



Revista Información Científica

ISSN: 1028-9933

Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Rivera Rivadulla, Roxana; Lazo Herrera, Luis Alberto; Ordóñez Álvarez, Lázaro Yoan
Tumor de Buschke-Löwenstein. Presentación de un caso
Revista Información Científica, vol. 97, núm. 4, 2018, Julio-Agosto, pp. 851-859
Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551758029015>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

INFORME DE CASO

Tumor de Buschke-Löwenstein. Presentación de un caso

Buschke-Löwenstein tumor. Case report

Tumor de Buschke-Löwenstein. Apresentação de um caso

Roxana Rivera Rivadulla¹, Luis Alberto Lazo Herrera², Lázaro Yoan Ordóñez Álvarez³

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Dermatología. Máster en Atención Integral al Niño. Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. León Cuervo Rubio". Pinar del Río. Cuba. Email: lazo96@ucm.pri.sld.cu

² Estudiante de Quinto año de Medicina. Alumno Ayudante de Oftalmología. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Cuba. Email: lazoherrera96@gmail.com

³ Estudiante de Sexto año de Medicina. Instructor no Graduado en Medicina Intensiva y Emergencias. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río. Cuba. Email: lazaro.ordonez@ucm.pri.sld.cu

RESUMEN

Se presentó un paciente masculino de 68 años, que acudió a consulta de Dermatología por presentar lesiones vegetantes en coliflor en región inguinal izquierda, pubis y perineales, de 10 años de evolución y nunca tratadas. El tumor de Buschke-Löwenstein o condiloma acuminado gigante es una tumoración epitelial benigna, causada por el virus del papiloma humano, transmisible sexualmente, en raros casos puede malignizar. Se realizó escisión quirúrgica y estudio histopatológico de la lesión inguinal, las restantes lesiones fueron eliminadas con ácido tricloroacético, tratamiento tópico, logrando regresión total de las mismas y se le administró levamisol, inmunomodulador sistémico. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria.

Palabras clave: tumor de Buschke-Löwenstein; condiloma acuminado gigante; virus del papiloma humano

ABSTRACT

A male patient of 68 years was presented who consulted Dermatology to present vegetating and cauliflower lesions in the left inguinal, pubic and perineal region, 10 years of evolution and never treated. Tumor of Buschke-Löwenstein or giant condyloma is a benign epithelial tumor is caused by the human papillomavirus, sexually transmitted and in rare cases can become it in malignant. Surgical excision and histopathological examination of the inguinal lesion was done, the remaining lesions were removed with trichloroacetic acid, topical treatment, achieving complete regression thereof and administered levamisole and systemic immunomodulator. The postoperative course was satisfactory.

Keywords: Buschke-Löwenstein tumor; giant condyloma acuminata; human papilloma virus

RESUMO

Paciente do sexo masculino, 68 anos, apresentou-se ao Serviço de Dermatologia devido a lesões vegetantes na couve-flor na região inguinal esquerda, púbis e períneo, com duração de 10 anos e nunca tratadas. O tumor de Buschke-Löwenstein ou o condiloma acuminado gigante é um tumor epitelial benigno, causado pelo papiloma vírus humano sexualmente transmissível, podendo, em casos raros, malignizar. Excisão cirúrgica e estudo histopatológico da lesão inguinal foram realizados, as lesões remanescentes foram eliminadas com ácido tricloroacético, tratamento tópico, obtendo regressão total das mesmas e foi administrado levamisol, imunomodulador sistêmico. A evolução pós-operatória foi satisfatória.

Palavras-chave: tumor de Buschke-Löwenstein; condiloma acuminado gigante; vírus do papiloma humano

INTRODUCCIÓN

El condiloma gigante o tumor de Buschke-Löwenstein es una enfermedad rara, que se presenta como una lesión verrugosa, exofítica, en forma de coliflor y de lento crecimiento. A pesar de tener característica histológica benigna, puede llegar a mostrar un comportamiento agresivo, con rápido crecimiento, provocando fístula y destrucción de estructuras vecinas. Fue descrito inicialmente por Buschke, en 1896, y luego por Löwenstein, en 1925.¹⁻²

Es causado por el virus del papiloma humano (VPH), y se considera una enfermedad de transmisión sexual. La complicación mayor de estas verrugas es el cáncer genital.³

El rápido desarrollo de los condilomas gigantes suele estar ocasionado por un deficiente estado inmunitario del paciente y se asocia a inmunodeficiencias congénitas y adquiridas, como sida, tratamiento inmunosupresor, alcoholismo y diabetes mellitus. Se describen factores predisponentes, como mala higiene, promiscuidad, preexistencia de condilomas acuminados, infecciones por anaerobios, etc.⁴⁻⁵ Se ha relacionado también con tabaquismo y esquistosomiasis.⁶

Semeja carcinoma espinocelular, y algunos lo consideran carcinoma de bajo grado de malignidad; predomina en varones, con una relación 3:1^{1,3}; se observa en los genitales (surco balanoprepucial), el área anogenital, los pliegues inguinales, bucofaringe y plantas; es gigante, destructivo; sangra fácilmente, y dificulta la deambulaci3n; el crecimiento es desordenado y rápido; se acompa1a de adenopatía.⁶

Es posible que sufra transformaci3n maligna, pero es rara⁶; se ha reportado que la malignizaci3n ocurre aproximadamente en el 30 % de los casos, el carcinoma verrugoso es la entidad histol3gica mayormente asociada a dicho cambio.¹ Histol3gicamente, muestra papilomatosis, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis celular variable, as3 como infiltraci3n de c3lulas inflamatorias de los tejidos subyacentes. Es caracter3stica la existencia de grandes c3lulas vacuoladas y n3cleos picn3ticos desplazados (coilocitosis).³

El tratamiento por excelencia de esta enfermedad es la cirug3a con la eliminaci3n completa de la lesi3n con o sin otras modalidades terap3uticas^{1,6}, pero puede recurrirse a criocirug3a, tratamiento fotodinámico, intervenci3n quir3rgica de Mohs, bleomicina por v3a intralesional, l3ser, inmunoterapia, interferones o iontoforesis, as3 como a retinoides o quimioterapia por v3a oral.⁶

En este artículo se reporta el caso de un paciente con tumor de Buschke-Löwenstein o condiloma gigante, tratado por el servicio de Dermatología, en el hospital "Dr. León Cuervo Rubio", de Pinar del Río. Se solicitó autorización del paciente mediante un consentimiento informado escrito para la publicación del caso clínico y el uso del archivo fotográfico. Se tomaron todas las precauciones para garantizar la confidencialidad de la información y el anonimato del paciente.

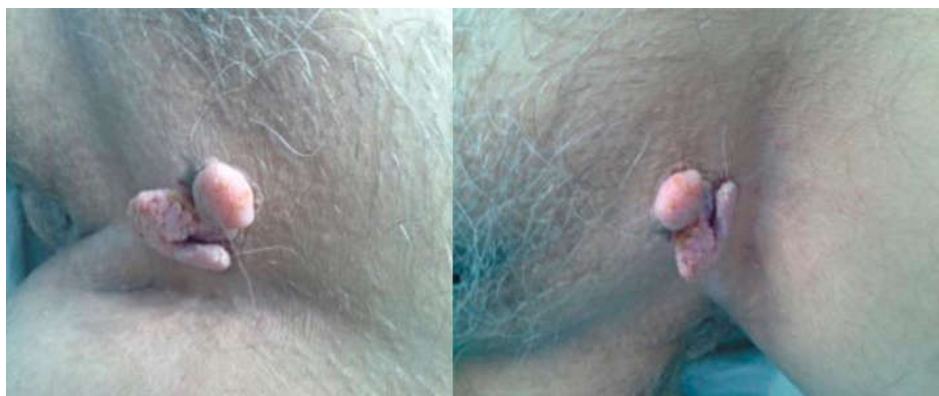
PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de raza blanca y 68 años de edad, con antecedentes de úlcera péptica y cardiopatía isquémica. Comenzó a presentar lesiones verrugosas perineales, en el pubis y región inguinal izquierda, nunca tuvo tratamiento por lo que las lesiones crecieron progresivamente en número, tamaño y extensión.

Esta situación no tuvo repercusión aparente en la vida personal, estética ni sexual del paciente, pues acudió a la consulta de Dermatología después de 10 años de la aparición de las lesiones, donde se evaluó el caso por el dermatólogo de su área de salud.

El examen físico dermatológico reveló la presencia de varias lesiones vegetantes de crecimiento exofítico en la región inguinal, pubis y periné; de variables dimensiones, la mayor con aspecto de coliflor de aproximadamente 8,5 cm de diámetro longitudinal y 6,5 cm transversal, de base ancha, localizada en región inguinal izquierda.

También se notó presencia de lesiones en el pubis de aspecto verrugoso de aproximadamente 2 cm de diámetro, sin exudación ni fetidez y en área perineal lesiones aisladas múltiples de pequeño tamaño. No adenopatías inguinales (Figuras 1a y 1b).



Figuras 1a y 1b. Lesiones vegetantes en región inguinal, pubis y periné, antes del tratamiento quirúrgico. Nótase la mayor con aspecto de coliflor de aproximadamente 8,5 cm de diámetro longitudinal y 6,5 cm transversal.

Los exámenes complementarios mostraron cifras normales de hemoglobina, hematócrito, eritrosedimentación, glicemia, coagulograma, perfil renal y hepático. Los estudios serológicos, para sífilis, hepatitis B y C fueron negativos; además de resultado no reactivo al VIH.

Se realizó escisión quirúrgica de la lesión de región inguinal y se aplicó ácido tricloroacético en las lesiones más pequeñas y diseminadas; lo que condujo a su previa ulceración y ulterior desaparición. Luego de la cirugía (Figura 2), se prescribió un inmunomodulador sistémico: levamisol, tabletas de 150 mg, dos veces por semana, durante 12 semanas. La evolución posoperatoria fue satisfactoria.



Figura.2. Paciente luego de la intervención quirúrgica.

El estudio histopatológico concluyó: condiloma acuminado gigante con inflamación crónica severa más acentuada marginalmente. No atipia celular.

DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein se caracteriza por un espectro clínico variado, en ocasiones con lesiones pequeñas y de comportamiento benigno cuyo tratamiento conservador produce buenos resultados.⁴ En otros casos se presenta como lesiones verrugosas, exofíticas, gigantes y de comportamiento agresivo, con rápido crecimiento y destrucción de estructuras vecinas con múltiples localizaciones anatómicas, entre las más frecuentes se encuentran los genitales y la región perianal.

No suele presentar modificaciones celulares de atipia, sin embargo, aproximadamente el 30% puede malignizarse, y esto puede guardar relación con el serotipo de VPH y otros cofactores desencadenantes de actividad oncogénica.²⁻³

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar tumor de Buschke-Löwenstein se encuentra la falta de higiene, la promiscuidad, la fimosis, los estados de inmunosupresión, entre ellos la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la presencia de irritación crónica, la condilomatosis recidivante y el uso de corticoides o inmunomoduladores.^{2,5,7-8}

Estos factores explican en parte su mayor incidencia en poblaciones homo y bisexuales, y su comportamiento recurrente y agresivo en pacientes VIH positivos.⁷ Por el gran poder que tiene de recidivas, es considerado por algunos como un tumor maligno, con una mortalidad asociada del 20 %; es más común en hombres alrededor de los 50 años.^{7,9} 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, como se pudo observar en el caso presentado, y perineoanorectal.³

Desde el punto de vista histopatológico, está formado por epitelio hiperplásico, atipia escasa, bien diferenciado, con hiperqueratosis y paraqueratosis, y la presencia de coilocitos, cuyo hallazgo es clásico de la infección por VPH en la célula, además de cambios granulares y actividad mitótica en su estrato basal. No es claro su significado histopatológico ya que algunos autores lo consideran una lesión

intermedia entre el condiloma acuminado y el carcinoma verrugoso, mientras que otros lo consideran un tipo de carcinoma verrugoso.⁷

El diagnóstico diferencial del tumor de Buschke-Löwenstein se hará con otras patologías penianas, entre ellas: condilomas acuminados, enfermedad de Bowen en su forma condilomatosa, balanitis pseudoepiteliomatosa producida por hongos, epitelomas espinocelulares, carcinomas verrugosos, sífilis, linfogranulomatosis venérea (enfermedad de Nicolás Favre).⁹

Puede ser tratado localmente con podofilino, crioterapia, electrocoagulación, 5 fluoruracilo, láser CO₂, radioterapia, interferón alfa y sistémicamente con quimioterapia (bleomicina, metotrexate) e inmunoterapia. Estos tratamientos no suelen ser eficaces, por lo que se recomienda de inicio el tratamiento quirúrgico y especialmente en tumores gigantes como ocurrió en el caso presentado.¹⁰⁻¹¹

En concordancia con el caso clínico presentado el tumor de Buschke-Löwenstein es un condiloma acuminado gigante que se presenta con más frecuencia en hombres, de naturaleza benigna, cuyas lesiones clínicas son mayores de 10 cm, por lo que el tratamiento de elección debe ser siempre quirúrgico. No se ha reportado recidiva de tumor en este caso, a pesar de que los autores las estiman en un 66 %.⁹

CONSIDERACIONES FINALES

El diagnóstico clínico y anatomopatológico previo al tratamiento se hace indispensable a la hora de seleccionar la terapéutica a aplicar. La cirugía con amplio margen, con o sin otras modalidades de tratamiento es efectiva para el control de la enfermedad. Un seguimiento a largo plazo es necesario en aquellos casos de condilomatosis recurrente y resistente a los tratamientos convencionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ríos Hernández MA, Hernández Menéndez M, Aguilar Vela de Oro FO, Aguilar Fabré K, Amigó de Quesada M, Silveira Pablos M, *et al.* Condiloma gigante (tumor de Buschke-Löwenstein) de la vulva Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2014 [citado 24 Ene 2018]; 40(2): 258-264. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2014000200012&lng=en

2. Beltrán Pérez I, Reyes Argudín MA, Navarro Garvey Y, Rodríguez Pérez S, Suárez Rivera JJ. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lowenstein). *Rev Cubana Cir* [en línea]. 2014 [citado 24 Ene 2018]; 53(3): 296-302. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000300009
3. Pupo Ricardo A, Roca Socarras A, Rodríguez Crespo A, González Sánchez M. Tumor de Buschke Lowenstein. *CCM* [en línea]. 2016 [citado 24 Ene 2018]; 20(1): 204-212. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100020
4. Cuenca Marín C, Álvarez-Palencia Rueda C, Ojeda Paredes D, Martínez Díez M, Luna Ordóñez S, Martínez Martínez C. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Lowenstein). *Prog Obstet Ginecol* [en línea]. 2010 [citado 24 Ene 2018]; 53(8):315-319 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-condiloma-acuminado-gigante-tumor-buschke-lowenstein--S0304501310002931>
5. Ganem NS, Silva BC, Nascimento ML, Tibúrcio AS, Motta LP, Lyra MR, *et al.* Condiloma Anal Gigante: Relato de Caso. *DST - J bras Doenças Sex Transm* [en línea]. 2010 [citado 24 Ene 2018]; 22(4): 222-224. Disponible en: <http://www.dst.uff.br/revista22-4-2010/10%20-%20Condiloma%20Anal%20Gigante%20Relato%20de%20Caso.pdf>
6. Arenas Guzmán R. *Dermatología. Atlas diagnóstico y tratamiento*. 5ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2013.
7. Hernández-Tiria MC, Salamanca-Mora S, Cruz-Garnica A. Tumor de Buschke-Lowenstein: presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [en línea]. 2016 [citado 24 Ene 2018]; 67(1): 61-68. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v67n1/v67n1a07.pdf>
8. Sánchez-Alvarado JP, Franco-Morales A, Rosas-Nava JE, Pérez-Alarcón E, Gutiérrez-Godínez FA. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke Löwenstein); reporte de un caso. *Rev Mex Urol* [en línea]. 2008 [citado 24 Ene 2018]; 68(6):348-350. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila0/Revistamexicanadeurologia/2008/vol68/no6/8.pdf>
9. Montoya M, Morón W, Portillo H, Poggiolli O. Condiloma acuminado gigante (Tumor de Buschke Lowenstein) presentación de un caso. *Rev Venez Oncol* [en línea]. 2013 [citado 24 Ene 2018]; 25(1):35-38. Disponible en: http://www.oncologia.org.ve/site/upload/revista/pdf/06_montoya_m%2835-38%29.pdf

10. Goldsmith LA, Katz SI, Gilchrest BA, Paller AS, Leffell DJ, Wolff K. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. 8 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2012.
11. Guozhen L, Parks BN. Giant Condyloma Acuminatum (GCA; Buschke-Löwenstein Tumor): A New Case and Review. J Translational Clin Case Rep Fam Physician [en línea]. 2016 [citado 24 Ene 2018]; 2(2):13-16. Disponible en: <https://scidoc.org/articlepdfs/JBRTCFP/JBR-TCFP-02-201.pdf>

Recibido: 26 de mayo de 2018

Aprobado: 22 de septiembre de 2018