

TUMOR DE BUSCHKE – LÖWENSTEIN

Iniesta Albaladejo, M.A., Gómez Carrascosa, I., Penadés Sanz, M.I., Pérez Buendía, J., Sánchez-Mateos Enrique, M.R., Gómez Monreal, B., Barceló Valcárcel, F., Nieto Díaz, A
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

ACERCA DE ESTA PATOLOGÍA

El tumor de Buschke-Löwenstein (condiloma acuminado gigante), la papilomatosis oral florida, el carcinoma cuniculatum de las plantas de los pies y la papilomatosis cutis carcinoides de la piel forman un grupo de carcinomas verrucosos semimalignos de comportamiento localmente invasivo y destructivo pero con bajo potencial metastásico.

El agente etiológico al que se encuentra asociado el tumor de Buschke-Löwenstein es el HPV por lo que se considera una enfermedad de transmisión sexual. Los serotipos 6, 11, 16, 18 y 54 son los más frecuentes, y la coexistencia de varios de ellos se da en una alta proporción.

La edad de aparición suele estar entre la sexta y séptima décadas de la vida. Predomina en varones en una proporción 3:1. Las zonas de aparición más frecuentes son el pene (81-94%), región ano-rectal (10-17%) y uretra (5%). En mujeres la localización es esencialmente vulvar (90%), aunque también puede presentarse en la región ano-rectal.

La base para la diferencia en el comportamiento biológico entre los condilomas acuminados y el tumor de Buschke-Löwenstein no está bien establecido. En raros casos la preexistencia de condilomas ano-genitales puede progresar a grandes masas tumorales exofíticas, tipo coliflor, que infiltran profundamente en los tejidos subyacentes y formar fistulas y abscesos.

Como factores de riesgo establecidos se encuentran la promiscuidad sexual, estados de inmunodeficiencia, estados de inflamación crónica, bajo estrato socioeconómico y la falta de higiene.

La histología puede aparecer remarcablemente benigna y recordar a un condiloma acuminado aunque focos de transformación maligna franca pueden aparecer de forma espontánea o secundaria a radiación.

Para el diagnóstico anatomopatológico imágenes de alta resolución y una biopsia amplia son esenciales para identificar la extensión de la infiltración y focos de carcinoma epidermoide.

El tratamiento se basa en cirugía radical, la cual podría curar la enfermedad, pero las recurrencias son frecuentes, en torno al 60-66% a los 10 meses de finalizado el tratamiento, resultando en una alta tasa de morbilidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 69 años.

Sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés.

G2P2. Menopausia a los 50 años.

Ecografía TV: Aparato genital atrófico.

Citología cervicovaginal: ASCUS

Exploración: Tumoración de aspecto condilomatoso de aproximadamente 17x8 cms, en su mayoría en labio mayor izquierdo, extendiéndose hasta muslo que afecta a tercio inferior de hemivulva contralateral, horquilla vulvar, ocluyendo ano y sobrepasándolo en dirección posterior.

Imagen 1

PLAN TERAPÉUTICO

Cirugía con equipo multidisciplinar para resección con márgenes amplios (Ginecología), realización de ileostomía de protección (Cirugía General) y reconstrucción inmediata (Cirugía Plástica).

Imágenes 2 y 3.

BIBLIOGRAFÍA

Bologna, J.L., Jorizzo, J.L., Schaffer, J.V. *Dermatology. Third Edition. USA. Elsevier. 2012*

