Caso clínico
Ginecol Obstet Mex. 2019 enero;87(1):79-83.

Tumor de Buschke-Löwenstein: tratamiento quirúrgico en el embarazo. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía

Buschke-Löwenstein tumor: surgical treatment in pregnancy. Case report and literature review.

Carlos Humberto Montemayor-Villalón,[1] Noé López-Martínez,[2] Rodolfo Morales-Ávalos,[3] José Emmanuel Baena-Trejo[4]

Resumen

ANTECEDENTES: El tratamiento del tumor de Buschke-Löwenstein durante el embarazo aún se discute, por lo que se prefiere iniciarlo en el puerperio.

OBJETIVO: Reportar un caso de tumor de Buschke-Löwenstein, además de conocer y ampliar su protocolo de tratamiento, pues se considera un reto, debido a la recidiva, alto grado de malignidad y escasa bibliografía relacionada con la enfermedad durante el embarazo.

CASO CLÍNICO: Paciente de 17 años, con embarazo previable y diagnóstico de infección de VPH de bajo riesgo, con condiloma genital incipiente, sin tratamiento, inadecuado control prenatal y sin inmunodepresión. Ingresó a la unidad hospitalaria con embarazo pretérmino, por pérdida del bienestar fetal en el tercer trimestre. Mediante ultrasonido se descartó la afectación fetal; sin embargo, se encontró anemia materna y fetidez genital, por lo que se decidió efectuar la resección de la tumoración. El procedimiento transcurrió sin contratiempos. Hasta la fecha no muestra recidiva. El embarazo llegó a término y finalizó por vía abdominal, sin complicaciones.

CONCLUSIONES: El tumor de Buschke-Löwenstein es una neoplasia poco común relacionada con inmunodepresión, raramente aparece durante el embarazo y se prefiere iniciar el tratamiento en el puerperio. Se considera un factor de riesgo por la amenaza de parto pretérmino, el efecto proinflamatorio y la afectación materna-fetal, debido al sangrado materno crónico. Es importante considerar el tratamiento durante el embarazo, evaluando el riesgo-beneficio.

PALABRAS CLAVE: Buschke-Löwenstein; tumor; embarazo; tratamiento.

Abstract

BACKGROUND: The management of the Buschke-Löwenstein tumor in pregnancy is controversial, preferring its treatment in the puerperium.

OBJECTIVE: A clinical case report, know and expand the management of the Buschke-Löwenstein tumor, since this is considered a therapeutic challenge due to its important recurrence, high degree of malignancy and its scarce bibliography in which management is carried out during pregnancy.

CLINICAL CASE: A 17-years old patient with preventable pregnancy and diagnosis of low risk HPV infection, presents incipient genital condyloma, which does not want any management, antecedent of inadequate prenatal control and without conditions that indicate immunosuppression. Later, she entered with preterm pregnancy due to loss of fetal well-being in the third trimester, fetal involvement was ruled out, however, maternal anemia and genital stinking were found, so it was decided to successfully resect the tumor, without recurrence and ending pregnancy. Ending the pregnancy by abdominal route.

CONCLUSIONS: Buschke-Löwenstein tumor is a rare pathology related to immunosuppression, rarely occurs in pregnancy and its resolution is preferred in the

[1] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia.
[2] Adscrito al servicio de Ginecología y Obstetricia, jefe de la Clínica de Displasia.
Hospital Regional de Alta Especialidad Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco.
[3] Residente de tercer año de Ortopedia y Traumatología.
[4] Residente de cuarto año de Ortopedia y Traumatología
Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Recibido: septiembre 2018
Aceptado: noviembre 2018

Correspondencia
Carlos Humberto Montemayor Villalón
carlos.montemayor23@gmail.com

Este artículo debe citarse como
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 enero;87(1):79-83.
https://doi.org/10.24245/gom.v87i1.2566

puerperium. It can become a risk factor for the threat of preterm delivery due to its proinflammatory effect and generate a compromise of the binomial due to chronic maternal bleeding. It is important not to rule out your treatment during pregnancy by assessing risk benefit.

KEYWORDS: Buschke-Löwenstein; Tumor; Pregnancy; Treatment.

ANTECEDENTES

El condiloma gigante, o tumor de Buschke-Löwenstein, fue descrito inicialmente por Buschke en 1896 y luego por Löwenstein en 1925, con lo que se complementó el nombre de la enfermedad. Este tipo de tumores se originan por la infección del virus del papiloma humano (tipos 6 y 11). En los últimos 10 años se han descrito alrededor de 100 casos en la bibliografía médica mundial. Desde el punto vista histopatológico, no existen atipias citonucleares y se caracteriza por hiperplasia regular de los coilocitos. Se expresan con "malignidad local", además de destrucción de los tejidos subyacentes y recidivas frecuentes. El virus del papiloma humano tiene participación importante en el tumor de Buschke-Löwenstein, aunque algunas veces la determinación exacta del tipo causante no se reporta. Los tipos de VPH identificados con mayor frecuencia suelen ser no oncogénicos (principalmente el 6 y 11) y afectan a pacientes inmunodeprimidos. El tratamiento durante el embarazo permanece en discusión, porque las terapias en fases tempranas pueden afectar el desarrollo fetal a corto y largo plazo, anticipando la evolución del padecimiento. Se recomienda el tratamiento conjunto de la pareja, de lo contrario aumenta la posibilidad de recidiva. Algunos estudios indican que los procesos inflamatorios e infecciosos avanzados representan el principal criterio para establecer el tratamiento durante el embarazo, que consiste en resección quirúrgica amplia, a menudo reiterada, puesto que las recidivas son frecuentes.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años, primigesta, sin antecedentes médicos de relevancia para el padecimiento actual, con serología negativa para VIH. Los síntomas se iniciaron durante el primer trimestre del embarazo (nueve semanas), con la aparición de una lesión verrugosa de 1 cm de diámetro, de bordes irregulares y consistencia sólida. La paciente rechazó el tratamiento en esa ocasión. Cuatro meses después acudió a valoración en el área de Urgencias, con embarazo de 24 semanas, con control prenatal deficiente y datos compatibles con infección del conducto genital inferior, debido a la visualización de un condiloma gigante y anemia, con biometría hemática de 8 mg/dL. La valoración del personal de la clínica de displasia reportó una tumoración de 5 x 5 cm. Se estableció el diagnóstico de tumor de Buschke-Löwenstein y se implementó un tratamiento conservador por petición de la paciente, con fumarato ferroso y medidas higiénicas estrictas, para posterior curación al finalizar el embarazo. Tres meses después ingresó a la unidad médica por prueba sin estrés no satisfactoria, probable restricción del crecimiento intrauterino, además de sangrado de la tumoración, con friabilidad a la exploración y fetidez. Se reportó el crecimiento de la tumoración, de 15 x 9 x 8 cm (**Figura 1**) y embarazo de 31.6 semanas. El ultrasonido

https://doi.org/10.24245/gom.v87i1.2566



Figura 1. Vista anterior, superior y lateral del condiloma.

descartó la restricción del crecimiento o daño fetal. Se decidió efectuar la exéresis de la tumoración (**Figura 2**), con resección en huso mediante electrofulguración y puntos de Wolf hemostáticos, con sutura absorbible, catgut crómico, logrando adecuada hemostasia (**Figura 3**). El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones, se indicó tratamiento con un antibiótico y útero inhibición profiláctica (25 mg de indometacina por vía oral, cada 12 horas) y se dio de alta del hospital 72 horas después, solo con el antibiótico profiláctico. La paciente continuó en vigilancia médica, en el área de consulta de alto riesgo. El servicio de Patología reportó un condiloma acuminado, hibridación tipo 6. Posteriormente acudió a valoración con embarazo de término (40 semanas); refirió actividad uterina y salida de líquido transvaginal (tapón mucoso), por lo que se realizó la prueba sin estrés, y se encontró variabilidad disminuida



Figura 2. Resección en huso con electrofulguración; se realizan puntos de Wolf para la hemostasia.



Figura 3. Plastia y hemostasia.

(silente) y pérdida del bienestar fetal. Con estos hallazgos se decidió la terminación del embarazo por vía abdominal, sin complicaciones, del que se obtuvo un recién nacido de 38 semanas, de 2930 g, Apgar 8-9. Ambos pacientes se dieron de alta en las siguientes 24 horas. La paciente acudió a seguimiento en la clínica de displasia, donde no ha reportado recidiva, según el estudio macroscópico y la evaluación colposcópica.

DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Löwenstein es una enfermedad relacionada con el virus del papiloma humano. Los serotipos de bajo riesgo (VPH 6 y 11) producen el condiloma y, posteriormente, se acuminan, para finalmente manifestarse como una lesión gigante en la región anogenital de la mujer y el hombre. Existen pocos casos reportados en México y en el mundo, por lo que es importante incrementar el conocimiento de la enfermedad.

El embarazo representa un factor predisponente para la adquisición de la enfermedad, porque se encuentra afectado el estado inmunológico, lo que implica el crecimiento acelerado del tumor. Diversos autores consideran que el mejor momento para iniciar el tratamiento es durante el puerperio, debido al restablecimiento del sistema inmunológico, disminución de sus dimensiones y vasculatura. Algunos estudios indican que el láser con CO_2 es un tratamiento efectivo, puesto que no provoca malformaciones fetales; no obstante, se encuentra contraindicada su combinación con agentes abrasivos, como la podofilina, en pacientes no embarazadas. El procedimiento quirúrgico muestra una tasa de curación de 80-90%, con una o más sesiones. Hasta la fecha no se han reportado casos del tumor intervenidos quirúrgicamente durante el tercer trimestre del embarazo; con base en esto, se decidió el tratamiento institucional con útero inhibidores (indometacina 25 mg cada 12 horas) en el posquirúrgico, puesto que la cirugía se considera un factor desencadenante de amenaza de parto pretérmino, como sucede en las pacientes a quienes se realiza apendicetomía. Es importante no descartar el procedimiento, por los riesgos que implica el estado proinflamatorio

https://doi.org/10.24245/gom.v87i1.2566

en la madre y el feto. La intervención quirúrgica permanece en discusión; por tanto, el tratamiento debe evaluarse de forma multidisciplinaria.

CONCLUSIONES

El tumor de Buschke-Löwenstein es de baja prevalencia; sin embargo, implica importantes grados de riesgo para la madre y su hijo: estéticamente para la madre y de desarrollo para el feto, lo que predispone a consecuencias adversas. La decisión de iniciar el tratamiento modifica de manera lineal el pronóstico de la paciente. Es importante recalcar las complicaciones del tratamiento conservador y los riesgos asociados con la prolongación y el procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Benchekroun A, et al. Verrucous carcinoma and Buschke-Lowenstein tumours: a propos of 2 cases. Ann Urol (Paris) 2002;36:286-9. DOI: 10.3315/jdcr.2008.1019
2. Sporkert M, Rübben A. Buschke-Löwenstein-Tumor. Hautarzt 2017;68(3):199-203. DOI: 10.1007/s00105-016-3924-x.
3. Chin-Hong PV, Palefsky JM. Human papillomavirus anogenital disease in HIV infected individuals. Dermatol Ther 2005;18:67-76 DOI:10.1111/j.1529-8019.2005.05009.x
4. Garozzo G, et al. Büschke–Lowenstein tumour in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111(1):88-90. DOI: https://doi.org/10.1016/S0301-2115(03)00112-X
5. Gholam P, et al. Successful surgical management of giant condyloma acuminatum (Buschke-Lowenstein tumor) in the genitoanal region: a case report and evaluation of current therapies. Dermatology 2009;218:56-59. DOI: 10.1159/000365689.
6. Crespo R, et al. Buschke-Lowenstein tumor and pregnancy: a case report. Eur J Gynaecol Oncol 2007;28(4):328-329.
7. Van Keer S, et al. Human papillomavirus genotype and viral load agreement between paired first-void urine and clinician-collected cervical samples. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2018;37(5):859-869. DOI: 10.1007/s10096-017-3179-1.
8. Dobao E, et al. Therapeutic approaches to recurrent HPV genital warts in HIV/HPV coinfected man: A case report. J Am Acad Dermatol 2012;66(4):AB125. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jaad.2011.11.529
9. Beutner KR, and Ferenczy A. Therapeutic approaches to genital warts. Am J Med 1997;102:28-37.
10. Restrepo-Castro OI, et al. Diagnóstico de apendicitis en el tercer semestre de la gestación: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Obstet Ginecol 2018;69(2):124-131. DOI: http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3042

Puntaje para mantener la vigencia

El Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia otorga puntos para la vigencia de la certificación a los ginecoobstetras que envíen, a la página web del Consejo, un comentario crítico de un artículo publicado en la revista Ginecología y Obstetricia de México. El comentario deberá tener mínimo 150 y máximo 500 palabras.