



Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lówenstein)

Rosales-Rocha Guillermo Enrique,¹ Torres-Medina Eduardo,² Peña-Rodríguez Alfonso,³ Aragón-Tovar Anel.⁴



■ RESUMEN

Se presenta el caso de un hombre de 39 años con los antecedentes de tabaquismo y etilismo crónico intenso, promiscuidad y obesidad mórbida, el cual acudió con una lesión escrotal pediculada de seis por cinco centímetros la cual se desarrolló en un lapso de siete meses. Se efectuó una excisión de la lesión como tratamiento, resultando un condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lowenstein). Se ha dado seguimiento por cuatro meses sin presentarse hasta el momento recurrencia.

El tumor de Buschke-Lowenstein es una entidad rara, considerada una lesión benigna aunque con potencial de malignidad provocada por el papilomavirus humano. Las lesiones típicas de los VPH surgen de la proliferación de los queratinocitos basales infectados. Hasta el momento no se ha podido encontrar el tratamiento ideal y continúa presentando una alta tasa de recurrencia por lo que aún queda mucho por investigar sobre esta patología.

Palabras clave: Buschke-Lowenstein, papilomavirus humano, México.

■ ABSTRACT

The patient is a thirty-nine-year-old man with past medical history of smoking and intense chronic alcoholism, promiscuity, and morbid obesity. He sought medical attention for a 6 x 5 cm pedunculated scrotal lesion that had developed over a seven-month period. Lesion was excised and identified as giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor). There has been no recurrence of the pathology at four-month follow-up.

Buschke-Löwenstein tumor is a rare entity. It is considered to be benign although it has malignant potential induced by human papillomavirus. Typical human papillomavirus lesions arise from infected basal keratinocyte proliferation. Ideal treatment has yet to be found and there continues to be a high recurrence rate, underlining the fact that much remains to be learned about this pathology.

Keywords: Buschke-Löwenstein, human papillomavirus, Mexico.

1Residente de segundo año urología

2Residente quinto año urología

3Residente tercer año urología

4Médico externo de urología

UMAE N°25, IMSS. Monterrey N. L.

Correspondencia: Dr. Guillermo Enrique Rosales Rocha. Av. Lincoln esq. Fidel Velásquez s/n, Col. Mitras Norte, Monterrey, N. L. Teléfono: (81) 8882-7885. Correo electrónico: guillermoenrique_rr@hotmail.com

■ INTRODUCCIÓN

El condiloma gigante fue descrito por Buschke y Löwenstein en 1925 como un tumor benigno producido por papilomavirus humano. El tumor de Buschke Löwenstein, tiene una localización en genitales y región perineal, de crecimiento lento y muy poco frecuente.¹

Los condilomas constituyen una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes. El tumor de Buschke-Lowenstein (TLB) o condiloma acuminado gigante, pertenece al grupo de los carcinomas verrugosos.^{1,2}

En el aspecto clínico, el tumor de Buschke-Lowenstein es una lesión proliferativa con aspecto de coliflor. Aunque puede comportarse como maligno, histológicamente es benigno, sin propensión a metástasis; sin embargo el condiloma acuminado gigante tiene un alto índice de recurrencia local y ocasionalmente presentar transformación maligna hacia carcinoma de células escamosas.³⁻⁵

La tumoración se presenta a cualquier edad después de la pubertad, y más frecuentemente entre la cuarta y sexta décadas de la vida. Es más frecuente en el sexo masculino con una proporción de 3.3:1.⁴

En los hombres suelen localizarse sobre todo en el pene (81% a 94%), en la región ano rectal (10% a 17%) y uretra (5%). En las mujeres la localización es esencialmente vulvar (90%), aunque también puede verse en la región ano rectal, hay otras más infrecuentes como la vejiga e incluso la región oral.⁶

Según la posibilidad que tienen de provocar lesiones cancerígenas, los VPH se dividen en dos grandes grupos: alto y bajo riesgo. De estos tipos el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más oncogénicos al encontrarse más comúnmente vinculados con el cáncer cérvico-couterino.²

En la aparición del TBL, además de su origen viral principalmente (papiloma virus 6 y 11), se invocan como factores predisponentes la mala higiene, la promiscuidad, la preexistencia de recidivas de vegetaciones venéreas, el tratamiento con inmunosupresores sistémicos y otros co-factores carcinogénicos.²

Por análisis histológico, presenta cavidades y masas proliferativas; se parece al condiloma acuminado común ya que muestra papilomatosis, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis celular variable, así como infiltración de células inflamatorias de los tejidos subyacentes.¹

Las lesiones típicas de los VPH surgen de la proliferación de los queratinocitos basales infectados; ésta típicamente ocurre cuando las células basales del huésped se exponen a la infección viral a través de una barrera epitelial dañada, como sucede durante el acto sexual o como producto de otras abrasiones dérmicas

menores. La replicación viral se confina al núcleo celular y en consecuencia, las células infectadas exhiben un alto grado de atipia nuclear.³

El tumor de Buschke-Lowenstein puede tener complicaciones tales como sobreinfección, fistula o necrosis. La regresión espontánea es excepcional y la recurrencia tras la excisión incompleta es frecuente. La hemorragia, infiltración de la base del tumor o el crecimiento ganglionar puede causar la sospecha clínica de malignización a un carcinoma microinvasivo o en un carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado lo cual ocurre en hasta 33% de los casos.⁴ Esta lesión puede ser tratada localmente con podofilino, crioterapia, electrocoagulación, 5-fluorouracilo, láser CO₂, radioterapia, interferón alfa y sistémicamente con quimioterapia (bleomicina, metotrexato) e inmunoterapia. Estos tratamientos no suelen ser totalmente eficaces, por lo que, fundamentalmente se recomienda el tratamiento quirúrgico.²

No hay un acuerdo general en cuanto a las opciones de tratamiento para este tumor dada su localización adyacente a importantes estructuras y a su comportamiento biológico, el cual aun no se conoce por completo. La mayoría de los autores recomiendan el control local temprano de la enfermedad, mediante la excisión radical y eventualmente abdominoperineal en casos de recurrencia, invasión pélvica o transformación maligna.⁵

Chu, en su revisión de 42 casos de pacientes con tumor de Buschke-Lowenstein plantean que estos tumores presentan un alto grado de recurrencia (66%) y de transformación maligna (56%). La mortalidad en su serie fue de 20%; en todos los casos, éstos fueron pacientes con recurrencias. De los pacientes con cirugía radical, 50% recurrieron y la media del tiempo antes de la primera recurrencia fue de 10 meses.⁷

■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 39 años, con antecedentes de tabaquismo intenso por más de 10 años, etilismo crónico, obesidad mórbida y promiscuidad. Su cuadro inició hace siete meses con la presencia de una lesión verrugosa en escroto la cual producía prurito y ardor; incrementó sus dimensiones en forma paulatina, lo que condujo al paciente a buscar atención médica. Al momento de su valoración, se encontró una lesión de 6 cm por 5 cm, pediculada y fétida, multilobulada, de coloración café y situada en escroto (**Imágenes 1 y 2**). Los estudios de laboratorio se encontraron en rango normal.

El manejo realizado fue mediante la excisión de la lesión. El informe histopatológico indicó un condiloma acuminado gigante. El evento quirúrgico transcurrió sin complicaciones y el paciente se encuentra actualmente



Imagen 1. Lesión de morfología pediculada, multilobulada dependiente de escroto.



Imagen 2. La lesión aun no presentaba dimensiones tan grandes como se han llegado a reportar otros casos facilitando su excisión total.



Imagen 3. Se realizó la excisión de la tumoración, lo que implica un menor riesgo de recurrencia para el paciente.

en condiciones estables (**Imagen 3**). Se ha dado seguimiento por cuatro meses sin encontrar hasta el momento recurrencia de la lesión.

■ DISCUSIÓN

El condiloma acuminado gigante es una entidad rara aunque probablemente no se registran muchos casos debido al sector de la población en que es más común. Sin embargo aún hay muchos huecos en el conocimiento de la patología y sobre todo en su manejo. La excisión quirúrgica amplia del tumor es el tratamiento de elección. El riesgo de recurrencia después de ésta se ha

señalado entre 60% a 66%; debido a esto, algunos autores han propuesto la quimio o radioterapia previa a la cirugía radical; sin embargo, la eficacia de los mismos no ha sido establecida.⁷

■ CONCLUSIÓN

Se presenta el caso de un paciente con tumor de Buschke y Lowenstein, el cual fue manejado quirúrgicamente con excisión de la lesión; posterior a cuatro meses del evento quirúrgico, no presenta recurrencia. No existe un tratamiento completamente efectivo establecido ya que la tasa de recurrencia es muy elevada y la incidencia muy baja. Se debe dar seguimiento y valorar las variables de cada caso tratar de establecer consensos para encontrar un manejo más eficaz.

BIBLIOGRAFIA

1. Serrano NA, Elena Sorando E. Condiloma gigante del pene (tumor de Buschke-Lowenstein): Presentación de un caso. *Cir Plast Iberolatinoam* 2009;35:55-60.
2. De Toma G, Cavallaro G, Bitonti A. Surgical management of perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor). Report of three cases. *Eur Surg Res* 2006;38:418-22.
3. Qarro A, Ait-Ali A. Anorectal Buschke-Lowenstein tumor. *Ann Chir* 2005;130:96-100.
4. Hicheri J, Jaber K, Dhaoui MR. Giant condyloma (Buschke-Löwenstein tumor). A case report. *Acta Dermatovenerol Alp Panonica Adriat* 2006;15:181-3.
5. Parapar I, Taboada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. *Colomb Med* 2007;38:143-148.
6. Moreira-Preciado M, Pérez-López A, Colomé-Escobar M. Giant inguinal condyloma (Buschke Lowenstein tumor) with a clinical aspect of squamous carcinoma. *Rev Cubana Med Trop* 2000;52:70-2.
7. Chu QD. Giant condyloma acuminatum (TBL) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum* 1994;37:950-7.