

Tumor de Buschke-Löwenstein en una paciente pediátrica

Gabriela Ambriz-González, Laura Cecilia Escobar-Zavala,
Carrillo de la Mora-Francisco, Teodoro Gutiérrez-Jiménez, Alejandro Ortiz-Arriaga

Institución Hospitalaria

Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal.

Solicitud de sobretiros: Dra. Gabriela Ambriz González.
Nuevo Hospital Civil Juan I. Menchaca, Guadalajara, Jal.

Resumen

Introducción: El tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) o Condiloma Gigante es una neoplasia semimaligna verrucosa con infiltración local, de lento crecimiento, recidivante y con tendencia a formar fístulas y abscesos. A pesar de su histología benigna y su bajo riesgo de metástasis se considera una lesión intermedia entre el condiloma acuminado y el carcinoma celular escamoso.

Caso Clínico: Paciente femenino de 12 años de edad con tumoración perianal de siete meses de evolución, acompañado de sangrado rectal y dolor a la defecación de dos meses de evolución. A la exploración física, olor fétido a distancia, abdomen sin alteraciones. En la región perianal tumoración exofítica verrugosa, colifloriforme, sangrante, fétida, protruyendo hasta la región vulvar. Cultivo de tumoración con *Cándida* especies, *Escherichia Colli* y *Staphilococo coagulasa* negativa. Se realiza resección quirúrgica en dos tiempos. El estudio histopatológico reportó condiloma acuminado con hiperplasia intrepitelial, sin atipias celulares. A un año de evolución sin recidiva, con buena evolución funcional y estética.

Discusión: La presentación del Tumor de Buschke Löwenstein a nivel anorrectal representa el 10% de los casos. Se reporta transformación maligna del TBL en el 30% a 50%. En la edad pediátrica es un tumor extremadamente raro, solamente Attipou y col. reportan el caso de un paciente de 14 años con un desenlace fatal. Debido a que la mayoría corresponde a reporte de casos no existen estudios controlados que establezcan las guías de tratamiento. Sin embargo la resección quirúrgica amplia continúa siendo el tratamiento de elección con curas iniciales de un 63% a 91%.

Palabras clave: Tumor de Buschke Löwenstein; Condiloma Gigante; Condiloma anal.



Buschke-Löwenstein tumor in a pediatric patient

Abstract

Introduction: Buschke-Löwenstein tumor (TBL) or Giant Condyloma semimaligna verrucosa is a neoplasm with local invasion, slow growth, recurrent and tendency to form fistulas and abscesses. Despite its benign histology and low risk for metastasis is considered an intermediate lesion between condyloma acuminatum and squamous cell carcinoma.

Case report: Female patient 12 years of age with perianal tumor seven months of development, accompanied by rectal bleeding and painful defecation two-month history. Physical examination, foul smelling distance, abdomen was normal. In the perianal verrucous exophytic tumor, colifloriforme, bleeding, fetid, protruding to the genital region. Tumor culture with *Candida* species, *E. Colli* and *Staphylococcus* coagulase negative. Surgical resection was performed in two stages. The histopathological study reported condyloma acuminata intrepitelial hyperplasia without atypia. In a year of evolution without recurrence, with good functional and aesthetic development.

Discussion: Buschke Löwenstein Tumor anorectal level represents 10% of cases. We report malignant transformation of TBL at 30% to 50%. In the pediatric age is an extremely rare tumor, only Attipou et al. reported the case of a patient of 14 years with a fatal descenlace. Because most of them were case reports there are no controlled studies to establish treatment guidelines. However, wide surgical resection remains the treatment of choice with initial cures 63% to 91%.

Index words: Buschke Löwenstein tumor, giant condyloma, anal condyloma.

Introducción

El tumor de Buschke Löwenstein (TBL) o Condiloma Gigante es una neoplasia semimaligna verrugosa colifloriforme que se caracteriza por infiltración local, de lento crecimiento, recidivante y con tendencia a formar fistulas y abscesos.

Fue descrito por primera vez en 1925 por Buschke y Löwenstein a nivel de pene y desde entonces se han descrito otras localizaciones como la región anogenital.¹⁻³

El TBL es una entidad rara y su patógena e historia natural no esta bien definida. A pesar de su histología benigna y su bajo riesgo de metástasis esta tumoración se considera una lesión intermedia entre condiloma acuminado y carcinoma celular escamoso.³⁻⁵

El virus del papiloma humano esta involucrado en la etiología del TBL y a la fecha se han descrito más de 70 subtipos del virus del papiloma humano, pero solamente los subtipos 6 y 11, rara vez el 16 y 18 están involucrados. Otros factores asociados son mala higiene, promiscuidad, o tratamientos con inmunosupresores.^{1,2}

El tumor de BL ha sido tratado con una variedad de modalidades.

Debido a que en la literatura la mayoría corresponde a reporte de casos no existen estudios controlados que establezcan las guías de tratamiento.⁶

Caso Clínico

Femenino 12 años con tumoración perianal de siete meses de evolución, acompañada de sangrado rectal y dolor a la defecación de dos meses de evolución y sincope en cinco ocasiones 24 horas previas a su ingreso.

A la exploración física, FC 135x', TA 60/40, llenado capilar 5x'', palidez de piel y tegumentos, mala higiene, olor fétido a distancia, diaforética, soplo holosistólico, abdomen sin alteraciones.

En la región perianal tumoración exofítica, verrugosa, colifloriforme, sangrante, fétida que protruye hasta la región vulvar de aproximadamente 15x20 cm. **Laboratoriales:** Hemoglobina 5.8 grs, plaquetas 359,000, TP 12.7 segundos, TPT 24.5 segundos.

Cultivo de la tumoración: *Cándida* especies, *Echerichia coli* y *Staphilococo* coagulasa negativa. VDRL negativo, cultivo para gonococo y *chlamydia trachomatis* negativo, anticuerpos



para chlamydia trachomatis IgA e IgG negativos. Requirió transfusión en cuatro ocasiones.

Se realiza resección quirúrgica en dos tiempos. En canal rectal, se resecaron seis lesiones verrugosas de 0.5 a 1cm mediante electrocoagulación.

A las seis semanas posquirúrgicas se da tratamiento local con 5-Fluoracilo por seis semanas.

El estudio histopatológico de la tumoración reporto condiloma acuminado con hiperplasia intra-epitelial sin datos de atipia celular. No fue posible realizar tipificación del subtipo del VPH involucrado.

El comité de niño maltratado y el departamento de psicología pediátrica descartó abuso sexual en la menor.

A un año de evolución sin recidivas, con resultados funcionales y cosméticos satisfactorios.

Discusión

El condiloma acuminado es una de las infecciones sexualmente transmitidas más comunes. Es causado por el virus del papiloma humano y a la fecha se han descrito más de 70 subtipos.⁷⁻⁹

Se caracterizan por su efecto epidermotrófico que produce sobrecrecimiento epitelial.

La transmisión puede llevarse de varias maneras: por contacto sexual, por autoinoculación o por contacto con material contaminado. El periodo de incubación es 2 a 3 meses pero puede ser mayor a 20 meses.^{7,9,10}

La incidencia anual en los EEUU es del 1%, con una prevalencia similar a la reportada en países como Inglaterra, Panamá, Italia y otros países en desarrollo.

Es un problema poco común en niños aunque ha presentado un incremento en años recientes, siempre que se presente en la edad pediátrica debe descartarse la posibilidad de abuso sexual.^{8,9,11}

Clínicamente el condiloma acuminado se manifiesta por lesiones verrugosas múltiples.

La presencia de una tumoración exofítica colifloriforme con invasión local es rara y se conoce como Condiloma Gigante o Tumor de Buschke Löwenstein.^{6,12}

Este tumor fue descrito por primera vez en 1925 por Buschke y Löwenstein a nivel de pene y desde entonces se han descrito otras locali-

zaciones como la región anogenital incluyendo vulva, vagina, recto, escroto y vejiga.¹⁻³

Se caracteriza por ser una neoplasia semimaligna verrugosa colifloriforme con tendencia a invasión local, de lento crecimiento, recidivante y con tendencia a formar fístulas y abscesos.

Es una condición rara y su patogénesis e historia natural no está bien definida. A pesar de su histología benigna y su bajo riesgo de metástasis es considerado una lesión intermedia entre condiloma acuminado y carcinoma celular escamoso.³⁻⁵

Los subtipos de VPH generalmente involucrados en el TBL son el 6 y 11, rara vez el 16 y 18, generalmente están asociados a otros factores como mala higiene, promiscuidad, o tratamientos con inmunosupresores.^{1,2}

Debido a la presentación poco usual la mayoría consisten en reporte de casos.

Existen 2 series en la literatura reportadas de TBL que corresponden a la realizada por Creasman y col¹³ que incluye 20 casos, posteriormente Chu y col¹⁴ realizó una revisión en la literatura inglesa de 42 casos, en ambas series la edad promedio de los pacientes sobrepasó los 40 años.

En la edad pediátrica es una entidad extremadamente rara y solamente Attipou y col reportan un caso de un paciente de 14 años con un desenlace fatal.⁷

La principal característica de este tumor es que a pesar de patrón histológico benigno si se deja sin tratamiento puede progresar y penetrar tejidos profundos. Se ha reportado transformación maligna en un 30% a 50% de los casos.

Permanece desconocido que factores virales o del huésped: tales como una elevación en la expresión viral del huésped o la incapacidad de la respuesta inmune celular, cambian el potencial oncogénico del VPH 6 y 11 permite que un Condiloma gigante benigno se torne maligno.^{5,14}

El tumor de BL ha sido tratado con una variedad de modalidades. Debido a que en la literatura la mayoría corresponde a reporte de casos no existen estudios controlados que establezcan las guías de tratamiento.^{5,6}

El uso de podofilina al 10%-15% o ácido tricloroacético tópico solo se recomienda en caso de Condiloma acuminado anal pequeñas con una tasa de fracaso del 25%.¹²

El tratamiento del TBL anal continúa siendo quirúrgico teniendo la tasa de éxito más alta y



menor tasa de recurrencia, con curas iniciales del 63% a 91%.

El análisis del estudio realizado por Chu y cols concluyo que el único tratamiento efectivo es la resección quirúrgica amplia del tumor con o sin quimioterapia adyuvante.^{8,14}

Otros tratamientos reportados incluyen quimioterapia tópica o sistémica con 5-fluoracilo, administración de bleomicina sistémica en combinación con cisplatina y metrotexate.

El uso de láser de Argón o CO2 se reserva para aquellos casos recidivantes o que no fueron candidatos a otro tipo de tratamiento.^{3,7}

Se debe realizar la revisión histológica de toda la pieza para descartar transformación maligna, de ser posible se debe determinar el subtipo de VPH ya que se pude determinar su potencial oncogénico.^{7,14}

Hay reporte no concluyentes que el uso de alfa interferón intralesional provoca regresión.^{3,15}

El inconveniente de este tipo de tratamiento es que no se ha establecido la dosis adecuada y que debe ser utilizada por largo tiempo y finalmente su costo.

A diferencia del caso reportado por Attipou nuestro paciente tuvo un mejor resultado, por lo que parece que el tratamiento temprano esta relacionado con un mejor tratamiento.

Referencias

1. Nebesio C, Mirowski GW, Ginat W, Chiang T: Human papillomavirus: Clinical significance and malignant potential. *Int J Dermatol* 2000; 40: 373-79.
2. Norwood C, Mather MK: Giant condilomata acuminata of Buschke and Löwenstein. <http://www.emedicine.com/DERM/topic166.htm>
3. Geusau A, Heinz-Peer G, Volc-Platzer B, Stingl G, Kimbauer R: Regression of deeply infiltrating giant condyloma (Buschke-Löwenstein Tumor) following long-term intralesional interferon alfa therapy. *Arch Dermatol* 2000; 136: 707-10.
4. Kibrité A, Zeitouni NC, Clouthier R: Aggressive giant condyloma acuminatum associated with oncogenic human papilloma virus: a case report. *Can J Surg* 1997; 40: 143-45.
5. Ergun SS, Kural YB, Buyukbabani N, Verim L, Akbulut H, Gurkan L: Giant condyloma acuminatum. *Dermatol Surg* 29 (3): 300-303, 2003.
6. Leroy T, Ronald P: Giant condyloma acuminatum of the anorectum: Trends in epidemiology and management. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 1878-86.
7. Attipou K, Yawovi NJ, Napo-Koura GA, Tchangaï-Walla A, James K: Giant anal condyloma acuminatum in childhood: A case report. *Nig J Surg Res* 2001; 3: 170-74.
8. Kazzi AA, Ghadishah D: Warts, genital. <http://www.emedicine.com/emerg/topic640.htm>
9. Budayr M, Ankney R, Moore R: Condyloma acuminata in infants and children. A survey of colon and rectal surgeons. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 1112-15.
10. Adanali G, Hacilar A, Verdi M, Gencaga S, Erdogan B: Epidermoid carcinoma arising in a giant condyloma acuminata of 20 years' duration. *Ann Plast Surg* 2002; 48: 333-34.
11. De Jong AR, Weiss JC, Brent RL: Condyloma acuminata in children. *Am J Dis Child* 1982; 136: 704-6.
12. Sobrado CW, Mester M, Nadalin W, Nahas SC, Bocchini SF, Habr-Gama A: Radiation-induced total regression of a highly recurrent giant perianal condiloma: Report of a case. *Dis Colon Rectum* 43(2): 257-260, 2000.
13. Creasman C, Haas PA, Fox TA Jr, Balazs M: Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein Tumor). *Dis Colon Rectum* 1989; 32: 481-87.
14. Chu DQ, Vezzeridis MP, Libbey NP, Wanebo HJ: Giant Condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein Tumor) of the anorectal and perianal regions. Analysis of 42 cases. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 950-57. 1994
15. Moreira-Preciado M, Pérez-López A, Colomé-Escobar M: Condiloma gigante inguinal (Tumor de Buschke Löwenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso. *Rev Cub Med Trop* 2000; 52: 70-2.

