

Relato de caso

Autores:

Thiago da Silveira Manzione¹

Sidney Roberto Nadal²

John Verrinder Veasey³

¹ Departamento de Cirurgia do Hospital da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

² Instituto de Infectologia Emílio Ribas, São Paulo (SP), Brasil.

³ Setor de Infectologia da Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Correspondência:

John Verrinder Veasey

R. Dr Cesário Mota Júnior, 112

Edifício Conde de Lara - 5º andar

Vila Buarque

01221-020 São Paulo (SP)

E-mail: johnveasey@uol.com.br

Data de recebimento: 29/10/2019

Data de aprovação: 12/11/2020

Trabalho realizado na Clínica de Dermatologia da Santa Casa de São Paulo, São Paulo (SP), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.



Tumor de Buschke-Lowenstein perianal: relato de dois casos tratados com podofilina em vaselina sólida 25%

Perianal Buschke-Lowenstein tumor: report of two cases treated with 25% podophyllin ointment

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241408>

RESUMO

O tumor de Buschke-Lowenstein (TBL) é variante extremamente rara do condiloma acuminado que, apesar de manifestar-se clinicamente por lesões de grandes proporções, apresenta comportamento biológico e características histológicas benignas. Existem diversas abordagens terapêuticas disponíveis, muitas delas apoiando-se em abordagens cirúrgicas extensas e mutilantes. Apresentamos dois casos de pacientes com TBL tratados com podofilina tópica, cujas respostas terapêuticas foram extremamente favoráveis em ambos os casos.

Palavras-chave: Podofilina; Condiloma Acuminado; Carcinoma Verrucoso; Terapêutica; Terapia Neoadjuvante

ABSTRACT

Buschke-Lowenstein tumor (BLT) is an extremely rare variant of condylomata acuminata that despite being clinically presented by large lesions, presents a benign biological behavior and histological characteristics. There are a number of therapeutic approaches available, many of which rely on extensive and mutilating surgical procedures. We present two cases of patients with BLT treated with topical podophyllin whose therapeutic responses were extremely favorable in both cases.

Keywords: Podophyllin; Condylomata Acuminata; Carcinoma, Verrucous; Neoadjuvant Therapy

INTRODUÇÃO

O tumor de Buschke-Lowenstein (TBL), também designado condiloma acuminado gigante, é variante rara do condiloma acuminado, compreendendo cerca de 0,1% dos casos.¹ É causado pelo papilomavírus humano (HPV), dos tipos 6 e 11.² Os fatores de risco descritos são imunossupressão, gravidez, consumo de álcool e tabaco, má higiene local e a infecção pelo vírus *Herpes simplex*.³

Clinicamente, a lesão atinge proporções volumosas, com características locais agressivas, invadindo e causando deformidade nos tecidos adjacentes, porém sem invasão linfática, vascular ou neuronal.⁴ O risco de degeneração para carcinoma espinocelular (CEC) varia entre 30 a 56%, enquanto o condiloma acuminado apresenta risco de apenas 2%.⁵ Histologicamente, o TBL distingue-se do condiloma acuminado pela proliferação e pene-

tração profunda nos tecidos adjacentes e, do CEC, pela integridade da membrana basal e incapacidade de produzir metástases.³

Existem diversas abordagens terapêuticas para o TBL, como medicações tópicas, criocirurgia, excisão cirúrgica, imunoterapia, quimioterapia, radioterapia e eletrocoagulação. Não há consensos que orientem a decisão terapêutica, mas a escolha inicial em muitos serviços é a excisão cirúrgica.⁵

A cirurgia deve ser a ressecção local, mantendo as margens livres de doença residual. A remoção cirúrgica pode ocasionar feridas extensas, estenoses cicatriciais e incontinência fecal. A amputação abdominoperineal está indicada quando houver acometimento do aparelho esfinteriano.⁶ Entre os agentes tópicos mais usados estão a podofilina, que tem ação esfoliante, imunológica e antimitótica^{5,6}, e o imiquimode, substância imunomoduladora capaz de potencializar a resposta imunológica ao HPV.^{5,6}

CASO CLÍNICO 1

Paciente do sexo masculino, 25 anos, com sorologia positiva para HIV há oito meses, em uso de terapia antirretroviral (TARV) com tenofovir, efavirenz e lamivudina desde seu diagnóstico, apresentando contagem de células CD4 de 253/ μ L e carga viral indetectada.

Queixa-se de tumor anal há nove meses, evoluindo no último mês com aumento da lesão, associado a odor fétido e dificuldade para higiene. Ao exame dermatológico, apresentava grande lesão tumoral de aspecto verrucoso, com 30cm de diâmetro, ocupando as nádegas, o períneo e o sulco interglúteo, impossibilitando identificar o ânus (Figura 1).

Realizada biópsia da lesão para descartar CEC, cujo laudo concluiu tratar-se de condiloma acuminado. Prescritos sulfametoxazol + trimetoprima, devido à infecção secundária, e iniciado tratamento tópico com podofilina a 25% em vaselina sólida uma vez por semana, orientando-se o paciente a retirar a medicação, lavando-se após seis horas (Figura 1).

Após 23 aplicações durante seis meses, observou-se regressão quase completa da lesão (Figura 2). Indicada em seguida ressecção cirúrgica e cauterização das poucas lesões remanescentes. A avaliação histopatológica da peça ressecada não apresentava carcinoma, e a evolução clínica foi favorável, estando após quatro semanas as feridas cicatrizadas e sem sinais de recidiva.

CASO CLÍNICO 2

Mulher de 42 anos, positiva para o HIV há seis anos, com queixa de tumor anal há 12 meses. Abandonou a TARV há seis meses, com aumento significativo da lesão. Apresentava linfócitos T CD4 de 124/ μ L e carga viral superior a 200.000/mL.

Foi orientada a retornar com a TARV e iniciado tratamento semanal com podofilina a 25% em vaselina sólida. Após a terceira aplicação, a lesão apresentou acentuada redução. Foram 12 aplicações durante quatro meses, quando o desaparecimento foi completo (Figura 3). A biópsia realizada na primeira consulta revelou condiloma acuminado, sem sinais de malignidade. A colposcopia anal e a citologia do canal anal estavam normais ao término do tratamento. Não houve recidiva.

DISCUSSÃO

O TBL envolvendo a região perianal é raro. Em meta-análise avaliando publicações do período de 1958 a 2000 foram encontrados apenas 51 casos, sendo mais frequente nos homens (2,7:1) com a idade média de 43,9 anos.⁷

Parece existir uma interação complexa entre o HIV, o HPV e os mecanismos imunológicos da mucosa local. O HIV aumenta a transcrição do HPV e este provoca diminuição do número de macrófagos, células de Langerhans e linfócitos T CD4 na mucosa, com consequente diminuição do controle imunológico local da infecção pelo HPV e aumento da proliferação deste vírus.⁸

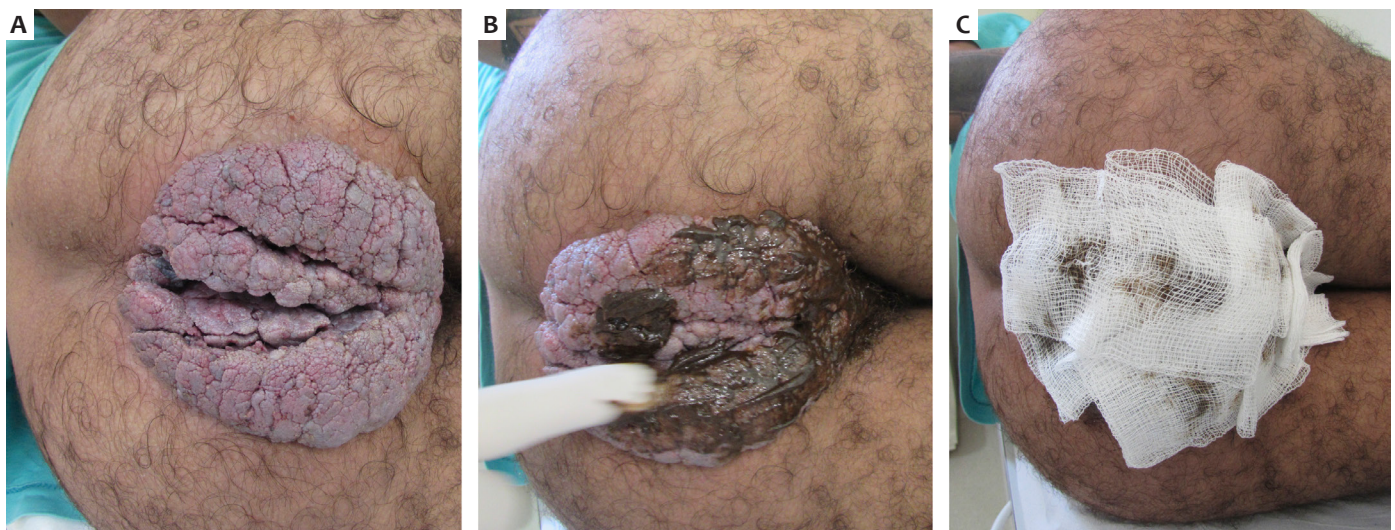


FIGURA 1: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 01. (A) Aspecto clínico da lesão. (B) Aplicação da podofilina 25% em vaselina sólida na lesão e (C) proteção com gaze antes do paciente colocar sua roupa

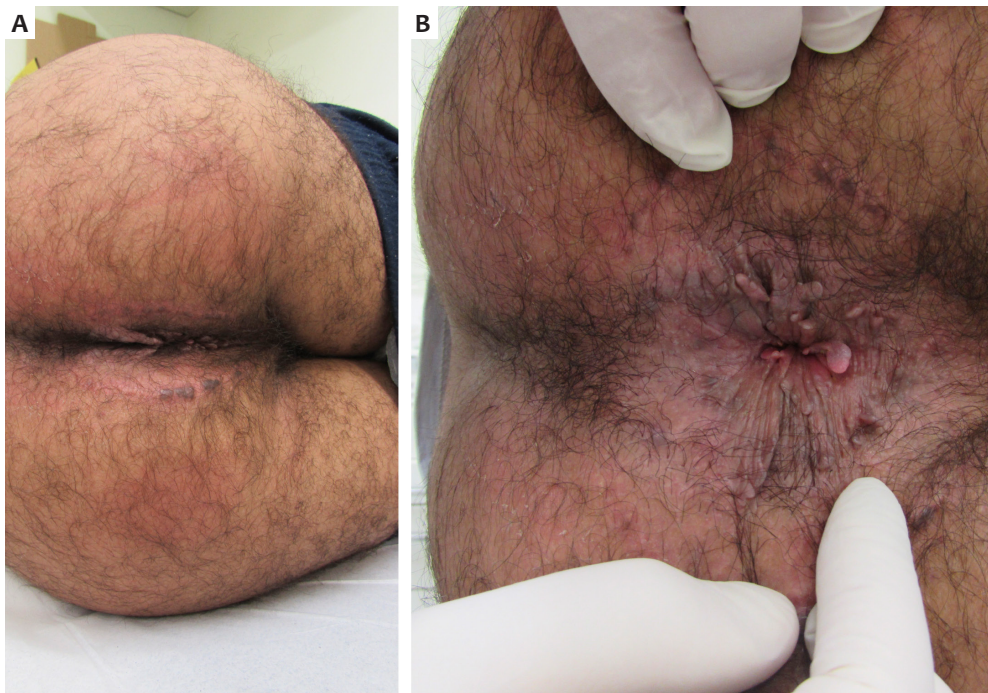


FIGURA 2: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 01. **(A)** Aspecto clínico após 23 sessões semanais realizadas durante seis meses. **(B)** Detalhe da região perianal com afastamento dos glúteos



FIGURA 3: Tumor de Buschke-Lowenstein, caso 02. **(A)** Aspecto clínico da lesão pré-tratamento e **(B)** após 12 sessões semanais realizadas durante quatro meses

Embora a ressecção seja a conduta mais realizada, o tratamento tópico foi instituído visando à redução do tamanho das lesões, facilitando assim a ressecção e o desconforto pós-operatório. Foi utilizada a podofilina a 25% em vaselina sólida pela facilidade de obtenção e baixo custo, uma vez que os autores trabalham em hospitais públicos, e têm experiência com essa medicação em condilomas acuminados anogenitais, inclusive em crianças.^{1,5,6} Esse procedimento ocasiona remissão das lesões, evitando-se operações ou facilitando o ato cirúrgico e a recuperação pós-operatória.

Os pacientes encontram-se em seguimento, sendo reavaliados periodicamente com exame dermatológico e proctológico. Caso não apresentem lesão clínica, a citologia e a colposcopia anal são realizadas. Essa estratégia de seguimento é necessária para vigilância das lesões malignas e detecção precoce das recidivas clínicas e subclínicas.^{7,9}

CONCLUSÃO

O tratamento com substâncias tópicas pode ser instituído para casos de TBL, com possibilidade de redução das lesões, facilitando o tratamento operatório e evitando-se as complicações provocadas pela cicatrização. ●

REFERÊNCIAS

1. Akhaviadegan H. Electrocautery resection, shaving with a scalpel, and podophyllin: a combination therapy for giant condyloma acuminatum. *World J Mens Health*. 2015;33(1):39-41.
2. Braga JC, Nadal SR, Stiepcich M, Framil VM, Muller H. Buschke Lowenstein tumor: identification of HPV type 6 and 11. *An Bras Dermatol*. 2012;87(1):131-4.
3. Trombetta LJ, Place RJ. Giant condyloma acuminatum of the anorectum: trends in epidemiology and management: report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 2001;44:1878-86.
4. Hull MT, Eble JN, Priest JB, Mulcahy JJ. Ultrastructure of Buschke-Lowenstein tumor. *J Urol*. 1981;126(4):485-9.
5. Nadal SR, Manzione CR. *Proctologia na AIDS*. 1st ed. São Paulo: Di Livros Editora; 2007.
6. Veasey JV, Dall'Antonia M, Miguel BAF, Mayor SAS, Campaner AB, Manzione TS. Anogenital condylomas in children: descriptive analysis of 20 cases. *Surg Cosmet Dermatol*. 2017;9(2):127-9.
7. Chu QD, Vezerifis MP, Libbery NP, Wanebo HJ. Giant condyloma acuminatum (Buschke and Lowenstein tumor) of the anorectal and perineal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum*. 1994;37(9):950-7.
8. Mudrikova T. HPV-related anogenital disease and HIV infection: not always "ordinary" condilomata acuminata. *Neth J Med*. 2008;66:98-102.
9. Liszewski W, Ananth AT, Ploch LE, Rogers NE. Anal Pap smears and anal cancer: what dermatologists should know. *J Am Acad Dermatol*. 2014;71(5):985-92.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Thiago da Silveira Manzione |  ORCID 0000-0003-1914-0129

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Sidney Roberto Nadal |  ORCID 0000-0002-8238-4559

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

John Verrinder Veasey |  ORCID 0000-0002-4256-5734

Aprovação da versão final do manuscrito; concepção e planejamento do estudo; elaboração e redação do manuscrito; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.