

## Condiloma gigante de Buschke y Lowenstein

### Buschke- Lowenstein Giant Condyloma

Dra. Ana María Acuña Adán, Dra. Grisel Fuentes Garabote

Policlínico Docente Mario Escalona. Habana del Este. La Habana, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Introducción:** los condilomas o verrugas genitales son producidos por el virus del papiloma humano, del que existen más de 100 genotipos diferentes. De ellos, cerca de 40 son transmitidos sexualmente.

**Objetivo:** describir las características clínicas del condiloma gigante (Tumor de Buschke - Lowenstein) y el tratamiento utilizado, a través de la presentación del caso de una mujer con condiloma acuminado gigante de localización vulvo perineal y peri anal, de cinco años de evolución que le dificultaba la micción, las relaciones sexuales, e incluso la marcha; además había fetidez, prurito y en ocasiones dolor.

**Resultados:** el examen histopatológico fue compatible con condiloma acuminado. Se realizó extirpación quirúrgica radical del tumor con excelentes resultados funcionales y cosméticos, sin complicaciones postoperatorias y sin recurrencias ni cicatrices hipertróficas al año de evolución.

**Conclusiones:** el condiloma gigante es el resultado final de la confluencia de múltiples condilomas, hasta recubrir toda la superficie penianal o vulvar, dando un aspecto clínico de malignidad. No es muy frecuente y suele estar asociado a estados de comprometimiento del sistema inmunológico.

**Palabras clave:** verrugas genitales, condiloma gigante, electrocoagulación.

---

#### ABSTRACT

**Introduction:** condyloma or genital warts are caused by human papiloma virus of which there are over 100 different genotypes; around 40 of them are sexually transmitted.

**Objective:** to describe the clinical characteristics of the giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) and their treatment through a case report. A woman with giant condyloma acuminatum located in the perineal and perianal area of 5 years of progression, which made it difficult for her to urinate, to have sexual intercourse and even to walk; she also suffered pruritus and pain and bad smell.

**Results:** the histopathological exam showed condyloma acuminatum. She was operated on and the tumor was completely excised, with excellent functional and cosmetic results; neither postoperative complications nor relapses or hypertrophic scars were observed after a year.

**Conclusions:** giant condyloma is the final result of the confluence of multiple condylomas until they cover the whole perianal or vulvar surface, giving it a clinical look of malignancy. It is rare and may be associated to compromised condition of the immune system.

**Keywords:** genital warts, giant condyloma, electrocoagulation.

---

## INTRODUCCIÓN

Los condilomas o verrugas genitales son producidos por el virus del papiloma humano (VPH), del que existen más de 100 genotipos, en más de 80 ha sido posible secuenciar por completo su genoma. De ellos, cerca de 40 se transmiten sexualmente e infectan el aparato genital masculino y femenino.

Típicamente, la infección 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.<sup>1</sup>

Según la posibilidad que tienen de provocar lesiones cancerígenas, los VPH se dividen en dos grandes grupos: alto y bajo riesgo.

Se denomina factor de riesgo al que se asocia con el peligro de desarrollar una enfermedad, pero sin suficiente compromiso para causarla. Se necesita la presencia de otros factores asociados para producir la enfermedad (que en el caso del VPH son: conducta sexual inadecuada, mala nutrición, tabaquismo, multiparidad, depresión del sistema inmunológico y uso prolongado de anticonceptivos orales).

Los VPH de bajo riesgo son aquellos cuya relación para provocar cáncer es baja, como los serotipos VPH 6, 11, 40, 42, 53, 54 y 57.

Los VPH de alto riesgo son los que se encuentran asociados, con mayor frecuencia, en los casos de cáncer de cuello uterino e incluyen los VPH 16, 18, 31, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58. De estos tipos, el VPH 16 y el 18 son, sin duda, los más oncogénicos, al encontrarse más comúnmente vinculados con el cáncer cervicouterino.<sup>2</sup>

El genoma de los VPH consiste en un ADN circular, separado del núcleo celular del huésped en las infecciones de VPH de bajo riesgo, como en los casos que se asocian con los VPH 6 y 11. Por su parte, el genoma de los VPH de alto riesgo se

integra de modo típico con el ADN nuclear del huésped en las lesiones malignas. Precisamente esta integración del genoma viral con el genoma del huésped se considera como una característica distintiva de la transformación maligna.

Las proteínas virales E6 y E7 de los serotipos de alto riesgo inactivan las proteínas supresoras tumorales p53 y Rb del huésped, lo que lleva a una proliferación celular incontrolada y a la transformación maligna.<sup>1</sup>

Los condilomas acuminados (CA) constituyen una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes y se vinculan, por lo general, con los tipos de cepas número 6 y 11.<sup>3</sup>

En raras ocasiones los CA pueden evolucionar como un tumor invasivo con malignidad local; aunque sin metástasis, equivalente a un carcinoma verrugoso, es el síndrome de Buschke-Löwenstein o condilomatosis precancerosa de Delbaco y Unna.<sup>4</sup>

El CA gigante o tumor de Buschke-Löwenstein es un gran tumor en forma de coliflor, de crecimiento lento e infrecuente que afecta la región ano genital. A pesar de ser un tipo histológico benigno, se comporta de forma maligna, con infiltración de los tejidos adyacentes, un alto índice de recurrencia y transformación ocasional hacia el carcinoma de células escamosas, causado por los VPH tipos 6 y 11 y en ocasiones por los tipos 16 y 18.<sup>4</sup>

Este tumor suele estar asociado a estados de comprometimiento del sistema inmunológico, como es el caso de nuestra paciente, la cual es portadora de VIH, además eso la hace candidata a presentar condilomas en cuello de útero, lesiones poco frecuentes en mujeres VIH negativas inmunocompetentes. Con nuestro trabajo, nos proponemos describir las características clínicas del condiloma gigante (Tumor de Buschke - Löwenstein) y el tratamiento utilizado.

## PRESENTACIÓN DE UN CASO

Paciente de 28 años de edad, de la raza blanca, acompañada.

A.P.P.: no tiene

Menarquía: 12 años

Primeras relaciones sexuales: 15 años

Partos: 0

Abortos: 0

Motivo de consulta: Lesiones condilomatosas en la vulva.

H. E. A.: Refiere que, hace más o menos 5 meses, le salió una verruga pequeña a nivel del labio mayor, no asistiendo nunca a consulta médica por pena; ahora acude por marcada fetidez en la ropa y aumento de volumen de la lesión.

Examen vaginal: Verrugosidades en forma de coliflor multinodular con fetidez marcada.

Espéculo: Cuello uterino central con leucorrea abundante y fétida; presencia de grandes condilomas en la pared vaginal.

Se valora en conjunto con el equipo multidisciplinario de la Clínica Integral del VIH.

Se diagnostica: Condiloma Gigante de Buchke y Loewenstein por las características clínicas de la lesión descrita.

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Hb: 103 g/l

Hematocrito: 0,34

VDRL: No reactiva

Velocidad de sedimentación: 23 mmol/l

Glicemia: 3,2 mmol/l

VIH: Positivo.

Se procede a retirar el condiloma gigante por medio de cirugía con equipo de electrocoagulación, ver fotos antes y después (figuras 1 y 2).



**Fig. 1.** Vista macroscópica de la lesión que ocupa toda la vulva y se extiende al periné y región perianal.



**Fig. 2.** Aspecto de la región inmediatamente después de la exéresis quirúrgica radical de la región.

## DISCUSIÓN

El rápido desarrollo de los condilomas gigantes suele estar ocasionado por un deficiente estado inmunitario del paciente, en asociación con inmunodeficiencias congénitas y adquiridas como sida, tratamiento inmunosupresor, alcoholismo, y diabetes mellitus. También se describen factores predisponentes como mala higiene, promiscuidad, preexistencia de recidivas de vegetaciones venéreas y otros cofactores carcinogénicos.<sup>1,2</sup>

La paciente comenzó su vida sexual activa a los 14 años de edad, y refiere una sola pareja sexual hasta la fecha. Se considera a la conducta sexual como el principal factor de riesgo para la infección con el VPH. Aumentan el riesgo el inicio precoz de relaciones sexuales –antes de los 20 años– y el número de compañeros sexuales.<sup>3,4,5</sup> Se ha demostrado la presencia de VPH cervical o vulvar en 17 a 21 % de las mujeres con una pareja sexual y en 69 % a 83 % de las mujeres con 5 ó más parejas sexuales.<sup>4</sup> Es importante tener en cuenta que la promiscuidad sexual del hombre también constituye un factor de riesgo, pues en sus múltiples contactos sexuales se infecta con VPH que trasmite después a su pareja.<sup>6</sup>

El CA gigante presenta características clínicas de malignidad, pero histológicamente, es un tumor benigno. Se manifiesta en la clínica por lesiones verrugosas, exofíticas, gigantes y de comportamiento invasor, con rápido crecimiento y destrucción de estructuras vecinas. Aparece en múltiples localizaciones anatómicas. 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,<sup>7</sup> hay otras más infrecuentes como la vejiga e incluso la región oral.<sup>7</sup>

En el caso del CA gigante o tumor de Buschke-Lowenstein, el tratamiento es tema de controversias; se considera que el de primera línea es la remoción quirúrgica radical, que logra un promedio de éxito entre 63 % y 91 % y bajo nivel de

recurrencia.<sup>7</sup> Sin embargo, algunos especialistas consideran que este manejo se debe combinar con quimioterapia,<sup>8</sup> otros han logrado resultados satisfactorios con la electro cauterización solamente,<sup>7</sup> o por tratamiento quirúrgico combinado de escisión-vaporización mediante cirugía láser de dióxido de carbono.<sup>7</sup> Entre los tratamientos tópicos para el CA se encuentra el podofilox y el imiquimod. Ambas son cremas para aplicar a los CA. El primero produce destrucción del CA; el segundo actúa al estimular el sistema inmune del organismo y, en consecuencia, destruye el CA. Otras técnicas terapéuticas incluyen la crioterapia, casi siempre mediante el uso de nitrógeno líquido, que constituye un excelente tratamiento de primera línea, en particular para las lesiones perianales. Otros agentes como el ácido tricloroacético y la resina de podofilina también se pueden usar en la consulta médica. Para algunos CA, sobre todo los de mayor tamaño, se prefiere la escisión quirúrgica, o la destrucción por electro cauterización o tratamiento láser.<sup>3,6,7,8</sup>

## CONCLUSIONES

El condiloma gigante (Tumor de Buschke - Lowenstein) es una lesión voluminosa con aspecto de "coliflor", este es el resultado final de la confluencia de múltiples condilomas hasta recubrir toda la superficie penianal o vulvar, dando un aspecto clínico de malignidad. El examen histológico revela aspectos diferentes entre las diversas áreas, desde infección por VPH, Neoplasia Intraepitelial de grados variables y hasta Carcinoma Invasor. Este tumor no es muy frecuente y suele estar asociado a estados de comprometimiento del sistema inmunológico, como es el caso de nuestra paciente, la cual es portadora de VIH; además, eso la hace candidata a presentar condilomas en cuello de útero, lesiones poco frecuentes en mujeres VIH negativas inmunocompetentes.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gearhart PA, Randall TC, Buckley RM. Human papillomavirus [En línea]. 2006. [citado: enero 11 de 2007]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic1037.htm>
2. Muñoz RC. Epidemiología del virus del papiloma humano [En línea]. 2006. [citado: enero 11 2007]. Disponible en: <http://geosalud.com/VPH/epivph.htm>
3. Pérez ER, Crespo CG, Isla A, Velazco A. Condiloma gigante de Bushke y Loewenstein a propósito de 2 casos. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2005;31:101-7.
4. Montero VMP, Batallán JMP, Batista MN, Dager HA. Condiloma acuminado gigante. Presentación de un caso. Correo Cient Med Holguin. 2004;8:81-87.
5. Ambriz GG, Escobedo ZL, Carrillo DM, Ortiz AA, Cordero ZA, Corona NA, et al. Buschke-Lowenstein tumor in childhood: a case report. J Pediatr Surg. 2005;40:25-7.
6. Machado CI, Castillo OA, Ochoa OMC, García GR, Lamar MY. Condiloma gigante de Buschke y Lowenstein. A propósito de un caso. Dermatol Peru. 2006;16:74-6.

7. De Toma G, Cavallaro G, Bitoni A, Polistena A, Onesti MG, Scuderi N. Surgical management of perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor). Report of three cases. Eur Surg Res. 2006;38:418-22.
8. Tytherleigh MG, Birtle AJ, Cohen CE, Glynne-Jones R, Livingstone J, Gilbert J. Combined surgery and chemoradiation as a treatment for the Buschke-Lowenstein tumour. Surgeon. 2006;4:378-83.

Recibido: 25 de febrero del 2014.

Aprobado: 6 de agosto del 2014.

*Dra. Ana María Acuña Adán:* Especialista de Primer Grado en Ginecoobstetricia. Metodóloga integral. Profesora Asistente. Policlínico Docente Mario Escalona. Habana del Este. La Habana, Cuba. E-mail: [amacuna@infomed.sld.cu](mailto:amacuna@infomed.sld.cu)