Caso clínico
Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (12): 1010-1016.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.5247

Resección de tumor de Buschke-Löwenstein en una mujer embarazada: reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Buschke-Löwenstein tumor resection in a pregnant women: A case report and literature review.

Silda Castillo-Rosales,[1] Elena González-Padrón,[1] Patricia Inés Velásquez-Castellanos,[2] Norah Nalleli Macías-Vera[3]

Resumen

INTRODUCCIÓN: El tumor de Buschke-Löwenstein se asocia con el virus del papiloma humano por lo que se considera una infección de transmisión sexual. Se caracteriza por un condiloma gigante, verrugoso, exofítico, con forma de coliflor, de crecimiento lento, pero que durante el embarazo puede crecer rápidamente y formar condilomas solitarios que afectan las estructuras vecinas.

CASO CLÍNICO: Paciente de 18 años, primigesta, con 35 semanas de embarazo, sin antecedentes de importancia para el padecimiento actual. Cuatro meses previos inició con verrugas en el perineo, con aumento acelerado de su tamaño en los últimos 30 días, asociado con dolor intenso a la movilización, secreción fétida, eritema e irritación interglútea y formación de un tumor friable con tendencia al sangrado y áreas de necrosis.

CONCLUSIONES: El tumor de Buschke-Löwenstein es una alteración poco frecuente causada por el virus del papiloma humano, que puede tener crecimiento acelerado por el estímulo hormonal, propio del estado gestacional. El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica. El seguimiento de las pacientes debe ser estrecho, debido al alto índice de recidiva.

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

Abstract

BACKGROUND: Buschke-Löwenstein tumor is associatted with the human papillomavirus (HPV), which is considered a sexually transmitted infection, characterized by the presence of a giant wart, exophytic condyloma with the shape of a cauliflower, slow growth, but during pregnancy it can grow fast as a solitary condyloma, affecting other structures. This case provides a better understanding of an unusual pathology, which with surgical treatment was obtained aesthetic results and with adequate functionality of external genitalia.

CLINICAL CASE: 18-year-old female, primiparous with 35 weeks pregnant, with no significant history, 4 previous months begins with the presence of warts in the perineal region with accelerated increase in size in the last 30 days, associated with intense pain on mobilization, fetid discharge, and area oferythema and intergluteal irritation, friable tumor with a tendency to bleed with areas of necrosis.

CONCLUSIONS: The Buschke-Löwenstein tumor is a rare pathology caused by HPV, which can present accelerated growth due to the hormonal stimulus of the gestational

[1] Residente de Urología ginecológica.
[2] Jefa del servicio de Urología ginecológica.
[3] Médica adscrita al servicio de Urología ginecológica.
Benemérito Antiguo Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco.

Recibido: marzo 2021
Aceptado: marzo 2022

Correspondencia
Silda Castillo Rosales
castillo.zil@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Castillo-Rosales S, González-Padrón E, Velásquez-Castellanos PI, Macías-Vera NN. Resección de tumor de Buschke-Löwenstein en una mujer embarazada: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2022; 90 (12): 1010-1016.

state, this tumor does not resolve spontaneously, so the surgical approach is considered top of the line. The follow-up of these patients must be close due to the high rate of recurrence.

KEYWORDS: Buschke-Löwenstein tumor, giant condyloma, Human Papillomavirus, wart.

INTRODUCCIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein, o condiloma gigante, fue descrito por primera vez en 1896 por Buschke; posteriormente, en 1925, Löwenstein describió su asociación con el virus del papiloma humano, por lo que se considera una infección de transmisión sexual.[1,2]

En los últimos 10 años se han incrementado en 6.3% los casos por año, sobre todo en la población masculina (3.2:1 respecto de las mujeres), con una media de edad de 42 años. Durante el embarazo, la prevalencia de VPH suele ser del 46%, debido a la supresión parcial del sistema inmunológico. La bibliografía no menciona la prevalencia mundial de la enfermedad. Los serotipos 6 y 11 son los más comúnmente identificados y no son oncogénicos; por lo tanto, se consideran de bajo riesgo. El VPH tiene diferentes vías de transmisión: contacto sexual, autoinoculación o contacto con fómites, con un periodo de incubación de 2 a 3 meses.[3,4,5] Los factores de riesgo son: mala higiene, irritación local, inmunosupresión, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas sexuales, tabaquismo, infección por agentes anaerobios, diabetes mellitus e inflamación local crónica.[6,7]

Las lesiones del tumor de Buschke-Löwenstein se caracterizan por un condiloma gigante, verrugoso, exofítico, con forma de coliflor de crecimiento lento; no obstante, durante el embarazo puede crecer rápidamente y formar condilomas solitarios, que afectan las estructuras vecinas. Las características histológicas son similares a las identificadas en lesiones benignas: papilomatosis, acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis celular variable, además de infiltración de células inflamatorias en los tejidos subyacentes y coexistencia de grandes células vacuoladas y núcleos picnóticos desplazados (coilocitosis).[1,7,8]

Las lesiones suelen localizarse en la región genital, anorrectal y perianal, y los síntomas más frecuentes son: dolor pélvico, descarga vaginal, sangrado anorrectal, secreción fétida, alteración de la defecación, pérdida de peso y del apetito, estreñimiento, anemia, dificultad para caminar, prurito y disuria.[4]

El tratamiento de elección consiste en resección quirúrgica (se recomienda al cirujano efectuar una extirpación lo más amplia posible para reducir la tasa de recidiva); incluso existen métodos de destrucción química y física del foco patológico.[9]

CASO CLÍNICO

Paciente de 18 años, primigesta, con embarazo de 35 semanas, diagnosticado por ecografía en el tercer trimestre, sin control prenatal ni

antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento actual; de sus antecedentes ginecoobstétricos destacaron: menarquia a los 12 años, ciclos menstruales 28/7; inicio de la vida sexual a los 17 años, tres parejas sexuales, sin uso de ningún método anticonceptivo, nunca se se había practicado una citología cervical y negó enfermedades de transmisión sexual. El padecimiento actual inició con lesiones verrugosas en el área genital, cuatro meses previos a su hospitalización; acudió al servicio de Urgencias de Ginecología y Obstetricia por una tumoración dolorosa y fétida, localizada en el área genital. En los últimos 30 días tuvo crecimiento acelerado de las lesiones, con forma de coliflor y dolor intenso, dificultad para sentarse, tener relaciones sexuales y defecar. A la exploración física se observaron dos lesiones: una tumoración exofítica que afectaba el perineo y otra la región perianal, de aproximadamente 7 cm de longitud por 5 cm de ancho, y 4 cm de longitud por 3 cm de ancho, respectivamente (**Figura 1**), dolorosa a la movilización, con secreción fétida y áreas de eritema e irritación interglútea; tumor friable, con tendencia al sangrado y áreas de necrosis. Los estudios de laboratorio se reportaron dentro de la normalidad (**Cuadro 1**). Se llevó a cabo la extirpación completa de la lesión, con márgenes de los bordes quirúrgicos de 1 cm, sin complicaciones quirúrgicas ni obstétricas (**Figuras 2 y 3**). El reporte histopatológico fue de condiloma (**Figura 4**). La paciente tuvo una evolución satisfactoria, por lo que se dio de alta (**Figura 5**) y continuó con su embarazo; no hubo recidiva del tumor hasta el nacimiento del feto. El desenlace obstétrico fue: finalización del embarazo por cesárea, con recién nacido de término, en adecuadas condiciones generales. La evolución y seguimiento a 5 meses de la intervención de la madre fueron adecuados, no hubo pérdida de la anatomía de los genitales externos ni recidiva de la tumoración. Se observó cicatrización en el perineo y la región perianal, con desenlaces



Figura 1. Tumor de Buschke-Löwenstein al ingreso.

Cuadro 1. Estudios de laboratorio

Hemoglobina	12.50 g/dL
Hematocrito	39.2%
Volumen globular medio	97
Concentración media de hemoglobina	31.9%
Leucocitos totales	12.64 x 10^3/mm^3
Valor absoluto de neutrófilos	5.09 x 10^6/mm^3
Neutrófilos segmentados (%)	68%
Linfocitos (%)	23.60 %
Plaquetas	246,000 x 10^3/mm^3
Grupo Rh	O +
PCR latex	24 mg/L
Creatinina	0.62 mg/dL
Nitrógeno de urea	12.12mg/dL
Glucosa sérica	68.35 mg/dL
VIH	No reactivo
VDRL	No reactivo

https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.5247



Figura 2. Resección del tumor de Buschke-Löwenstein.



Figura 3. Bordes libres del tumor.

estéticos favorables y adecuada funcionalidad de los genitales externos. **Figura 6**

Al momento de obtener las imágenes se solicitó la autorización de la paciente y se tuvo precaución de mantener el anonimato y la confidencialidad; posteriormente se obtuvo el consentimiento informado para la publicación del caso clínico.

METODOLOGÍA

Se realizó la búsqueda bibliográfica en las bases de datos: PubMed, SciELO y ScienceDirect, con los términos (MeSH): "Tumor de Buschke-Löwenstein", "condiloma gigante", "virus del papiloma humano" y "verruga". Se incluyeron reportes y series de casos, guías de revisión de epidemiología, diagnóstico y tratamiento médico y quirúrgico. No se eligieron por criterios de inclusión, debido a la baja incidencia de la alteración reportada en la bibliografía. Se seleccionaron 13 artículos en idioma inglés y español publicados entre enero de 2014 y diciembre de 2020.

DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein puede tener un aspecto clínico variado: el inicio puede ser con lesiones pequeñas en el área genital, su crecimiento es lento y el origen benigno;



Figura 4. Pieza quirúrgica. El reporte de histopatología confirmó el diagnóstico de condiloma.



Figura 5. Aspecto posterior a la resección del tumor.

rara vez tiende a transformarse en tumoración maligna, porque guarda relación con los serotipos 6 y 11 del VPH, o eventualmente puede crecer rápidamente y tener un comportamiento agresivo, acompañado de un tumor gigante que puede destruir las estructuras aledañas.[1] Se consideran tumores gigantes cuando miden entre 1.5 a 30 cm, incluso mayores.[10] Según el tamaño del tumor existen varias opciones de tratamiento, incluido el protocolo médico, escisión quirúrgica, quimioterapia o radiación.[11] En ocasiones, meses o años después de la recuperación de las lesiones, puede identificarse el genoma viral en el epitelio sano, lo que se denomina infección latente o subclínica.[12,13]

En mujeres embarazadas no existe regresión espontánea de las lesiones y es común el alto índice de cesáreas en estos casos, debido a las complicaciones secundarias al tumor de Buschke-Löwenstein, por ejemplo: sangrado, obstrucción vaginal o uretral.[9,10] La paciente del caso consultó por una tumoración en el área genital, dolor, fetidez y sangrado de la lesión; sin embargo, pudo finalizar el embarazo y obtener un recién nacido sano.

Durante el embarazo, este tipo de tumores tienen crecimiento acelerado y la respuesta adversa al tratamiento es más grave comparada con las pacientes no embarazadas, debido a la reducción de la inmunidad, cambios en las concentraciones hormonales (valores elevados

https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.5247



Figura 6. Imágenes obtenidas en la misma cita, cinco meses posteriores a la resección del tumor de Buschke-Löwenstein.

de progesterona) y aumento del flujo vaginal, propios del embarazo.[11]

Hasta la fecha no existe evidencia científica que respalde un esquema de primera línea en pacientes con tumor de Buschke-Löwenstein durante el embarazo; sin embargo, se recomienda la aplicación de ácido tricloroacético, nitrógeno líquido, ablación con láser o electrocauterio en las lesiones externas producidas por el VPH en cualquier momento del embarazo y tratamiento quirúrgico, principalmente durante el segundo trimestre, porque existe menos riesgo de aborto y trabajo de parto prematuro. A pesar de estas opciones, el tumor de Buschke-Löwenstein supone una alta tasa de recidiva (50% de los casos);[3] no obstante, la paciente de este caso no tuvo recidiva en los primeros 5 meses posquirúrgicos. En algunos casos, los serotipos 6 y 11 pueden causar papilomatosis respiratoria en los lactantes; por tanto, se recomienda finalizar el embarazo por cesárea, incluso cuando haya formación de verrugas en el canal vaginal u obstrucción en la salida de la vagina.[8] No se recomiendan: imiquimod, sinecatequinas, podofilina y podofilox durante el embarazo, porque son teratógenos.[9]

En 2020, Kryvorchuk y sus colaboradores[3] informaron el caso de una paciente de 18 años, con 7 semanas de embarazo, con una tumoración de 3 mm, quien recibió tratamiento expectante, y en la semana 14 se observó un condiloma de 15 mm. Se implementó tratamiento local, con efecto necrotizante sin ningún éxito; posteriormente, en la semana 34 consultó por dolor y afectación en el área genital, con un tumor de 8 x 10 cm, que abarcaba los labios mayores y menores, la pared posterior de la vagina y la región perianal. Se decidió la resección de la tumoración y la cirugía plástica reconstructiva de la vulva y el periné. El embarazo finalizó mediante cesárea, sin contratiempos. En las citas de control posquirúrgico se observó afectada la estética de los genitales externos, pero no fue impedimento para el desarrollo de la actividad sexual ni de una mala calidad de vida.[3] Otro caso similar ocurrió en una paciente de 18 años, con tumoración exofítica, de aspecto vegetante en los labios mayores y en la región perianal, de 20 x 10 cm, con 15 semanas de embarazo. Cinco días posteriores a la intervención quirúrgica se advirtió dehiscencia de la herida, por lo que se intervino nuevamente, con lavado mecánico y cierre por tercera intensión. El embarazo finalizó por cesárea, porque el introito vaginal mostraba estenosis secundaria, debido a la resección del tumor. La madre y su recién nacido evolucionaron satisfactoriamente; durante el control posquirúrgico se observó intensa cicatrización y marcado engrosamiento en la región perianal y, como consecuencia, acortamiento del introito vaginal, con permeabilidad de aproximadamente un dedo. Se perdieron los límites anatómicos entre los labios mayores y menores, y hubo desaparición del clítoris por la invasión del tumor.[4] En 2015, Yavuzcan y su grupo emprendieron un estudio relacionado con el tratamiento ideal en estos casos: indicaron que la cirugía es el trata-

miento de primera línea, en el segundo trimestre del embarazo, y recomiendan no prescribir podofilina, imiquimod, sinecatequinas y podofilox, debido al riesgo de teratogenicidad.[12]

CONCLUSIONES

El tumor de Buschke-Löwenstein es una alteración poco frecuente relacionada con el virus del papiloma humano. Las características histológicas incluyen: enfermedad benigna y crecimiento lento de las lesiones, pero en el embarazo puede ser acelerado, debido al estímulo hormonal propio del estado fisiológico. El tratamiento de primera línea es la resección quirúrgica. En pacientes embarazadas se prefiere iniciar el protocolo luego de la finalización de éste (se sugiere llevarse a cabo por cesárea). Dependiendo de las condiciones clínicas y los síntomas de la paciente pueden intervenirse durante el segundo trimestre del embarazo. El seguimiento debe ser estrecho, debido al alto índice de recidiva. Existen pocos casos reportados con desenlaces posquirúrgicos favorables. Es importante que el médico que atiende a estas pacientes conozca la anatomía pélvica para proporcionar la mejor opción de tratamiento y de desenlaces funcionales y estéticos adecuados.

REFERENCIAS

1. Rivera R, Lazo L, Ordóñez L. Buschke-Löwenstein tumor. Case report. Rev Inf Científica 2018; 97 (4): 851-9. http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1955/3832
2. Almeda B. Condiloma gigante de Buschke-Löwenstein con evolución a Carcinoma verrucoso. Reporte de un caso. Rev Cient Mundo Invest Conocim 2017; 1 (5): 661-669. https://doi.org/10.26820/recimundo/1.5.2017.661-669
3. Kryvorchuk I, Davydova Y, Leshchyshyn I, Lymanska A, et al. A multidisciplinary approach to the treatment of buschke-lowenstein tumor during pregnancy. Eur J Mol Clin Med 2020; 7 (10): 352-8.
4. Montemayor-Villalón CH, López-Martínez N, Morales-Avalos R, Baena-Trejo JE. Tumor de Buschke-Löwenstein: tratamiento quirúrgico en el embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex 2019; 87 (1): 79-83. https://doi.org /10.24245/gom.v87i1.2566
5. Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, et al. Vulvar intraepithelial neoplasia: Classification, epidemiology, diagnosis, and management. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020; 49 (9): 1-44. doi: 10.1016/j.jogoh.2020.101801
6. Nordsiek M, Ross C, Metro M. Successful surgical management of giant condyloma acuminatum (Buschke Lowenstein tumor) in the urethra of a female patient: A case report. Curr Urol 2014; 8 (1): 49-52. doi: 10.1159/000365689
7. Condorelli A, Ferrari B, Francomano M, Rocco B, et al. Buschke-Lowenstein tumor: Use of dermal matrix for reconstruction of genital area. Dermatol Ther 2020;33(6):1–3. DOI: 10.1111/dth.13874
8. Skowrońska U, Kościński T. Buschke-Loewenstein tumor resection with simultaneous reconstruction of extensive tissue losses: Case report. BMC Surg 2015; 15 (1): 2-5. doi: 10.1186/s12893-015-0026-0
9. Frieden T, Jaffe H, Cono J, Richards C, et al. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. MMWR Recomm Rep 2015;64(3)1-140. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf
10. Taskin O, Pehlivanoglu B, Reid M, Friedman T, et al. Löwenstein-buschke: clinicopathologic analysis of 78 cases of large and giant condyloma acuminata of the anus. Turkish J Pathol 2020; (10): 1-9. doi: 10.5146/tjpath.2020.01508
11. Yang L, Zhu D, Dang Y, Zhao X. Treatment of condyloma acuminata in pregnant women with cryotherapy combined with proanthocyanidins: Outcome and safety. Exp Ther Med 2016; 11 (6): 2391-4. doi: 10.3892/etm.2016.3207
12. Yavuzcan A, Çağlar M, Turan H, Tekin A, et al. The Treatment of Giant Periurethral Condyloma in Pregnancy Using an Ultrasonic Thermal Scalpel: A Case Report and New Single Session Treatment Option. Case Rep Obstet Gynecol 2015; 2015: 1-4. doi: 10.1155/2015/792412
13. Petrini C, Santos P, Magnani P, Peña L, et al. Condiloma Gigante (Tumor de Buschke- Loewenstein) en Paciente de 16 años: Reporte de Caso. Rev Bras Ginecol Obstet 2016; 38: 471-476. http://dx.doi.org/ 10.1055/s-0036-1593776.

https://doi.org/10.24245/gom.v90i12.5247