

CONDILOMA GIGANTE DE BUSCHKE Y LOWENSTEIN A PROPÓSITO DE UN CASO

Giant condyloma of Buschke and Lowenstein. A case report

Idolidia Machado-Cordero¹, Alberto Castillo-Oliva², María de la Concepción Ochoa-Ochoa³, Rigoberto García-Gómez⁴, Yetzabel Lamar-Morales⁴

RESUMEN

El condiloma gigante descrito inicialmente por Buschke, en 1896, y luego por Lowenstein, en 1925, es producido por la infección del virus del papiloma humano tipos 6 y 11. Se trata de una proliferación epitelial de aspecto pseudoepiteliomatoso, rara, de transmisión sexual, que puede degenerar en carcinoma escamoso. Se presenta el caso de un paciente con lesión tumoral de localización púbica, de 5 años de evolución, asintomático, acompañada de secreción fétida escasa, sin otros hallazgos al examen físico. El examen histopatológico fue compatible con condiloma acuminado. Se realizó extirpación quirúrgica de la lesión con resultados satisfactorios y seguimiento posterior.

Palabras clave: Condiloma acuminado; Dermatopatías; Ingle; Patología; Terapia

Dermatol Peru 2006;16(1):74-76

ABSTRACT

The giant condyloma, first described by Buschke, in 1896, and later by Lowenstein, in 1925, is provoked by the infection of the human papilloma virus type 6 and 11. It is an epithelial proliferation with pseudo epitheliomatous aspect, rare, sexually transmitted, that can degenerate into squamous cell carcinoma. The case of a patient is presented who complained of a five years of evolution of a tumoral lesion on the pubis, without symptoms, accompanied with fetid secretion, and no other finding in the physical examination. The histopathological test was compatible with acuminate condylomata. A surgery removal on the lesions was performed with satisfactory results and posterior follow-up.

Keywords: condyloma acuminata; skin diseases; groin; therapy; pathology.

INTRODUCCIÓN

El condiloma gigante (CG), descrito inicialmente por Buschke, en 1896, y luego por Lowenstein, en 1925, es producido por la infección del virus del papiloma humano (VPH) tipos 6 y 11⁽¹⁾. Es una proliferación epitelial de aspecto pseudoepiteliomatoso, rara, de transmisión sexual que puede presentar degeneración a carcinoma escamoso⁽²⁾.

Se caracteriza por un espectro clínico variado, presentándose en muchas ocasiones como lesiones pequeñas y de comportamiento benigno cuyo tratamiento conservador produce buenos resultados. En otras, como lesiones verrugosas, exofíticas, gigantes y de comportamiento agresivo, con rápido crecimiento y destrucción de estructuras vecinas como el condiloma gigante invasivo que aparece en múltiples localizaciones anatómicas, entre las más frecuentes encontramos el pene y la región perianal. Han sido descritas otras localizaciones: en el hombre la ano rectal y en la mujer las vulvares y anogenitales. Otras más infrecuentes como la vejiga han sido también descritas^(2,3).

Se presenta el caso de un paciente con CG que tiene como antecedentes haber sufrido de otras enfermedades de transmisión sexual.

1. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Hospital Pedro Borrás, Ciudad de la Habana.

2. Especialista de Primer Grado en Dermatología. Profesor instructor Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana.

3. Especialista de Primer y Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesora Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana.

4. Especialista de primer grado en Medicina General Integral. Residente de Dermatología. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Ciudad de la Habana.



CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 56 años, de raza negra, que acude a la consulta externa de dermatología por presentar lesión de localización púbica de 5 años de evolución, la cual fue aumentando progresivamente de tamaño, sin síntomas subjetivos asociados.

Al examen clínico se observó lesión tumoral exofítica, de aproximadamente 10 cm de diámetro, de superficie verrugosa, color café, localizada en región púbica, acompañada de secreción fétida escasa. El resto del examen físico fue normal. Figura 1.

Antecedentes patológicos personales de sífilis adquirida reciente secundaria en 1991, diagnosticada y tratada en 1991. La entrevista epidemiológica arroja un comportamiento bisexual promiscuo del paciente, con un contacto masculino el cual fue tratado por verrugas genitales.

Se le realizaron exámenes complementarios hematológicos, hemoquímicos y orina con resultados dentro de límites normales y estudios serológicos para descartar infecciones de transmisión sexual.

El estudio histológico fue realizado en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras el cual informó: hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis, papilomatosis y cambios celulares coilocíticos. No se encontró malignidad en la muestra, confirmando el diagnóstico de condiloma gigante de Buschke-Lowenstein. Figura 2.

Con el diagnóstico de condiloma acuminado gigante se decide llevar a la mesa operatoria para realizar la resección quirúrgica de la lesión. Este procedimiento fue llevado a cabo sin complicaciones y la evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria. Se realizó consulta de seguimiento un año después y no se evidenciaron recidivas de la lesión.



Figura 1. Aspecto macroscópico de la lesión.

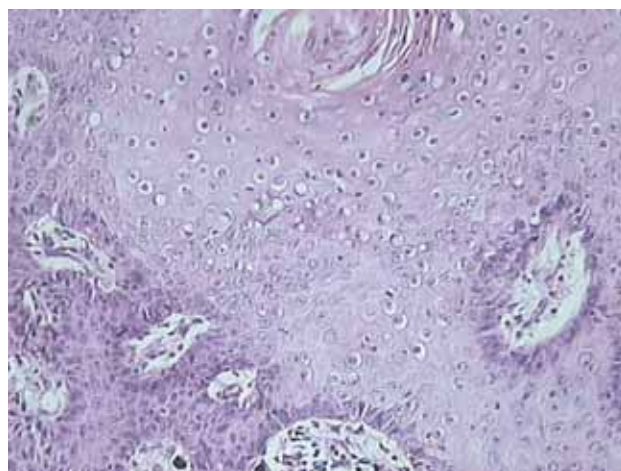


Figura 2. Aspecto microscópico de la lesión.

DISCUSIÓN

El tumor de Bushke-Lowenstein (TBL) es un tumor epitelial benigno, sexualmente transmisible, de origen viral^(1,2). Es un tumor raro que se presenta más frecuentemente en hombres que en mujeres⁽²⁾, en las cuales se presenta más frecuentemente durante el embarazo⁽³⁾. Actualmente tiene una frecuencia de 0,1% de la población general⁽⁴⁾.

El TBL, para algunos autores, es una afección benigna con aspecto carcinomatoso, mientras que para otros autores es una entidad intermedia entre el condiloma acuminado 'ordinario' y el carcinoma de células escamosas, que presentan un alto grado de recurrencia (66%) y de transformación maligna (56%)⁽⁵⁾.

El tumor proviene de la confluencia de múltiples condilomas acuminados y es inducido por la infección por papiloma virus humano⁽⁵⁾. En la literatura, se informa como más frecuente el tipo 6 aunque también se reportan los tipos 11, 16 y 18⁽⁶⁾.

El rápido desarrollo de los condilomas gigantes suele estar ocasionado por un deficiente estado inmunitario del paciente, asociándose a inmunodeficiencias congénitas y adquiridas como sida, tratamiento inmunosupresor, alcoholismo, diabetes mellitus y otros⁽⁷⁾. También se describen factores predisponentes como mala higiene, promiscuidad, preexistencia de recidivas de vegetaciones venéreas y otros cofactores carcinogénicos^(8,9).

Este tumor bajo la influencia VPH oncogénico tipos 16 y 18 se puede convertir en un tumor maligno, el cual se relaciona con el carcinoma verrucoso⁽¹⁰⁾. Esta evolución ocurre después de la alteración de las funciones del supresor tumoral proteína P53 por una proteína viral⁽¹⁾.



Chu ⁽⁶⁾ 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⁽⁷⁾.

El TBL típicamente comienza como una placa queratótica que lentamente crece y se expande en forma de coliflor. La lesión puede ulcerarse y típicamente se encuentra asociada a mal olor. Puede ocurrir expansión de la lesión hacia el cuerpo cavernoso y la uretra peniana con formación de fístula subsiguiente. Las linfadenopatías son comunes, primariamente debido a infección secundaria, no por metástasis. Similar progresión lenta ocurre en las lesiones perianales⁽¹¹⁾.

Clínicamente se manifiesta por lesiones verrugosas, exofíticas, gigantes y de comportamiento agresivo, con rápido crecimiento y destrucción de estructuras vecinas. Aparece en múltiples localizaciones anatómicas. En los hombres suelen localizarse mayoritariamente en el pene (81-94%), en la región ano rectal (10-17%) y uretra (5%). En mujeres la localización es esencialmente vulvar (90%), aunque también puede verse en la región ano rectal. Otras más infrecuentes como la vejiga han sido también descritas⁽¹²⁻¹⁴⁾.

El condiloma acuminado gigante presenta características clínicas de malignidad, pero histológicamente, es un tumor benigno^(15,16), caracterizado por hiperplasia epitelial, acantosis e hiperqueratosis^(2,17).

El tratamiento de la enfermedad consiste en la exéresis del tumor, la cual se puede realizar mediante varios métodos^(9,18).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benchekroun A, Nouini Y, et al. Verrucous carcinoma and Buschke-Lowenstein tumours: a propos of 2 cases. *Ann Urol (Paris)*. 2002; 36:286-9.
2. Wiedemann A. Report of a case with giant condyloma (Buschke Lowenstein tumor) localized in the bladder. *J Urol*. 1995;153:1222-4.
3. Sepou A, Zoguereh DD. Giant anovulvar condyloma acuminata revealing HIV-1 seropositivity in a centroafrican patient. *Med Trop (Mars)*. 1998; 58:378-80.
4. Bocquet H, Bagot M. Tumeurs bénignes d'origine virale. *Encycl Med Chir Dermatologie*. 1998; 12-725-A-10, 9p.
5. Chu QD. Giant condyloma acuminatum (TBL) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum*. 1994;37:950-7.
6. Reichenbach I, Koebele A, et al. A Buschke and Lowenstein tumor in a female patient. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1995;24:491-5.
7. Farazer I: The role of the immune system in anogenital human papillomavirus. *Australas J Dermatol*. 1998;9:35-7.
8. Bertram P. Invasive squamous cell carcinoma in/giant anorectal condyloma (Buschke Lowenstein tumor): *Langenbecks Arch Chir*. 1995;380:115-8.
9. Mansouri A. Degenerative vulvar Buschke Lowenstein tumor. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1995;90:38-9.
10. Bognoni V, Iacopino P, Quartuccio A Jr, Santoro G, Quartuccio A. Buschke and Loewenstein tumors (giant condyloma acuminata). Immunologic features. *Min Ginecol*. 1999;51(12):501-4.
11. Norwood Ch, Mather MK. Giant Condylomata Acuminata of Buschke and Lowenstein. Disponible en: <http://www.emedicine.com/derm/topic166.htm> Last Updated: November 8, 2005.
12. Moreira MP, Pérez AL, Colomé ME. Condiloma gigante (tumor de Buschke Lowenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso. *Rev Cuba Med Trop*. 2000;52:70-2.
13. Le Guillou M, Geniaux M, et al. Localisation urétrales d'une maladie de Buschke Lowenstein et d'une tumeur de l'urètre. *J Urol Nephrol*. 1979;85:175-6.
14. Reichenbach I, Koebell A, Foliguet B, Hatier M, Mascotti J, Landes P. Tumeur de Buschke et Lowenstein à propos d'un cas féminin. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1995;24:491-5.
15. Frega A, Stentella P, Tinari A, Vecchione A, Marchionni M. Giant condyloma acuminatum or Buschke-Lowenstein tumor: review of the literature and report of three cases treated by CO₂ laser surgery. A long-term follow-up. *Anticancer Res*. 2002;22(2B):1201-4.
16. Greif C, Bauer A, Wigger-Alberti W, Elsner P. Giant condylomata acuminata (Buschke-Lowenstein tumor) edit. *Dtsch Med Wochenschr*. 1999;124:962-4.
17. Wozniak J, Szczepanska M, Opala T, Pisarska-Krawczyk M, Wilczak M, Pisarski T. Use of CO₂ laser in the treatment of condylomata acuminata of the anogenital region in pregnant women. *Ginecol Pol*. 1995;66:103-7.
18. Picaud A, Faye A, Ogowet-Igumu N, Ozouafi F, Nlome-Nze AR. Buschke-Lowenstein tumor during the pregnancy: a propos of 2 cases. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1990;85:375-8.