

TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN: RELATO DE TRÊS CASOS

JOSÉ VINÍCIUS CRUZ - TSBCP
VITOR BINDA
CLÉBER ALLEM NUNES
MÁRCIA TERESINHA JURACH

CRUZ JV, BINDA V, NUNES CA & JURACH MT - Tumor de Buschke-Loewenstein: relato de três casos. *Rev bras Coloproct*, 1998; 18(2): 104-106

RESUMO: Os tumores de Buschke-Loewenstein caracterizam-se por envolver estruturas vizinhas e profundas sem originar metástases. A recidiva é alta e progressivamente pior chegando a malignização. Dos três casos aqui apresentados, dois tiveram recidivas e um deles evoluiu para Carcinoma Verrucoso. As complicações pré-operatórias mais importantes foram sangramento da lesão, incontinência fecal, fístulas e abscessos. Não houve óbito diretamente relacionado a enfermidade. Todos os pacientes foram submetidos a ressecção abdômino-perineal do reto.

UNITERMOS: tumor de Buschke-Loewenstein; região anorretal; coilocitose; condiloma

O tumor de Buschke-Loewenstein (TBL) ou Condiloma Acuminado Gigante é uma doença rara que se manifesta na região anorretal através de lesões em aspecto de couve-flor, grotescas, ulceradas, muitas vezes associadas a fístulas e abscessos. São tumores clinicamente agressivos; possuem crescimento endo e exofítico, mas não metastatizam. A taxa de recidiva é alta e evoluem para malignidade em aproximadamente 30% dos pacientes. O seu tratamento depende do estágio da doença e a amputação do reto torna-se mandatória na maioria dos casos, particularmente nas recidivas que são muito mais agressivas.

Apresentamos o relato de três casos de TBL envolvendo a região anorretal, tratados no Serviço de Colo-Proctologia da Santa Casa de Porto Alegre.

Relato dos casos

Caso I

A.P.S., masculino, branco, 74 anos, heterossexual, realizou em 1991 no Serviço de Colo-Proctologia da Santa Casa de Porto Alegre, ressecção de uma lesão anal, medindo 2,0 cm x 1,5 cm x 0,6 cm, rugosa, cinzenta e brilhante, confirmada como Condiloma Acuminado pelo exame anatomopatológico. Três meses após, apresentou recidiva, mas abandonou o tratamento médico. Em fevereiro de 1996 retornou ao nosso

ambulatório referindo incontinência fecal, sangramento anal e massa perianal de crescimento progressivo nestes últimos cinco anos. Ao exame físico: conjuntivas descoradas. Sinais vitais: normais. O exame proctológico revelou lesão perianal circunferencial, volumosa, vegetante, brancocenta e friável medindo 7 cm de diâmetro que invadia tecido subcutâneo e canal anal, com nítido comprometimento esfinteriano. Os exames laboratoriais mostraram anti-HIV negativo, anemia com hematócrito de 34% e hemoglobina de 10,5 g%. Realizada amputação abdômino-perineal com períneo fechado. No pós-operatório imediato, apresentou sangramento perineal que necessitou reintervenção cirúrgica com tamponamento. O anatomopatológico identificou tumor de Buschke-Loewenstein, linfadenite crônica e histiocitose sinusal. Apresentou duas recidivas, quatro e oito meses após. Realizada exérese local na primeira recidiva (Fig. 1) e, na segunda, novamente abandonou o tratamento. O anatomopatológico manteve o diagnóstico de TBL.



Fig. 1 - Recidiva de Buschke-Loewenstein no períneo amputado.

Caso II

N.V.T., feminina, branca, 28 anos, consultou em nosso ambulatório por dor anal, sangramento após evacuar, diminuição do apetite e emagrecimento de seis quilos num período de seis meses. Ao exame físico: hipocorada e emagrecida. Ao exame proctológico: lesão úlcero-vegetante, pardacenta, friável, que se estendia da linha pectínea até 7 cm da margem anal com infiltração da parede vaginal. Os exames laborato-

riais identificaram anti-HIV negativo, hemoglobina de 10,2 g% e hematócrito de 32%. Efetuadas duas sessões de biópsias que mostraram diagnóstico de Condiloma Acuminado. Realizada cirurgia de Miles, o anatomopatológico da peça cirúrgica diagnosticou Condiloma Acuminado Gigante. Esta paciente mantém-se em seguimento há três anos, sem evidência de recidiva.

Caso III

J.S.M., branco, masculino, solteiro, presidiário, 29 anos, encaminhado ao Serviço de Colo-Proctologia por apresentar há quatro meses, lesão perianal vegetante, sangrante de crescimento progressivo neste período. Ao exame físico: corado e hidratado. Apresentava uma lesão de aspecto condilomatoso na região perianal à esquerda, medindo cerca de 20 cm de extensão, sangrante e infectada, iniciando na borda anal e estendendo-se em direção à coxa esquerda. Realizado exérese local da lesão. Ao anatomopatológico: Tumor de Buschke-Loewenstein. Três anos após, retornou ao ambulatório com recidiva perianal, medindo 8,0 cm x 4,0 cm x 3,0 cm, se estendendo da região glútea esquerda para o canal anal. Realizado novamente exérese local e o exame patológico confirmou TBL. O paciente manteve-se bem até dois anos após, quando apresentou a segunda recidiva. Nesta ocasião, possuía lesão ulcerada e vegetante comprometendo todo o reto. Associadas, havia inúmeras projeções papiliformes, brancas, foscas, formando fistulas em pele perianal intercomunicantes com a área ulcerada. Realizada amputação abdômino-perineal (Fig. 2). O estudo anatomopatológico da peça revelou Carcinoma Epidermóide Verrucoso. O paciente evoluiu bem durante um ano, quando foi ao óbito por causa não relacionada ao tumor de Buschke-Loewenstein.

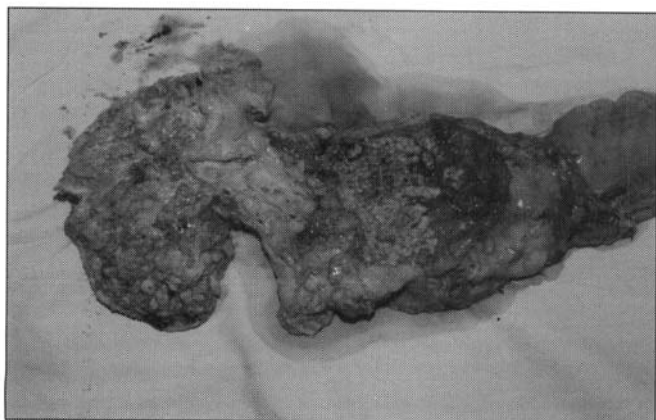


Fig. 2 - Amputação abdômino-perineal por tumor de Buschke-Loewenstein envolvendo o reto inferior.

DISCUSSÃO

Tumor de Buschke-Loewenstein ou Condiloma Acuminado Gigante (TBL) é uma enfermidade rara que acomete principalmente a genitália⁽⁸⁾. Apresenta-se como uma lesão grotesca, vegetante, semelhante a um condiloma, propenso a ulcerar e se expandir profundamente^(2, 8, 10). Foi Buschke, em

1896, quem primeiro a observou e, em 1925, junto com Loewenstein descrevem o primeiro caso de TBL no pênis. Relatos afetando a região anorretal e perianal concomitantemente são esporádicos⁽⁸⁾. Sua etiologia é provavelmente viral, pela presença de coilocitose no estudo patológico sugerindo invasão pelo Papilomavírus^(2-4, 9).

O TBL caracteriza-se pela sua evolução agressiva, transformação maligna e recorrência, sendo esta diretamente relacionada com a progressão da doença^(2, 5-7, 10). Têm sido descritos casos demonstrando extensa ulceração na região perianal, com invasão da fossa isquiorretal, tecido perirretal e cavidade pélvica^(6, 7). Estes tumores além de ulcerar podem evoluir para fístulas, sinus e abscessos⁽²⁾. Por isso, são considerados tumores de histologia benigna, mas de curso clínico maligno⁽²⁾.

Buschke e Loewenstein elaboraram critérios para diferenciar a similitude clínica e histológica entre TBL, Condiloma Acuminado (CA) e Carcinoma Verrucoso (CV). CA e TBL possuem vacuolização nas células da camada superficial da epiderme, marcado grau de acantose, paraqueratose e mitoses infrequentes^(2, 7, 8). Entretanto, TBL é reconhecido por sua camada córnea espessa, proliferações papilares e a sua tendência para invadir camadas profundas e tecidos vizinhos^(2, 8, 10). Estes mesmos achados podem ser vistos no CV e alguns autores não reconhecem distinções entre estas duas entidades^(5, 9). A diferenciação, segundo os critérios de Buschke-Loewenstein, depende da deficiente invasão histológica, isto é, membrana basal intacta, figuras mitóticas infrequentes e nenhuma evidência de metástases. Quando isto ocorre faz-se diagnóstico de Condiloma Acuminado Gigante^(2, 8, 10).

Quyen realizou revisão de 42 casos de Tumor de Buschke-Loewenstein na região anorretal e verificou que a maioria dos pacientes apresentava massa gigante, grotesca, dor pélvica, sangramento, distúrbios de defecação, emagrecimento, constipação e anemia⁽⁸⁾. As complicações eram associadas a progressão da doença ou ao período pós-operatório, a saber: fistulas, abscessos, sangramento, infecção, obstrução ureteral, estenose anorretal e infecção do trato urinário^(2, 4, 8). Dos três pacientes por nós analisados, todos apresentaram sangramento perianal pré-operatório; um, incontinência fecal e outro, fistulas e abscessos.

O tratamento para TBL na região anorretal e perianal varia de exérese local a cirurgia radical como amputação abdômino-perianal e exenteração pélvica^(1-3, 8). O nível de recorrência é alto (67%), e aproximadamente 30% dos pacientes malignizam com mortalidade relacionada a recidiva variando entre 21% a 25%^(2, 8). Realizamos a cirurgia de Miles nos três pacientes, duas devido a recidivas e uma como primeira opção. Um dos pacientes evoluiu para Carcinoma Verrucoso.

Com isso, chamamos a atenção para o diagnóstico diferencial clínico, histopatológico e terapêutico face a gravidade da doença e sua alta morbimortalidade e, por ser rara, a facilidade do erro diagnóstico e conseqüente retardo do tratamento.

CRUZ JV, BINDA V, NUNES AL & JURACH MT - Buschke-Loewenstein tumor: three cases reported.

SUMMARY: Buschke-Loewenstein tumours usually affect the surrounding structures without metastasis formation. The recidive is very high and progressive reaching the malignization. One of the three cases in this study, evolved to verrucous carcinoma and the main postoperative complication were bleeding from the lesion, fecal incontinence, fistulae and abscesses. There was no death related to the disease. All patients were submitted to rectal excision.

KEY WORDS: Buschke-Loewenstein tumor; anorectal region; koilocytosis; condylomata

REFERÊNCIAS

1. Butler TW, Geftter J, Kleto D, Shuch EH, Ruffner WB. Squamous-cell carcinoma of the anus in Condyloma Acuminatum successful treatment with preoperative chemotherapy and radiation. *Dis Colon Rectum* 1987; 30(4): 293-295.
2. Creasman G, Haas PA, Fox AT, Balazs M. Malignant transformation of anorectal Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Loewenstein Tumor). *Dis Colon Rectum* 1987; 32(6): 481-487.

3. Eftaiha MS, Amshel AL, Shonberg IL, Batshon B. Giant and recurrent Condyloma Acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1982; 25(2): 136-138.
4. Marsh RW, Agalotis D, Killen R. Treatment of invasive squamous cell carcinoma complicating anal Buschke-Löwenstein Tumor: a case history. *Cutis* 1995; 55(6): 358-360.
5. Ming SC, Goldman H. Pathology of the gastrointestinal tract - United States of America - W.B. Saunders Company, 1992.
6. Morson BC, Dawson IMP. Morson e Dawson's Gastrointestinal Pathology - third edition, Oxford, London - Blackwell Scientific Publications, 1990.
7. Prasad ML, Abcarian H. Malignant potential of perianal Condyloma Acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1980; 23(3): 191-197.
8. Quyen DC, Vezeridis MP, Libbery PN, Wanebo HJ. Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Loewenstein Tumor) of the anorectal and perianal regions. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(9): 950-957.
9. Schwartz RA, Nychay SG, Lyons M, Sciales CW, Lambert WC. Buschke-Löwenstein Tumor. Verrucous Carcinoma of the anogenitalia 1991; 47(4): 263-266.
10. Shan IC, Hertz RE. Giant Condyloma Acuminatum of the anorectum: report of two cases. *Dis Colon Rectum* 1972; 15(3): 207-210.

Endereço para correspondência:

Márcia Jurach
Rua Duque de Caxias, 1303/802
90010-283 - Porto Alegre - RS