mitótica produzida por esta substância<sup>5, 6, 7, 24</sup>.



Fig. 7 - Epitélio pavimentoso estratificado com vacuolização celular e papilomatose. (16 x 8, HE)

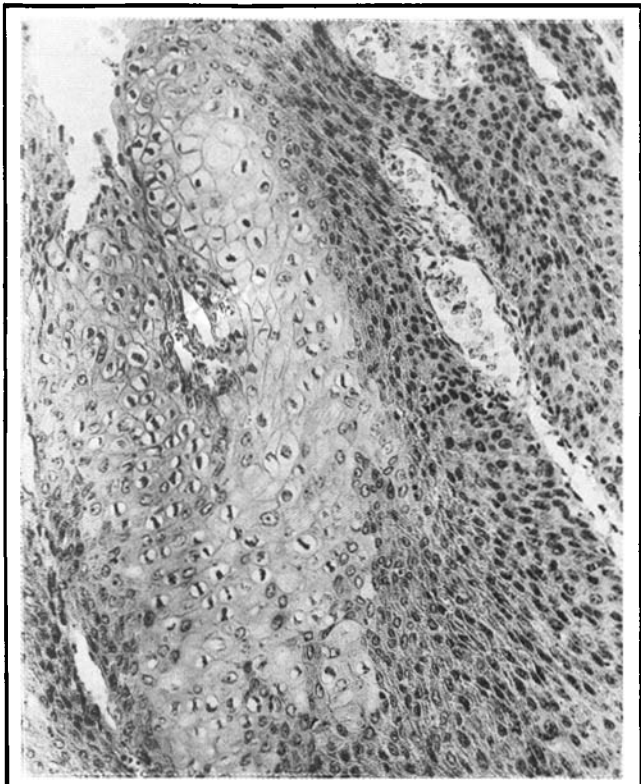


Fig. 8 - Células vacuolizadas com citoplasma claro e núcleo hiper-cromático central (coilocitose). (25x8, HE).

Os TBL são lesões raras sendo o trato geniturinário o local mais comprometido, onde o pênis é o órgão mais afetado<sup>15, 27</sup>. Os de origem anal, são muito mais raros, existindo apenas 10 casos descritos na literatura. Devido a sua localização as infecções, as fístulas e as secreções são mais graves e freqüentes.

A infiltração e destruição tecidual comprometem a fáscia, os músculos perineais, a parede do reto, podendo inclusive invadir o peritônio e órgãos intraperitoneais. Associado a característica infiltrativa, múltiplos focos de infecção e trajetos fistulosos se fazem presentes na maior parte destas lesões, além de freqüentemente ocorrerem hemorragias maciças. Assim, como dissemos, embora não seja uma lesão maligna, ela não só se comporta como tal, como muitas vezes pode apresentar evolução clínica mais grave que em muitos tumores<sup>7, 9, 15, 27</sup>.

Uma das características que muitas vezes nos levam a suspeitar de TBL, é a intratabilidade das lesões condilomatosas com os procedimentos terapêuticos clássicos como a aplicação de podofilina, a excisão local e a eletrocoagulação, aos quais os condilomas acuminados respondem bem<sup>3, 14, 15, 27</sup>.

Contudo, o aspecto mais discutido reside no fato de ocorrer ou não malignização destas lesões<sup>5, 10, 12, 16, 21, 22, 23</sup>.

*Delbanco* e *Uno* foram os primeiros a considerarem verrugas como lesões cancerígenas. *Konjenitzen* em 1914 e *Grisson* e cols. em 1915, observaram o desenvolvimento de carcinoma nas verrugas dos órgãos genitais. Numerosos casos de malignização condilomatosa foram descritos a partir daí, entretanto somente em 1962 *Siegel* descreveu o primeiro caso de malignização de condiloma de região anal<sup>16</sup>.

*Lee* em 1980<sup>16</sup> publicou um trabalho onde fez revisão bibliográfica mostrando que na época apenas nove casos haviam sido descritos, sendo três destes originários de TBL.

*Prasad* e cols.<sup>23</sup> descreveram em 1980 que de 330 casos de condilomatose perianal revistos em sete anos, seis apresentaram lesões com potencial de malignização. Contudo a classificação usada por *Prasad* para considerar estas lesões é diferente da utilizada por *Lee* e cols. O primeiro (*Prasad*) classifica em dois tipos:

1 - Carcinoma epidermóide;

2 - Tumores de comportamento maligno embora histologicamente *Lee* classifica em três tipos:

1 - Carcinoma epidermóide;

2 - Carcinoma verrucoso;

3 - TBL.

*Lee*<sup>16</sup> contudo só considera que exista malignização quando há transformação para carcinoma epidermóide ou carcinoma *in situ*, não considerando as duas outras lesões (carcinoma verrucoso e TBL) como malignas, embora comportem-se como tumores malignos de invasão local, porém sem metástases ganglionares ou a distância.

Outros autores consideram estas três formas como variantes de uma mesma patologia, mas segundo *Lee*, podemos diferenciá-las através da histopatologia. A semelhança histológica entre o carcinoma verrucoso e o TBL pode eventualmente causar dificuldades ao patologista no

Tabela 1

Autor	Sexo	Idade (anos)	Tratamento cirúrgico	Tratamento clínico	Malignização	Evolução
Dawson	Masc.	41	Ress. local Colostomia Ress. pélvica	Penicilina Podofilina Radioterapia	Ca. epidermóide	Óbito Pielonef
Knoblisch	Masc.	50	Dren. abscesso Sigmoidostom.	–	não	Óbito Peritonit
Shah Hertz	Fem.	32	Ress. abdomino- perineal	Podofilina Radioterapia Quimioterap.	não	Óbito Hemorrag
Shah Hertz	Fem.	73	–	Podofilina Radioterapia	não?	c/doença 6 meses
Sturm	Masc.	49	Ress. local abdominoperineal	Fulguração 5FU	Ca. epidermóide	Vivo c/doença
Elliot	Masc.	39	Ress. Local Dren. abscesso abdominoperineal	Podofilina Radioterapia Methotrexate Bleomicina	não	Óbito
Alexander	Masc.	35	Ress. local	Podofilina	não	s/doença
Goes e cols.	Fem	44	Ress. Local abdominoperineal Ress. vagina	Podofilina Radioterapia	Ca. epidermóide	s/doença
Pupo Neto e cols.	Fem.	31	Transversost. Fulguração Ress. reto	Podofilina BCG	não	Vivo c/doença
Pupo Neto e cols.	Fem.	69	Sigmoidost. abdominoperineal	–	não	s/doença

diagnóstico, particularmente quando a podofilina foi utilizada<sup>5, 16, 20, 22, 23</sup>.

Croxson e cols., em 1984, apresentaram um trabalho mostrando nove casos de pacientes homossexuais com carcinoma *in situ* em lesões verrucosas da região anal. Seis destes pacientes eram portadores de AIDS, o que os levaram a concluir que além do aumento da incidência de malignização em pacientes homossexuais, a presença de lesões viróticas crônicas perianais é sugestiva de AIDS<sup>5</sup>.

O tratamento do TBL deve ser radical com excisões bastante ampliadas, a fim de que as lesões sejam completamente extirpadas e com razoável margem de segurança, seja devido à prevenção da recidiva, que são muito freqüentes, seja devido à possibilidade de malignização que pode não ter sido detectada nas biópsias<sup>2, 7</sup>.

Algumas vezes, a excisão necessita maior radicalidade sendo necessário uma ressecção abdominoperineal. Em resumo é fundamental que as ressecções sejam amplas e radicais<sup>2, 7</sup>.

Existem ocasiões que o tratamento cirúrgico se torna inviável pelo tamanho da lesão, pelo grau de comprometimento local, ou pelas condições clínicas do paciente. Nestes casos muitas vezes é necessário recorrer a outros procedimentos terapêuticos que em geral trazem pouco benefício no tratamento do condiloma acuminado, como

a radioterapia e a quimioterapia. Estes procedimentos podem não só melhorar as condições clínicas locais (dor anal, volume do tumor, quantidade de secreção), como também levar a lesão a condição cirúrgica.

Existem contudo alguns autores que contra-indicam a radioterapia, seja pelo fato de acreditarem não trazer benefício terapêutico, seja pelo fato de converter lesões condilomatosas em cânceres anaplásicos e metastáticos<sup>2, 9</sup>.

A imunoterapia é mais um recurso terapêutico, embora ainda sem resultados curativos<sup>1, 8</sup>.

## CONCLUSÃO

1 – Os TBL diferenciam-se dos condilomas acuminados por apresentarem crescimento invasivo (com destruição tecidual adjacente), e por não responderem aos tratamentos clássicos de aplicação de podofilina e eletrocoagulação local.

2 – Embora de comportamento clínico semelhante aos tumores malignos, limitam-se ao comprometimento local, sem metástases ganglionares ou a distância.

3 – Embora seja um tumor benigno, isto não exclui a possibilidade de malignização, sendo necessário inúmeras e cuidadosas biópsias.

4 - Apenas a ressecção radical promove resultados satisfatórios, sendo muitas vezes necessária a ressecção abdominoperineal.

5 - Em casos onde a cirurgia é impossível, a radioterapia e a quimioterapia podem beneficiar alguns pacientes, embora não levem a cura total.

**PUPO NETO JA, PANNAIN V, COSTA MCNC, PUPO ARA, LACOMBE D - Giant condyloma acuminatum of the anus and rectum (Buschke Lowenstein tumor) - Report of two cases and review of the literature.**

**SUMMARY:** Two cases of Giant Condyloma Acuminatum of the Anus and Rectum treated at the University Hospital CFF are presented along side with a review of literature on the subject. Those patients were women with Pseudotumoral Condylomas unresponsive to clinical treatment, making it necessary to remove them surgically. Histopathology confirmed the diagnosis of Buschke Lowenstein Tumors. We comment on the therapy and the possibility of malignant transformation of Condyloma Acuminatum.

**KEY - WORDS:** giant condyloma acuminatum; Buschke Lowenstein tumors; viral lesions of the anus and rectum; tumors of the anus and rectum

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abcarian H, Sharon N. Long-term effectiveness of the immunotherapy of condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 648.
2. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery* 1968; 23: 670.
3. Alexander RM, Kaminsky DB. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anus: case report and review of literature. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 561.
4. Buschke A, Lowenstein L. Uber Carcinomahnliche Condylomata Accuminata der Penis. *Klin Wochenschr* 1925; 4: 1726.
5. Croxson T e cols. Intraepithelial carcinoma of the anus in homosexual men. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 325.
6. Culp O, Kaplan IW. Condilomata acuminata: 200 cases treated with podophilin. *Ann Surg* 1944; 120: 251.
7. Dawson DF e cols. Giant condyloma and verrucous carcinoma of the genital area. *Arch Path* 1965; 79: 225.
8. Eftaiha, MS e cols. Giant and recurrent condyloma acuminatum: appraisal of immunotherapy. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 136.
9. Elliot MS e cols. Giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectum. *Dis Colon Rectum* 1979; 22: 497.
10. Friedberg MJ, Serlin O. Condyloma acuminatum: its association with malignancy. *Dis Colon Rectum* 1963; 6: 352.
11. Gersh I. Giant condylomata acuminata (carcinoma-like condylomata or Buschke Lowenstein tumor of penis). *J Urol* 1953; 69: 164.
12. Gingrass PJ e cols. Anorrectal verrucose squamous carcinoma: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1978; 21: 120.
13. Goes JRN e cols. Tumor de Buschke Lowenstein da região anorrectal. *Rev Bras Colo-Proct* 1982; 2: 137.
14. Judge JR. Giant condylomata acuminatum involving vulva and rectum. *Arch Pathol* 1969; 88: 46.
15. Knoblich R, Failing JF. Giant condylomata acuminatum (Buschke Lowenstein tumor) of the rectum. *Am J Clin Pathol* 1967; 48: 389.
16. Lee SH e cols. Malignant transformation of perianal condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1981; 24: 462.
17. Lepow H, Leffler N. Giant condylomata acuminata (Buschke Lowenstein tumor): report of two cases. *J Urol* 1960; 83: 853.
18. Lock MR. e cols. Giant condyloma of the rectum. *Dis Colon Rectum* 1977; 20: 154.
19. Lowenstein L. Carcinoma-Like condylomata acuminata of the penis. *Med Clin North America* 1939; 23: 789.
20. Machacek GF, Weakley DR. Giant condylomata acuminata of Buschke Lowenstein. *Ama Arch Derm* 1955; 82: 41.
21. Oriel JD, Almeida JD. Demonstration of virus particles in human genital warts. *Br J Vener Dis* 1970; 46: 37.
22. Oriel JD, Whimster IW. Carcinoma *in situ* associated with virus-containing anal warts. *Br J Dermatol* 1971; 84: 71.
23. Prasad ML, Abcarian H. Malignant potential of perianal condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23: 191.
24. Saphir O, Leventhal ML. Podophylin induced dysplasia of the cervix uteri: its histologic resemblance to carcinoma in situ. *Am J Clin Pathol* 1959; 32: 446.
25. Shah JC, Hertz RE. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: report of a two cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 15: 207.
26. South LM e cols. Giant condylomata of Buschke Lowenstein. *Clin Oncol* 1977; 3: 107.
27. Sturm JT, Christenson CE e cols. Squamous-cell of the anus arising to a giant condyloma acuminatum: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 147.

#### Endereço do Autor:

João Aguiar de Pupo Neto  
Rua Visconde e Silva, 52, sala 602  
22281 - Rio de Janeiro - RJ