

HOSPITAL UNIVERSITARIO "GENERAL CALIXTO GARCÍA"

Condiloma gigante inguinal (tumor de Buschke Lowenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso

Dra. Maricela Moreira Preciado,¹ Dra. Aylet Pérez López,² y Dra. Magalys Colomé Escobar²

RESUMEN

Se presentó el caso de un paciente con condilomas múltiples y tumor de Buschke Lowenstein inguinal con aspecto de carcinoma escamoso, donde se descartó histológicamente malignidad. Las lesiones fueron resecadas por cirugía, durante el posoperatorio inmediato recibieron tratamiento con alfa interferon IM a razón de 9×10^6 UI/d, 3 veces por semana durante 3 semanas. Un año después del tratamiento el paciente no había presentado recidivas.

Descriptor DeCS: CONDILOMA ACUMINADO/terapia; DERMATOPATIAS/terapia; INGLE/patología.

El condiloma gigante fue descrito por *Buschke* y *Lowenstein* en 1925, como un tumor benigno producido por papovavirus humano (PVH) en el pene y desde entonces se conoce como tumor de Buschke-Lowenstein (TBL). Han sido descritas otras localizaciones como anorrectales,¹ vulvares,² anogenitales en la mujer³ y otras.

El TBL es una proliferación epitelial de aspecto pseudoepiteliomatoso rara, de origen viral y de transmisión sexual; que puede presentar degeneración a carcinoma escamoso.¹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 44 años de edad con el antecedente de ser asmático, que es ingresado en el servicio de dermatología por presentar una tumoración ulcerada en la región inguinal izquierda.

El paciente refirió que desde hacía 8 años había notado aparición de pequeñas verrugas genitales y por esta razón acudió al dermatólogo que le aplicó

tratamiento con pinceladas de podofilina en las lesiones. Con el tratamiento disminuyeron éstas, sin desaparecer.

Las verrugas continuaron creciendo lentamente sin tratamiento hasta el momento de su ingreso, en que acudió al hospital por notar una úlcera que le segregaba un líquido fétido y que sangraba con facilidad, localizada en la región inguinal izquierda.

En el examen físico dermatológico se observó un gran tumor vegetante (fig. 1) de color carmelita claro con unos 10 cm de diámetro y una zona ulcerada de 3 cm de diámetro de superficie roja, mamelonante, con abundante secreción seropurulenta y con sangramiento fácil, que abarcaba la región inguinal izquierda con extensión al escroto. Presentaba además, lesiones vegetantes en forma de coliflor en la región inguinal derecha, escroto y región perianal. El resto del examen físico fue normal.

¹ Especialista de I Grado en Dermatología. Profesora Asistente.

² Especialista de I Grado en Dermatología.



Fig. 1. Tumor vegetante.

Se planteó el diagnóstico de condilomatosis múltiples con condiloma gigante (TBL), con posible degeneración a carcinoma escamoso.

Se le realizaron exámenes hematológicos y microbiológicos, se encontraron valores normales del hemograma, el conteo de leucocitos, la velocidad de sedimentación globular, la glicemia, el coagulograma; la serología para la sífilis (VDRL) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fueron negativos.

En los cultivos bacteriológicos de la secreción de la úlcera se encontraron estafilococos dorados y estreptococos beta hemolíticos.

Se tomaron muestras por biopsia incisional de la región ulcerada del tumor y de la no ulcerada, para el estudio histopatológico, con el resultado en ambas muestras de condiloma acuminado.

En la entrevista epidemiológica realizada el paciente refirió ser casado hacía 15 años y que su esposa tuvo algunas verrugas genitales que le fueron tratadas y curadas. Refirió además mantener contactos extramatrimoniales. La esposa se negó a asistir a la consulta para realizarle un examen y los contactos extramatrimoniales no pudieron ser localizados.

El paciente recibió tratamiento en el servicio de dermatología con antibioticoterapia sistémica según el antibiograma, así como tratamiento local con soluciones antisépticas y cremas antibióticas en la úlcera, y así mejoró el aspecto de ésta; fue transferido entonces al servicio de urología donde las lesiones le fueron resecadas bajo anestesia espinal. El posoperatorio fue satisfactorio aunque después presentó sepsis de la herida correspondiente al condiloma gigante; ésta se controló con tratamiento antibiótico y una crema local de factor de crecimiento epidérmico y sulfadiacina de plata (Factermin).

A los 5 d de operado se comenzó el tratamiento con alfa-interferón recombinante (INREC) IM; 3 000 000, 3 veces por semana durante 3 semanas.

El paciente evolucionó durante un año posterior al tratamiento sin que aparecieran recidivas de las lesiones (fig. 2).



Fig. 2. Evolución del paciente sin recidivas de las lesiones.

DISCUSIÓN

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,⁴ tratamiento con inmunosupresores sistémicos^{5,6} y otros cofactores carcinogénicos. En este paciente estaban presentes los 3 primeros factores citados.

El TBL para algunos autores es una afección benigna con aspecto carcinomatoso,⁷ mientras que para otros autores es una entidad intermedia entre el condiloma acuminado "ordinario" y el carcinoma de células escamosas;¹ *Chu* y otros⁸ en su revisión de 42 casos con TBL plantean que estos tumores presentan un alto grado de recurrencia (66 %) y de transformación maligna (56 %). La mortalidad en su serie fue de 20 %, todos en 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.

Los interferones han sido utilizados como terapéutica antiviral, solos, o como adyuvantes de otras terapéuticas; con éxito en cuanto a reducir las recurrencias.⁹⁻¹³ Un paciente con TBL fue tratado intralesionalmente con interferón alfa 2b recombinante (9×10^6 UI/d) 3 veces por semana, y el tumor desapareció con 5 meses continuos de tratamiento, permaneció 17 meses después de completada la terapéutica libre de lesiones.¹⁴ Este paciente no había presentado recidiva 1 año después del tratamiento.

SUMMARY

This paper presents a patient with multiple condyloma and a Buschke-Lowenstein tumor in the groin with clinical aspect of a squamous carcinoma. Malignity was histologically ruled out in this case. Lesions were treated by surgery and during the postoperative period, the patient was treated with interferon alpha IM at a rate of 9×10^6 UI/day three times a week for 3

weeks. One year after the treatment, the patient had not shown any relapse.

Subject headings: CONDYLOMA ACUMINATA/therapy; SKIN DISEASES/therapy; GROIN/pathology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bertram P. Invasive squamous cell carcinoma in/giant anorectal condyloma (Buschke Lowenstein tumor): Langenbecks. Arch Chir 1995;380(2):115-8.
- Mansouri A. Degenerative vulvar Buschke Lowenstein tumor. Rev Fr Gynecol Obstet 1995;90(1):38-9.
- Feindt P. Monstrous Buschke Lowenstein tumor (Condylomata- acuminata gigantea) with transition to invasive squamous epithelial cancer. Chirurgie 1993;64(6):499-502.
- Trope C. Giant condyloma acuminatum with focal malignant degeneration. Acta Obstet Gynecol Scand 1982;61:93-5.
- Wiedemann A. Report of a case with giant condyloma (Buschke Lowenstein tumor) localized in the bladder. J Urol 1995;153(4):1222-4.
- Pierpkorn M. Development of human papillomavirus associated Buschke Lowenstein penile carcinoma during cyclosporine therapy for generalized pustular psoriasis. J Acad Dermatol 1993;29(2Pt2):321-5.
- Croxon T. Intraepithelial carcinoma of the anus in homosexual men. Dis Colon Rectum 1984;27:325-30.
- Chu QD. Giant condyloma acuminatum (TBL) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 casos. Dis Colon Rectum 1994;37(9):950-7.
- Fleshner PR, Freilich MI. Adjuvant interferon for anal condyloma a prospective, randomized trial. Dis Colon Rectum 1994;37(12):1255-9.
- Cardamaskis E. Comparative study of systemic interferon alfa 2a plus isotretinoin versus isotretinoin in the treatment of recurrent condyloma acuminatum in men. Urology 1995;45(5):857-60.
- Cipolla L. The medical treatment of condylomatosis of the lower genital tract. A multicenter outpatient study. Minerva Ginecol 1995;47(I 2):39-40.
- Backe J. Local therapy and adjuvant interferon therapy in genital papillomavirus infections. Gynakol Geburtshilfliche Rundsch 1995;35(2):79-84.
- Klutke JJ, Bergman A. Interferon as and adjuvant for genital condyloma acuminatum. Int J Gynecol Obstet 1995;49(2):171-4.
- Tsambaos D. Itralesional interferon alpha 2b therapy for Buschke Lowenstein tumor. Acta Dermatol Venerol 1994;74(6):457-9.

Recibido: 16 de junio de 1999. Aprobado: 10 de diciembre de 1999.

Dra. *Maricela Moreira Preciado*. Hospital Universitario "General Calixto García". Calle J y Avenida Universidad, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba. CP 10400.