



Tumor de Buschke-Löwenstein durante el embarazo. Comunicación de caso

Pérez-Chaverri A,¹ Sánchez-Rodríguez AF,² Pérez-Rodríguez P³

Resumen

ANTECEDENTES: el tumor de Buschke-Löwenstein (condiloma acuminado gigante) es una dermatosis poco común causada por el virus del papiloma humano. Suele aparecer en la región genital, anorrectal y perianal. Durante el embarazo las verrugas genitales tienden a crecer y proliferar, principalmente por el estado de inmunodepresión transitoria. Este tumor tiene alta tasa de recurrencia. En la mayoría de los casos, el tratamiento de elección es mediante intervención quirúrgica.

OBJETIVO: comunicar un caso de tumor de Buschke-Löwenstein durante el segundo trimestre de embarazo, su tratamiento y seguimiento a corto plazo.

CASO CLÍNICO: paciente de 18 años de edad, primigesta, que acudó a consulta por un tumor en la región perianal, con rápido crecimiento en las últimas 4 semanas. Se realizó escisión quirúrgica de la lesión, que se complicó al quinto día con dehiscencia de la herida. Se le administraron antibióticos de amplio espectro; egresó sin complicaciones y continuó en seguimiento durante los próximos diez meses. El embarazo llegó a término, con interrupción por vía abdominal, sin recurrencia del tumor.

CONCLUSIONES: no existe evidencia definitiva que sugiera cuál tratamiento es superior a otro. Las pacientes con lesiones poco extensas pueden tratarse después del parto; por el contrario, quienes tienen condilomas extensos deberán intervenirse quirúrgicamente, posiblemente durante el segundo trimestre de embarazo.

PALABRAS CLAVE: tumor de Buschke-Löwenstein, condiloma acuminado gigante, embarazo, virus del papiloma humano, verrugas.

Ginecol Obstet Mex. 2016 Jul;84(7):455-461.

Buschke-Löwenstein tumor in the pregnancy. Case report and literature review

Pérez-Chaverri A,¹ Sánchez-Rodríguez AF,² Pérez-Rodríguez P³

Abstract

BACKGROUND: Buschke-Löwenstein tumor (also known as giant condyloma acuminatum) is a rare skin disease associated with the

¹ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Adscrito al servicio de Dermatología.

³ Comité de investigación, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Tamaulipas. Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco.

Recibido: marzo 2016

Aceptado: abril 2016

Correspondencia

Dr. Alejandro Pérez Chaverri
peca8907@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Tumor de Buschke-Löwenstein durante el embarazo. Comunicación de caso. Pérez-Chaverri A, Sánchez-Rodríguez AF, Pérez-Rodríguez P. Ginecol Obstet Mex. 2016 jul;84(7):455-461.

Human papillomavirus. It located in perianal, anorectal and genital region. During the pregnancy, genital warts tend to proliferate, this is associated mainly by the immunological condition, it has high recurrence rate and in the most cases the treatment is surgical.

OBJECTIVE: To report a case of Buschke-Lowenstein tumor that was presented during the second trimester of pregnancy, and treatment provided and short-term monitoring of the patient.

CLINICAL CASE: A 18 year old patient, primigravid, whose began her current condition three months prior to hospitalization, with a tumor in the perianal region, and significant growth increased in the last 4 weeks. Surgical excision of the lesion was performed, complicating the fifth day with wound dehiscence. It is administered during his internment broad-spectrum antibiotic therapy, uncomplicated graduates continuing monitoring and following up over the next ten months. Term pregnancy was culminate at term, with interruption via abdominal, without recurrence of the tumor.

CONCLUSIONS: There is no definitive evidence to suggest that treatment is superior to another. If the lesions are not extensive during pregnancy can be treated until after delivery, however extensive changes condyloma, can be treated surgically, possibly during the second trimester of pregnancy.

KEY WORDS: Buschke-Löwenstein tumor; Giant condyloma acuminatum; Pregnancy; Human papilloma virus; Warts

¹ Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia.

² Adscrito al servicio de Dermatología.

³ Comité de investigación, Facultad de Medicina de la Universidad autónoma de Tamaulipas.

Hospital General de Tampico Dr. Carlos Canseco

Correspondence

Dr. Alejandro Pérez Chaverri
peca8907@gmail.com

ANTECEDENTES

El tumor de Buschke-Löwenstein, también conocido como condiloma acuminado gigante, es una neoplasia poco frecuente, de crecimiento lento y localmente destructivo. Suele asociarse con los serotipos 6, 11, 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH).¹⁻⁵

Fue descrito inicialmente por Abraham Buschke (1896) y después por Buschke y Löwenstein (1925). Los primeros casos reportados fueron en hombres, cuyas lesiones se localizaban en el pene.⁶⁻⁸ En los últimos 10 años se han incrementado en 6.3 casos por año. La incidencia anual de condiloma acuminado en Estados Unidos es de 1%. Afecta con mayor frecuencia a los hombres que a las mujeres (relación 3.2:1), con

media de edad de 42 años.⁴ La prevalencia del VPH durante el embarazo es de 46%.⁹

El tumor de Buschke-Löwenstein suele localizarse en la región genital, anorrectal y perianal; es una lesión de alto riesgo de transformación hacia carcinoma epidermoide (principalmente los serotipos 16 y 18).^{1,2} Los serotipos 6 y 11 son los más comúnmente encontrados y no son oncogénicos por tanto son de bajo riesgo. El virus del papiloma humano puede transmitirse a través de varias vías: contacto sexual, autoinoculación o contacto con fómites en un periodo de incubación de 2 a 3 meses, pero puede extenderse a 20 meses.⁴

El examen clínico, por sí solo, no es suficiente para distinguir entre múltiples verrugas anales,



condilomas acuminados, incluso algún carcinoma epidermoide verrugoso; por lo tanto, la escisión completa de la lesión y el examen histológico ayudarán a establecer el diagnóstico patológico final.⁴ La biopsia está indicada en circunstancias particulares, ya sea en pacientes inmunodeprimidos (incluidos quienes padecen VIH), cuando existe duda en el diagnóstico clínico, casos con lesiones que no reaccionan al tratamiento habitual y en pacientes cuya enfermedad empeora a pesar del tratamiento.³

Los síntomas con mayor predominio son: dolor pélvico, descarga vaginal, sangrado anorrectal, alteraciones en la defecación, pérdida de peso y apetito, estreñimiento, anemia, dificultad para caminar, prurito, disuria, etc.

Las complicaciones asociadas con el tratamiento quirúrgico incluyen: fistulas, abscesos, sangrado del sitio quirúrgico, falla del injerto, infección o dehiscencia de la herida, obstrucción uretral, entre otros.¹⁰

Aunque el condiloma acuminado gigante y el condiloma ordinario tienen características benignas, el riesgo de transformación maligna del primero es de 14%.⁴

Durante el embarazo las verrugas genitales pueden proliferar y hacerse friables.³ El tratamiento de este tipo de lesiones consiste en medicamentos tópicos y cirugía. La criocirugía con nitrógeno líquido, además de la aplicación tópica de podofilina al 25-30% y de ácido tricloroacético, se indican para pequeñas lesiones de condiloma acuminado anal (la falla terapéutica se estima en 25%). La podofilotoxina, podofilina y sinecatequinas se contraindican durante el embarazo.³ En pacientes con tumor de Buschke-Löwenstein, el tratamiento de primera línea es quirúrgico: suele practicarse una disección microscópicamente controlada para permitir la resección total del tumor, con máxi-

ma preservación de la estructura y función del tejido sano.^{4,10} El condiloma acuminado gigante y el condiloma ordinario tienen histología benigna, la forma de diferenciarlo de este último es por el engrosamiento del estrato córneo, marcada proliferación papilar, invasión profunda y desplazamiento del tejido subyacente, sin afectar la membrana basal.¹¹ Se caracteriza por su gran apariencia similar a la coliflor, con tendencia a la infección y formación de fistulas; clínicamente tiene comportamiento maligno, pero histológicamente benigno. Estas lesiones no han sido completamente clasificadas.¹² Los estudios de imagen representan una estrategia importante para determinar la extensión de la lesión y afectación a estructuras vecinas; también ayudan a establecer la viabilidad de la resección quirúrgica.¹³ A continuación se reporta un caso de tumor de Buschke-Löwenstein durante el segundo trimestre del embarazo, su tratamiento y seguimiento a corto plazo.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta de 18 años de edad, sin antecedentes personales patológicos de importancia para el padecimiento actual. Entre sus antecedentes ginecoobstétricos destacan: menarquia a los 14 años de edad, ritmo menstrual 28/5, eumenorréica; inicio de vida sexual a los 17 años, dos parejas sexuales, sin prescripción ni utilización de algún método anticonceptivo no contaba con citología cervical y negó enfermedades de transmisión sexual. Su fecha de última menstruación: 26 de enero de 2015. El padecimiento actual lo inició 3 meses antes de su hospitalización, con una masa en la región perianal, en forma de coliflor, con importante crecimiento en las últimas 4 semanas, concomitante con dolor, dificultad para caminar y mal olor. A la exploración física se observó una tumoración exofítica, de aspecto vegetante, que afectaba los labios mayores y la región perianal, de aproximadamente 20x10 cm, con olor fétido

(Figura 1). La paciente se encontraba en la semana 15 del embarazo, diagnosticado por fecha de la última menstruación. Se hospitalizó el 15 de mayo de 2015 para recibir tratamiento.

Las pruebas de laboratorio, al ingreso, reportaron: hemoglobina de 9.8 g/dL, hematocrito de 30.9%, volumen globular medio de 30.9%; concentración media de hemoglobina: 26.7 pg, plaquetas: 195,000 μ L, leucocitos totales: 8.19 x $10^3/\mu$ L, neutrófilos totales de 76.6%, neutrófilos segmentados de 76.6%, linfocitos de 17.2% y grupo Rh: O(+).

Se realizó escisión completa de la lesión el 20 de mayo de 2015, con un margen de bordes quirúrgicos de 1 cm. Antes de la intervención

quirúrgica se le trasfundió un paquete globular. Cinco días después se observó dehiscencia de la herida quirúrgica, por lo que fue reintervenida en quirófano para lavado mecánico (Figura 2). En el periodo transquirúrgico se le colocaron apósticos de alginato de plata, que se retiraron al tercer día. La paciente egresó sin complicaciones el 1 de junio de 2015. Durante su internamiento se le administraron antibióticos de amplio espectro (ceftriaxona, clindamicina y meropenem). El reporte anatopatológico de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico de condiloma acuminado, libre de lesión en los bordes quirúrgicos (Figuras 3 y 4).

Después de su egreso hospitalario, durante el control prenatal, permaneció con estreñimiento, por lo que se indicó un laxante natural (senó-



Figura 1. Condiloma acuminado gigante. Lesión exofítica, de aspecto vegetante, que afecta la región vulvoperineal.



Figura 2. Dehiscencia de la herida quirúrgica (cinco días después de la intervención quirúrgica).

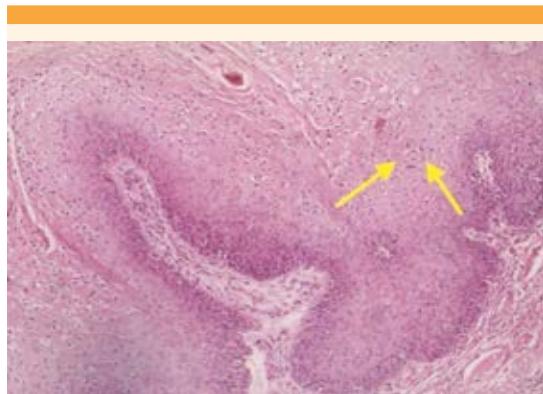


Figura 3. Múltiples células coilocíticas (tinción con hematoxilina-eosina).

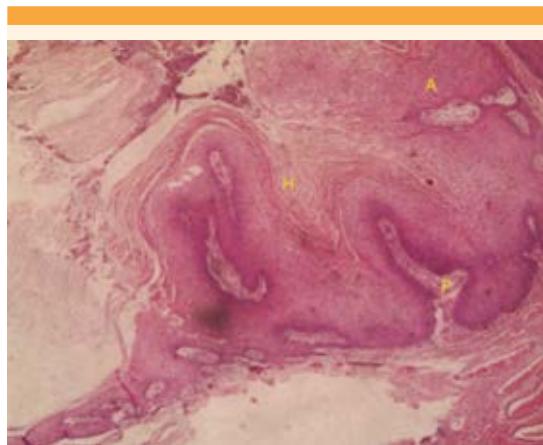


Figura 4. Lesión con hiperqueratosis (H), papilomatosis (P) y acantosis(A) de la membrana basal (tinción con hematoxilina-eosina).

sidos A-B) y dieta con alto contenido de fibra; también cursó con infección recurrente de las vías urinarias, cuyo reporte del urocultivo fue *Proteus* sp sensible a gentamicina, eritromicina, trimetoprima-sulfametoazol, amikacina, ciprofloxacino, lincomicina y cefalexina; por tanto, se optó por administrar cefalexina en dosis terapéuticas y profilácticas, con lo que obtuvo curación completa. La paciente se encontraba

anémica durante el embarazo, con hemoglobina entre 9.2-9.4 g/dL. El embarazo llegó a término, con la extracción del feto por vía abdominal, debido a estenosis del introito, que sobrevino a causa del evento quirúrgico. Durante el transcurso del embarazo y puerperio no se observaron recurrencias de las lesiones (Figura 5).

En los próximos 10 meses de seguimiento, posterior a su evento quirúrgico, no aparecieron nuevas lesiones y la paciente podía realizar sus actividades cotidianas sin ninguna complicación (Figura 6). La intensa cicatrización mostró un marcado engrosamiento en la región perianal y, como consecuencia, acortamiento del introito vaginal, con permeabilidad de aproximadamente 1 dedo. Se perdieron los límites anatómicos entre los labios mayores y menores, y el clítoris desapareció debido a la invasión del tumor.

DISCUSIÓN

El condiloma acuminado es una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. Los factores de riesgo para contraer el virus del papiloma humano incluyen: múltiples parejas



Figura 5. Seguimiento: cinco meses después de la cirugía.



REFERENCIAS

1. Wester NE, Hutton EM, Krikke C, Pol RA. Intra-abdominal localization of a Buschke-Lowenstein tumor: case presentation and review of the literature. Case Re Transplant 2013;2013:6-6.
2. Skowrońska-Piekarska U, Kościński T. Buschke-Lowenstein tumor resection with simultaneous reconstruction of extensive tissue losses: case report. BMC Surg 2015;15:41.
3. Workowski KA, Bolan GA, Center for Diseases Control and Prevention. Sexually transmitted disease treatment guidelines 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(3):1-37.
4. Farouk S, Bekdache O, Al-Salam S, Alashari M, Mazen T, El-Salhat H. Management of peri-anal giant condyloma acuminatum. A case report and literature review. Asian J Surg 2013;36:43-52.
5. Diani M, Boneschi V, Ramoni S, Gadda F, et al. Rapidly Invasive Buschke-Lowenstein tumor associated with human papillomavirus types 6 and 52. Sex Transm Dis 2015;42(10):547-8.
6. Steffen C. The men behind the eponym-Abraham Buschke and Ludwig Lowenstein: giant condyloma (Buschke-loewenstein). Am J Dermatopathol 2006;28:526-536.
7. Buschke A. Neisser's stereokopischer atlas. NewYork: Fischer, 1896.
8. Buschke A, Lowenstein L. Über carcinomähnliche condylomata acuminata des penis. Klin Wochenschr 1925;4:1726-1728.
9. Yavuzcan A, Çağlar M, Turan H, Tekin A, Topuz S, Yavuzcan G, et al. The treatment of giant periurethral condyloma in pregnancy using an ultrasonic thermal scalpel: a case report and new single session treatment option. Case Rep Obstet Gynecol 2015;2015:792412.
10. Chu QD, Vereridis MP, Libbey NP, Wanebo HJ. Giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) of the anorectal and perianal regions. Dis Colon Rectum 1994;37: 950-957.
11. Chowdri NA, Gagloo MA, Parry FQ, Sheikh ZA, Rouf A, Wani A. Perianal giant condyoma acuminata [Buschke-Lowenstein tumour]-first case report from the Kashmir valley. Indian J Surg 2007;69:203-205.
12. Creasman C, Haas PA, Fox TA, Balazs M. Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor). Dis Colon Rectum 1989;32:481-487.
13. Montaña N, et al. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke Löwenstein). Serie de 7 casos clínicos y revisión de la literatura. Rev Chil Radiol 2014;20(2):57-63.
14. Ahsaini M, Tahiri Y, Tazi M, Elammari J, Mellas S, Khalilou A, et al. Verrucous carcinoma arising in an extended giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor): a case report and review of the literature. J Med Case Rep 2013;7:273.
15. Michiels I, Tijalma WA. The rapid development of a giant condyloma acuminatum (Bushcke-Löwenstein tumor) during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007;86(6):762-3.
16. Imširija N, Murtezić S, Imširija I, Kasumović A, Kandić A, Dizdarević A. Condyloma change in pregnancy. Med J 2015;20(4):284-285.
17. Niazy F, Rostami K, Motabar AR. Giant condyloma acuminatum of vulva frustrating treatment challenge. World J Plast Surg 2015;4(2):159-162.
18. Cohen E, Levy A, Holcberg G, Wiznitzer A, Mazor M, Sheiner E. Perinatal outcomes in condyloma acuminata pregnancies. Arch Gynecol Obstet 2011;283:1269-1273.
19. Rando R, Lindheim S, Hasty L, Sedlacek T, et al. Increased frequency of detection of human papillomavirus deoxyribonucleic acid. In exfoliated cervical cell during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989;161(1):50-55.

AVISO PARA LOS AUTORES

Ginecología y Obstetricia de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (*OJS*) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.