Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (11): 861-867.

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8974

Tumor de Buschke-Löwenstein en el embarazo. Reporte de un caso

Buschke-Löwenstein tumor in pregnancy: A case report.

Alejandra Ivonne Sotres Guerrero,[1] José Emmanuel Adame Caballero[2]

Resumen

ANTECEDENTES: El tumor de Buschke-Löwenstein, también denominado condiloma acuminado gigante, es una alteración excepcional causada por el virus del papiloma humano, con una incidencia de 0.01% en la población general y solo 6 casos reportados en pacientes embarazadas. No existe un consenso respecto al tratamiento; sin embargo, la cirugía es la técnica más descrita.

CASO CLÍNICO: Paciente primigesta de 14 años, con embarazo de 21 semanas, que ingresó al servicio de Urgencias por una masa dolorosa en la región perineal, de cinco meses de evolución. A la exploración física se encontraron, en la región perineal, dos lesiones exofíticas, coliformes, irregulares, ulceradas, de aproximadamente 20 x 10 cm, acompañadas de secreción amarillenta fétida. El tumor se extirpó y se dejaron márgenes quirúrgicos amplios y cierre por segunda intención. El estudio de patología reportó un condiloma acuminado gigante, sin lesión en el borde quirúrgico. La prueba de PCR detectó el genotipo 53 del virus del papiloma humano. Después de 12 semanas hubo epitelización completa, sin complicaciones adicionales para la paciente.

CONCLUSIÓN. El tumor de Buschke-Löwenstein es benigno pero representa cierto grado de malignidad y tiende a recurrir después del tratamiento, por lo que es importante reforzar las medidas de tamizaje y prevención del virus del papiloma humano.

PALABRAS CLAVE: Tumor de Buschke-Löwenstein; condiloma acuminado gigante; embarazo; virus del papiloma humano.

Abstract

BACKGROUND: Buschke-Löwenstein tumor, also called giant condyloma acuminatum, is a rare condition due to the human papillomavirus with an incidence of 0.01% and just 6 cases reported in pregnancy. There is no consensus on the treatment, although surgery has been the most reported.

CLINICAL CASE: A 14-year-old primigravid patient with a 21 weeks pregnancy who was admitted to the Emergency Department due to a perineal painful tumor which appeared 5 months before. On physical examination two irregular exophytic, cauliflower-like and ulcerated lesions of 20x10 cm of size each one with malodorous discharge were found on her perineal region suggestive of giant condyloma acuminatum. We decided to respect the tumor with tumor-free margin control and healing per second time. The pathology reports a giant condyloma acuminatum with tumor-free margin. The PCR analysis revealed human papillomavirus genotype 53. Complete epithelialization was noted at 12 weeks without complications noted.

CONCLUSION: Buschke-Löwenstein tumor is considered as a benign tumor, but it carries a risk of malignant transformation, and it can appear after treatment which makes important to strengthen the prevention and screening of human papillomavirus.

KEYWORDS: Buschke-Löwenstein tumor; Giant condyloma acuminatum; Pregnancy; Human papillomavirus.

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Ginecoobstetra adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

ORCID
0009-0002-5500-6189
0009-0003-0235-9957

Recibido: julio 2023

Aceptado: agosto 2023

Correspondencia
Alejandra Ivonne Sotres Guerrero
alesotresg@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Sotres-Guerrero AI, Adame-Caballero JE. Tumor de Buschke-Löwenstein en el embarazo. Reporte de un caso. Ginecol Obstet Mex 2023; 91 (11): 861-867.

ANTECEDENTES

El virus del papiloma humano (VPH) representa un problema de salud pública en México, pues supone el principal factor de riesgo de cáncer cervicouterino y en las últimas décadas se ha visto un aumento en su detección, no solo en pacientes adultas, sino en adolescentes.[1] De acuerdo con algunos autores mexicanos, el 40.9% de las mujeres con reporte de citología normal puede tener VPH, mientras que quienes tienen lesión intraepitelial escamosa de alto grado alcanzan una prevalencia del 100%.[2] Se ha observado que, incluso, el 46% de las embarazadas padece infección por VPH durante el tercer trimestre del embarazo.[3] Aunque el 90% de las infecciones se curan de manera espontánea, existen tipos de VPH con alto potencial oncogénico: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 2, 56, 58, 59, 66 y 68. Los tipos de bajo riesgo oncogénico incluyen: 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 62, 67, 81, 83 y 89.[4]

El tumor de Buschke-Löwenstein, también denominado condiloma acuminado gigante, fue descrito inicialmente por Abraham Buschke y Ludwig Löwenstein en 1925 en pacientes masculinos; no obstante, fue hasta 1969 cuando se observó en mujeres.[5] Es una lesión verrugosa, papilomatosa, de crecimiento lento, pero agresivo, con ulceraciones y áreas necróticas en la región genital.[6] Se transmite por vía sexual y se asocia con los subtipos 6 y 11 del virus del papiloma humano, aunque se han señalado factores de riesgo adicionales: inmunosupresión, infecciones por VIH, múltiples parejas sexuales, irritación crónica, incluso higiene personal deficiente.[7]

La incidencia estimada es del 0.1% en la población general y en las mujeres embarazadas se han publicado sólo seis casos.[8] La infección por virus del papiloma humano puede transmitirse al feto de forma vertical, mediante el canal del parto, o durante la ruptura de membranas, incluso representa un factor de riesgo de papilomatosis laríngea juvenil.[8,9] Se ha reportado que la transmisión fetal alcanza un 20% de los casos.[10]

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta de 14 años, con embarazo de 21 semanas, que acudió al servicio de Urgencias de Ginecología del Hospital Juárez de México por una masa dolorosa en la región perineal. Refirió que cinco meses previos a la consulta tuvo una lesión redondeada, no dolorosa, de aproximadamente 1 x 1 cm en la región perineal. Acudió con un médico particular, quien le indicó antibióticos (no especificados), sin reacción satisfactoria. La tumoración aumentó de tamaño hasta impedir la sedestación y parcialmente la deambulación. A la exploración física se encontraron, en la región perineal, dos lesiones exofíticas, coliformes, irregulares y ulceradas, de aproximadamente 20 x 10 cm, con secreción amarillenta fétida, sugerentes de tumor de Buschke-Löwenstein (**Figura 1**). El ultrasonido obstétrico no mostró alteraciones; los estudios paraclínicos, que incluyeron panel viral, resultaron negativos, y el exudado vaginal reportó *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma parvum*, por lo que se administró tratamiento. Se decidió realizar resección con cierre de la herida mediante bloqueo peridural; la escisión fue total y no requirió reconstrucción (**Figuras 2 y 3**); no obstante, cinco días después se llevó a cabo el lavado de la herida quirúrgica por dehiscencia y se practicó el cierre por segunda intención. Se colocaron parches de hidrogel para inducir la granulación del tejido, con cambio de material cada cinco días (**Figura 4**). El estudio de patología evidenció un condiloma acuminado gigante sin lesión en el borde quirúrgico. La prueba de PCR detectó el genotipo 53 del virus de papiloma humano. La paciente refirió haber recibido dos dosis de la vacuna contra VPH a los 12 años de edad, en la escuela secundaria, y negó comorbilidades asociadas. Después de doce semanas se observó re-epitelización completa de la herida. **Figura 5**

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8974



Figura 1. Tumor de Buschke-Löwenstein: dos lesiones exofíticas, coliformes, irregulares, ulceradas, con secreción amarillenta fétida en los labios mayores y menores, que se extienden hacia la horquilla vulvar.

El embarazo transcurrió sin complicaciones y a petición de la paciente se programó para finalización por cesárea. A pesar de no tener contraindicación para el nacimiento por cesárea, ésta se llevó a cabo para evitar el riesgo de desgarro del epitelio neoformado. Se obtuvo un recién nacido femenino, de 3550 g, talla 50 cm, puntaje de Apgar 8/9. Durante el puerperio no se reportaron incidencias, continuó en seguimiento por seis meses, sin evidencia de recurrencia del tumor.

DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein es una lesión excepcional (la relación hombre-mujer es de



Figura 2. Escisión total hasta el tejido celular subcutáneo, con bordes libres de tumor.



Figura 3. Cierre en un plano con una sutura absorbible, liberando la tensión con disección de los bordes a afrontar.



Figura 4. Evolución de la paciente a las dos semanas del lavado quirúrgico, debridación y colocación de los parches de hidrogel para inducir la granulación del tejido.



Figura 5. Reepitelización completa de la herida a las 10 semanas de la intervención.

2.7:1, respectivamente).[11] El caso aquí expuesto corresponde a una adolescente embarazada, en quien se identificó el subtipo 53 del virus del papiloma humano. Se ha descrito que el virus del papiloma humano se aloja en las células basales de la epidermis, por microabrasiones que generan inflamación crónica. El virus permanece indetectable por largos periodos, debido a los genes E6 y E7 que afectan las células presentadoras de antígenos.[12] Esto provoca mayor estrés oxidativo, que daña el ADN de las células infectadas y las hace susceptibles de malignidad.[13] Durante el embarazo ocurren cambios en los genitales externos, que sumado a los efectos inmunológicos facilitan la replicación del virus del papiloma humano.[3]

Los pacientes refieren placas queratósicas que progresan de manera lenta a masas exofíticas, coliformes y ulceradas que despiden un olor fétido, especialmente en la región vulvar; no obstante, también puede afectar la región anorrectal.[14] Histológicamente se observa epitelio hiperplásico bien diferenciado, con hiper o paraqueratosis, y papilomatosis con membrana basal intacta. También se aprecian coilocitos, característicos de la lesión provocada por el virus del papiloma humano, incluso se ha reportado atipia celular.[15]

Las opciones terapéuticas incluyen: escisión quirúrgica, tratamiento tópico y sistémico. No obstante, durante el embarazo se torna más complicado establecer el protocolo adecuado. Es importante considerar el tamaño, localización, daño a tejidos circundantes y procedimientos previos.[16] La escisión (con o sin reconstrucción con injerto) es la terapia más descrita, con una tasa de éxito del 90%, pero hasta la fecha no

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8974

existe un consenso establecido.[13] La infección por VPH requiere un tejido intacto o en proceso de reparación, además de un ambiente proinflamatorio, lo que apoya la resección amplia de la lesión, con bordes libres de tumor y cierre por segunda intención en lugar de reconstrucción con mallas o tejidos como tratamiento de primera línea. El virus del papiloma humano se adhiere al epitelio escamoso estratificado; por tanto, el cierre por segunda intención supone un riesgo de recurrencia menor, porque solo existe fibrosis, comparado cuando se practica una reconstrucción.[17] El estudio de Crespo y colaboradores informó una paciente embarazada con condiloma acuminado gigante, a quien se efectuó vulvectomía parcial con adecuado desenlace, sin recurrencia a seis meses.[5]

Otros procedimientos durante el embarazo incluyen la aplicación de ácido tricloroacético, crioterapia, terapia láser o electrodesecación.[10] La resección con electrocauterio se utiliza para reducción del volumen, seguido de rasurado de la tumoración para preservar la piel y las terminaciones nerviosas. El ensayo de Akhavizadegan[18] informó el protocolo de pedofilina y crioterapia después del evento quirúrgico, con la finalidad de disminuir el riesgo de recurrencia.[18] Así mismo, se evidencia el protocolo de terapia fotodinámica o la combinación de cirugía con escisión-vaporización y cirugía láser con dióxido de carbono, que conlleva mayor hemostasia y control de la lesión de tejidos.[14]

El tratamiento tópico se ha implementado en combinación con crioterapia (óxido nítrico o nitrógeno líquido), con respuesta favorable para lesiones pequeñas.[9] La podofilina en monoterapia ha demostrado resultados poco favorables.[19] El tratamiento con imiquimod, un modulador de la respuesta inmunitaria, sugiere regresión completa de la lesión, incluso en niños.[16] No obstante, ninguno de estos compuestos es seguro durante el embarazo. Se encuentran publicados protocolos con quimioterapia, con 5-fluoracilo y radiación, aunque esta última puede provocar anaplasia del tumor.[16,20] El tratamiento con interferón (por su acción antiviral y antiproliferativa), mediante inyecciones por vía local, supone resultados positivos en la reducción del tamaño tumoral.[21] El tratamiento con dióxido de carbono, argón y terapia con láser se han empleado como recursos adicionales en pacientes con recurrencias.[9]

Aunque el condiloma acuminado gigante es una lesión benigna, se han reportado tasas de malignidad del 30 al 56%, por lo que es importante reforzar las medidas de tamizaje y prevención del virus del papiloma humano.[9] Existen tres vacunas aprobadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) contra el VPH: bivalente (Cervarix contra VPH 16, 18), tetravalente (Gardasil para VPH 6, 11, 16, 18) y nonavalente (Gardasil-9 frente a VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).[22] La OMS recomienda un esquema de dos dosis para niñas menores de 15 años, o su aplicación a los 0 y 6 meses, así como 3 dosis en mujeres mayores de 15 años o inmunodeprimidas; sin embargo, en 2022 se emitió un comunicado en el que un grupo de expertos considera que una dosis otorga protección similar al esquema de dos dosis en mujeres de 9 a 20 años, mientras que en mayores de 21 años se sugiere dos dosis, con un intervalo de 6 meses.[22, 23]

En México se aplica el esquema de dos dosis, con intervalo de 0 y 6 meses para niñas de quinto año de primaria, y de 11 años de edad no escolarizadas; y un esquema de tres dosis para mujeres de 11 a 49 años con VIH, con vacuna monovalente o tetravalente.[22] Se ha informado que la vacunación puede disminuir las verrugas genitales en un 31-93%, las lesiones NIC 2-3 en un 31-85% y, en general, las infecciones por VPH, específicas de cada vacuna, hasta en un 66 a 90%. En países en vías de industrialización (India) se ha informado una eficacia del 30.1 y 93.3% con la vacuna Gardasil, en dos y tres dosis, respectivamente, incluso del 95.4% con

la misma vacuna en monodosis en niñas de 10 a 18 años, después de 9 años de seguimiento.[24] Incluso existe protección cruzada contra los tipos 31, 33, 45, 52 y 58 del virus del papiloma humano. La eficacia en mujeres mayores de 25 años es menor; no obstante, diversos estudios señalan que tres dosis de la vacuna bivalente o tetravalente otorgan una protección similar al esquema de tres dosis en menores de 25 años para los tipos 16 y 18 del virus.[25]

Respecto a la seguridad, las vacunas bivalente y tetravalente han demostrado efectos adversos leves: dolor e inflamación en el sitio de aplicación, cefalea, mialgias y fiebre.[26]

CONCLUSIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein es una alteración con baja incidencia, que puede afectar a pacientes de 40-50 años. No existe consenso en cuanto al tratamiento, pues las lesiones alcanzan grandes dimensiones y la tasa de recurrencia es alta. Su manifestación durante el embarazo representa un reto; no obstante, los pocos casos publicados sugieren la escisión con márgenes amplios como técnica de primera línea. El cierre por segunda intención, posterior al procedimiento quirúrgico, disminuye el riesgo de recurrencia. Debido a la morbilidad y al porcentaje de malignidad del 56%, es importante reforzar las medidas de prevención del virus del papiloma humano mediante la vacunación, educación sexual, tamizaje y tratamiento oportuno.

REFERENCIAS

1. Prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de lesiones precursoras del cáncer de cuello uterino en primer y segundo nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica clínica. 2018. http://cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-146-18/ER.pdf
2. Juárez-González K, Paredes-Cervantes V, Martínez-Salazar M, Gordillo-Rodríguez S, et al. Prevalencia del virus del papiloma humano oncogénico en pacientes con lesión cervical. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2020; 58 (3): 243-249. https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M20000027
3. Malek-Mellouli M, Ben-Amara F, Fatnassi A, Reziga H. Giant condyloma in pregnancy. Tunis Med 2013; 91 (6): 422-423.
4. Illades-Aguiar B, Cortés-Malagón EM, Antonio-Véjar V, Zamudio-López N, et al. Cervical carcinoma in Southern Mexico: Human papillomavirus and cofactors. Cancer Detect Prev 2009; 32 (4): 300-307. https://doi.org/10.1016/j.cdp.2008.09.001
5. Crespo R, Puig F, Lanzon A, Borell A. Buschke-Lowenstein tumor and pregnancy: a case report. Eur J Gynaecol Oncol 2007; 28 (4): 328-329.
6. Garozzo G, Nuciforo G, Rocchi CM, Bonanno NM, et al. Büschke-Lowenstein tumour in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111 (1): 88-90. https://doi.org/10.1016/s0301-2115(03)00112-x
7. de Sanjosé S, Brotons M, Pavón MA. The natural history of human papillomavirus infection. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018; 47: 2-13. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2017.08.015
8. Riethmuller D, Buisson A, Thong-Vanh C, Istasse F, et al. La tumeur de Buschke Lowenstein chez la femme enceinte [Giant condyloma acuminatum in pregnancy]. Gynecol Obstet Fertil Senol 2022; 50 (2): 201-204. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.08.001
9. Cui T, Huang J, Lv B, Yao Q. Giant condyloma acuminatum in pregnancy: A case report. Dermatol Ther 2019; 32 (4): e12972. https://doi.org/10.1111/dth.12972
10. Michiels I, Tjalma WA. The rapid development of a giant condyloma acuminatum (Buschke-Löwenstein tumor) during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86 (6): 762-763. https://doi.org/10.1080/00016340600617999
11. Spinu D, Rădulescu A, Bratu O, Checheriță IA, et al. Giant condyloma acuminatum-Buschke-Lowenstein disease - a literature review. Chirurgia (Bucur) 2014; 109 (4): 445-450.
12. Kombe AJ, Li B, Zahid A, Mengist HM, et al. Epidemiology and Burden of Human Papillomavirus and Related Diseases, Molecular Pathogenesis, and Vaccine Evaluation. Front Public Health 2021; 8: 552028. https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.552028
13. Manlubatan S, Onglao M, Tampo M, Lopez M. Outcomes of surgical management of buschke-lowenstein tumor in a Philippine tertiary hospital. Ann Coloproctol 2022; 38 (1): 82-87. https://doi.org/10.3393/ac.2020.00731.0104
14. Cuenca C, Álvarez-Palencia C, Ojeda D, Martínez M, et al. Condiloma acuminado gigante (tumor de Buschke-Löwenstein). Prog Obstet Ginecol 2010; 53 (8): 315-319.
15. Purzycka-Bohdan D, Nowicki RJ, Herms F, Casanova JL, et al. The Pathogenesis of Giant Condyloma Acuminatum (Buschke-Lowenstein Tumor): An Overview. Int J Mol Sci 2022; 23 (9): 45-47. https://doi.org/10.3390/ijms23094547
16. Nieves-Condoy JF, Acuña-Pinzón CL, Chavarría-Chavira JL, Hinojosa-Ugarte D, et al. Giant Condyloma Acuminata (Buschke-Lowenstein Tumor): Review of an Unusual Disease and Difficult to Manage. Infect Dis Obstet Gynecol 2021; 2021: 9919446. https://doi.org/10.1155/2021/9919446

https://doi.org/10.24245/gom.v91i11.8974

17. Boda D, Cutoiu A, Bratu D, Bejinariu N, et al. Buschke-Löwenstein tumors: A series of 7 case reports. Exp Ther Med 2022; 23 (6): 393. https://doi.org/10.3892/etm.2022.11320
18. Akhavizadegan H. Electrocautery resection, shaving with a scalpel, and podophyllin: a combination therapy for giant condyloma acuminatum. World J Mens Health 2015; 33 (1): 39-41. https://doi.org/10.5534/wjmh.2015.33.1.39
19. Badiu DC, Manea CA, Mandu M, Chiperi V, et al. Giant Perineal Condyloma Acuminatum (Buschke-Lowenstein Tumour): A Case Report. Chirurgia (Bucur) 2016; 111 (5): 435-438. https://doi.org/10.21614/chirurgia.111.5.435
20. Combaud V, Verhaeghe C, El Hachem H, Legendre G, et al. Giant condyloma acuminatum of the vulva: Successful management with imiquimod. JAAD Case Rep. 2018; 4 (7): 692-694. https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2018.04.007
21. Geusau A, Heinz-Peer G, Volc-Platzer B, Stingl G, et al. Regression of deeply infiltrating giant condyloma (Buschke-Löwenstein tumor) following long-term intralesional interferon alfa therapy. Arch Dermatol 2000; 136 (6): 707-710. https://doi.org/10.1001/archderm.136.6.707
22. Secretaria de salud. Actualización de esquema de vacunación contra Virus del Papiloma Humano (VPH) en niñas/adolescentes femeninas y en la población de mujeres cis y trans que viven con VIH. 2022. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/778784/NUEVO_ESQUEMA_VPH.pdf
23. World Health Organization. One-dose Human Papillomavirus (HPV) vaccine offers solid protection against cervical cancer. 2022. https://www.who.int/news/item/11-04-2022-one-dose-human-papillomavirus-(hpv)-vaccine-offers-solid-protection-against-cervical-cancer
24. Giannone G, Giuliano AR, Bandini M, Marandino L, et al. HPV vaccination and HPV-related malignancies: impact, strategies and optimizations toward global immunization coverage. Cancer Treat Rev 2022; 111: 102467. https://doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102467
25. Salmerón J, Torres-Ibarra L, Bosch FX, Cuzick J, et al. HPV vaccination impact on a cervical cancer screening program: methods of the FASTER-Tlalpan Study in Mexico. Salud Publica Mex 2016; 58 (2): 211-9. https://doi.org/10.21149/spm.v58i2.7790
26. Bruni L, Serrano B, Bosch X, Castellsagué X. Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad [Human papillomavirus vaccine. Efficacy and safety]. Enferm Infecc Microbiol Clin 2015; 33 (5): 342-54. https://doi.org/10.1016/j.eimc.2015.03.018

CITACIÓN ACTUAL

De acuerdo con las principales bases de datos y repositorios internacionales, la nueva forma de citación para publicaciones periódicas, digitales (revistas en línea), libros o cualquier tipo de referencia que incluya número doi (por sus siglas en inglés: Digital Object Identifier) será de la siguiente forma:

REFERENCIAS

1. Yang M, Guo ZW, Deng CJ, Liang X, Tan GJ, Jiang J, Zhong ZX. A comparative study of three different forecasting methods for trial of labor after cesarean section. J Obstet Gynaecol Res. 2017;25(11):239-42. https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2015.04..0015*

* El registro Doi deberá colocarse con el link completo (como se indica en el ejemplo).