



Revista Chilena de Cirugía

ISSN: 0379-3893

editor@cirujanosdechile.cl

Sociedad de Cirujanos de Chile

Chile

MARTÍNEZ-CRIADO, YOLANDA; MORCILLO A., JUAN; JIMÉNEZ, URBANO; DE AGUSTÍN A.,
JUAN CARLOS

Colostomía previa a escisión quirúrgica de un tumor de Buschke-Löwenteim en la infancia

Revista Chilena de Cirugía, vol. 64, núm. 3, junio-, 2012, pp. 282-284

Sociedad de Cirujanos de Chile

Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531954011>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Colostomía previa a escisión quirúrgica de un tumor de Buschke-Löwenteim en la infancia*

Drs. YOLANDA MARTÍNEZ-CRIADO¹, JUAN MORCILLO A.¹,
URBANO JIMÉNEZ.², JUAN CARLOS DE AGUSTÍN A.¹

¹ Cirugía Pediátrica.

² Cirugía Plástica.

Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla.

España.

Abstract

Temporary colostomy before surgery in Buschke-Löwenteim tumour in children

Buschke-Löwenteim tumor is a verrucous lesion, with slow growth and locally infiltrating. Despite her benign histology, is an intermediate lesion between condiloma acuminatum and verrucous carcinoma. It has been linked to human papilloma virus (subtypes 6 and 11). Other factors implicated include poor hygiene, chronic irritation, promiscuity and cellular immunocompromised states. It is exceptional in children. We report a case of a 6-year-old girl with HIV infection B3 and giant condyloma that affect genitoanal region and rectal mucosa. The temporary colostomy aimed good results of the surgical excision.

Key words: Buschke-Löwenteim tumor, colostomy, human papilloma virus, immunocompromised.

Resumen

El tumor de Buschke-Löwenteim es una lesión verrucosa, con crecimiento lento, y localmente infiltrante. A pesar de su histología benigna, se trata de una lesión intermedia entre el condiloma acuminado y el carcinoma verrucoso. Su aparición está ligada con el virus del papiloma humano (subtipos 6 y 11). Otros factores que intervienen son la baja higiene, promiscuidad, irritación crónica y la inmunosupresión celular. Es excepcional su aparición en niños. La exéresis quirúrgica radical es el tratamiento de elección. La realización de una colostomía de descarga previa, permite el aislamiento, facilitando la cicatrización de la zona y evitando el contacto con material fecal que contribuye a la recidiva. Presentamos un caso de una niña de 6 años con VIH estadio B3 y condilomatosis gigante que afectaba a la región genitoanal y a la mucosa rectal adyacente. La colostomía temporal contribuyó al éxito tras la resección quirúrgica.

Palabras clave: Tumor de Buschke-Löwenteim, colostomía, virus del papiloma humano, inmunodeficiencia.

*Recibido el 26 de septiembre de 2011 y aceptado para publicación el 12 de enero de 2012.

Correspondencia: Dra. Yolanda Martínez -Criado.
C/ Trajano, nº 6, B-G. CP 41010. Sevilla. España.
yoli84mc@hotmail.com

Introducción

El tumor de Buschke-Löwentein (TBL), es una lesión premaligna, caracterizada por su tamaño grande y aspecto verrucoso, similar a una coliflor. Aparece en la región anogenital, y presenta un crecimiento lentamente progresivo, con tendencia a infiltrar y destruir los tejidos adyacentes, pudiendo ocasionar fístulas y abscesos en dicha zona.

Fue descrito por primera vez como una lesión peneana por Buschke en 1986 y por Löwentein en 1925. Puede afectar a vulva, vagina, recto, escroto, pene, periné y vejiga^{1,2}.

Aunque se trata de una lesión benigna, que no produce metástasis a distancia, se puede considerar precursora del carcinoma verrucoso. En la etiopatogenia existen diferentes factores implicados, siendo la infección por el virus del papiloma humano (subtipos 6 y 11) en pacientes con inmunosupresión y VIH, los principales factores implicados. También aumenta el riesgo la baja higiene, la promiscuidad o el abuso sexual^{3,4}.

El tratamiento quirúrgico con escisión radical es el de elección. La realización de una colostomía temporal de descarga, facilita la cicatrización y contribuye a unos mejores resultados quirúrgicos, disminuyendo la probabilidad de recidiva.

Caso clínico

Niña de 6 años, remitida a nuestro centro para exéresis de condilomas acuminados. Entre sus antecedentes familiares, destaca el fallecimiento materno por VIH, y padre con tuberculosis bacilífera en 2008.

Entre sus antecedentes personales destaca la infección por VIH en estadio B3. Presentó artritis séptica de rodilla en 2007, que requirió ingreso. En 2008 ingresó con neumonía bilateral, recibiendo tratamiento profiláctico con isoniazida y rifampicina, al coincidir con la tuberculosis bacilífera paterna. Posteriormente, fue dada de alta con triple terapia antirretroviral (zidavudina+lamivudina+nevirapin), con dudoso cumplimiento del mismo.

En 2010, reingresó por tuberculosis pulmonar, estomatitis herpética, candidiasis bucal y condilomas acuminados. Se decide iniciar la terapia antituberculosa, isoniazida, rifampicina, piperazilina y etambutol 4 meses, seguido de isoniazida y rifampicina. Concomitantemente se inició tratamiento con cotrimoxazol e imiquimoid tópico. Se reanuda de nuevo el tratamiento para el VIH.

En la exploración física de la región genitoanal, se objetivó condilomas acuminados gigantes, con aspecto de coliflor que afectan a región perianal,

labios mayores y menores, e infiltran mucosa rectal y vaginal (Figura 1).

Se decidió realizar una colostomía en colon descendente temporal tipo Hartman. Al mes, se procedió a la exéresis quirúrgica de la lesión, realizando una resección radical de todas las zonas afectas (labios mayores y menores, clítoris, región perianal y mucosa rectal adyacente). Se realizó un cierre primario, suturando la mucosa rectal y vaginal sana, a la piel adyacente (Figura 2A). Permaneció una semana ingresada con sonda vesical, realizándose curas con podofilina, y al alta se aconsejó curas diarias, e higiene de la zona (Figura 2B).

El estudio anatomopatológico permitió descartar zonas de posible transformación maligna, y corroborar el diagnóstico de TBL.

Durante su seguimiento en consultas externas, no se objetivó recidiva de la condilomatosis, por lo que se decidió programar la reconstrucción del tránsito intestinal y el cierre de la colostomía.



Figura 1. Condiloma acuminado gigante genitoanal.



Figura 2. A. Exéresis radical y cierre primario. **B.** Evolución postquirúrgica. Obsérvese la buena cicatrización.

Discusión

El condiloma acuminado es una de las más frecuentes enfermedades de transmisión sexual. Es causada por el virus del papiloma humano (VPH), que origina un efecto epidermotrófico con excesiva proliferación epitelial. Existen 70 subtipos de VPH, y su transmisión suele ser sexual, por autoinoculación o contacto íntimo. Su período de incubación es de 2 a 3 meses, aunque en algunos casos puede llegar hasta los 24 meses².

La incidencia del condiloma acuminado es en torno al 1%, y aunque parece que se ha incrementado en los últimos años, su aparición en niños es excepcional, y debe de levantar la sospecha de posible abuso sexual⁴.

Cuando los condilomas acuminados experimentan un gran crecimiento verrucoso exofítico en forma de coliflor, con tendencia a invasión de tejidos adyacentes de región genitoanal, es cuando se denomina TBL.

Hay muy pocos casos de TBL en la infancia descritos en la literatura, es por ello que no existe un tratamiento estandarizado en caso de aparición⁶.

Aunque su histología es benigna y no produce metástasis a distancia, tiende a infiltrar y destruir tejidos adyacentes de la región genitoanal, y hasta en un 40% de los casos puede evolucionar hacia un carcinoma verrucoso. Los principales factores implicados son la infección por los subtipos de VPH 6 y 11 y la inmunosupresión celular (debido a VIH o tratamiento inmunosupresor).

La biopsia de la lesión y su estudio anatomopatológico nos permitirán establecer el grado de malignidad, así como los subtipos de VPH implicados y su potencial oncogénico^{4,5}.

No existe un consenso sobre el mejor tratamiento de TBL ni tampoco se han realizado ensayos clínicos para establecer protocolos terapéuticos, tan sólo se describen casos aislados en la literatura².

La aplicación de podofilina al 25% o ácido tricloroacético, puede estar indicada en caso de lesiones de pequeño tamaño, con una tasa de recidiva del 25%. El tratamiento de elección descrito en la literatura del TBL es la exéresis quirúrgica⁷, con o sin quimioterapia adyuvante. Otros tratamientos sistémicos son el 5-fluorouracilo o bleomicina, combinadas con el cisplatino o metotrexato. El láser

de CO₂ o de argón, son los tratamientos de elección en caso de recidiva tras la exéresis, pudiéndose usar como primera línea para lesiones pequeñas.

La realización de una colostomía de descarga temporal, previa a la exéresis quirúrgica permite un aislamiento y adecuada higiene de la región perianal en los niños. Esto permite un mayor éxito de la cirugía, al favorecer la cicatrización de la zona, disminuyendo las infecciones y la tasa de recidivas. El cierre de la colostomía se puede realizar cuando tras un período de seguimiento posquirúrgico, no se evidencia recidiva⁸.

En conclusión, en los casos excepcionales de TBL infantil con afectación de región anogenital y recto, la realización de una colostomía previa al tratamiento quirúrgico de la lesión permite incrementar la tasa de éxito de la cirugía de exéresis radical, disminuyendo la posibilidad de recidiva y facilitando la cicatrización del lecho quirúrgico.

Referencias

1. Buschke A. (1986). In Stereoscopic Atlas, edited by A. In: Neisser A, Cassel Fischer, Löwenstein L, editors. Dtsch med Wschr. 1932. p. 58.
2. Ergun SS, Kural YB, Büyükbabani N, Verim L, Akbulut H, Gürkan L. Giant condiloma acuminatum. Dermatol Surg. 2003;29:300-3.
3. Valenzuela N, Barnadas MA. Lethal perianal Buschke-Löwentin tumor in a female patient with AIDS. Dermatology 2004;208:349-50.
4. Nemesio C, Mirowski GW, Chuang TY. Human papillomavirus: clinical significance and malignant potential. Int J Dermatol. 2001;40:373-9.
5. Chao MW, Gibbs P. Squamous cell carcinoma arising in a giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwentin tumor). Asian J Surg. 2005;28:238-40.
6. Attipou K, Yawoivi NJ, Napo-Koura GA. Giant anal condyloma acuminatum in childhood: a case report. Nig J Surg Res. 2001;3:170-4.
7. De Toma G, Cavallero G, Bitonti A, Polistena A, Onesti MG, Scuderi N. Surgical management of perianal giant condiloma acuminatum: report of three cases. Eur Surg Res. 2006;38:418-22.
8. Budayr M, Ankney RN, Moore RA. Condyloma acuminatum in infants and children. A survey of colon and rectal surgeons. Dis Colon Rectum 1996;39:112-5.