

Tumor de Buschke-Lowenstein. Presentación de un caso

Buschke-Lowenstein tumor: case report

Est. Adrián Rodríguez Hernández¹, Dr. Anthony Aponte Trimiño², Dr. Omar Boucourt Águila³

¹ *Estudiante de 6to. Año de Medicina. Profesor Instructor no Graduado de Medicina Interna*

² *Especialista en 1er. Grado de Urología-Andrología. Profesor Instructor*

³ *Especialista de 2do. Grado en Medicina General Integral*

Especialista de 1er. Grado en Medicina Intensiva y Emergencia

MsC. en Urgencias Médicas. Profesor Auxiliar

RESUMEN

El cáncer de pene es un proceso proliferativo y desordenado de las células epiteliales escamosas del pene. Este constituye 1% de las neoplasias el aparato urinario. El tumor de Buschke-Lowenstein o condiloma acuminado gigante, pertenece al grupo de los carcinomas verrugosos. El tratamiento va dirigido a la resección completa del tumor primario asegurando márgenes libres de lesión. En este artículo los autores exponen un paciente con este tipo de tumor, de aproximadamente 4 meses de evolución, se le realizó una penectomía parcial removiendo la tumoración y conservando funcionalidad para miccionar y evitando metástasis a distancia y la invasión linfática regional.

Palabras clave: tumor de Buschke-Lowenstein, condiloma acuminado gigante, cáncer de pene

SUMMARY

Penile cancer is a proliferative and disorganized process of the epithelial squamous cell of the pene. It constitutes the 1% of the urinary system neoplasia. Buschke-Lowenstein's tumor belongs to verrucous carcinomas. The treatment is designed to the complete resection of the primary tumor making sure lesion's free limits. In this article the authors expound a patient with this tumor type, of approximately 4 month of evolution, it was executed to him a

partial penectomy removing the tumor and preserving the micturition and eviting metastasis and the lymphatic regional invasion.

Keywords: Buschke-Lowenstein tumor, giant acuminate condyloma, cancer of the penis

INTRODUCCIÓN

Se define al cáncer de pene como el proceso proliferativo y desordenado de las células epiteliales escamosas del pene. Los tumores del pene se desarrollan frecuentemente a partir de la piel que lo recubre y del tejido que recubre al glande.¹

El cáncer de pene constituye 1% de las neoplasias el aparato urinario. En los Estados Unidos de América la tasa estimada es de 1-2 casos por cada 100 000 hombres por año. La Sociedad Americana del Cáncer, estimó alrededor de 1400 casos nuevos en 2004. Los registros en Europa señalan de 0.4% a 0.6% casos por año. En otras latitudes, esta entidad es un verdadero problema de salud, por ejemplo, en Sudamérica y África, puede llegar a constituir hasta 10% de los casos de malignidad en varones. Brasil tiene frecuencias de 8.3 casos por 100 000 habitantes, siendo uno de los países más afectados del cono sur. Uganda es el país africano que más casos de cáncer de pene presenta, algunos informes indican hasta 12.2% de todos los cánceres diagnosticados en dicho país. En contraparte, la más baja incidencia de esta neoplasia se observa en judíos y árabes. En México, de acuerdo al registro histopatológico de 1998, corresponde 2% de las neoplasias urinarias, de hecho es un padecimiento urológico poco común en México ocupando el cuarto lugar de los tumores urológicos.¹⁻⁴

Entre los factores de riesgo destacan la fimosis, inflamación crónica del pene, balanitis xerótica obliterante, fototerapia para enfermedades dermatológicas, tabaquismo, infección por virus del papiloma humano, condición socioeconómica deficiente, múltiples parejas sexuales. El diagnóstico está basado en la sospecha diagnóstica ya que es obvio clínicamente en muchos casos pero se debe confirmar siempre con un estudio de patología.⁵ Actualmente no se cuenta con biomarcadores disponibles de rutina para el carcinoma de células escamosas pero se investiga el uso de biomarcadores

plasmáticos, marcadores asociados a proliferación, marcadores relacionados a virus del papiloma humano, p53 y marcadores citogenéticos.⁶

Abraham Buschke describió en 1896 el condiloma acuminado en el Neisser's Stereoskopischer Atlas.⁷ En 1925 junto con Lowenstein⁸ describió un carcinoma peneano que se parecía al condiloma acuminado común y al carcinoma de células escamosas, pero cuyas características clínicas e histológicas le diferenciaban de ambas lesiones proliferativas.

El tumor de Buschke-Lowenstein (TLB) o condiloma acuminado gigante, pertenece al grupo de los carcinomas verrugosos. Es un tumor de aspecto pseudoepiteliomatoso caracterizado por una proliferación local agresiva que destruye los tejidos sobre los que asienta.⁹

El tratamiento va dirigido a la resección completa del tumor primario asegurando márgenes libres de lesión. En general se acepta que un margen de 1 a 1.5 cm es seguro.¹⁰

En el mundo existen algunos reportes de casos, pero en la Isla de la Juventud hasta el momento no se ha publicado ninguno, por lo que los autores decidieron presentar este caso.

PRESENTACIÓN DEL CASO

MC: Dolor en el pene y dificultad para orinar.

HEA: Paciente masculino de 77 años de edad, piel blanca y procedencia rural, con antecedentes patológicos personales de HTA tratada con Captopril 1 tab c/12h, DM tratada con Glibenclamida 2 tab D, A, C y Glaucoma tratada con Pilocarpina c/12 h y Tramadol 2 gotas en la noche. Acude por presentar hace más menos cuatro meses dolor en el pene, lesiones en el mismo que en ocasiones sangran, que han aumentado de tamaño, lo que le dificulta la micción; por lo que fue visto anteriormente en consulta de Urología donde se indicó:

- Biopsia de la lesión
- U/S abdominal (Buscando adenopatías abdominales)
- Rx de Tórax

Exámen Físico:

Tumoración irregular de aspecto vegetante de aproximadamente 4 cm, bordes sangrantes, de consistencia dura que incluye el glande y surco balanoprepucial. (Imagen No. 1)

Imagen No. 1. Pene del paciente antes de la operación



Exámenes Complementarios

- Glicemia: 9,4 mmol/l; Hb: 15,2 g/l; Hto: 0,47; Creatinina: 123 mmol/l; Coagulograma: Dentro de valores normales; TGP: 8 UI; TGO: 5 UI

Biopsia Confirmatoria

Pieza: Muestra del glande

Fragmento de tejido fibrilástico con lesión nodular, presenta queratosis, acantosis severa del epitelio escamoso, condiloma acuminado con amplias áreas de displasia severa epitelial.

US Abdominal (Buscando adenopatías abdominales)

Hígado de tamaño normal y textura homogénea, no alteraciones renales ni dilatación calicial, vejiga normal, próstata que mide 38 x 51 x 45 mm, volumen aproximado de 63 cm³ y contornos regulares, no se observan adenopatías.

Tratamiento:

Quirúrgico: Penectomía Parcial

Informe Operatorio

Incisión a 3cm de la lesión hasta los cuerpos cavernosos, sección y sutura de los mismos, se espátula la uretra y se anastomosa a la piel. Sonda uretral F-16.

(Imágenes 2, 3, 4 y 5)

- Tipo de Anestesia: Espinal
- Hora de comienzo: 11:40am
- Hora de terminación: 12:20pm
- Diagnóstico definitivo: Neoplasia de pene (*Tumor de Buschke-Lowenstein*)

Imagen No. 2. Incisión a 3cm de la lesión hasta los cuerpos cavernosos



Imagen No. 3. Sección de los cuerpos cavernosos



Imagen No. 4. Sutura de los cuerpos cavernosos



Imagen No. 5. Se espátula la uretra y se anastomosa a la piel. Sonda uretral F-16



DISCUSIÓN

El tumor de Buschke-Lowenstein no presenta atipias celulares, es un tumor benigno, pero en el 30% de los casos puede malignizar; no obstante, por el gran poder que tiene de recidivar, es considerado por algunos autores como un tumor maligno.⁹

Desafortunadamente, el cáncer de pene a menudo no se diagnostica precozmente, porque es poco común. Los médicos generales, e incluso los urólogos, se encuentran con casos de cáncer de pene sólo dos o tres veces en toda su vida profesional. Además, los pacientes a menudo no desean llamar la

atención sobre sus genitales y pueden temer a los procedimientos quirúrgicos o a los tratamientos que se realizan en el pene. La presencia de una lesión en el pene es el primer indicio clínico de esta entidad. En ocasiones hasta 15% a 50% de los pacientes han tenido estas lesiones por más de un año, tratándose con medicamentos sintomáticos y sin mejoría. Una lesión elevada pequeña caracterizada por una pápula o pústula que no cura puede desarrollar una lesión exofítica, fungante o infiltrante.¹¹ Lo que coincide con el cuadro clínico presentado.

El retraso en el tratamiento proviene de un diagnóstico tardío como vemos en el caso de este paciente. En general el diagnóstico clínico es evidente y siempre que se tenga sospecha de carcinoma de pene se deberá realizar biopsia para estudio patológico. Según las Guías Para Manejo de Cáncer de Pene de la Asociación Europea de Urología publicadas en el 2014 la confirmación histológica es necesaria para guiar el manejo cuando hay duda de la naturaleza de la lesión, cuando se piensa brindar manejo tópico con radioterapia o láser, o cuando hay que dar tratamiento orientado a nódulos linfáticos con metástasis.⁵

En este caso debido a las limitantes en cuanto a exámenes de imagen en nuestro medio no fue posible realizar tomografía abdominopélvica, siendo este un problema también encontrado en un estudio de en Honduras,⁶ elemento importante en la conducta, pues en el presente caso el tratamiento indicado por no aparecer adenopatías inguinales fue la penectomía parcial, coincidiendo con el caso publicado por Barahona Andrade y colaboradores. Pero no coincide con un caso presentado por el Dr. Núñez Serrano donde se extirpó en bloque la lesión tumoral y se realizó linfadenectomía de las cadenas afectadas, terminando así la emasculinización del paciente dadas las características del tumor, la afectación de las cadenas ganglionares y la posibilidad de malignización.⁹

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Harty JI, Catalona WJ. Carcinoma of the penis. En: Javadpour N, editors. Principles and Management of Urologic Cancer. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1983.

2. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta: Ga: American Cancer Society; 2009. [citado jul 28 2010]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2009.html>
3. Lynch DF, Pettaway CA. Tumors of the penis. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al., editores. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002.
4. Ibañez-García AO. Cáncer de Pene. En: Medina-Villaseñor EA, Martínez-Macias R, editores. Fundamentos de Oncología. México, D.F.: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: UNAM; 2009.
5. Hakenberg OW, Compérat E, Minhas S, Necchi A, Protzel C, Watkin N. Guidelines on Penile Cancer. Arnhem: European Association of Urology; 2014. [Citado jul 20 2016]. Disponible en: https://uroweb.org/wp-content/uploads/12-Penile-Cancer_LR.pdf
6. Barahona Andrade A, Fernando Delcid A, Barcan Batchvaroff ME, Delcid Morazan LE, Zelaya Mejia VO, Barahona Andrade DS. Sospecha Clínica de Cáncer de Pene: A Propósito de un caso. Archivos de Medicina. 2016[Citado octubre 20 2016].;12(3):17. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sospecha-cliacutenica-de-caacutencer-de-pene-a-propoautesito-de-un-caso.php?aid=11271>
7. Buschke A. Condilomata acuminata En: Neisser A, editor. Stereoscopischer Medicinischer Atlas. Berlin: Fischer Cassel;1986.
8. Buschke A, Loewenstein L. Uber carcinomähnliche condylomata acuminata des pënis. Klin Wochenschr. 1925[Citado jul 20 2016];36(4):1726-28. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01728480#citeas>
9. Núñez Serrano AA, Elena Sorando E, Arranz López JL, García Martínez L, de Juan Huelves A. Condiloma gigante del pene (Tumor de Buschke-Lowenstein): Presentación de un caso. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Abr 02] ; 35(1): 55-60. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000100011&lng=es.
10. Pompeo AC, Zequi Sde C, Pompeo AS. Penile cancer: organ-sparing surgery. Curr Opin Urol. 2015 Mar [citado 2016 Abr 02];25(2):121-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599291>

11. Medina-Villaseñor EA, Ibáñez-García AO, Martínez-Macías R, Barra-Martínez R, Quezada-Adame I, Pérez-Castro JA, Pérez-Bolaños R. Cáncer de pene. Revisión de las características clínico-patológicas. Gaceta Mexicana de Oncología. 2010[citado 2016 Abr 02];9(6):282-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-pene-revision-las-caracteristicas-X1665920110004344>

1. Harty JI, Catalona WJ. Carcinoma of the penis. En: Javadpour N, editors. Principles and Management of Urologic Cancer. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1983.

2. American Cancer Society: Cancer Facts and Figures 2009. Atlanta: Ga: American Cancer Society; 2009. [citado jul 28 2016]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2009.html>

3. Lynch DF, Pettaway CA. Tumors of the penis. En: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al., editores. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2002.

4. Ibañez-García AO. Cáncer de Pene. En: Medina-Villaseñor EA, Martínez-Macías R, editores. Fundamentos de Oncología. México, D.F.: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza: UNAM; 2009.

5. Hakenberg OW, Compérat E, Minhas S, Necchi A, Protzel C, Watkin N. Guidelines on Penile Cancer. Arnhem: European Association of Urology; 2014. [Citado jul 20 2016]. Disponible en: https://uroweb.org/wp-content/uploads/12-Penile-Cancer_LR.pdf

6. Barahona Andrade A, Fernando Delcid A, Barcan Batchvaroff ME, Delcid Morazan LE, Zelaya Mejía VO, Barahona Andrade DS. Sospecha Clínica de Cáncer de Pene: A Propósito de un caso. Archivos de Medicina. 2016[Citado octubre 20 2016].;12(3):17. Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/sospecha-clinica-de-caacutencercer-de-pene-a-propocutesito-de-un-caso.php?aid=11271>

7. Buschke A. Condilomata acuminata En: Neisser A, editor. Stereoscopischer Medicinischer Atlas. Berlin: Fischer Cassel;1986.

8. Buschke A, Loewenstein L. Uber carcinomähnliche condylomata acuminata des pènis. Klin Wochenschr. 1925[Citado jul 20 2016];36(4):1726-28. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01728480#citeas>

9. Núñez Serrano AA, Elena Sorando E, Arranz López JL, García Martínez L, de Juan Huelves A. Condiloma gigante del pene (Tumor de Buschke-Lowenstein): Presentación

de un caso. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2009 Mar [citado 2016 Abr 02]; 35(1): 55-60. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922009000100011&lng=es.

10. Pompeo AC, Zequi Sde C, Pompeo AS. Penile cancer: organ-sparing surgery. Curr Opin Urol. 2015 Mar [citado 2016 Abr 02];25(2):121-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25599291>

11. Medina-Villaseñor EA, Ibáñez-García AO, Martínez-Macías R, Barra-Martínez R, Quezada-Adame I, Pérez-Castro JA, Pérez-Bolaños R. Cáncer de pene. Revisión de las características clínico-patológicas. Gaceta Mexicana de Oncología. 2010[citado 2016 Abr 02];9(6):282-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-gaceta-mexicana-oncologia-305-articulo-cancer-pene-revision-las-caracteristicas-X1665920110004344>