

## CONDILOMA ACUMINADO PERIANAL GIGANTE RECIDIVANTE TRATADO COM RADIOTERAPIA. EXPERIÊNCIA INICIAL E RELATO DE CASO

CARLOS WALTER SOBRADO - TSBCP  
WELLINGTON ANDRAUS  
CARLOS FREDERICO S. MARQUES  
SERGIO CARLOS NAHAS - TSBCP  
SILVIO FIGUEIREDO BOCHINI - TSBCP  
VLADIMIR NADALIN  
ANGELITA HABR-GAMA - TSBCP

---

SOBRADO CW, ANDRAUS W, MARQUES CFS, NAHAS SC, BOCHINI SF, NADALIN V & HABR-GAMA A - Condiloma acuminado perianal gigante recidivante tratado com radioterapia. Experiência inicial e relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(2): 103-107

**RESUMO:** O condiloma acuminado é a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum e sua incidência tem aumentado após o aparecimento da síndrome da imunodeficiência adquirida. É causado pelo papilomavírus humano (HPV), podendo se apresentar como pequenas e múltiplas lesões verrucóides, ou mais raramente como grandes, únicas e volumosas lesões anais, sendo então denominado tumor de Buschke - Loewenstein, caso em que o tratamento é controverso com alto índice de recidiva. Os Autores relatam a história de um paciente de 42 anos de idade, sexo masculino, branco, portador de condiloma perianal gigante recidivante que foi submetido a vários tratamentos (solução de podofilina a 25%, Bleomicina 1%, operações com ressecção e eletrocauterização e oxigenioterapia hiperbárica) sem sucesso. O paciente evoluiu com infecção perianal grave e presença de secreção local abundante, com dificuldade para evacuar, foi operado e feita ressecção da lesão, sendo associada sigmoidostomia em alça. Como não houve cura, e antes da indicação da amputação abdômino-perineal do reto iniciou-se tratamento com radioterapia. Foi administrado 4500 cGy (25 sessões de 180 cGy cada) com equipamento de megavoltagem, culminando no desaparecimento da lesão condilomatosa e conseqüente formação de fibrose local. Não ocorreu recidiva da lesão anal, e também não foi encontrado vírus na macrobiopsia realizada após 20 meses de seguimento ambulatorial. Este caso mostra que a radioterapia pode ser opção útil em casos excepcionais de lesões condilomatosas extensas e recidivantes, antes de submeter o paciente a intervenção radical com amputação do reto e ânus.

**UNITERMOS:** condiloma anal; infecção; oxigenioterapia hiperbárica; radioterapia

---

O condiloma acuminado anogenital representa a doença sexualmente transmissível (DST) mais comum na prática do médico coloproctologista<sup>(1)</sup>. É causado pelo papilomavírus humano (HPV), um DNA vírus da família papovavírus.

Apresenta-se atualmente como lesões verrugosas frequentemente pequenas, elevadas e múltiplas, porém, mais raramente, podem ser únicas, volumosas, acometendo toda a região anal e perianal, com características invasivas, denominando-se condiloma acuminado gigante ou tumor de Buschke-Loewenstein (TBL)<sup>(2, 3)</sup>.

O TBL, apesar do crescimento lento, de ser bem diferenciado, ser histologicamente benigno, e sem tendência a metástases, apresenta agressividade local e altos índices de recidiva após os mais variados tratamentos<sup>(4, 5)</sup>. Agentes tópicos podem não surtir boa resposta, e nesses casos têm-se que empregar o tratamento cirúrgico ampliado ou tratamentos combinados, apresentando mesmo assim recidivas frequentes<sup>(6, 7)</sup>.

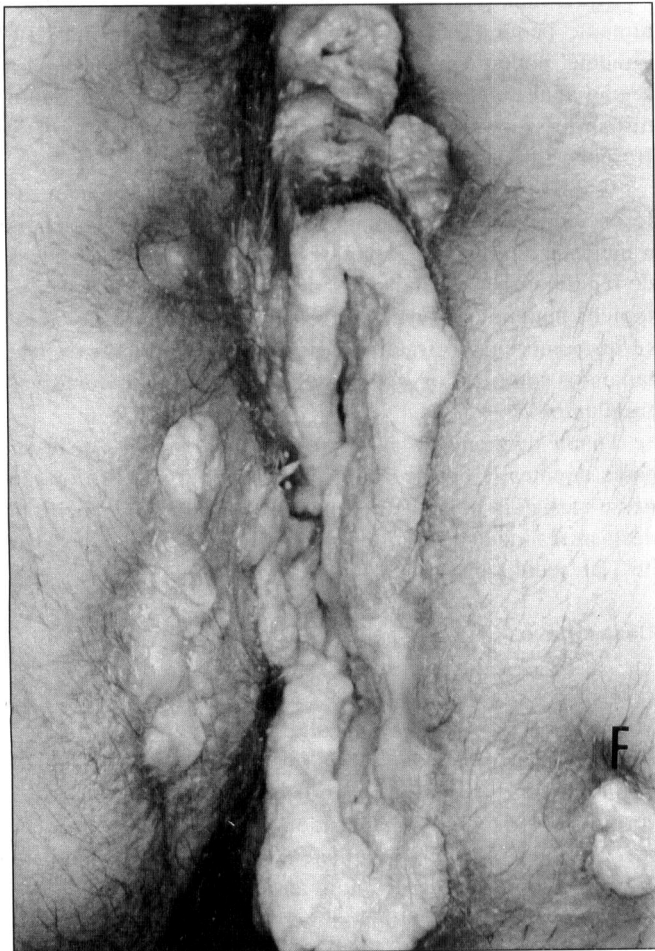
Diante do grande dilema de qual a melhor forma de tratar esses doentes, e em decorrência do recente sucesso obtido nesse caso com o uso de radioterapia, discutimos a inclusão desta modalidade terapêutica como alternativa útil para casos de TBL recidivante.

### Caso clínico

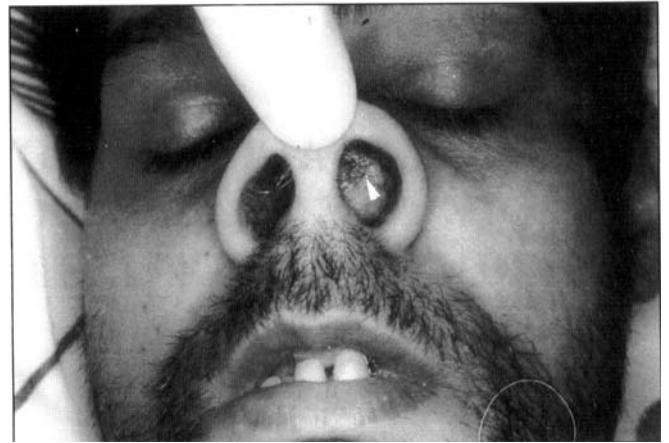
J.A.S., 42 anos, masculino, branco, feirante, natural de Minas Gerais e portador de condiloma acuminado gigante com infecção secundária em região perianal. Há aproximadamente três anos notou aparecimento de lesões verrugosas em região perianal acompanhado de prurido anal, secreção purulenta fétida, ardência local e esporadicamente sangue vivo nas fezes. Há dois anos iniciou quadro de dor perianal mais intensa principalmente às evacuações, acompanhado de alguns episódios de enterorragia, e apresentou emagrecimento de 15 kg neste último ano (aproximadamente 18% do seu habitual peso corpóreo). Referia tratamento para doença sexualmente transmissível (DST), mais precisamente

cancro duro há 20 anos. Referia relação heterossexual sem preservativo, negava relação homossexual, e uso de drogas. Tabagista de 40 cigarros/dia por 30 anos. Etilista de uma garrafa de conhaque por dia, por 25 anos até há dois anos. Apresentava-se em regular estado geral, com anemia ( $Hb = 6,7 \text{ g/dl}$ ), hidratado e desnutrido. Ao exame proctológico, na inspeção, visualizava-se presença de grande lesão vegetante, verrugosa, infiltrativa que acometia o ânus de forma circunferencial e indo até a base do escroto. Identificava-se também presença de orifício fistuloso externo repleto de condilomas a aproximadamente 8 cm de distância do orifício anal, localizado na região ântero-lateral direita, por onde drenava secreção purulenta (Fig. 1). O orifício anal era, por estar retraído e recoberto por lesões condilomatosas, de difícil identificação. Apresentava também lesões condilomatosas na glândula e na narina esquerda (Fig. 2).

O toque retal foi muito doloroso, permitindo porém avaliar-se comprometimento do canal anal pelas lesões condilomatosas, o que foi confirmado pela anoscopia e retossigmoidoscopia com realização de biópsias que não revelaram áreas de degeneração. Foram realizadas sorologias para pesquisa de HIV (ELISA e Western blot), que foram negativas.



**Fig. 1 -** Visualiza-se presença de grande lesão verrugosa, vegetante, infiltrativa que acomete o ânus e região perianal, com presença de orifício externo fistuloso no quadrante antero-lateral direito repleto de vegetações. F = orifício fistuloso.



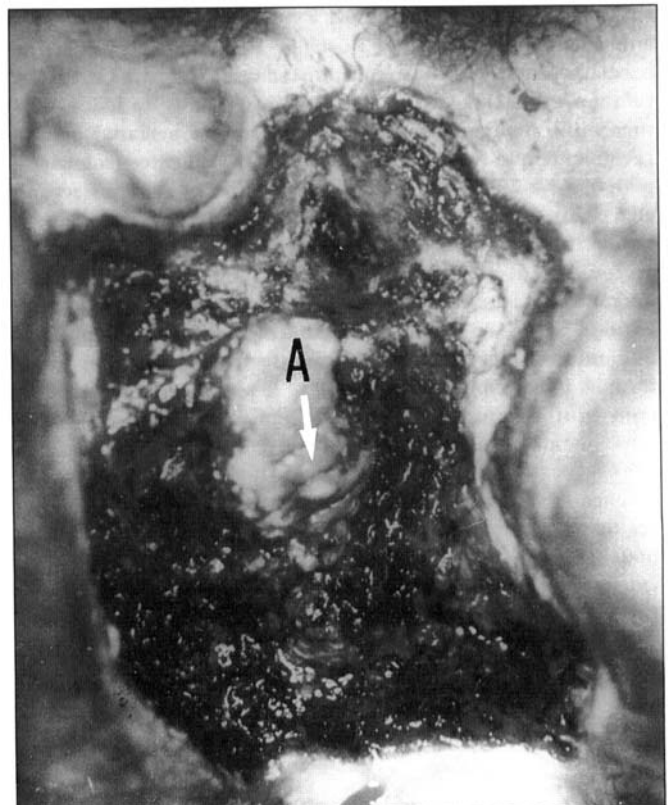
**Fig. 2 -** Presença de lesão vegetante verrugosa localizada na narina esquerda.

As lesões perianal e nasal foram ressecadas cirurgicamente e eletrocauterizadas.

A lesão perianal foi inicialmente tratada com solução de podofilina a 25%, por oito semanas, com retornos ambulatoriais semanais, sem sucesso. Optou-se pelo uso de Bleomicina 1%, com aplicações diárias por 30 dias, que também não surtiu efeito.

O paciente foi então submetido à ressecção cirúrgica de toda a massa verrugosa com eletrocauterização de sua base e realização de uma sigmoidostomia em alça.

Posteriormente, foram realizadas mais três desbridamentos extensos locais com eletrofulguração em intervalos de aproximadamente um mês, sempre com recidiva precoce das lesões (Fig. 3).



**Fig. 3 -** Visualiza-se área cruenta torrada após ressecção e eletrocauterização de toda a lesão perianal.

Mudou-se novamente a terapêutica com realização de oxigenioterapia hiperbárica em câmara monoplaca em virtude de infecção local grave, sendo realizadas 27 sessões, com 2 ATA (Tensão Atmosférica Ambiente) cada.

Como todos esses tratamentos não produziram resultado satisfatório, chegou a ser indicada a cirurgia de amputação abdominoperineal do reto para ressecção dessa extensa lesão, a qual foi recusada pelo paciente.

Porém, como última tentativa antes da realização dessa cirurgia radical em paciente jovem portador de doença benigna, optou-se por encaminhar o paciente para iniciar tratamento com radioterapia.

A radioterapia foi administrada em equipamento de telecobaltoterapia (Gammatron S - Siemens) na dose total de 4500 cGy em 3 campos (1 pósterio-anterior e 2 látero-laterais). A dose diária foi de 180 cGy, aplicada cinco vezes por semana num total de 25 frações, culminando no desaparecimento total das lesões condilomatosas e conseqüente formação de extensa fibrose local (Fig. 4).

O paciente está há 20 meses em seguimento ambulatorial, evoluindo muito bem, com ganho de peso (15 quilos), apresentando apenas subestenose ao nível do canal anal, porém sem recidiva das lesões condilomatosas.

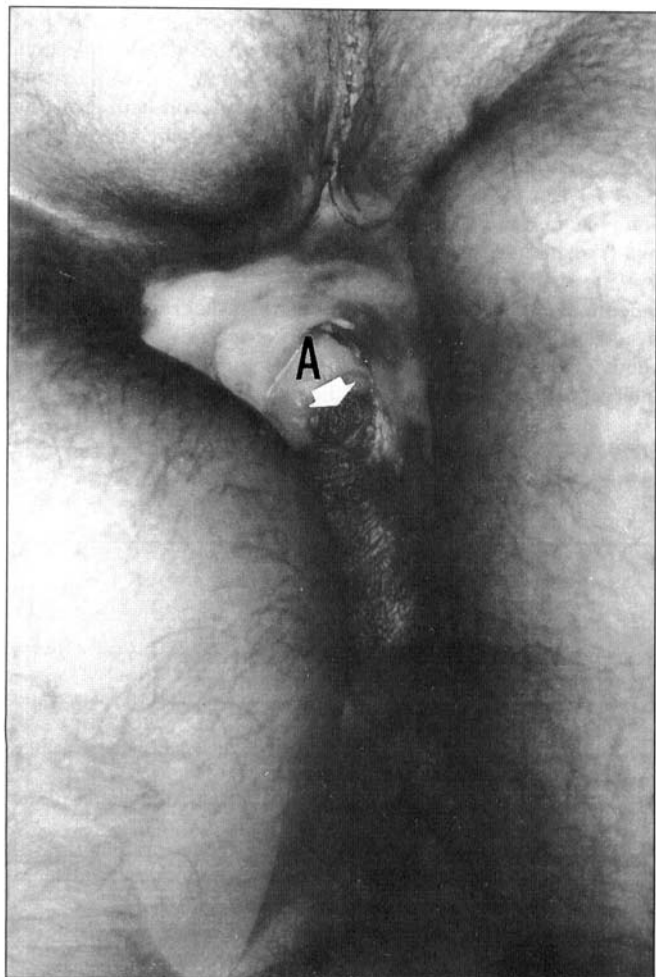


Fig. 4 - Visualiza-se após o término da radioterapia o desaparecimento da lesão verrugosa perianal, com conseqüente formação de extensa fibrose e retração local.

## DISCUSSÃO

O condiloma acuminado anogenital é a doença sexualmente transmissível (DST) viral mais diagnosticada nos EUA, é também a doença venérea mais encontrada na prática cirúrgica, sendo que 1.000.000 de americanos desenvolvem lesões anais ou genitais anualmente, e 2/3 dos seus parceiros são contaminados<sup>(1, 7-9)</sup>.

Está associada com estados de imunodepressão, assim como com outras DSTs tais como: blenorragia, lues, linfogranuloma venéreo, cancro duro e HIV, com maior índice de recidiva nesse último caso<sup>(10-14)</sup>.

É causado pelo papilomavírus humano, um DNA vírus, membro do grupo dos papovavírus. Mais de 80 tipos de papilomavírus foram isolados de infecções anogenitais, e os tipos 6, 11, 16 e 18 são os principais responsáveis pelo condiloma anal<sup>(2, 14, 15)</sup>. Fortes observações têm sugerido a associação de DST, mais precisamente o HPV e linfogranuloma venéreo com o câncer do ânus, assim como o contato homossexual em homens<sup>(16, 17)</sup>. O papilomavírus, especialmente os tipos 16 e 18, tem sido responsabilizado pela carcinogênese de lesões anogenitais<sup>(7, 18)</sup>. Daling e cols. analisando 129 pacientes portadores de câncer anal *in situ* ou invasivo, realizando pesquisa nos tecidos dos tipos de HPV com o método do PCR, encontrou um ou mais dos tipos 6, 11, 16 e 18 em 70% e 67% das lesões de mulheres e homens respectivamente<sup>(19)</sup>.

As lesões anais condilomatosas são verrugosas, frequentemente pequenas, elevadas e múltiplas, contudo lesões únicas, irregulares e extensas que acometem a região anal, perianal e genital podem ocorrer.

O condiloma acuminado anal gigante também denominado tumor de Buschke-Loewenstein (TBL) é uma forma de apresentação que além das grandes proporções locais tem características localmente agressivas, infiltrando os tecidos adjacentes e poupando os vasos sanguíneos e linfáticos; entretanto, do ponto de vista histológico é bem diferenciado, de crescimento lento, sem tendências a metástases, ocupando o "borderline" de lesão maligna<sup>(4, 5)</sup>. Sua transformação anaplásica ocorre em 1/3 dos casos<sup>(20, 21)</sup>.

Recebe outras denominações de acordo com o local de acometimento, como por exemplo: na pele é designado tumor carcinóide papilomatoso cutâneo, e carcinoma verrugoso na orofaringe<sup>(4, 20)</sup>.

Vários são os tratamentos que podem ser utilizados, desde agentes tópicos (solução de podofilina 25 a 30%, ácido bi ou tricloroacético 50 a 90% entre outros), imunoterapia, interferon, quimioterapia, crioterapia, laser, eletrocauterização e cirurgia (exérese local até em casos extremos a amputação do ânus e reto). A escolha de cada um deles vai depender do número de lesões, da extensão, do grau de infiltração, do acometimento do canal anal e da presença ou não de transformação maligna. Todos os tratamentos utilizados na erradicação do HPV têm recorrência freqüente<sup>(22, 23)</sup>, e apesar das pequenas lesões externas serem na maioria das vezes responsivas a aplicação de agentes tópicos, lesões mais extensas e que invadem o canal anal requerem cirurgia ou tratamentos combinados<sup>(5, 6, 22)</sup>.

No caso aqui descrito, tentou-se inicialmente a utilização de podofilina em solução alcoólica a 25%, por tempo prolongado (8 semanas), sem resposta, o mesmo ocorrendo com a utilização tópica de bleomicina a 1%. Posteriormente optou-se pela excisão local ampla com eletrofulguração, tendo sido realizada em três oportunidades associado a melhoria clínica e nutricional sem sucesso.

A seguir, foram realizadas 27 sessões diárias de oxigenioterapia hiperbárica com 2 ATAs cada, com discreta melhora do processo infeccioso local, porém com persistência das lesões verrugosas.

Em virtude desses vários insucessos terapêuticos prévios, chegou a ser proposta a realização de amputação abdominoperineal do reto e feitura de colostomia abdominal definitiva, procedimento que foi recusado pelo paciente. Como alternativa, foi sugerida e iniciada radioterapia, mais precisamente a cobaltoterapia.

A cobaltoterapia foi escolhida em razão de serem lesões superficiais extensas e infiltrativas, e deste modo a irradiação com raios gama penetraria obtendo-se sua maior ação a aproximadamente 2-3 cm de profundidade da epiderme, diretamente no DNA da célula hospedeira, provocando quebras no mesmo e conseqüente morte celular.

Desta maneira, poder-se-ia irradiar toda a lesão visível, assim como uma margem de 1 a 2 cm onde se sabe se albergar o vírus HPV. Destruiria, deste modo, todas as células infectadas macroscopicamente normais ou não, levando a necrose celular com cicatrização fibrótica e retração local.

Ao fim do tratamento radioterápico (4500 cGy - 25 sessões diárias de cobaltoterapia) houve desaparecimento das lesões condilomatosas, e o aparecimento de fibrose com retração local.

Durante todo o tratamento pôde-se observar a ocorrência de necrose tecidual extensa, com a substituição das verrugas por tecido cicatricial, endurecido, esbranquiçado e inelástico. A radioterapia em alguns raros relatos tem sido tentada como terapêutica em carcinoma verrugoso com resultados díspares<sup>(25, 29)</sup>.

Alguns autores criticam o seu emprego por encontrarem em seus casos ineficiência e/ou altas taxas de transformação anaplásica, chegando a índices de 30%<sup>(24-26)</sup>.

Há relatos de que sob ação da radioterapia haveria quebra da molécula de DNA, e isto poderia facilitar a integração de genes virais com o DNA da célula hospedeira, com conseqüente proliferação viral<sup>(27-28)</sup>.

Outros autores não têm observado tal fato, e acreditam ser a radioterapia eficiente para as lesões cutâneas superficiais, e procedimento paliativo útil em lesões localmente avançadas, não se verificando transformação maligna em suas casuísticas<sup>(29-32)</sup>.

Neste doente, a radioterapia mostrou ser eficiente, com o desaparecimento das lesões. Vinte meses após o término da radioterapia, o paciente encontra-se sem recidiva, e a macrobiópsia não revelou presença do vírus HPV nos tecidos fibrosados, o que mostra a possibilidade de ser a radioterapia uma terapêutica alternativa muito útil, paliativa ou até curativa, nos casos de TBL recidivante.

Porém, deve ser lembrado que este segmento anorretal irradiado deverá ser examinado periodicamente através de

anorretossigmoidoscopia para controle não apenas da recidiva da lesão condilomatosa, como também da presença de lesões malignas.

Com o sucesso obtido nesse caso, pode-se sugerir a inclusão da quimioterapia com o objetivo de sensibilização, e conseqüentemente diminuir a dose de irradiação produzindo menos efeitos colaterais, como é recomendado para os tumores do ânus e reto distal<sup>(33, 34)</sup>.

---

**SOBRADO CW, ANDRAUS W, MARQUES CFS, NAHAS SC, BOCHINI SF, NADALIN V & HABR-GAMA A - Radiotherapy in recurring giant perianal condyloma acuminatum. Initial experience and case report.**

**SUMMARY:** Condyloma acuminatum is the most common sexually transmitted disease and its incidence has increased after the appearance of acquired immunodeficiency syndrome. It is caused by the human papilloma virus (HPV), presenting as small, multiple warts, or even more rarely as large, single voluminous anal lesions. In the later case, it is known as Buschke-Löwenstein tumor, and treatment is controversial with a high recurrence rate. The authors report the case of a 42-year-old, white, male patient with recurring giant perianal condyloma submitted to various treatment modalities (25% podophyllin solution, 1% Bleomycin, resection and cauterization surgeries and hyperbaric oxygen therapy), all unsuccessful. The patient progressed with severe perianal infection, profuse local secretion and difficulty to evacuate. He was managed by surgical resection associated with loop sigmoidostomy. Since he was not cured, and before indicating abdominoperineal amputation of the rectum, radiotherapy treatment was initiated. The patient received 4500 cGy (25 sessions of 180 cGy each) with megavoltage equipment, resulting in disappearance of the condylomatous lesion and formation of local fibrosis. The anal lesion did not recur nor was the virus exhibited on macrobiopsy realized 20 months after outpatient followup. This case demonstrates that radiotherapy can be a useful option in exceptional cases of extensive and recurrent condylomatous lesions before submitting the patient to radical intervention with amputation of the rectum and anus.

**KEY WORDS:** anal condyloma; infection; hyperbaric oxygen therapy; radiotherapy

---

#### REFERÊNCIAS

1. Suresh JA, Mackeigan JM. Anal perianal warts. In Fazio VW, Ed. Current Therapy in Colon and Rectal Surgery. Philadelphia, BC Decker 1990; 1: 49-52.
2. Zarcone R. Treatment of cervix condylomata with alpha-IFN leucocitar. Clin Exp Obstet Gynecol 1995; 22: 326-9.
3. Buschke A, Loewenstein L. Über carcinomahnliche condylomata des penis. Klin Wochenschr 1925; 4: 1726-7.
4. Lübke J, Kormann A. HPV-11 and HPV-16 associated oral verrucous carcinoma. Dermatology 1996; 192: 217-21.
5. Zachariae H, Larsen PM, Sogaard H. Recombinant interferon alpha-2<sup>A</sup> (Roferon-a) in a case of Buschke-Löwenstein giant condyloma. Dermatologica 1988; 177: 175-9.
6. Congilosi SM, Madoff RD. Current therapy for recurrent and extensive anal warts. Dis Colon Rectum 1995; 38: 1101-7.
7. Sohn N, Robilotti JG. The gay bowel syndrome. A review of colonic and rectal conditions in 200 male homosexuals. Am J Gastroent 1977; 67:478-501.
8. Leads From the MMWR. Condyloma Acuminatum - United States: 1966-1981. JAMA 1983; 250: 336-339.

9. Margolis S. Genital warts and molluscum contagiosum. *Urol Clin North Am* 1984; 11: 163-70.
10. Abcarian H, Sharon N. Long-term effectiveness of the immunotherapy of anal condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1982; 29: 648-51.
11. Andrews HA, Wyke J, Rat T, et al. Sexually transmitted disease: A new hazard for the gastroenterologist? *Gut* 1986; 27: A1259-1261.
12. Viac J, Chardonnet Y, Euvrard S, et al. Langerhans cells, inflammation markers and human papillomavirus infections in benign and malignant epithelial tumors from transplant recipients. *J Dermatol* 1992; 19: 67-77.
13. Grossman ME. Cutaneous manifestation of infection in the immunocompromised host. Williams & Wilkins (edit) 1995; 114-120.
14. Stryker SJ. Treating recurrent anorectal problems - Recurrent condylomata after excision. In Wexner SD, Ed. *Colorectal disease* 1998; 1: 19-21.
15. Mayeaux EJ Jr. Noncervical human papillomavirus genital infectious. *Am Fam Physician* 1995; 52(September 15): 1137-46.
16. Croxson T, Chabon AB, Rorat E, Brash IM. Intra-epithelial carcinoma of the anus in homosexual men. *Dis Colon Rectum* 1984; 24: 325-30.
17. Binkley GE, Derrick WA. The association of squamous cancer with anal manifestations of lymphogranuloma venereum. *Am J Dig Dis* 1945; 12: 46-7.
18. Amy EN, Yun-Zhong H. The relationship of human papillomavirus to proliferation and ploidy in carcinoma of the anus. *Cancer* 1995; 75: 958-66.
19. Daling JR, Sherman KJ, Hislop TG, et al. Cigarette smoking and the risk of anogenital cancer. *Am J Epidemiol* 1992; 135: 180-9.
20. Avrii MF. Buschke-Loewenstein's tumor. *Press Med* 1992; 21: 811-5.
21. Kibrite A. Aggressive giant condyloma acuminatum associated with oncogenic human papilloma virus: a case report. *Can J Surg* 1997; 40: 143-5.
22. Beutner KR. Therapeutic approaches to genital warts. *Am J Med* 1997; 102(5): 28-37.
23. Stone KM. Human papillomavirus infection and genital warts: update on epidemiology and treatment. *Clin Infect Dis Apr* 1995; 20: 91-7.
24. Ferlito A, Recher G. Ackerman's tumor (verrucous carcinoma) of the larynx. *Cancer* 1980; 46: 1617-30.
25. Perez CA, Kraus FT. Anaplastic transformation in verrucous carcinoma of the oral cavity after radiation therapy. *Radiology* Jan 1966; 86: 108-115.
26. Edstrom S, Johansson S, Lindstrom J. Verrucous squamous cell carcinoma of the larynx: evidence for increased metastatic potential after irradiation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1987; 97: 381-4.
27. Abramson A, Brandsma J, Steinberg B. Verrucous carcinoma of the larynx: possible human papillomavirus etiology. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 709-15.
28. Sllamniku B, Bauer W, Painter C. Clinical and histopathological considerations for the diagnosis and treatment of verrucous carcinoma of the larynx. *Arch Otorhinolaryngol* 1989; 246: 126-32.
29. Schwade JG, Wara WM, Dedo HH, Phillips TL. Radiotherapy for verrucous carcinoma. *Radiology* 1976; 120: 677-79.
30. Ackerman LV. Verrucous carcinoma of the oral cavity. *Surgery* 1948; 23: 670-78.
31. Butler TW, Geffer J, Kleto D, Shuck EH, Ruffner BW. Squamous-cell carcinoma of the anus in condyloma acuminatum. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 293-95.
32. Demian SDE, Bushkin FL, Echevarria RA. Perineural invasion and anaplastic transformation of verrucous carcinoma. *Cancer* Aug 1973; 32: 395-401.
33. Nigro ND, Vaitkevicius VK, Considine BJ. Combined therapy for cancer of the anal canal: a preliminary report. *Dis Colon Rectum* 1974; 17: 354-6.
34. Habr-Gama A, da Silva JH, Sousa Jr. AHS, et al. Epidermoid carcinoma of the anal canal: results of treatment by combined chemotherapy and radiation therapy. *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 773-7.

**Endereço para correspondência:**

Rua Deodoro Sampaio, 352 3ª andar CJ 31  
05406-000 – São Paulo – SP