

Tumor de Buschke Lowenstein

Buschke Lowenstein Tumor

Arnel Pupo Ricardo¹, Armando Roca Socarras², Alejandro Rodríguez Crespo³, Magalis González Sánchez⁴

1. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Urología. Centro Oncológico Provincial. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
2. Máster en Longevidad Satisfactoria. Especialista de Primer Grado en Geriátrica. Asistente. Centro de Atención Geriátrica Provincial. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Militar de Holguín. Holguín. Cuba.
4. Máster en Atención Integral a la Mujer. Licenciada en Enfermería. Hospital Militar de Holguín. Holguín. Cuba.

RESUMEN

El tumor de Buschke Lowenstein o condiloma gigante es una tumoración epitelial benigna, causada por el virus del papiloma humano, transmisible sexualmente, en muy pocos casos se transforma en maligna. Se presentó un paciente masculino de 51 años, con tabaquismo crónico, etilismo ocasional y relaciones sexuales inestables y desprotegidas. Acudió al Servicio de Urología del Centro Oncológico Provincial de Holguín a causa de lesiones verrugosas inguinales, penoescrotales y perineales, que se trataron años antes, sin embargo, el abandono del tratamiento por parte del paciente favoreció el desarrollo de nuevas lesiones, mostró infección sobreañadida por *Proteus mirabilis* que respondió con ciprofloxacino. Se realizó escisión quirúrgica de las lesiones inguinoescrotales y perineales, en las lesiones peneanas, se combinó con tratamiento tópico. Se administraron también inmunomoduladores. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Las lesiones peneanas, tratadas con podofilino y 5-fluorouracilo, experimentaron

ulceración y regresión total. Durante el seguimiento, realizado por un año, se observó la aparición de lesiones de pequeño tamaño que se trataron localmente. Actualmente, no existe un tratamiento completamente resolutivo para esta enfermedad.

Palabras clave: condiloma acuminado gigante, tumor de Burshke Lowenstein, virus del papiloma humano.

ABSTRACT

Buschke Lowenstein tumor or Acuminate Giant Condyloma is a benign epithelial tumor, caused by Human Papillomavirus, sexually transmissible and in rare cases, it becomes to malignant one. A male patient of 51 years old, chronic smoker, occasional alcoholic was presented in this article. Unstable with sexual relations. The patient came to Urology service for inguinal, penoscrotal and perineal verrucous damages, that were treated and reduced (2009), but the patient abandoned the treatment causing the damage development. Add infection by *Proteus mirabilis* was solved with ciprofloxacino. Surgical reception of inguinoescrotal and perineals damages were performed. For penile damages the topic treatment was combined. Satisfactory postoperative evolution was observed. The penile damages were treated with podofilino and 5-Fluorouracilo, so ulceration and total reduction were observed. Inmunomodulators were also given. For one year the patient presented small lesions. Nowadays there is no a specific and definitive treatment.

Keywords: giant acuminate condyloma, Buschke Lowenstein tumor, human papillomavirus.

INTRODUCCIÓN

El tumor de Buschke-Lowenstein es una forma gigante del condiloma acuminado. En 1925, Buschke y Lowenstein describen un carcinoma peniano parecido al condiloma común y al carcinoma de células escamosas, pero diferente por sus características clínicas e histológicas¹. Es causado por el virus del papiloma humano (VPH), se destacan los serotipos 6, 11, 16, 18 y 54, se considera una enfermedad de transmisión sexual². La complicación mayor de estas verrugas es el cáncer genital, en particular, los tipos 16, 18, 31 y 33 presentan mayor potencial oncogénico, mientras que los tipos 6 y 11 se asocian más con la formación de verrugas, en escasas ocasiones, estos últimos producen displasias graves³. Los pacientes pueden estar infectados por varios

serotipos a la vez, incluidos los de alto riesgo oncogénico que se asocian con neoplasias intraepiteliales y causan lesiones subclínicas.

Las lesiones presentan apariencia de coliflor, arborescentes, o vegetantes. Aparecen en la región balanoprepucial, suele respetar el glande, pero pueden ser profundas e invadir cuerpos cavernosos, ulcerarse, y destruir la uretra al producir fístulas⁴. Alcanza la región inguinopubiana, perineal y anorectal, así como los escrotos. Se presenta a cualquier edad después de la pubertad, pero es más frecuente entre la quinta y sexta década de vida. Es más frecuente en el sexo masculino con una proporción de 3:1⁵.

Histológicamente, muestra papilomatosis, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis celular variable, así como infiltración de células inflamatorias de los tejidos subyacentes⁶. Es característica la existencia de grandes células vacuoladas y núcleos picnóticos desplazados (coilocitosis)⁷. Se considera un tumor benigno, algunos autores clasifican esta enfermedad como carcinoma epidermoide de bajo grado por su parecido histológico, posee riesgo mínimo de metástasis, a la que se denomina carcinoma verrucoso⁸.

En los serotipos 16, 18, 31 y 33, que poseen potencial oncogénico, la persistencia de la infección y las lesiones por más de 12 meses suelen generar modificaciones displásicas variables. También, se relacionan otros cofactores activadores de cambios oncogénicos en el huésped y el ambiente como la ausencia de circuncisión, higiene deficiente, infecciones sobreañadidas, inflamación crónica, inmunodeficiencias, que pueden conducir la aparición de un carcinoma espinocelular o a la variedad conocida como carcinoma verrugoso⁹. La transformación maligna se presenta entre el 30 y el 56% de los casos y el riesgo de recidiva después de la escisión quirúrgica, varía entre el 60 y el 66% alrededor de los 10 meses de concluido el tratamiento¹⁰.

Se presentó un paciente con tumor de Buschke Lowenstein o condiloma gigante, tratado en el Servicio de Urología del Centro Provincial de Oncología, en el Hospital Vladimir Ilich Lenin, de Holguín.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino, de raza blanca y 51 años de edad. Comenzó a presentar lesiones verrugosas en el pene en 2009, se trató con podofilino y desaparecieron. A causa del abandono del tratamiento, las lesiones crecieron progresivamente en número, tamaño y extensión hasta alcanzar el pene, la región inguinal, los escrotos y el periné. Por la repercusión en su vida personal, estética y sexual del paciente, acudió a la consulta médica del área de salud de Mayarí

en marzo de 2013 y fue remitido al Servicio de Urología, del Centro Oncológico Provincial de Holguín donde se evaluó.

Negó padecer de patologías crónicas o presentar alergia a medicamentos, sin antecedentes quirúrgicos. Fumador por más de 10 años, con un consumo de unos 24 cigarrillos diarios. Declaró alcoholismo ocasional y relaciones sexuales con parejas inestables, y desprotegidas. No refirió afecciones de salud familiares.

El examen físico reveló la presencia de varias lesiones verrugosas en la región inguinal y escrotoperineal de diferentes dimensiones, las más llamativas, de aspecto arborescente, presentaron aproximadamente entre 3,5 y 5 cm de diámetro, base ligeramente ancha y superficiales a la palpación, excepto una de ellas que mostró engrosamiento y penetración de su base en el escroto aproximadamente 3 cm, a la presión expulsó pus con gran fetidez. Las lesiones en el cuerpo del pene, concomitantes en forma de placa erosionada, mostraron una zona particularmente enrojecida. Estas últimas, se encontraron rodeadas por lesiones múltiples de pequeño tamaño ([fig. 1](#)).



Fig. 1. Lesiones verrugosas inguinopeneanas y escrotoperineales al momento del diagnóstico

Los estudios de laboratorio indicaron normalidad en los parámetros generales, y serológicos, para sífilis, hepatitis B y C, además de resultado no reactivo al VIH. El cultivo microbiológico de secreciones señaló crecimiento del germen *Proteus mirabilis*, que se trató según sensibilidad obtenida, con ciprofloxacino, 2 tabletas de 250 mg cada 12 h por 10 días.

La aplicación de podofilino en las lesiones más pequeñas y diseminadas condujo a su desaparición. Luego, el paciente se intervino quirúrgicamente para reseca las áreas con presencia verrugosa inguinoescrotales. Se encontró en la lesión escrotal con margen de profundización, una cavidad con contenido purulento maloliente del que se obtuvo cultivo y que presentó el mismo germen. Luego de la cirugía, se medicó con inmunomoduladores, interferón alfa-2b recombinante bulbo de 3×10^9 U, dos veces por semana, por 6 semanas y se continuó con levamisol, tabletas de 150 mg, dos veces por semana, durante 3 meses.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria. Una vez recuperado se realizaron curas locales de las lesiones penianas y otras de pequeño tamaño con 5-fluorouracilo, que ocasionaron erosión y reducción de las lesiones hasta quedar un lecho ulcerado que se trató hasta la cicatrización de la piel ([fig. 2](#)). La biopsia informó condiloma acuminado gigante con inflamación crónica severa más acentuada marginalmente ([fig. 3](#)).



Fig. 2. Estado de los genitales luego del tratamiento.

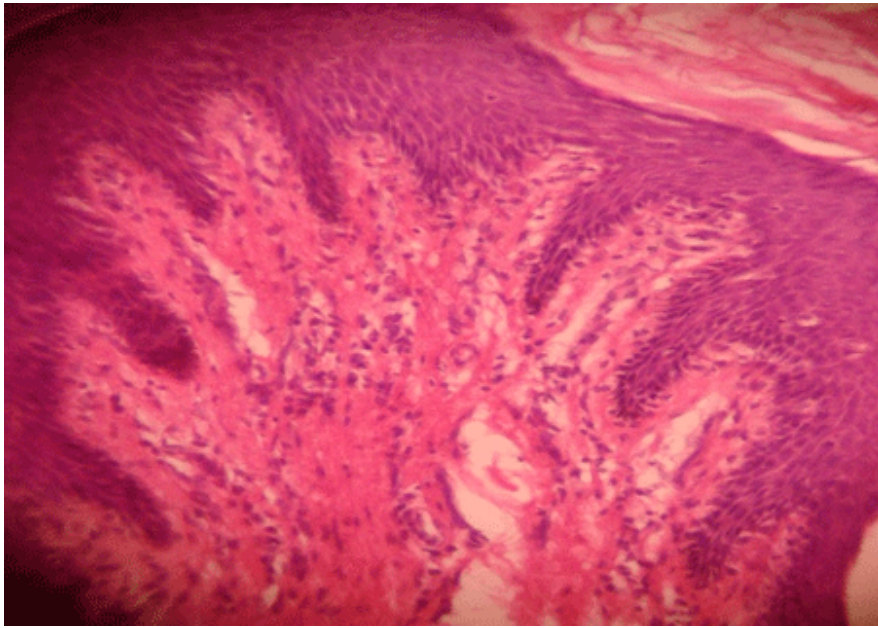


Fig. 3. Lámina histológica con características propias de condiloma

DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Lowenstein no suele presentar modificaciones celulares de atipia, como ocurre en el caso presentado, que fue benigno. Sin embargo, aproximadamente, el 30%, puede malignizarse, y esto puede guardar relación con el serotipo de VPH y otros cofactores desencadenantes de actividad oncogénica. Es más común en hombres alrededor de los 50 años. Su comportamiento típico se caracteriza por frecuentes recidivas, como sucedió en el paciente estudiado, pero la acción precoz controla el desarrollo de lesiones malignas.

Se localiza con frecuencia en el pene, en el cuerpo y prepucio, no así en el glande. La extensión más común en hombres es la penoescrotal seguida de la inguinopúbica, y perineoanorectal, aunque en este caso, se presentaron lesiones penoescrotales e inguinoperineales, que indica la posibilidad de diseminaciones mixtas con extensas placas.

Son varias las opciones para su tratamiento, desde el uso tópico de podofilino, fenol, crioterapia, electrofulguración, 5-fluorouracilo, láser CO₂, interferón alfa, entre otros, hasta la cirugía. Aunque la forma de condiloma acuminado que se presentó es infrecuente, puede relacionarse con estados de inmunodepresión y no solo con la presencia del VIH como indica Díaz de la Roche¹¹, así como con hepatopatías crónicas, malabsorción intestinal y medicación prolongada con algunos fármacos (entre ellos la prednisona), predisponentes a un estado semejante, como se observa en Montero

Valera¹², que puede conducir al crecimiento acelerado de las lesiones y resultados fallidos con tratamientos tópicos.

Cuando la extensión del tumor es marcada, la cirugía puede ser la opción más acertada para la pronta solución, sin embargo, en el caso de lesión peniana debe valorarse, previo a la intervención, las consecuencias de una resección amplia en la capacidad funcional y la estética del órgano, así como el riesgo de la pérdida de este como describe Núñez Serrano¹³. En determinados casos, un tratamiento local no quirúrgico a largo plazo puede ser también exitoso.

No deben olvidarse las infecciones sobreañadidas que a causa de las características del área genital, complican y entorpecen una evolución satisfactoria, es importante observar también que la presencia de lesiones cavitadas favorece y perpetúa la infección, potencia el efecto destructivo de la enfermedad y acentúa los daños incluso sobre estructuras vecinas. El caso estudiado, a un año de evolución presenta una eficaz resolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Buschke A, Lowenstein L. Uber carcinomahnliche condylomata acuminata des pénis. Klin wochenschr.1925 [citado 15 ene 2014]; 4. Disponible en:
<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01728480#page-1>
2. Fernández Nuñez JM, Cardenal Falcón M, Martín Rodrigo JL. Carcinoma de Buschke-Lowenstein en el pene. Emergencias. 2010 [citado 16 ene 2014]; 2:72. Disponible en:
www.semes.org/revista/vol22_1/16.pdf
3. Romero Guerrero J, Rojas Castro D, Ballesteros Martín J, Clavo Escribano P, Menéndez Prieto B. Prostitución: un colectivo de riesgo. Jano. 2004 [citado 15 ene 2014]; 67(1544): 2084-2086. Disponible en:
<http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/67/1544/106/1v67n1544a13069406pdf001.pdf>
4. Montoya M, Morón W, Portillo H, Poggioli O. Condiloma acuminado gigante (Tumor de Buschke Lowenstein) presentación de un caso. Rev Venezolana Oncol. 2013 [citado 16 ene 2014]; 25(1): 35-38. Disponible en:
http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06_montoya_m_%2835-38%29.pdf

5. Hicheri J, Jaber K, Dhaouri MR. Giant condyloma (Buschke Lowenstein tumor). A case report. Acta Dermatoven. 2006 [citado 15 ene 2014]; 15(4). Disponible en: <http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/thejournalhub/10.15570/archive/acta-apa-06-4/6.pdf>
6. Serrano NA, Elena Sorando E. Condiloma gigante del pene (Tumor de Buschke Lowenstein): Presentación de un caso. Cir Plast Iberolatinoam. 2004 [citado 16 ene 2014]; 35(1). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0376-78922009000100011&script=sci_arttext
7. Weedon D. Histopatología de los papovavirus. Piel. 2004; 5(3):592-7.
8. 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 [citado 15 ene 2014]; 37(9): 950-959. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8076499>
9. Calero Hidalgo G, Zúñiga Chérrez R. Infección por papovavirus: de verruga venérea subclínica a carcinoma espinocelular en genitales masculinos. Dermatol Peruana. 2005 [citado 17 ene 2014]; 15(3). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v15_n3/pdf/a04.pdf
10. Knobling R, Failing JF. Gigant condyloma acuminatum (Buschke Lowenstein tumor) of the rectum. AmJ Clin Path. 1967 [citado 11 feb 2014]; 48. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Knobling+R%2C+Failing+JF.+Gigant+condyloma+a+cuminatum+%28Buschke+Lowenstein+tumor%29+of+the+rectum.+AmJ+Clin+Path.+1967>
11. Díaz de la Roche A, Álvarez Gómez MJ, Sagaró Delgado B, Guillame Niebla E, López Saura P. Tratamiento combinado tópico y sistémico de condilomas acuminados con interferón alfa-2B recombinante o factor de transferencia: Ensayo clínico aleatorizado, a doble ciegas, controlado con placebo. Biotecnol Aplicada. 1997 [citado 25 mar 2014]; 14(4). Disponible en: <http://www.bioline.org.br/abstract?id=ba97055&lang=es>
12. Montero Valera MP, Batallán Jerez MP, Batista Muñoz N, Dager Haber A, Peregrín Rodríguez S. Condiloma acuminado gigante. Presentación de un caso. CCM. 2004 [citado 15 ene 2014]; 8(2). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no82/n82presc2.htm>
13. Núñez Serrano AA, Sorando E, Arrauz López JL, García Martínez L, Juan Huelves A. condiloma gigante del pene (Tumor de Buschke Lowenstein) presentación de un caso. Cir Plast

Iberolatinoam. 2009 [citado 15 ene 2014]; 35(1). Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v35n1/55.pdf>

Recibido: 22 de enero de 2015

Aprobado: 10 de abril de 2015

MSc. *Arnel Pupo Ricardo*. Centro Oncológico Provincial. Hospital General Universitario Vladimir Ilich Lenin. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: arnel@hvil.hlg.sld.cu