

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.448>

## Cirugía más inmunoterapia local en el tratamiento del tumor de Buschke-Löwenstein. A propósito de un caso.

*Surgery plus local immunotherapy in the treatment of Buschke-Löwenstein tumor. About a case.*

 Est. Nicole Emily Rojas Espinoza<sup>1</sup> Dr. Juan Pablo Torrico Vilte<sup>2</sup>

1. Estudiante, Carrera de Medicina, Universidad Privada del Valle. Sede Cochabamba, Bolivia. [ren2015280@est.univalle.edu](mailto:ren2015280@est.univalle.edu)
2. Docente, Carrera de Medicina, Universidad Privada del Valle. Sede Cochabamba, Bolivia. [jtorricovilte@gmail.com](mailto:jtorricovilte@gmail.com)

Recibido:5/1/2023 Revisado:10/5/2023 Aceptado:10/5/2023

**Cita:** Est. Nicole Emily Rojas Espinoza, Dr. Juan Pablo Torrico Vilte; Cirugía más inmunoterapia local en el tratamiento del tumor de Buschke-Löwenstein. A propósito de un caso. *Revista De Investigación E Información En Salud* UNIVALLE 2022; 18(44): p.51-55 <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.448>

**Correspondencia:** Est. Nicole Emily Rojas Espinoza, Cochabamba, Bolivia, +591 70797928 [ren2015280@est.univalle.edu](mailto:ren2015280@est.univalle.edu)

**Nota:** Los autores declaran no tener conflicto de intereses con respecto a esta publicación y se responsabilizan de contenido vertido.

### RESUMEN

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) pertenece al grupo de carcinomas verrugosos; su agente etiológico se encuentra en los virus del papiloma humano (VPH serotipos 6 y 11), caracterizándose por lesiones verrugosas gigantes de localización perineal. Presentamos el caso de un paciente masculino de 28 años diagnosticado con condiloma gigante de Buschke-Löwenstein, se realizó tratamiento quirúrgico agregando imiquimod tópico como terapéutica adyuvante con excelente evolución a largo plazo.

**Palabras Clave:** Condiloma acuminado gigante, Tumor de Buschke-Löwenstein, Virus del papiloma humano.

### Abstract

Giant condyloma acuminatum or Buschke-Löwenstein tumor (TBL) belongs to the group of warty carcinomas. Its etiologic agent is found in human papillomavirus (HPV serotypes 6 and 11), characterized

by giant warty lesions of perineal location. We present the case of a 28-year-old male patient diagnosed with giant Buschke-Löwenstein condyloma. Surgical treatment was performed with the addition of topical imiquimod as adjuvant therapy with excellent long-term evolution.

**Keywords:** Buschke-löwenstein Tumor, Giant Condyloma Acuminatum, Human Papillomavirus.

## INTRODUCCIÓN

El condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Löwenstein (TBL) es una patología poco común, su agente etiológico se encuentra en los virus del papiloma humano, los serotipos 16 y 18 son los más oncogénicos al encontrarse vinculados con cáncer epidermoide, los tipos 6 y 11 se asocian a lesiones condilomatosas benignas (1) (6). En 1896, Abraham Buschke describió el condiloma acuminado en el Neisser's Stereoskopischer Atlas y en 1925, junto a Löwestein, describieron el caso de un tumor circunscrito peneano (4). Posteriormente, Dawson, en 1964, describió el primer condiloma acuminado de localización perianal (2). Esta patología predomina en el sexo masculino en una relación de 3:1; se presenta entre la cuarta y sexta década de vida, aunque el 70% de los casos ocurren en personas menores de 50 años (5). Tiene una prevalencia del 0.1% en la población (4). El síntoma más frecuente es la presencia de masa y dolor perianal, finalmente está asociado a estados de compromiso inmunológico (6) (9).

Tiene un comportamiento agresivo e invasor, de evolución rápida, llegando a destruir los tejidos en los que se sitúa; debido a su elevada capacidad de proliferación e infiltración posee una tasa del 50% de malignización a carcinoma escamoso (3), con una mortalidad del 21% (2), y una tasa de recurrencia del 67%; entre los factores predisponentes, se incluyen enfermedades inmunosupresoras como el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ingesta de fármacos inmunosupresores, alcoholismo, diabetes mellitus, inadecuada higiene de genitales, promiscuidad y contacto sexual sin protección (1). La infección ocurre cuando las células basales del huésped se exponen a la infección viral a través de una barrera epitelial dañada, como sucede durante el acto sexual o como producto de otras abrasiones dérmicas menores; la replicación viral se confina al núcleo celular y, en consecuencia, las células infectadas exhiben un alto grado de atipia nuclear (6). Por lo general el genoma de los VPH consiste en ADN circular, el cual está separado del núcleo celular del huésped en las infecciones de VPH de bajo

riesgo (VPH 6 y 11). Sin embargo, el genoma de los VPH de alto riesgo se integra con el ADN nuclear del huésped en las lesiones malignas, esta integración del genoma se considera como una característica distintiva de la transformación maligna (6). El genoma de los VPH codifica secuencias de ADN, las cuales se traducen para producir proteínas E6 y E7, estas se unen a la proteína p53 (proteína supresora de tumores) y Rb del huésped, provocando su inactivación y degradación acelerada; este proceso ocasiona inestabilidad cromosómica, mutaciones y la replicación sin control de las células epiteliales, lo cual da lugar a un crecimiento anormal que conduce la formación del TBL (1) (6).

El diagnóstico es clínico mediante la anamnesis y los antecedentes del paciente; al examen físico, encontramos lesiones tumorales verrugosas, con un aspecto similar a una coliflor de localización perineo-ano-rectal de crecimiento circunferencial en la zona de transición entre la mucosa anal y la superficie cutánea, en algunos casos involucrando el canal anal (1). Desde otra óptica el estudio histopatológico describe un epitelio hiperqueratoso, bien diferenciado, con la presencia de coilocitosis (1), en el que se puede encontrar papilomatosis e infiltración de células inflamatorias (3) (5). Existen diferentes tratamientos del tumor, lo más recomendado es la extirpación quirúrgica evitando recidivas y malignización. Se puede usar combinaciones coadyuvantes como la quimioterapia tópica, inyección intralesional de fluorouracilo (5-FU), podofilina, crioterapia, curetaje, la combinación de imiquimod tópico al 5% y vaporización con láser CO<sub>2</sub> (8) (10).

El imiquimod es un fármaco inmunomodulador, de la familia imidazoquinolina de bajo peso molecular, inhibe la replicación del VPH al estimular la respuesta innata y adaptativa, mediante la activación del receptor tipo toll 7 y el factor nuclear kappa-B en el sitio de aplicación del medicamento; estos receptores desencadenan la reducción de interferón-alfa, el interferón-gamma, el factor de necrosis e interleucinas IL-1, IL-6, IL-8, las cuales activan las respuestas inmunitarias innata y adaptativa,

inhibiendo la replicación del VPH; de esta manera, inducimos la regresión de las verrugas anogenitales (11); el grado de absorción es menor al 0.9%, con una concentración máxima en suero de 0.1 a 1.6 ng/ml se llega a excretar por vía urinaria y fecal en una relación 3:1; el tratamiento médico, después de la cirugía, consiste en un esquema de aplicación nocturna de 3 veces por semana en un intervalo de 6 a 10 horas; las complicaciones del TBL incluyen infecciones secundarias, abscesos, formación de fistulas, hemorragias, necrosis, recurrencias y en un 56% transformaciones malignas (1). La profilaxis contra el virus del papiloma humano (VPH) debe ser realizada mediante la vacuna, la cual protege un 90% contra verrugas genitales y un 70% contra cáncer cérvico-uterino (1).

### REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 28 años de edad acude a consulta por presentar lesión sobre elevada

de aspecto condilomatoso en región perianal de 4 meses de evolución asociado a sangrado espontáneo, nunca realizó tratamiento por lo que las lesiones incrementaron en tamaño y extensión. Además, cuenta con el antecedente de coito anal sin protección y VIH (+) de reciente diagnóstico, sin terapia antirretroviral, carga viral de 50.000 copias ARN/ml, linfocitos T CD4: 415.

Al examen físico se evidencia neoformación verrugosa de aproximadamente 15cm de diámetro que se origina en el borde externo del canal anal, de superficie irregulares, friables a la manipulación, no adheridas a planos profundos, al examen digital rectal se evidencia esfínter de buen tono, no se palpan tumoraciones en conducto anorrectal; con todo lo mencionado, llegamos al diagnóstico de tumor de Buschke-Löwenstein (Figura 1).



**Figura 1.** Tumor de Buschke-Löwenstein (TBL).

Se extienden los exámenes complementarios los cuales muestran cifras normales de hemoglobina, hematócrito, eritrosedimentación, glicemia, coagulograma, perfil renal y hepático; los estudios serológicos, para sífilis, hepatitis B y C fueron negativos; no refiere alergias ni procedimientos quirúrgicos.

Se decide realizar exéresis de lesión tumoral con márgenes libres; el defecto obtenido se deja para cierre por segunda intención; al estudio anatomopatológico se revela hiperplasia y acantosis de la piel perianal con reacción inflamatoria de la mucosa rectal adyacente sin atipias, compatible con condiloma acuminado perianal (tumor de Buschke-Löwenstein) (Figura 2).



**Figura 2.** Exéresis completa del Tumor de Buschke-Löwenstein

Durante la internación, el paciente evoluciona de manera favorable y como adyuvante terapéutico se aplica imiquimod al 5% tres veces al día, posterior a cada baño de asiento con ácido bórico; realizamos control por consulta externa por medio del cual confirmamos la cicatrización completa al término

de la tercera semana con ausencia de sangrado e infección (figura 3); durante el control a los 10 meses mostró adecuada consolidación de la cicatriz, sin recidivas del tumor, con un buen resultado estético.



**Figura 3.** Cicatrización completa al término de la tercera semana del Tumor de Buschke-Löwenstein.

## DISCUSIÓN

Presentamos este caso por la infrecuencia en la combinación, entre la extirpación quirúrgica del TBL y como adyuvante terapéutico con el imiquimod tópico, si bien se realiza en otros países, en Bolivia es la primera publicación de este tipo; nosotros

estamos de acuerdo con Estrada-Brizuela Y. (3), donde refieren que obtuvieron mejores resultados con el tratamiento quirúrgico como método de resolución, asociado a medidas de prevención y recidiva, como lo es el uso de imiquimod crema al 5%; Marino F. (7) sugiere al uso de imiquimod

crema 5% como primera línea de tratamiento debido a que es menos invasivo, nosotros consideramos, si bien se ha demostrado que este fármaco ayuda a la disminución del tamaño de las verrugas, implica mayor costo y un periodo de tratamiento prolongado para el paciente.

En conclusión, para el tratamiento existen varias alternativas tópicas y sistémicas, sin embargo, no

se han visto resultados favorables a largo plazo, principalmente por la alta capacidad recidivante tumoral, por ello nosotros sugerimos el tratamiento quirúrgico como resolución de esta patología, dentro del manejo posquirúrgico, sugerimos el uso de imiquimod 5% como factor coadyuvante en un esquema de aplicación nocturna, pero no como medida de primera línea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Irshad U, Puckett Y. Giant Condylomata Acuminata of Buschke and Lowenstein. StatPearls [Internet] 2022 [consultado 2022 Ene 2]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560714/>
2. Nieves-Condoy JF, Acuña-Pinzón CL, Chavarría-Chavira JL, Hinojosa-Ugarte D, Zúñiga-Vázquez LA. Giant condyloma acuminata (Buschke-Lowenstein tumor): Review of an unusual disease and difficult to manage. Infect Dis Obstet Gynecol [Internet] 2021 [consultado 2022 15 Feb] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2021/9919446> DOI: 10.1155/2021/9919446.
3. Estrada-Brizuela Y, Méndez-León R, Quiroga-Meriño LE, Hernández-Agüero M. Tumor de Buschke-Löwenstein: presentación de un caso. AMC [Internet] 2020 [consultado 2022 Feb 10]; 24(4): e6668. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000400011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000400011&lng=es).
4. Quiroga-Meriño LE. Tumor de Buschke-Löwenstein: presentación de un caso [Internet] 2020 [consultado 2022 Mar 1]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2020/amc204k.pdf>
5. Rydzewska-Rosółowska A, Kakareko K, Kowalik M, Zaręba K, Zbroch E, Hryszko T. An unexpected giant problem - Giant condyloma (Buschke-Lowenstein tumor). Int J Infect Dis [Internet] 2021 [consultado 2022 Mar 1]; 103:280–1. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)32516-9/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)32516-9/fulltext)
6. Juan Francisco RR, Silvia GM, Antonio PV, Wuenseslao Rene ML, Olga PR. El tumor de buschke-lowenstein (tlb) o condiloma acuminado gigante, presentación de un caso. En: Morfovvirtual 2020. 2020.
7. Marino F. Complete healing of perianal giant condyloma (buschke-löwenstein tumor) with imiquimod 5% cream alone. Tech Coloproctol [Internet] 2020 [consultado 2022 Feb]; 24(12):1313–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-020-02280-z>.
8. Shetty P, Tauro LF. Giant condyloma of Buschke and Löwenstein. Indian J Surg [Internet] 2021 [consultado 2022 Feb 24]; 83(S3):802–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s12262-020-02232-9>
9. Benkirane S, Bennani M, Elloudi S, Douhi Z, BayBay H, Mernissi FZ. Case of giant condyloma acuminatum of Buschke-Löwenstein. OAJBS [Internet] 2020 [consultado 2022 Mar 1]; 2(1):145–6. Disponible en: <https://biomedscis.com/fulltext/case-of-giant-condyloma-acuminatum-of-buschke-l%C3%B6wenstein.ID.000134.php>
10. Yildiz A, Leventoglu S, Yildiz A, Inan A, Mentés BB. Radical surgical management of perianal giant condyloma acuminatum of Buschke and Löwenstein: Long-term results of 11 cases. Ann Coloproctol [Internet]. 2021 [consultado 2022 Mar 2]; ac.2021.00080.0011. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20210826000010id\\_/https://www.coloproctol.org/upload/pdf/ac-2021-00080-0011.pdf](https://web.archive.org/web/20210826000010id_/https://www.coloproctol.org/upload/pdf/ac-2021-00080-0011.pdf) DOI: <https://doi.org/10.3393/ac.2021.00080.0011>
11. Nanda J, Bermudez R. Imiquimod. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2021.