

Reporte de caso: tumor de Buschke-Lowenstein, un condiloma acuminado gigante anal

Case report: Buschke-Lowenstein tumor, a giant anal condyloma acuminata

Daniel A. Saldivar-Reyes*, Gerardo E. Muñoz-Maldonado, José R. Fernández-Treviño,
Óscar Vidal-Torres y Darío E. Medina-Muñoz

Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México

Resumen

Varón de 24 años, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, que presenta una tumoración exofítica, dolorosa y supurativa, con reporte positivo de virus de papiloma humano y reporte histopatológico de carcinoma espinocelular sin evidencia de diseminación (in situ). El propósito de la investigación es un reporte de caso y el procedimiento fue observacional. El hallazgo fue un tumor de Buschke-Lowenstein.

Palabras clave: Tumor de Buschke-Lowenstein. Virus del papiloma humano. Condiloma acuminado.

Abstract

24-year-old man with positive HIV, with a giant exofitic anal condyloma, with a clinical presentation of a painfull suppurative anal condyloma with a pathology report of an in situ squamous cell carcinoma. The purpose of the investigation is a case report and the procedure was observational. The finding was a Buschke-Lowenstein tumor.

Keywords: Buschke-Lowenstein tumor. Papillomavirus. Condyloma acuminata.

Introducción

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein se considera una presentación rara de la infección por el virus del papiloma humano (VPH), caracterizada por una lesión verrugosa, exofítica, de crecimiento lento, de tamaño considerable, en forma de coliflor, principalmente en pacientes inmunosuprimidos¹.

Fue descrito inicialmente por Buschke en 1896 y posteriormente por Lowenstein en 1925, con casos reportados en diferentes localizaciones anatómicas,

como la boca, el pene, el escroto, la vulva, la vagina, perianal y anorrectal. Tiene una incidencia mayor en los hombres que en las mujeres (3:1)².

El tumor se ha asociado a infección por los VPH tipos 6 y 11, reconocidos como de bajo riesgo onco-génico debido a su escaso potencial de malignidad. Sin embargo, se ha postulado la posibilidad de coinfección con otros tipos de alto riesgo, especialmente el 16 y el 18, los cuales sí tienen evidencia de oncogénesis y desarrollo de cáncer anorrectal³.

Actualmente existen varias opciones de tratamiento para esta presentación de tumor, principalmente debido

*Correspondencia:

Daniel A. Saldivar-Reyes

E-mail: dr.dansaldivar@hotmail.com

0009-7411/© 2022 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 02-06-2022

Fecha de aceptación: 08-07-2022

DOI: 10.24875/CIRU.22000302

Cir Cir. 2023;91(6):835-838

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

a su localización adyacente a estructuras importantes y su comportamiento biológico, el cual no es conocido en su totalidad hasta el momento. La mayoría de los autores recomiendan un control temprano de la enfermedad mediante escisión radical y eventualmente abdominoperineal en caso de recurrencia, invasión pélvica o transformación maligna⁴.

Caso clínico

Varón de 24 años, con reciente diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH, en tratamiento con antirretrovirales, que inicia su padecimiento actual 13 meses previos a la consulta, con un aumento de volumen progresivo en la región perianal, indoloro, firme y no móvil. Un mes antes de su ingreso refiere exacerbación en el aumento de volumen, dificultándole la deambulación, la defecación y la sedestación, y con dolor, sangrado y supuración a través de la lesión, motivo por el cual acude a consulta. En la valoración inicial se encuentra hemodinámicamente estable, de complejión ectomórfica, con una tumoración en forma de coliflor verrugosa en la región perianal de aproximadamente 12 cm de diámetro horizontal y 8 cm de diámetro vertical, con salida de líquido purulento fétido (Fig. 1). Se solicitan estudios de laboratorio, los cuales se reportan dentro de rangos normales; carga viral indetectable. Se decide programar de manera ambulatoria para realizar resección de la lesión más anoscopia. Como parte del protocolo, debido a la pandemia de COVID-19, se solicita una prueba de reacción en cadena de la polimerasa para SARS-CoV-2, con reporte de resultado negativo. Se realiza el procedimiento bajo bloqueo epidural, con resección completa de la lesión, dejando unos márgenes de resección de 1.5 cm hacia la periferia y 1 cm de profundidad (Fig. 2). Se obtiene una pieza de aproximadamente 600 g (Fig. 3) que se envía a patología. Se ingresa al paciente a piso a cargo de cirugía general para continuar la vigilancia.

Se inicia manejo con analgésicos y antibióticos, y se realizan curaciones húmedas sobre la herida frecuentemente, durante 4 horas, y se decide su egreso hospitalario con seguimiento por parte de la consulta de cirugía general. En esta, 1 semana posterior, se encuentra la herida quirúrgica en proceso de granulación y sin lesiones verrugosas satélite, y el paciente refiere mejoría en su calidad de vida.

El reporte histopatológico fue de carcinoma espino-celular superficial (*in situ*).



Figura 1. Exploración física de la tumoración exofítica localizada en la región perianal.



Figura 2. Imagen posoperatoria tras la resección completa de la tumoración perianal exofítica.



Figura 3. Producto de la resección de la tumoración exofítica perianal.

Discusión

El condiloma acuminado es la enfermedad de transmisión sexual de origen viral más difundida en todo el mundo. Se asocia a infección por VPH tipos 6 y 11, altamente contagiosos y transmitidos predominantemente por contacto sexual anogenital y oral. Este fenómeno se atribuye con frecuencia tanto al inicio temprano de las relaciones sexuales como a un elevado número de parejas sexuales. Existe una regresión espontánea en la mayoría de los casos, pero en un bajo porcentaje de individuos hay persistencia de las verrugas a largo plazo, a lo cual contribuyen diferentes factores de riesgo, como la inmunosupresión, la edad y la coinfección con otros tipos de VPH de alto riesgo oncológico (en especial el 16 y el 18). Este fenómeno podría considerarse como una primera etapa en el desarrollo de lesiones más agresivas con características diferentes, como en el caso del condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein⁵.

El tumor de Buschke-Lowenstein es considerado por algunos autores como una lesión benigna con aspecto carcinomatoso, mientras que para otros es una condición intermedia entre el condiloma acuminado y

el carcinoma de células escamosas, que presenta un alto grado de recurrencia (66%), una transformación maligna elevada (56%) y una mortalidad del 20%⁵.

Por lo general, el proceso de transformación maligna de este condiloma gigante deriva en la aparición de un carcinoma verrugoso, el cual es una variante bien diferenciada y de bajo grado del carcinoma de células escamosas. Tiene un aspecto benigno desde el punto de vista histopatológico, con atipia mínima y pocas células mitóticas, pero su comportamiento es locorregionalmente agresivo y destructivo; rara vez presenta metástasis en los ganglios linfáticos regionales y a distancia. La mayoría de los casos no son reconocidos como malignos debido a la ausencia de displasia epitelial e invasión estromal en las fases iniciales⁶. Nuestro paciente debutó con la aparición de un tumor maligno cuyo diagnóstico histológico fue carcinoma espinocelular. La tasa de transformación maligna alcanza el 20% en los condilomas acuminados y hasta el 56% en los tumores de Buschke-Lowenstein⁷.

El tratamiento clínico debe ir precedido de un exhaustivo análisis clínico y anatomopatológico para determinar la extensión y el grado de invasión del tumor⁸.

En casos aislados se han utilizado diferentes modalidades de tratamiento. Chu et al.⁹, en un reporte de 42 casos, plantean que la escisión quirúrgica del tumor con amplio margen libre, con o sin quimioterapia adyuvante, es el tratamiento por excelencia de los tumores de Buschke-Lowenstein.

El posterior tratamiento de radioterapia, inmunoterapia, antiviral o quimioterapia debe ser individualizado en cada paciente, dependiendo de la extensión del tumor y del reporte histopatológico.

El tratamiento realizado en nuestro caso fue quirúrgico en primera instancia, y hasta el momento, en la última consulta de seguimiento, no presenta evidencia clínica de recidiva tumoral¹⁰.

Conclusiones

El tumor de Buschke-Lowenstein presenta una alta tasa de recurrencia y transformación maligna, ocasionando la aparición de un carcinoma escamoso. El diagnóstico clínico y anatomopatológico previo al tratamiento se hace indispensable para seleccionar la terapia a aplicar. La cirugía con amplio margen, con o sin otras modalidades de tratamiento, es efectiva para el control de la enfermedad. Es necesario un seguimiento a largo plazo en aquellos casos de condilomatosis recurrente y resistente a los tratamientos convencionales, o con evidencia de recidiva clínica e histológica.

Financiamiento

Los autores declaran que no se recibió ningún tipo de financiamiento privado ni público.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo

de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Bocquet H, Bagot M. Tumeurs bénignes d'origine virale. *Encycl Med Chir Dermatologie*. 1998;12-125-A-10, 9p.
2. Serrano NA, Sorando E. Condiloma gigante del pene (tumor de Buschke-Lowenstein): presentación de un caso. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2009;35:55-60.
3. De Toma G, Cavallaro G, Bitonti A. Surgical management of perianal giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor). Report of three cases. *Eur Surg Res*. 2006;38:418-22.
4. Parapar I, Taboada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. *Colomb Med*. 2007;38:143-8.
5. Yanofsky VR, Patel RV, Goldenberg G. Genital warts. A comprehensive review. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2012;5:25-36.
6. del Pino M, Bleeker MC, Quint WG, Snijders PJ, Meijer CJ, Steenbergen RD. Comprehensive analysis of human papillomavirus prevalence and the potential role of low-risk types in verrucous carcinoma. *Mod Pathol*. 2012;25:1354-63.
7. Yakasai IA, Abubakar IS, Ibrahim SA, Ayyuba R. Unusual presentation of giant condylomata acuminata of the vulva — a case report and review of literature. *Anatom Physiol*. 2012;S6:001.
8. Gole GN, Shekhar T, Gole SG, Prabhala S. Successful treatment of Buschke-Lowenstein tumour by surgical excision alone. *J Cutan Aesthet Surg*. 2010;3:174-6.
9. Chu Q. D., Veziridis M. P., Libbey P. N., Wanebo H. J. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. *Diseases of the Colon & Rectum*. 1994;37(9):950-7. doi: 10.1007/BF02052606.
10. Radovanovic Z, Radovanovic D, Semnic R, Nikin Z, Petrovic T, Kukic B. Highly aggressive Buschke-Lowenstein tumor of the perineal region with fatal outcome. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2012;78:648-50.