

Condiloma gigante del pene (Tumor de Buschke-Lowenstein): Presentación de un caso

Peneal Buschke-Lowenstein tumor: Case report



Núñez Serrano, A. A.

Núñez Serrano, A.A.*, Elena Sorando, E.**, Arranz López, J.L.**, García Martínez, L.**,
de Juan Huelves, A.**

Resumen

El condiloma gigante del pene o tumor de Buschke-Lowenstein, es un tumor epitelial benigno de origen viral y sexualmente transmisible, que en raros casos puede malignizar. Presentamos un paciente en el que el condiloma de localización peneana, creció rápidamente y destruyó estructuras. Su histología se caracteriza por papilomatosis y acantosis endo y exofítica. Existen diferentes tratamientos del tumor, pero el más efectivo es la extirpación quirúrgica radical para evitar recidivas y malignización.

Abstract

Buschke-Lowenstein tumour is an epithelial benign tumour sexually transmitted with a viral origin. We present a case of peneal localization with exofitic growth, compression and displacement of the deeper tissues, ulceration and urethral fistulae. Histology is characterized by papillomatosis and endo or exophytic acantosis. Local malignancy is still discussed. There are many possible treatments, but radical excision is the best to avoid malignant transformation and recurrences.

Palabras clave Condiloma acuminado gigante. Tumor de Buschke-Lowenstein. Carcinoma verrugoso.

Código numérico 170-650

Key words Giant condylome acuminata. Buschke-Lowenstein tumour. Verrucous carcinoma.

Numeral Code 170-650

* Cirujano Plástico. Jefe de la Sección de Cirugía Plástica.

** Facultativos Especialistas de Cirugía Plástica.

Sección de Cirugía Plástica, Hospital Virgen de la Vega / Clínico Universitario. Salamanca. España.

Introducción

El tumor de Buschke-Lowenstein (TLB) o condiloma acuminado gigante, pertenece al grupo de los carcinomas verrugosos. Es un tumor de aspecto pseudoepiteliomatoso caracterizado por una proliferación local agresiva que destruye los tejidos sobre los que asienta.

La proliferación, de evolución muy rápida, consiste en una hiperpapilomatosis exo y endofítica de origen viral (Virus Papiloma Humano, HPV tipos 6 y 11) (1), que asienta en la región perineo-ano-rectal, pudiendo también asentar en la mucosa oral y en el pene, representando el 5% de los tumores penianos.

Abraham Buschke describió en 1896 el condiloma acuminado en el Neisser's Stereoskopischer Atlas (2). En 1925 junto con Lowenstein (3) describió un carcinoma peniano que se parecía al condiloma acuminado común y al carcinoma de células escamosas, pero cuyas características clínicas e histológicas le diferenciaban de ambas lesiones proliferativas.

Clínicamente el tumor de Buschke-Lowenstein es una lesión proliferativa con aspecto de coliflor; inicialmente aparece en la región balanoprepucial y en el prepucio, se extiende en superficie y en profundidad por el pene y el escroto respetando el glande, invade los cuerpos cavernosos, se ulcera, destruye la uretra y la fistuliza.

Histológicamente presenta cavidades y masas proliferativas; se parece al condiloma acuminado común por presentar papilomatosis, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis celular variable así como infiltración de células inflamatorias de los tejidos subyacentes.

Existen multitud de tratamientos médicos para este tipo de tumor, pero en el caso que presentamos el tratamiento quirúrgico es el único eficaz (4).

CASO CLÍNICO

Varón soltero de 37 años de edad, trabajador del campo, que es enviado a nuestro Servicio desde otro hospital por no tener en él la experiencia necesaria para el tratamiento del tipo de lesión que padecía; presenta en ese momento una lesión penoescrotal por la que 15 días antes había sido ingresado de urgencia en el Servicio de Urología del hospital de procedencia con diagnóstico de sospecha de sarcoma infectado o linfogranuloma venéreo. Anteriormente no había sido visto ni tratado en ningún otro centro médico. Durante los 10 días que permaneció ingresado en Urología fue tratado inicialmente con Metronidazol y Cefotaxima, y una vez realizado el antibiograma, con Amikacina, Trimetropina/ Sulfametoxazol y Cefotaxima. El diagnóstico por biopsia fue de carcinoma verrugoso de Buscke-Lowenstein.



Fig. 1. Tumor: Aspecto general. Vista oblicua.

Cuando lo recibimos, presenta en el pene una lesión tumoral exofítica de unos 15 cm de diámetro. El paciente refiere que había comenzado 6 meses antes en forma de una pequeña ulceración en el surco balanoprepucial que fue creciendo progresivamente en forma de coliflor y acabó infiltrando los tejidos vecinos. En el pene afectaba a la piel, dartos, fascia de Buck y albugínea, invadía el interior de los cuerpos cavernosos, destruía la uretra y su esponjosa pero respetaba el glande, e infiltraba igualmente los tejidos pubianos, el escroto y su contenido (Fig. 1).

Los límites entre los tejidos afectados y los tejidos sanos no estaban bien definidos; en los tejidos afectados encontramos una masa deformable, blanda, fungosa, ulcerada, de color violáceo, mal oliente y sangrante en algunas zonas; los tejidos periféricos estaban edematizados y había adenopatías bilaterales ilíacas e inguinales palpables. El paciente orinaba por un orificio fistuloso no bien visible, ubicado entre la masa y los restos de la uretra destruida.

Los análisis clínicos realizados fueron normales; los serológicos para brucelosis, lúes y VIH fueron negativos; el cultivo bacteriológico fue positivo para bacteroides caccae, proteus mirabilis y estafilococcus aureus. El estudio anatomopatológico de la biopsia indicó que se trataba de un condiloma acuminado gigante de Buschke-Lowenstein.

Se realizaron mediante Tomografía Axial Computarizada (TAC) cortes axiales craneocaudales desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta la raíz del pene. En las imágenes encontramos adenopatías bilaterales en las cadenas ilíacas interna y externa y en las cadenas inguinales; algunas de estas adenopatías superaban el centímetro de diámetro. La masa sólida infiltraba el pene, el escroto y parecía infiltrar también la fascia del músculo aductor izquierdo, pero no se apreció infiltración de la grasa del tejido celular subcutáneo de la pared interna de los muslos ni de la grasa del periné; tampoco se apreciaron lesiones óseas en las ramas isquio-ileo-pubianas sugerentes de infiltración metastásica. (Fig. 2).

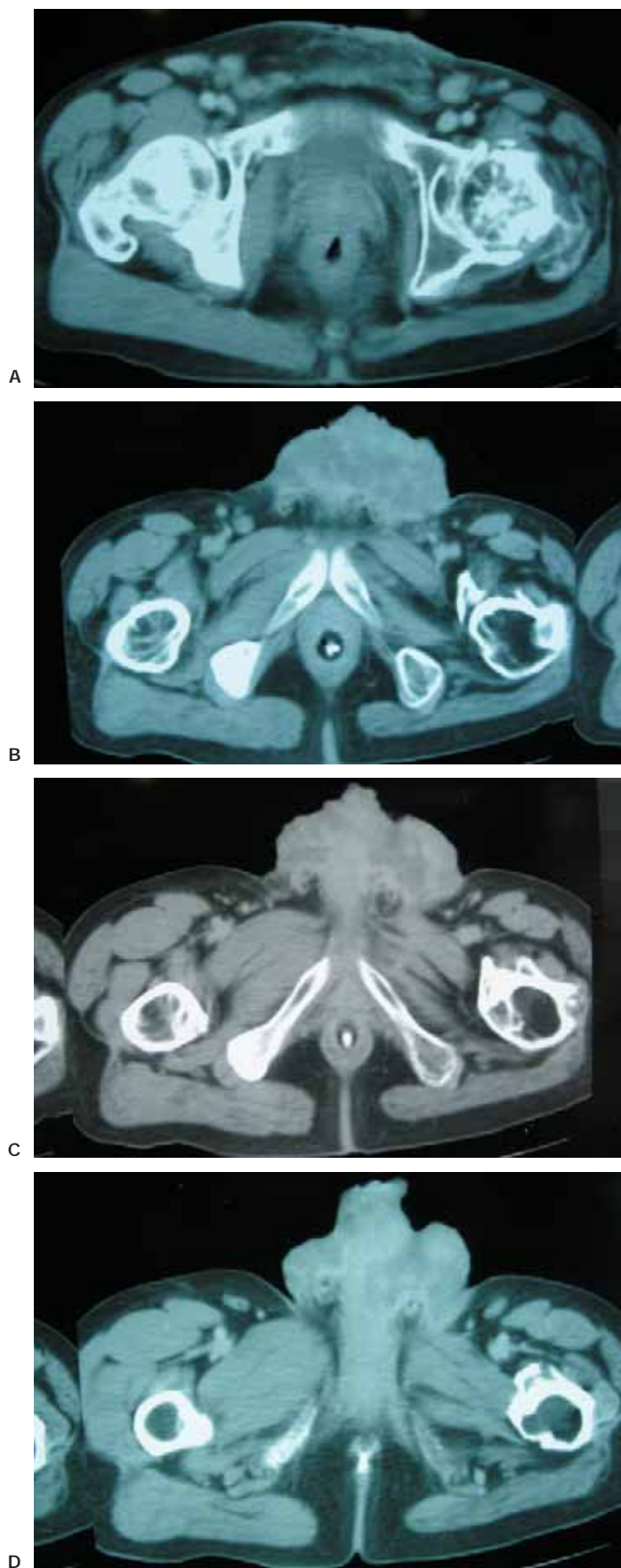


Fig. 2. Imágenes tomográficas. A: Adenopatías inguinales bilaterales en el corte axial del borde superior de la sínfisis del pubis. B: Adenopatías inguinales bilaterales, sínfisis pubiana y masa tumoral. (Corte realizado a 5 mm del de la imagen A). C: Corte axial en el borde inferior de la sínfisis del pubis, raíz del pene, masa tumoral invadiendo el pene y el escroto. D: Corte a 1 cm caudal al de la imagen C, la masa tumoral engloba al pene, adherencias del tumor al músculo aductor izquierdo.

Dadas las características del tumor, la afectación de las cadenas ganglionares y la posibilidad de malignización, se decidió practicar un tratamiento quirúrgico radical que se llevó a cabo a los 3 días de su ingreso en Cirugía Plástica.

Bajo anestesia general, con el paciente en posición supina y las extremidades inferiores separadas, realizamos una incisión perilesional por el pubis, los pliegues inguinales y el periné, extirpando en bloque la lesión tumoral; a continuación realizamos linfadenectomía de las cadenas afectadas, terminando así la emasculinización del paciente. Las incisiones de las linfadenectomías se cerraron por planos y la zona perineo-ínguino-pubiana se cubrió mediante un injerto de piel tomado del muslo izquierdo (Fig. 3).

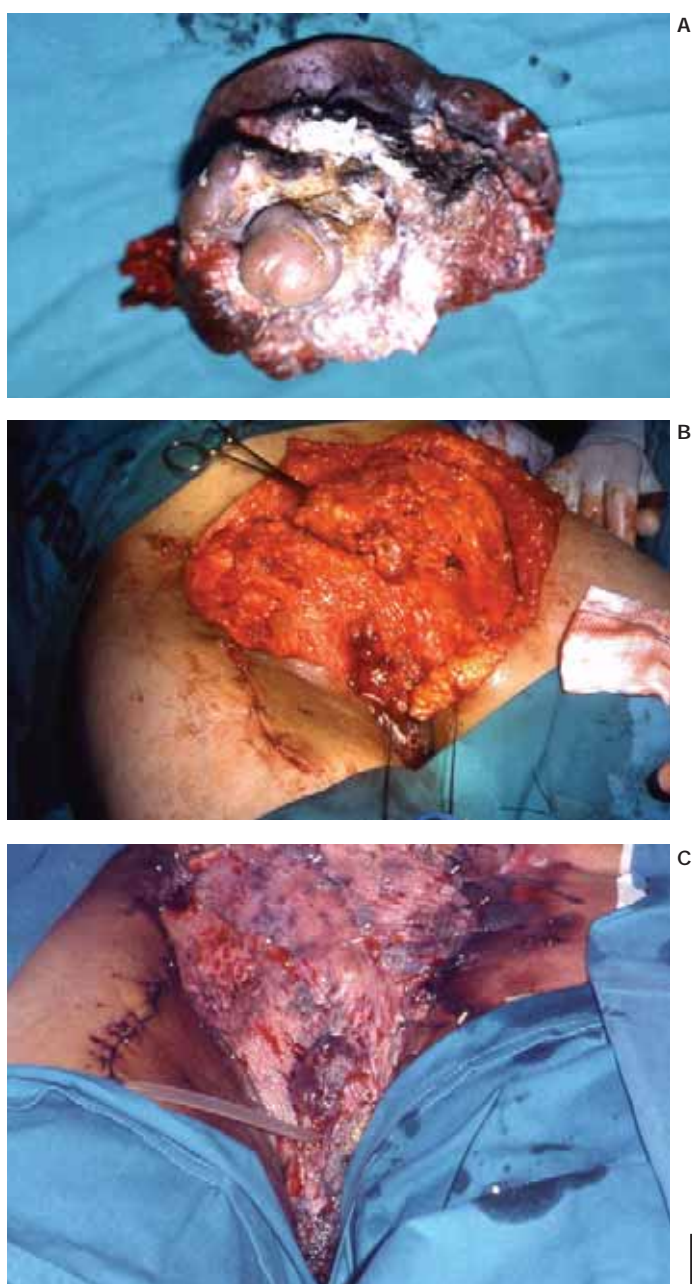


Fig. 3. Intervención quirúrgica: emasculinización, superficie de extirpación y cierre (perdida parcial del injerto cutáneo y necrosis de la incisión izquierda).



Fig. 4: Resultado a los 12 años.

El estudio intraoperatorio de una pieza de biopsia irregular de 3 x 2 cm, informó de la existencia de una formación nodular con aspecto de ganglio linfático, sospechosa de metástasis de carcinoma por la existencia de células atípicas no conclusivas .

El estudio anatomopatológico de la pieza extirpada describió: pieza irregular de aspecto verrugoso, que en una de sus caras muestra el glande peneano, y que mide 18 x 15 x 12 cm de dimensiones mayores. La tumoración ocupa la mayor parte de la pieza, engloba circunferencialmente el pene y afecta a la piel del pubis, escroto y periné. Al corte la tumoración es friable, con crecimiento vegetante en superficie y papilomatoso en profundidad, que afecta profundamente también al glande y a los tejidos perineales; los testículos están englobados por la fibrosis y la masa tumoral, aunque no infiltrados. Los ganglios de las cadenas linfáticas enviadas a analizar son reactivos, pero están libres de metástasis tumorales.

Tras la intervención quirúrgica el paciente estuvo ingresado en la Unidad de Reanimación durante 2 horas y posteriormente en planta de hospitalización durante 25 días. Fue necesaria una segunda intervención por sufrir necrosis parcial de una pequeña zona de la herida de la incisión de linfadenectomía izquierda y por la pérdida de aproximadamente el 25% del injerto cutáneo utilizado para el cierre perineo-ínguino-pubiano.

Durante el ingreso hospitalario se administró tratamiento médico postoperatorio habitual y no fue necesario realizar transfusión sanguínea. El paciente permaneció sondado desde la intervención y fue dado de alta hospitalaria con la sonda que mantuvo un mes más en su domicilio.

Como resultado de la intervención quedó un pequeño muñón con un orificio en la región perineal, en el que desemboca la uretra y por el que tiene lugar la micción (Fig. 4). A pesar de que se le han explicado al paciente los diferentes tipos de intervenciones quirúrgicas existentes para la reconstrucción peneana (5), con sus ventajas e inconvenientes, éste ha rechazado siempre someterse a cirugía reconstructiva.

Como consecuencia de la emasculinización, desarrolló un hipogonadismo hipergonadotrópico, motivo por el cual ha sido tratado desde la intervención (12 años hasta el momento presente) con testosterona.

Por otro lado, al tratarse de un tumor benigno, no se ha realizado ningún tipo de tratamiento médico postoperatorio, ni tampoco radio o quimioterapia por no estar indicados.

Discusión

Los carcinomas verrugosos (condilomatosos) del pene son poco frecuentes y no suelen afectar al glan-

de aunque sí al resto de las estructuras peneanas, pudiendo también extenderse a la región pubiana, escroto y periné.

El tumor de Buschke-Lowenstein no presenta atípicas celulares, es un tumor benigno, pero en el 30% de los casos puede malignizar; no obstante, por el gran poder que tiene de recidivar, es considerado por algunos autores como un tumor maligno.

El diagnóstico diferencial del tumor de Buschke-Lowenstein se hará con otras patologías peneanas, entre ellas: condilomas acuminados, enfermedad de Bowen en su forma condilomatosa, balanitis seudoe-piteliomatosa producida por hongos, epitelomas espinocelulares, carcinomas verrugosos, sífilis, linfogranulomatosis venerea (Enfermedad de Nicolás Favre).

Se diferencia del condiloma acuminado por ser más proliferante y penetrar más en los tejidos profundos, de los tumores epidermoides por respetar la membrana basal y no metastatizar y del resto de patologías por la serología y por otros estudios complementarios (6).

El tumor de Buschke-Lowenstein puede ser tratado localmente con Podofilino, crioterapia, electrocoagulación, 5 Fluorouracilo, láser CO₂, radioterapia, Interferón alfa y sistémicamente con quimioterapia (Bleomicina, Metotrexate) e inmunoterapia. Estos tratamientos no suelen ser eficaces, por lo que se recomienda de entrada el tratamiento quirúrgico y especialmente en el caso de tumores gigantes como ocurrió en el caso que presentamos (7).

En el caso que presentamos, el tamaño del tumor, la agresividad local y la afectación ganglionar, obligaron a realizar un tratamiento quirúrgico extremadamente radical. La reconstrucción inmediata de los tejidos extirpados no era aconsejable por el gran riesgo de que apareciesen recidivas tumorales, por lo que se optó por cerrar la zona cruenta con un injerto cutáneo de espesor parcial.

El paciente que presentamos no fue en su momento, ni es partidario en la actualidad de la reconstrucción peneana. Para él sus razones son evidentes: con el nuevo falo, no recuperaría su actividad sexual nor-

mal, podría tener erecciones mediante una prótesis pero no sería sensible o lo sería poco dependiendo de la técnica empleada para la reconstrucción (8) y su problema urinario, aunque con alguna dificultad, en el momento actual y en el futuro está resuelto.

Conclusiones

En la Medicina hay enfermedades, pero por encima de ellas hay pacientes enfermos. Cada uno es un mundo, su propio mundo y sus circunstancias, a él se acoplan y en él intentan vivir. Nuestro paciente aceptó y acepta su estado actual y, aunque no haya acuerdo al respecto, todos debemos respetar su decisión.

Dirección del autor

Dr. Agapito Adrián Núñez Serrano.
Paseo de Carmelitas, 20 6º A.
37007 Salamanca. España.
e-mail: agapito-nunez@ono.com

Bibliografía

1. **Lehn H., Ernst TM., and Sauer G.:** "Transcription of episomal papilloma virus DNA in human condyloma acuminata and Buschke-Lowenstein tumors". *J. Gen Virol.* 1984; 65: 2003.
2. **Buschke A.:** "Condilomata acuminata", in Neisser A (Ed): *Stereoscopischer Medicinischer Atlas*, Fischer, Cassel, 1986; P. 98.
3. **Buschke A., Loewenstein L.:** "Über carcinomähnliche condylomata acuminata des pènis". *Klin Wochenschr.* 1925; 4: 1726.
4. **Hatzichristou D., Apostolidis A., Tzortzis V., Hatzimouratidis K., Ioannides E., Yannakoyorgos K.:** "Glandectomy: An alternative surgical treatment for Buschke-Lowenstein tumors of the penis". *Urology.* 2001; 57: 966.
5. **Rodrigo Cucalón M.A., Vinué J., Esarte J., Valero M.A., Tor M., Alonso J.A.:** "Técnica personal del cambio integral de sexo de mujer a hombre en el transexualismo". *Cir. plást. iberolatinoam.* 1995; 21 (1): 9.
6. **Steffen C.:** "The Men Venid the Eponym -Abraham Buschke and Ludwig Lowenstein: Giant Condyloma (Buschke-Loewenstein)". *Am J.* Vol. 2006; 28(6): 526.
7. **Qarro A., Ait Ali A., Choho A., Alkandry S., Borki K.:** «Tumeur de Buschke-Lowenstein à localisation anorectale ». *Annales de Chirurgie.* 2005 ; 130: 96.
8. **Casado Pérez C., Rodríguez Vegas J.M., Ruiz Alonso E., Peña Alonso A.:** "Faloplastia en un cambio de sexo de mujer a hombre con un colgajo sensible pediculado anterolateral de muslo". *Cir. plást. iberolatinoam.* 2005, 31 (3):175.