



## ARTÍCULO DE REVISIÓN

# Tumor de Buschke-Löwenstein. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Aragón CM<sup>1</sup>, Molina-Polo LD<sup>2</sup>, Galicia SR<sup>3</sup>, Morales PA<sup>4</sup>.

### RESUMEN

El tumor de Buschke-Löwenstein es una lesión benigna que se localiza en genitales y región perianal; es invasor localmente y el daño que produce es por compresión. Se ha asociado con la presencia de infección por el virus del papiloma humano (VPH) tipos 6 y 11. Su tratamiento es quirúrgico, si bien otras modalidades, como radioterapia y quimioterapia, se reservan para casos especiales. Se presenta el caso de un hombre de 56 años quien presentó lesión del pene con destrucción total del mismo.

### ABSTRACT

*Buschke-Löwenstein tumor is a benign lesion of the external genitalia and perianal region. It is locally invasive and the damage it produces is caused by compression. It has been associated with type 6 and type 11 human papillomavirus (HPV). The treatment of choice is surgical excision. Radiotherapy and chemotherapy are used in some cases. The case of a 56-year-old patient presenting with a penile tumor with total destruction of the penis is reported.*

### INTRODUCCIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein o condiloma acuminado gigante, fue descrito en 1925 por Buschke y por Löwenstein en 1925 y en 1933, como un condiloma acuminado gigante, con características de carcinoma de pene que clínicamente es parecido a este último, y, sin embargo, con características histológicas diferentes. El tumor de Buschke Löwenstein, tiene una localización en

genitales y región perianal. Es localmente invasor y con tendencia a recurrir en forma de absceso y fístula.<sup>1</sup>

En 1948 Ackerman describió, en la cavidad oral una lesión de características semejantes llamada carcinoma verrucoso, que a diferencia del tumor de Buschke- Löwenstein, este último no tiende a dar metástasis.<sup>2</sup>

Se ha propuesto que este tumor es un estado intermedio entre el condiloma acuminado y el carcinoma verrucoso,<sup>3</sup> y es diferente al carcinoma de células escamosas del pene.

### Caso clínico

Se trata de paciente de 56 años de edad, originario y residente de Atlacomulco, Estado de México,

1 Urológos Centro Médico ISSEMYM Metepec; 2 Urólogo Centro Médico ABC Campus Observatorio; 3 Urológos Centro Médico ISSEMYM Metepec; 4 Patólogo Centro Médico ISSEMYM, Metepec.



Figura 1. Pieza quirúrgica.

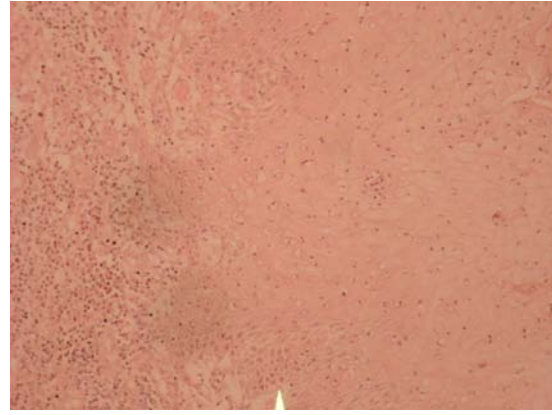


Figura 3. Nidos de células sin anaplasia.



Figura 2. Pieza quirúrgica.

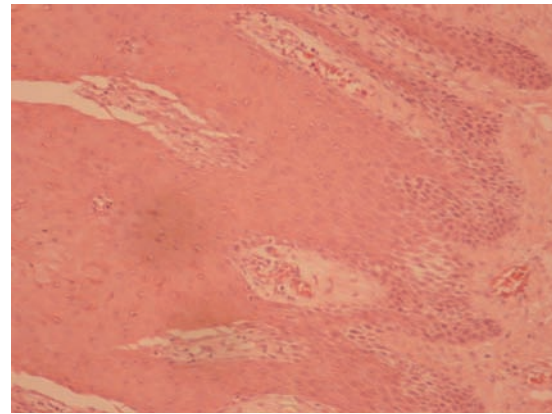


Figura 4. Crestas epidérmicas.

escolaridad primaria y casado. Tabaquismo intenso desde los 10 años de edad, alcoholismo importante llegando a la embriaguez constantemente, refiere múltiples parejas sexuales; niega relaciones homosexuales y zoofilia.

Alérgico a la penicilina. No menciona otros antecedentes de importancia.

Su padecimiento actual lo inicia un año antes de acudir al Centro Médico ISSEMYM, Metepec; al notar la presencia de pequeña ulcera a nivel del glande acudiendo con varios facultativos y recibiendo múltiples tratamientos tópicos, sin referir cuales. Es visto en el servicio de urología, encontrando destrucción completa del pene, además de importante secreción fétida. En ambas regiones

inguinales se palpan cadenas ganglionares aumentadas de tamaño. Se decide realizar biopsia de la lesión con reporte de patología de lesión intraepitelial de bajo grado. Se decide realizar penectomía total con realización de meato perineal, dado el grado de destrucción que presentaba el pene (Figuras 1 y 2) con reporte de patología de condiloma gigante con límites quirúrgicos libres de lesión. (Figuras 3 y 4).

El paciente presenta infección de la herida quirúrgica, la cual es manejada con curaciones y terapia antimicrobiana.

Actualmente el paciente tiene 9 meses de seguimiento sin recurrencia local del tumor.

## Discusión

La incidencia del tumor de Buschke-Löwenstein no se conoce con exactitud, sin embargo, se cree que es mayor a lo reportado.<sup>4</sup>

El condiloma acuminado es crecimiento epitelial causado por el virus del papiloma humano (VPH), este tiene como característica que a pesar de ser una lesión histológicamente benigna, si no se da tratamiento puede evolucionar a una proliferación papilomatosa que penetrara el tejido subyacente. La transformación maligna se ha reportado entre 30-50%.

Los VPH de bajo riesgo tipo 6 y 11, se han relacionado con el tumor de Buschke-Löwenstein, y son de bajo potencial maligno a diferencia de los tipos 16 y 18 que se asocian con displasia de alto grado, carcinoma in situ y carcinoma invasor.<sup>5</sup>

El tumor de Buschke-Löwenstein desplaza, penetra y destruye las estructuras adyacentes por compresión, el examen microscópico revela una masa frondosa compuesta por crestas epidérmicas ancha y redondeada, compuestas por células escamosas bien diferenciadas que no muestran anaplasia celular, rodeadas por células inflamatorias agudas y crónicas.<sup>6</sup>

Este tumor ha sido tratado de múltiples maneras. La escisión quirúrgica amplia del tumor con límites quirúrgicos libres de lesión es el mejor tratamiento que existe.

El uso de la radioterapia es controvertido y se ha utilizado solamente en casos de tumores no reseables.<sup>7</sup>

Se ha utilizado la criocirugía, bleomicina intralesional y la resección con láser.

En ocasiones se ha utilizado la quimioterapia sistémica a base de combinaciones con metotrexate, 5-fluorouracilo, bleomicina, mitomicina C, cisplatino

y leucovorin.<sup>8</sup> También se ha reportado el uso de interferón intralesional o sistémica.<sup>9</sup>

Sin importar la modalidad terapéutica, la recurrencia local es alta y el paciente debe permanecer en vigilancia.

Consideramos que el tratamiento que recibió el paciente ha sido el adecuado ya que la destrucción que presentaba el pene era completa, y ningún tratamiento conservador iba a proporcionar un control local adecuado. El paciente ha permanecido en vigilancia por 9 meses, sin que hasta el momento haya presentado recurrencia local alguna.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ergün SS, Kural YB, Büyükbabani N, Verim L, Akbulut H, Gürkan L. Giant Condyloma Acuminatum. *Dermatol Surg* 2003; 29:300-303.
2. Grassegger A, Höpel R, Hussl H, et al. Buschke-Löwenstein tumour infiltrating pelvis organs. *Br J Dermatol* 1994; 130:221-5.
3. Schwartz RA. Verrucous carcinoma of the skin and mucosa. *J Am Acad Dermatol* 1995; 32:1-21.
4. Rhea WG, Bourgeois BM, Sewell DR. Condyloma acuminata a fatal disease. *Am Surg* 1998; 64:1082-7.
5. Kibrite A, Zeitouni NC, Cloutiere RL. Aggressive giant condyloma associated with oncogenic human papilloma virus: a case report. *Can J Surg* 1997; 40:143-5.
6. Walsh, Retik, Stamey Vaughan Campbell's Urology 2003;1267-8.
7. Yagi H, Igawa M, Shiina H, Shigeno K, et al. A study of growth pattern in giant condyloma acuminatum. *Urol Int* 1998; 61:188-91.
8. Ilkay AK, Chodak GW, Vogelzang NJ, et al. Buschke-Löwenstein tumor: therapeutic options including systemic chemotherapy. *Urology* 1993; 42:599-602.
9. Zachariae H, Larsen PM, Sagaard H. Recombinant interferon alpha 2A in case of Buschke-Löwenstein giant condyloma. *Dermatologica* 1988;177:175-9.