



Cardiloma acuminado gigante perianal (Tumor de Buschke Lowenstein)

Carlos Sardiñas
José Manuel Pestana
Luis Rodríguez Nissi¹.

¹Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D" Servicio de Cirugía IV
Hospital Universitario de Caracas

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

Este es un tipo de tumoración benigna de comportamiento localmente agresivo por su patrón de crecimiento e invación a estructuras vecinas. Es una lesión ocasionada por el Virus de Papiloma humano, de características exofíticas e irregulares, macroscópicamente muy similar a una neoplasia maligna.

INTRODUCCIÓN

Se describe un caso tratado en nuestro servicio con resección quirúrgica total de márgenes libres en el intento de la curación del paciente y sus complicaciones.

El espectro clínico de la infección por el Virus de Papiloma Humano (V.P.H.) es 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. Descrito inicialmente por Buschke en 1896(1), y luego por Lowenstein en 1939cree es producido por la infección con V.P.H. tipos 6 y (2).

Se 11, debido a que translocaciones de este virus se encuentran en el tumor(3,4). Aparece en múltiples localizaciones anatómicas. Entre las más frecuentes encontramos el pene y la región perianal (5). Otras más infrecuentes como la vejiga han sido también descritas(6). Las características macroscópicas y ultraestructurales de esta neoplasia se asemejan a las del carcinoma epidermoide sin embargo las características de transformación maligna están ausentes(7,8). Además no se ha descrito potencial de invasión vascular ni de destrucción por infiltración. El daño a estructuras adyacentes se produce por compresión. Existe controversia en denominar a esta lesión como premaligna con alto potencial de malignización (9) o como una manifestación del carcinoma epidermoide (10).

Debido a su alto índice de recurrencia existe consenso en que su tratamiento debe ser quirúrgico con resección que incluye, de acuerdo a su localización falectomía (10,11), vulvectomía (12) o resección abdominoperineal del recto (13,14,15).

Recientemente se han propuesto otras alternativas de tratamiento con laser seguido de interferón, para pacientes con lesiones recurrentes (16).

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 14 años, blanco, portador de retardo mental y con antecedentes de relaciones homosexuales, quien consulta a nuestro servicio por la consulta externa, con masa de localización perianal de 1 año de evolución, la cual progresivamente ha aumentado su tamaño, es dolorosa y se acompaña de descarga serosa en su superficie. Al examen físico se evidencia en la región perianal una lesión verrugosa extensa de 15 por 15 cm. De superficie mamelonada, irregular y ulcerada en zonas donde también se demostró descarga de material seroso y serohemático. Al tacto rectal y la rectosigmoidoscopia no impresiona extensión de la enfermedad hacia el canal anal. Se detectaron otras lesiones en la región perineal y en los genitales externos de menor tamaño. El resto del examen sólo mostró signos neurológicos propios de su retardo mental.

Se hace el diagnóstico de tumoración perianal: Carcinoma epidermoide de ano vs. Condiloma Acuminado Gigante. Se practica biopsia incisional de la lesión que reporta: Marcada hiperqueratosis, paraqueratosis, acantosis y papilomatosis. Se evidenciaron además cambios celulares coilocíticos.



Con el diagnóstico de Condiloma Acuminado Gigante se decide llevar a la mesa operatoria para realizar la resección quirúrgica de la lesión. Se empleó la electrocoagulación con aplicación previa de solución salina al 0.9% con adrenalina en el tejido subcutáneo bajo el condiloma acuminado, siendo necesaria una anestesia regional para la exposición satisfactoria del conducto anal. Dicho procedimiento fue llevado a cabo sin complicaciones y la evolución postoperatoria del paciente fue satisfactoria. Dos meses después el paciente presenta nuevas lesiones aisladas que comenzaron a ser tratadas con resina de podofilina en aceite mineral y evidencias de

estenosis anal. El paciente desaparecio de los controles por la consulta a los seis meses de postoperatorio.



JUSTIFICACIÓN

El condiloma acuminado es producido por un virus y el mecanismo de transmisión más probable es a través del coito. Se considera que el 80% de los hombres y mujeres que lo presenta practican el coito anal. Los hombres sin antecedentes homosexuales al parecer tienen mayor frecuencia de lesiones condilomatosas en la región inguinal y el pene. Existen diversos tratamientos locales y quirúrgicos, pero se notifica que pueden tener hasta 70% de recidivas y en los casos donde la lesión es circunferencial y grande, que se extiende hacia el conducto anal, los tratamientos pueden acarrear la estenosis. Pueden haber otras enfermedades de transmisión sexual concomitantes. Estas características hacen que el conocimiento del caso que se expone revista gran importancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buschke, A.: Condiloma Acuminata. In Neisser's Stereoskopischer Atlas. Leipzig: Fisher, 1896.
2. Lowenstein, L.W.: Carcinoma like Condilomata Acuminata of the penis. Med. Clin. N. Amer. ,23:789, 1939.
3. Avril, M.F.: Tumeur de Buschke-Lowenstein. Presse Med. , 21:811,1992.
4. Fierbeck, G. And Rasner, G.: Condilomata acuminata gigantea mit Nachweis von HPV-6-DNA. Fallbericht mit adyuvanter systemischer IFN-gamma-Therapie. Hautarzt, 40: 767, 1989
5. Bogomoletz, W.V., Potet, F. And Molas, G.: Condilomata Acuminata, giant condiloma acuminatum (Buschke-Lowenstein Tumor) and verrucous squamous carcinoma of the perianal and anorectal region: a continuous precancerous spectrum? Histopathology, 9: 155, 1985.
6. Wiedemann, A., Diekmann, W., Holtmann, G. Report of a case with giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) localized in the bladder. J. Urol. 1995 Apr; 153(4): 1222-4
7. Dawson, D.F., Duckworth, J., Bernhardt, H. And Young, J: Giant Condyloma and verrucous carcinoma of the genital area. Arch. Pathol. , 79: 225,1965.
8. Hull, M. Et al. : Ultrastructure of Buschke-Lowenstein tumor. J. Urol. , 126: 485, 1981.
9. Creasman, C. et al. : Malignant transformation of anorectal giant condyloma acuminatum. Dis.Colo Rectum. 1989 Jun; 32(6): 481-7

9. Niederauer HH, et al. : A case of giant condyloma acuminatum. On differential diagnosis of giant condylomas from Buschke-Lowenstein tumors and verrucous carcinoma. Hautarzt. 1993 Dec; 44(12): 795-9
10. Schwartz, R. A: Buschke-Lowenstein tumor: Verrucous carcinoma of the penis. J. Amer. Acad. Dermatol. 23: 723,1990.
11. Reichenbach I: A Buschke-Lowenstein tumor in a female patient. J. Gynecology obstet Biol reprod (Paris). 1995; 24(5): 491-5.
12. Bonnichon, P. Et al: Plastie anale après exerese de condylomes acumines géants. Presse Med. 17: 74,1988.
13. Oh, C. And Albanesse, C.: S-plasty for various lesions. Amer.J. Surg. , 163:606,1992.
14. Browder, J.F., et al. : The inyerferons and their use in condylomata acuminata. Ann. Pharmacother. , 26:42,1992.
15. Hohenleutner, U., et al: Condylomata acuminata gigantea (Buschke-Lowenstein tumor). Behandlung mit dem Co2 -Laser und interferon. Deutsch. Med. Wochenschr. , 113:985,1988.

IMÁGENES

