

---

# TUMOR DE BUSCHKE-LÖWENSTEIN ASSOCIADO A CARCINOMA ESPINOCELULAR. RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

BENÍCIO LUIZ B. B. PAULA NUNES - FSBCP-SP  
LUIZ PAULO BRILHANTE WOLLE  
FÁBIO LUIZ CHAVES NOSSA - FSBCP-SP  
JOÃO CARLOS MAGI - FSBCP  
JOSÉ HYPPÓLITO DA SILVA - TSBCP-SP  
GALDINO JOSÉ SITONIO FORMIGA - TSBCP-SP

---

PAULA NUNES BLBB, WOLLE LPB, NOSSA FLC, MAGI JC, SILVA JH & FORMIGA GJS - Tumor de Buschke-Löwenstein associado a carcinoma espinocelular. Relato de caso. *Rev bras Coloproct*, 1999; 19(3): 192-195

**RESUMO:** Os autores relatam um caso de condiloma acuminado gigante perianal associado a carcinoma espinocelular que cursou com invasão de estruturas pélvicas, em uma mulher de 33 anos de idade. O tratamento inicial foi com radioterapia e depois houve a necessidade de pan-histectomia e colostomia derivativa. O exame anatomopatológico evidenciou condiloma acuminado em corpo uterino, trompas e mesosalpinge. Nove meses após a operação, a doente encontrava-se em estado geral satisfatório, colostomia funcionando adequadamente, sem lesões anoperineais, porém com secreção purulenta em região de fossa ilíaca esquerda. É feita uma revisão da literatura.

**UNITERMS:** condiloma; tumor de Buschke-Löwenstein; carcinoma

---

O condiloma acuminado é uma lesão verrucosa e papilífera que pode ser encontrada na região anogenital e cuja transmissão principal se dá por via sexual. Quando se comporta como carcinoma, sendo localmente invasivo e tendo crescimento rápido, é denominado de condiloma acuminado gigante, tumor de Buschke-Löwenstein ou carcinoma verrucoso de Ackerman<sup>(2)</sup>

Esta afecção foi originalmente descrita por Buschke em 1896 e por Buschke e Löwenstein em 1925 e 1933<sup>(7, 19)</sup> como um caso de tumoração peniana que tinha comportamento clínico de doença maligna, porém histologicamente tratava-se de um condiloma. O primeiro relato de caso com localização anal foi feito por Dawson e col. em 1964<sup>(16)</sup>.

Devido à raridade desta moléstia, relatamos um caso de condiloma acuminado gigante associado a carcinoma espinocelular (CEC) atendido em nosso serviço e fizemos revisão da literatura.

## RELATO DO CASO

GST, 33 anos, feminina, natural e procedente do estado de Minas Gerais, com história de presença de lesão verrucosa próxima ao ânus há cerca de um ano. Há aproximadamente seis meses a doente notou o aparecimento de nodulação em fossa ilíaca esquerda (FIE) com saída de secreção purulenta, dolorosa, associada a febre, astenia, perda ponderal de 15 kg e aumento da lesão no períneo, tendo sido submetida a drenagem cirúrgica em outro serviço. Informava ainda operação para ressecção de tumoração vulvar há 13 anos.

Ao exame físico encontrava-se emagrecida, com o abdome flácido, indolor, sem visceromegalias e/ou massas palpáveis, e presença de lesão ulcerada e infectada em FIE. O exame proctológico revelou, à inspeção, vários orifícios fistulosos perianais póstero-laterais direitos com saída de secreção purulenta associada a lesão vegetante lateral esquerda (**Fig. 1**). O toque retal foi doloroso, com canal anal e mucosa retal sem alterações, tocando-se por transmissão

---

*Trabalho realizado no Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis - São Paulo - SP.*

área de endurecimento em fossa isquiorretal esquerda sugerindo invasão tumoral. A ânus/retoscopia não foi realizada. O exame ginecológico evidenciou lesão vegetante na vulva, semelhante às lesões encontradas no períneo.



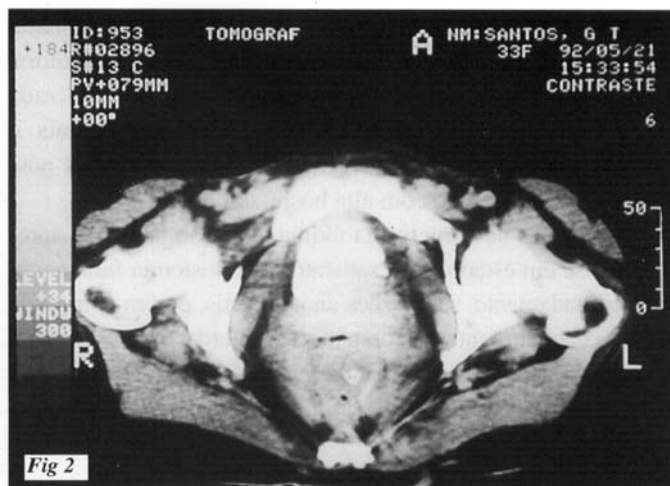
Foram realizadas múltiplas biópsias das lesões perianais, vulvar e em FIE, cujo resultado do exame anatomopatológico (AP) foi de condilomatose vulvar e perianal associada a CEC de canal anal e hiperplasia linfonodal.

A doente foi submetida a ultra-sonografia (USG) abdominal e pélvica, cujo resultado foi a presença de estrutura hipocóica tubular ocupando fundo de saco de Douglas. A pesquisa de anti-HIV foi negativa.

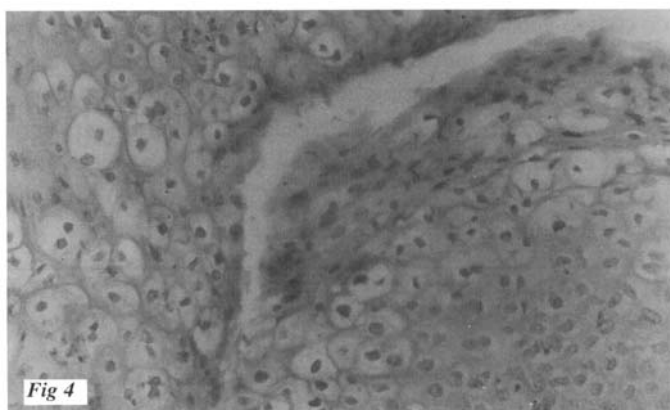
Foi indicado o tratamento radioterápico, com realização de 20 ciclos de radioterapia (RT) totalizando 4.500 cGy. Durante a avaliação pós-RT, dois meses depois, houve redução da tumoração em cerca de 50% com presença de dois orifícios fistulosos póstero-laterais esquerdos. O resultado do AP foi condiloma acuminado. A doente foi então submetida a fistulotomias associadas a ressecção local de tumoração perianal, recebendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório.

No acompanhamento ambulatorial houve recidiva das lesões perianais, após 30 dias, com presença de abscesso perianal, sendo então realizada nova ressecção local associada a fistulotomia e desbridamento cirúrgico perianal, cujos resultados do AP evidenciaram a presença de condiloma acuminado e ausência de neoplasia. A alta hospitalar ocorreu no 11º PO.

Decorridos 25 dias da segunda operação, foi observada a recidiva das lesões perianais e presença de subestenose de reto inferior e canal anal. Durante a palpação abdominal, observou-se massa abdominal em fossa ilíaca direita, móvel, medindo cerca de cinco centímetros de diâmetro, indolor, não-pulsátil e sem sopros. Foi então realizada investigação diagnóstica com TC abdominal e pélvica que revelou tumoração heterogênea, de contornos indefinidos, iniciando-se próximo ao colo do útero e invadindo o corpo uterino e a parede posterior da bexiga (Fig. 2).



A doente foi submetida a laparoscopia diagnóstica que se mostrou inconclusiva, devido a grande bloqueio pélvico, sendo indicada laparotomia exploradora que evidenciou abscesso pélvico bloqueado por alças de intestino delgado e cólon sigmóide em comunicação com a região inguinal esquerda, associado a lesões verrucosas no útero e parede pélvica. Foi realizada pan-histerectomia, drenagem do abscesso pélvico e cauterização das demais lesões verrucosas pélvicas e perianais, além de transversostomia derivativa em hipocôndrio direito. O AP da peça operatória evidenciou condiloma acuminado em corpo uterino, trompas uterinas e mesossalpinge (Figs. 3 e 4).



Após esta operação, a doente evoluiu com fístula urinária, sendo tratada inicialmente com sondagem vesical de demora. Como não houve melhora desta complicação, foi realizada nova intervenção cirúrgica, sendo realizada cistostomia e drenagem de abscesso paravesical, havendo evolução pós-operatória satisfatória, com alta hospitalar no 17º PO.

Decorridos nove meses da última operação, a doente apresentava-se em estado geral satisfatório, colostomia funcionando adequadamente, sem lesões anoperineais, porém com saída de secreção purulenta em fossa ilíaca esquerda. Solicitou, nessa ocasião, encaminhamento para acompanhamento em sua terra natal, perdendo continuidade do tratamento em nosso serviço.

## DISCUSSÃO

O condiloma acuminado gigante ou tumor de Buschke-Löwenstein é uma doença rara cuja incidência é de aproximadamente 15% entre os carcinomas de pênis e de cerca de 50% entre os carcinomas de vulva<sup>(2)</sup>. Acomete preferencialmente o sexo masculino e a raça branca<sup>(2, 4)</sup>, sendo menos comum nas mulheres, principalmente após a menopausa<sup>(17)</sup>. Sua localização principal é a anogenitália<sup>(5)</sup>, mais comumente a vulva, períneo, vagina, ânus, sulco coronal, prepúcio e fossa navicular do pênis e menos freqüentemente colo uterino, uretra masculina, bexiga, axila, umbigo, áreas interdigitais e junção anorretal<sup>(2, 4, 7-9, 13, 15)</sup>.

Este tipo de tumor é causado por um vírus transmissível e auto-inoculável por via sexual<sup>(6, 7, 9, 16)</sup> que tem predileção por áreas cutaneomucosas<sup>(19)</sup>. Estudos de hibridização molecular demonstraram a integração de papilomavírus humano (HPV) tipos 6 e 11 com o DNA dos tumores de Buschke-Löwenstein<sup>(2, 7, 10, 18)</sup>. O período de incubação varia de três semanas a oito meses. A concomitância de infecção pelo herpes simples, imunossupressão, tabagismo e higiene deficiente parecem ser fatores de risco ao desenvolvimento dos tumores de Buschke-Löwenstein e podem promover sua transformação maligna<sup>(1, 11)</sup>. Existem relatos do aumento do número de casos de pessoas com infecções crônicas causadas pelo HPV e que apresentam degeneração para CEC<sup>(10, 12)</sup>, podendo corresponder a até 42% dos casos<sup>(1)</sup>. Acredita-se que uma possível alteração do código genético, causada pelos agentes virais, pode levar à malignização dos tumores de Buschke-Löwenstein<sup>(10)</sup>.

Geralmente são descritos como lesões exofíticas, de aspecto papilomatoso, que podem ter crescimento rápido em poucos meses e clinicamente se comportam de forma invasiva, com tendência a recidivas locais<sup>(4, 7, 15, 16, 19)</sup>. Quando têm localização anal, a presença de trajetos fistulosos é descrita<sup>(3, 9, 13, 19)</sup>.

Microscopicamente se apresenta como células epiteliais grandes com citoplasma claro e núcleos pequenos com um alto grau de papilomatose e queratinização, podendo infiltrar ou comprimir estruturas vizinhas, mesmo sem sinais de malignização<sup>(2, 4, 5, 7, 8)</sup>. Não há comprometimento ganglionar nem metástases à distância<sup>(5, 6, 15, 16)</sup>. A presença de atipias e perda da polaridade, podem indicar transformação em CEC<sup>(2, 3)</sup>.

O diagnóstico diferencial é feito com tuberculose anal, CEC, moléstias causadas por fungos, sífilis, queratoacantoma, hiperplasia pseudoepiteliomatosa e condiloma plano<sup>(2, 19)</sup>.

A ampla discordância entre a apresentação e o estudo histopatológico benigno, associados à presença do HPV são de fundamental importância para o diagnóstico desta afecção<sup>(2)</sup>. Dentre os métodos diagnósticos podemos utilizar o exame anatomopatológico<sup>(19)</sup>, a microscopia eletrônica e o estudo do DNA das células tumorais como, por exemplo, a reação em cadeia de polimerase<sup>(2)</sup>, além de exames de imagem como radiografias de tórax, tomografia computadorizada ou ultra-sonografia de abdome e pelve em busca de comprometimento de estruturas vizinhas ou à distância.

Ao contrário dos condilomas acuminados, o tumor de Buschke-Löwenstein é resistente ao uso de podofilina e, devido ao seu comportamento invasivo, necessita de tratamento cirúrgico<sup>(3-5, 8, 9, 19)</sup>, que pode consistir em eletrocoagulação do tumor, ressecção do bloco ou até mesmo a amputação abdominoperineal do reto<sup>(16)</sup>, para que as lesões sejam ressecadas com margem de segurança satisfatória.

A quimioterapia e radioterapia, que têm sido usadas com sucesso nos casos de CEC<sup>(1, 10)</sup>, não têm suas ações comprovadas contra os tumores de Buschke-Löwenstein<sup>(4, 7)</sup>, apesar de alguns autores descreverem o uso de 5-Fluouracil tópico, Thiotepa ou a infusão sistêmica de Bleomicina<sup>(3)</sup>. Seus usos devem ser restritos àqueles pacientes sem condições clínicas, com o intuito de melhorar as condições locais ou, até mesmo, para tentar diminuir o tamanho do tumor e possibilitar a terapêutica cirúrgica no futuro<sup>(16)</sup>. A imunoterapia é descrita por alguns autores como uma possibilidade de modalidade terapêutica<sup>(4, 16)</sup>, porém maiores estudos são necessários para comprovar seu uso.

As complicações que podem advir são decorrentes da história natural da doença ou pós-operatórias como: abscessos, fístulas, sangramento tumoral ou da ferida operatória, infecção local ou urinária, obstrução ureteral, incontinência ou estenose anal e recidiva. Como causas de óbito podem ser citadas: caquexia, uremia, pneumonia e hemorragia<sup>(5)</sup>. As taxas de recidiva dos condilomas acuminados gigantes são de aproximadamente 65% e a mortalidade geral de 25%<sup>(1)</sup>.

**PAULA NUNES BLBB, WOLLE LPB, NOSSA FLC, MAGI JC, SILVA JH & FORMIGA GJS - Buschke-Löwenstein tumor complicated by squamous-cell carcinoma - A case report and literature review.**

**SUMMARY: The authors report a case of perianal giant condyloma complicated by squamous-cell carcinoma that invaded pelvic structures in a 33 years old woman. The initial treatment was perineal radiotherapy and pan-hysterectomy associated with**

dysfunction colostomy was necessary. The literature was revised.

**KEY WORDS:** condyloma; Buschke-Löwenstein tumor; carcinoma

#### REFERÊNCIAS

- Bertram P, Treutner KH, Rübber A, Hauptmann S, Schumpelick V. Invasive squamous-cell carcinoma in giant anorectal condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). *Langenbecks Arch Chir* 1995; 380: 115-118.
- Bessone A, Abeldarão A, Sanguinetti O, Zorzópulos J. Condiloma acuminado gigante de Buschke y Lowenstein HPV tipo 16-18 tratado con metotrexato. *Arch argent dermat* 1993; 43(6): 397-404.
- Boxer RJ, Skinner DG. Condyloma acuminata and squamous cell carcinoma. *Urology* 1977; 9(1): 72-78.
- Cardama JE, Gatti JC, Nestor H, Bianchi O, Garófalo M. Papilomatosis carcinoide. *Med Cut I L A* 1976; 5: 305-320.
- Chu QD, Vezeridis MP, Libbey NP, Wanebo HJ. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum* 1994; 37(9): 950-957.
- Garcia AE, Casal J, Guzmán JM, Monserrat JM. Tumor de Buschke-Lowenstein. Três casos. *Rev Argent Urol Nefrol* 1968; 37(8): 67-69.
- Ilkay AK, Chodak GW, Vogelzang NJ, Gerber GS. Buschke-Lowenstein tumor: therapeutic options including systemic chemotherapy. *Urology* 1993; 42(5): 599-602.
- Knoblich R, Failing Jr. JF. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) of the rectum. *Am J Clin Path* 1967; 48(4): 389-395.
- Leão PHS. Tumor de Buschke-Löwenstein: Condiloma acuminado gigante. *Rev Ass Med Brasil* 1980; 26(2): 55-56.
- Marsh RW, Agalotis D, Killeen Jr. R. Treatment of invasive squamous cell carcinoma complicating anal Buschke-Löwenstein tumor. A case history. *Cutis* 1995; 55: 358-360.
- Metcalf AM, Dean T. Risk of dysplasia in anal condyloma. *Surgery* 1995; 118: 724-726.
- Muñoz-Jimenez F, Louredo-Méndez AM, Turégano-Fuentes F, Valle-Hernández E, Lacruz-Pelea C. Squamous cell carcinomas of the anus and infection with human papillomavirus in patients with AIDS. *Eur J Surg* 1996; 162: 251-253.
- Norris CS. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) involving a pilonidal sinus: A case report and review of the literature. *J Surg Oncol* 1983; 22: 47-50.
- Petrelli NJ, Valle AA, Weber TK, Rodriguez-Bigas M. Adenosquamous carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(11): 1265-1268.
- Pons S, Torres A, Ortiz A. Síndrome de Lowenstein-Buschke. *Arch argent dermat* 1967; 17(3): 269-278.
- Pupo Neto JA, Pannain V, Costa MCNC, Pupo ARA, Lacombe D. Condiloma acuminado gigante anorretal (Tumor de Buschke Löwenstein). Relato de dois casos e revisão da literatura. *Rev bras Coloproct* 1987; 7(1): 26-23.
- Saeks EH, Goldman L, Schwartz J. Giant condiloma acuminatum of Buschke and Lowenstein: Superimposed on vulvar lesions in an elderly woman. *Cutis* 1980; 26: 386-388.
- Schwartz RA, Nychay SG, Lyons M, Sciales CW, Lambert WC. Buschke-Löwenstein tumor: verrucous carcinoma of the anogenitalia. *Cutis* 1991; 47(4): 263-266.
- Vattimo A, Leite CC, Formiga GJS, Silva JH. Condiloma gigante acuminado perianal (Tumor de Buschke-Löwenstein). Relato de um caso. *Rev bras Coloproct* 1987; 7(2): 63-65.

#### Endereço para correspondência:

Galdino José Sítonio Formiga  
Serviço de Coloproctologia - Hospital Heliópolis  
Rua Cônego Xavier, 276 - Vila Heliópolis  
04231-030 - São Paulo - SP