

# PAPULOSE BOWENÓIDE

## Um Caso Clínico

CONSTANÇA FURTADO, ANA MARIA ANTÓNIO,  
RUI BAJANCA, MARIA MANUEL COSTA, ANA BARATA FEIO  
DIRECTOR: DR. A. PINTO SOARES

### RESUMO

Descrevemos o caso clínico de um doente com papulose bowenóide localizada na pele da prega inguino-escrotal direita, tendo sido feita comprovação histopatológica e identificação de Papilomavírus Humano tipo 16 em material de biópsia.

**Unitermos:** Papulose bowenóide.

### SUMMARY

*We describe a patient with bowenoid papulosis of the inguino-scrotal fold, confirmed by histopathologic findings and by identification of Human Papillomavirus 16 in lesional skin.*

**Key words:** Bowenoid papulosis.

### INTRODUÇÃO

A papulose bowenóide ou neoplasia intra-epitelial da pele anogenital é uma displasia cutânea rara caracterizada por lesões maculopapulosas multifocais ou placas de aparência benigna, exibindo características histológicas de carcinoma espinocelular *in situ*. Habitualmente, apresenta uma evolução clínica benigna, embora muito raramente possa progredir para um carcinoma espinocelular invasivo.

### CASO CLÍNICO

Homem de 31 anos, negro, natural da Beira (Moçambique) e residente em Lisboa, casado, electricista.

Heterossexual, com uma única parceira nos últimos seis meses. Foi enviado a uma consulta com especialista em venereologia com a hipótese diagnóstica de condilomas acuminados da região inguinal, tendo sido as lesões submetidas previamente a criocirurgia.

O doente referia o aparecimento na região genital, vários meses atrás, de pequenas lesões papulosas coalescentes, assintomáticas. A sua parceira sexual havia sido submetida um ano antes a eletrocauterização de verrugas acuminadas cervicais em consulta com especialista em gine-

**Figura 1**



Placa de superfície verrucosa na prega inguino-escrotal direita.

ciologia. Os antecedentes restantes, pessoais e familiares, eram irrelevantes.

À data da primeira observação em consulta com especialista em venereologia o doente apresentava na região púbica, à direita, uma cicatriz de criocirurgia com halo periférico de hiperpigmentação. Passadas duas semanas, observava-se uma placa com a mesma localização, com 3x4cm de diâmetro, castanho-escuro, de contornos bem delimitados, bordos irregulares, moderadamente infiltrada e de superfície verrucosa (Figura 1). Não havia alterações dignas de nota no exame objetivo restante, nomeadamente nas mucosas. A observação ginecológica da sua parceira foi negativa para lesões por Papilomavírus Humano (PVH).

O exame histopatológico de biópsia cutânea da lesão foi compatível com o diagnóstico clínico de papulose bowenóide (Figuras 2 e 3).

*As sorologias para o Vírus da Hepatite C e para o Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 e 2 foram negativas.*

Também foi realizada biópsia da lesão para pesquisa de PVH pela técnica de *Southern Blot*, cujo resultado foi positivo para PVH 16.

Dos exames complementares restantes realizados cabe salientar que os exames AchHbs e AchHbc foram positivos. As sorologias para o Vírus da Hepatite C e para o Vírus da Imunodeficiência Humana tipo 1 e 2 foram negativas.

Como terapêutica o doente efetuou com periodicidade quinzenal duas sessões de criocirurgia por azoto líquido em spray, seguidas de três sessões de criocirurgia associada à aplicação tópica de resina de podofilino a 25%. Devido à fraca resposta clínica, iniciou aplicação tópica diária de unguento de 5-fluoracil durante cinco semanas, com resposta favorável.

**Figura 2**



Biópsia cutânea com marcada acantose e papilomatose e desorganização arquitetural da epiderme (H-E 40x).

**Figura 3**



Queratinócitos displásicos dispersos na epiderme com núcleos hiper Cromáticos de grandes dimensões e figuras mitóticas (H-E 200x).

## COMENTÁRIO

As pápulas verrucosas da pele dos genitais em homens e mulheres que histologicamente se assemelham a carcinoma espinocelular *in situ* foram denominadas de papulose bowenóide (PB) por Wade *et al.* em 1979.

A PB ou neoplasia intra-epitelial da pele anogenital afeta predominantemente adultos jovens sexualmente ativos, nas terceira e quarta décadas da vida.

A localização no sexo masculino é em 75% dos casos na glande e no prepúcio e em 25% no corpo do pênis. No sexo feminino ocorre mais frequentemente nos grandes e pequenos lábios e no clitóris. Em ambos os sexos a PB também pode ser observada nas pregas inguinais e na pele da região perineal e perianal. A mucosa orofaríngea também pode estar envolvida, embora raramente.

A sua evolução é variável, podendo regredir espontaneamente ou persistir por muitos anos com o aparecimento de múltiplas novas lesões. Muito raramente evolui para carcinoma espinocelular invasivo, sendo esta tendência maior nos doentes

mais velhos e/ou imunocomprometidos, particularmente nos doentes infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. O intervalo de tempo exato para se dar esta transformação permanece por determinar.

A PB está associada à infecção pelos HPV 16, 18, 31, 32, 34, 39, 42, 48, 51-54, mas não com a infecção pelo HPV 33, estando esta relacionada com o carcinoma verrucoso. Os tipos 16, 18 e 33 são considerados os vírus de maior risco oncogênico para a displasia e o carcinoma espinocelular cervicais, os carcinomas invasivos da vulva e do pênis e o carcinoma espinocelular anal de doentes homossexuais e bissexuais. A tipagem HPV nos indivíduos com PB pode ser útil para identificar aqueles com maior risco.

A PB é responsiva a várias terapêuticas, embora as recorrências sejam frequentes. As opções terapêuticas mais frequentemente utilizadas são a criocirurgia, a eletrocirurgia, a vaporização com laser de CO<sub>2</sub>, a excisão cirúrgica e a cirurgia de Mohs. O ácido retinóico e o 5-fluoracil tópicos são também considerados opções úteis, assim como o Interferon e o laser de neodýmium: YAG.

Este caso tem vários aspectos interessantes, a saber: o diagnóstico inicialmente posto de condiloma acuminado (CA), sendo que a maioria das lesões de PB são interpretadas clinicamente como CA; a localização ser num local raramente afetado, a prega inguinoescrotal; a história de condilomas cervicais na parceira sexual do doente, sabendo-se que 90% a 100% dos parceiros de mulheres infectadas por PVH adquirem esta infecção, não sendo esta necessariamente em todos os casos visível em termos clínicos.

Pensamos ser importante a vigilância em consulta de DST/Ginecologia dos doentes com PB e das(os) suas/seus parceiras(os) sexuais no sentido de despiste precoce de neoplasias intra-epiteliais e invasivas dos genitais. A utilização de preservativo pode ajudar a prevenir a transmissão.

Endereço para correspondência:  
CONSTANCA FURTADO  
Pcta. Juiz Carlos Lopes Quadros, 2, 3º Dto.  
Rebelva  
2775 Caravelos  
Portugal

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PATTERSON, J.W. *et al.* - Bowenoid papulosis: a clinicopathologic study with ultrastructural observations. *Cancer*, 57:823-36, 1986.
2. GIMENO, E. *et al.* - Bowenoid papulosis: clinical and histological study of eight cases. *Genitourin. Med.*, 63:109-13, 1987.
3. SCHWARTZ, R.A. & JANNIGER, C.K. - Bowenoid papulosis. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 24:261-4, 1991.
4. SCHWARTZ, R.A. & STOLL Jr, H.L. - Epithelial precancerous lesions, in *Dermatology in General Medicine*. FITZPATRICK, T.B., EINSEN, A.Z., WOLFF, K., FREEDBERG, I.M., AUSTEN, K.F. (ed.), United States of America, McGraw-Hill Inc, 1993, p. 812-3.
5. CHOPRA, K.F. & TYRING, S.K. - The impact of the Immunodeficiency Virus on the Human Papillomavirus epidemic. *Arch. Dermatol.* 133:629-33, 1997.
6. MAJEWSKI, S. & JABLONSKA, J. - Human papillomavirus-associated tumors of the skin and mucosa. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 36:659-85, 1997.

**V CONGRESSO DE G&O  
DA REGIÃO SUDESTE  
XXII CONGRESSO ESTADUAL**

**27 a 29 de agosto de 1998 - Rio de Janeiro - RJ**

**Centro de Convenções Copa D'or  
R. Figueiredo Magalhães, 875 - Copacabana**