



Revista Portuguesa
de

irurgia

II Série • N.º 13 • Junho 2010

Tumor de Burschke-Loewenstein na região Perianal – Um Caso Clínico

(Burschke-Loewenstein tumor in perianal Region – Clinical Case)
Tumor de Burschke-Loewenstein

Autores: *Caldo, D.*¹

Co-autores: *Oliveira, M.*¹, *Voabil, C.*², *Caratão, F.*³

¹Internas do Internato Complementar de Cirurgia Geral;

²Assistente Graduado Hospitalar de Cirurgia Geral; ³Chefe de Serviço de Cirurgia Geral

Hospital José Joaquim Fernandes – ULSBA

Director do Serviço de Cirurgia Geral – Dr. José Paulo Caimoto Jácome

SUMÁRIO

O **Tumor de Burschke-Loewenstein**, também denominado Condiloma Acuminado Gigante ou Carcinoma Verrucoso da região anogenital, é uma proliferação papilomatosa, que predomina na glânde e prepúcio de homens não circuncidados⁴. Também, pode afectar a uretra, vulva, região perianal e anal. Na sua patogênese tem um papel relevante, o **Vírus do Papiloma Humano (HPV)**.

O Tumor de Buschke-Loewenstein é uma neoplasia rara de baixo grau de malignidade, derivada das células escamosas. Tem tendência a aparecer em homens, sobretudo com idades entre os 30 e os 50 anos de idade, apresentando-se como uma massa local. A sua transformação em carcinoma invasivo é de aproximadamente 1/3 dos casos documentados¹. Trata-se de um carcinoma verrucoso anogenital, associado ao Vírus do Papiloma Humano (HPV), destacando-se, entre estes, o serotipo 6 e 11. Postula-se que as oncoproteínas HPV E₆, E₇ actuem por inactivação dos reguladores do ciclo celular, constituindo o primeiro passo para a malignização. O tratamento é fundamentalmente cirúrgico².

Apresentamos o caso de um doente de sexo masculino, com 50 anos de idade, com lesão vegetante de 11cmx4cm de dimensões, de localização perianal.

Palavras chave: Condiloma Acuminado Gigante, Carcinoma Verrucoso; Tumor de Burschke-Loewenstein

SUMMARY

The Burschke-Loewenstein tumor, also called Giant condyloma acuminata or verrucous carcinoma of the anogenital region, is a papillomatous proliferation, which predominates in the glans and foreskin of uncircumcised men. Also, can affect the urethra, vulva and perianal region. In its pathogenesis has a role, the Human Papilloma Virus (HPV).

The Buschke-Loewenstein tumor is a rare low-grade malignancy, derived from squamous cells. Tends to appear in men with more or less 30-50 years of age, presenting itself as a local mass. Its transformation into invasive carcinoma is approximately 1 / 3 of cases documented. This is an anogenital verrucous carcinoma, associated with the Human Papilloma Virus (HPV), especially, among these, the serotype 6 and 113. It is postulated that the HPV oncoprotein E6 and E7 act by inactivation of cell cycle regulators, is the first step toward malignancy. The treatment is surgical.

We present a case of a male patient, with 50 years of age, with a vegetative lesion of 11cmx4cm size, located in the perianal zone.

Key words: Giant condyloma acuminata, Verrucous Carcinoma; Burschke-Loewenstein Tumor



INTRODUÇÃO:

O tumor de Buschke-Lowenstein foi descrito em 1925 e referia-se a uma lesão exofítica no pênis. Posteriormente, esta denominação estendeu-se a este tipo de lesões na região ano-genital. A lesão recebe também o nome de *Condiloma Acuminado Gigante* e considera-se uma lesão pré-maligna, pela tendência em evoluir para carcinoma pavimentoso².

O Tumor de Burschke-Loewenstein, é uma proliferação papilomatosa, que predomina na glândula e prepúcio de homens não circuncidados. Também, pode afectar a uretra, vulva, região perianal e anal.

Na sua patogênese tem um papel relevante, o Virus do Papiloma Humano (HPV).

CASO CLÍNICO:

HISTÓRIA ACTUAL DA DOENÇA:

Doente de sexo masculino, 50 anos de idade. *Antecedentes Pessoais:* Heterossexual com múltiplas parceiras (presentemente mantém uma relação estável).

Referenciado a consulta externa de Proctologia por lesão perianal extensa, dolorosa e sangrante com mais de 20 anos de evolução.

EXAME OBJECTIVO:

Tumor vegetante de cor rosácea com dimensões de 11cmx4cm (Fig1.1), com zonas ulceradas de superfície vermelha, mamilonada, com secreção seropurulenta, friável, que atingia toda a região perianal. Sem infiltração do lúmen anal.

Colocamos como hipótese diagnóstica **Condiloma Gigante**.

RESULTADOS:

Realizamos exames analíticos de rotina, que se revelaram sem alterações. A serologia para a sífilis (VDRL), vírus da Imunodeficiência humana (HIV) e hepatite A,B,C foram negativos.

Não foi feita pesquisa de antígenos de estirpes de alto/baixo risco de HPV.

Realizamos ressecção cirúrgica em bloco da lesão em dois tempos (com uma semana entre cada cirurgia) com bons resultados (Fig 1.2 e 1.3), utilizando bisturi eléctrico. O processo de cicatrização da região foi por segunda intenção.

O Exame Histológico da lesão excisada revelou (Fig.2):

Vacuolização das células nas camadas superficiais e aumento da celularidade nas basais e parabasais, com irregularidades nucleares, hiperchromatismo e presença de figuras hipermitóticas. Evidenciaram-se zonas de ulceração na superfície e no tecido conjuntivo, com infiltrado inflamatório misto de predomínio plasmocelular. Identificaram-se múltiplos ninhos de células epiteliais imaturas côncavas, com atípia, distribuição papilomatosa e infiltração ao tecido celular subcutâneo compatível com um condiloma acuminado com um carcinoma pavimento-celular in situ, focalizado na margem esquerda (Fig. 2).

Fig.1 – Imagens macroscópicas do tumor durante a intervenção



Fig 1.1 – Tumor vegetante de 11cmx4cm



Fig 1.2 – Excisão em bloco da margem esquerda do tumor



Fig 1.3 – Excisão em bloco da margem direita do tumor e a esquerda em processo de cicatrização



Fig 1.4 – Cicatrização completa em processo de cicatrização



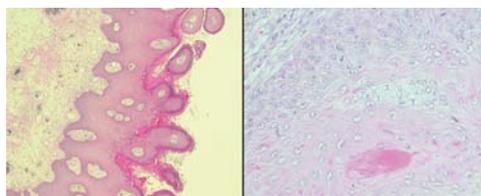


Fig. 2 – Imagens de histologia (corado com HE)

EVOLUÇÃO:

O pós-operatório decorreu sem intercorrências. Após o diagnóstico histológico, o doente foi enviado para uma consulta de Oncologia-Decisão Terapêutica onde-se decidiu **Follow-up**, devido ao alto risco de recidiva², apesar de apresentar margens livres de doença.

FOLLOW-UP:

O doente teve boa cicatrização e apenas apresentou ligeira estenose na margem anal que se resolveu com dilatação (F1.4).

DISCUSSÃO:

O **Tumor de Burschke-Loewenstein** é uma entidade rara, de difícil diagnóstico e tratamento, que se apresenta geralmente, entre as 3^a e 4^a décadas de vida, especialmente em homens homossexuais com diagnóstico de HIV (35% dos casos reportados são HIV (+)).

Factores de Risco associados a uma alteração da resposta imune⁴: Imunosupressão secundária a HIV ou medicamentosa (nos transplantes), nível socioeconómico baixo, drogas de abuso, uso de contraceção oral, presença de outras doenças de transmissão sexual, diabetes, fumador,...

O tumor de Buschke-Lowestein é a forma de apresentação onde a lesão atinge proporções muito volumosas, com características locais de agressividade, invadindo e causando deformidade nos tecidos adjacentes. Pode apresentar fistulização, porém não ocorre invasão linfática, vascular ou neuronal, além de não possuir potencial de metastização³. Os riscos de metástases gan-

glionares são muito baixos, sendo as metástases viscerais excepcionais.³

A aparição e rápido desenvolvimento do tumor está intimamente relacionado com a Imunodeficiência celular do doente, com uma maior incidência e rápida evolução em pacientes imunodeprimidos (HIV) e os submetidos a tratamentos imunossupressores (transplantes)³.

O risco de degeneração para carcinoma espinocelular é elevado variando entre 30 a 56%³, diferindo do condiloma acuminado simples que possui apenas uma incidência 2%.

Caracteriza-se pela presença de uma lesão condilomatosa, gigante, infiltrante, “tipo couve-flor”, dolorosa, que pode estar associada a abscessos, sangramento, perda de peso e prurido. Em média o tempo para malignização é de 5 anos. Consiste numa lesão de difícil tratamento, devido:

- *As dimensões do tumor;*
- *Extenso compromisso locorregional;*
- *Alto poder destrutivo mas não metastizante*, que pode degenerar em carcinoma escamoso.

O tratamento goldstandar^{1,2,3} é a excisão tumoral alargada com margens cirúrgicas livres.

Na literatura tem se descrito outros tratamentos com a finalidade de tentar uma redução tumoral e de delimitar as margens cirúrgicas, mas ainda não se conhecem bem os seus resultados:

– Podofilina e 5-fluorouracilo, bleomicina sistémica associada a cisplatino e metotrexate com resultados medíocres.

– A crioterapia e a destruição com laser são a menudo insuficientes e não dificultam o exame histológico da peça excisada.

– O Laser CO₂ permite uma hemostasia e esterilização imediata da região, com uma cicatrização melhor que as técnicas cirúrgicas tradicionais.

– de Radioterapia é controverso, é apenas utilizado em tumores não ressecáveis ou no pré-operatório com intenção de diminuir a massa tumoral. Devido a que pode induzir uma alteração anaplásica no tumor.

Sugere-se um Follow-up rigoroso uma vez que o este tumor apresenta um alto índice de recidiva³.



CONCLUSÃO:

O Tumor de Burschke-Loewenstein, ou Condiloma Acuminado Gigante, é causado por um vírus (HVP) cuja transmissão é por via sexual, sendo responsáveis por uma grande morbidade e um, não desprezível, potencial oncogénico.

Não há dúvidas de que a infecção pelo Virus do Papiloma Humano (HPV) deve merecer uma atenção especial, sobretudo os Condilomas.

Se admitirmos que parte da população sexualmente

activa é portadora assintomática do vírus, o problema dos Condilomas Acuminados pode adquirir relevância. É nesta perspectiva que a Doença de Transmissão Sexual e o Cancro génito-anal se apresentam correlacionados.

Medidas preventivas tais como.

– A utilização do preservativo, vacina do HVP (indicada para a prevenção de condiloma acuminado devido a HVP tipos 6 e 11 em miúdos, homens, raparigas e mulheres em idades entre 9-26 anos) provavelmente seriam efectivas na diminuição da incidência do condiloma acuminado gigante (BL) ⁴.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Garret K, Kalady MF. Sur Clin North Am. 2010 Feb;90(1):147-61
2. Waqar H, Elisabeth K, Sadhna D, Carpenter LS. Successful treatment or recurrent Burschke-Lowenstein Tumor By radiation Therapy and chemotherapy Int J Colorectal Dis (2010) 25:539-540
3. Lévy A, Lebbe C., Prise en Charge des tumeurs de Burschke-Lowenstein , Burschke-Lowenstein Tumour: Diagnosis and treatment. Annales d'urologie 40 (2006) 175-178
4. Renzy A, Giordano P, renzi G, Landolfi V, Del Genio A, Weiss EG. Burchke-Lowenstein tumor successful treatment by surgical excision alone: a case report. Surg Innov. Mar 2006; 13(1):69-72
5. Chao MW, Gibbs P. Squamous cell carcinoma arising in a giant condyloma acuminatum (Burchke-Lowenstein tumour). Asian J Sug. Jul 2005; 28(3):238-40

Contactos:

DRA. MARIA DOLORES CALVO GONZÁLEZ

Telemóvel: 960 190 168

Morada: Rua Dr. António Fernando Covas Lima

7801-849 BEJA

