

## TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN - TRES CASOS

Dres. A. E. García - J. Casal - J. M. Guzmán - J. M. Monserrat

La papilomatosis gigante del pene o tumor de Buschke-Lowenstein, además de otras sinomimias, es una lesión de interés por cuanto su diagnóstico diferencial con el epiteloma es prácticamente imposible macroscópicamente y ello tiene trascendencia porque el tratamiento y el pronóstico difieren totalmente.

Además su frecuencia en las publicaciones ha aumentado recientemente a pesar de haber sido descrito por primera vez en 1896 por Buschke. Según Bulkley y colaboradores, había hasta 1967, cincuenta casos conocidos en la literatura mundial; en nuestro país, Pagliere y Soldano, relatan un caso en 1964 y es el único que encontramos en la literatura revisada.

Es de hacer notar que Davies, en la revisión de 100 tumores del pene entre 1943 y 1963, clasificados como cáncer, encontró que 24 eran tumores de este tipo.

La etiología es desconocida aunque a semejanza de otras papilomatosis, se le atribuye origen virósico. Es frecuente la fimosis. No se ha descrito en mujeres.

Como hemos señalado, la lesión es difícil de distinguir del epiteloma. Se inicia en el surco balano prepucial y con frecuencia úlcera el prepucio. Puede tomar todo el pene como en el segundo caso que presentamos (fig.1). Se ulceran, sangran y tienen olor fétido igual que el cáncer.

Crece en profundidad sin infiltrar y Lepow lo ha calificado como un "papiloma invertido" de la piel (fig.3), este crecimiento es puramente expansivo y puede destruir por compresión y trombosis vasculares los tejidos adyacentes, que obligan en alguna oportunidad a realizar tratamientos quirúrgicos más radicales.

No metastatizan y tampoco sufren transformación carcinomatosa.

Macroscópicamente se presentan como masas tumorales vegetantes, grisáceo-blanquecinas, firmes al tacto pero con zonas friables; la superficie de corte muestra que la lesión está localizada en la mucosa respetando los planos profundos.

El exámen microscópico muestra la proliferación papilomatosa con marcada acantosis y focos de hiperplasia y queratosis, la proliferación se extiende en superficie sin infiltración del intersticio (fig.3). Las células son regulares, sin alteraciones nucleares ni atípicas, mitosis escasas o inexistentes.

En la profundidad existe intenso infiltrado inflamatorio de células mononucleadas y abundantes eosinófilos.

**Tratamiento:** En los casos circunscritos, la resección con electrobisturí es suficiente. Cuando adquieren mayor volumen también es posible resecarlos, por cuanto puede haber un plano de despegamiento entre el tumor y la algúgnea que permite la exéresis sin amputar el pene. El hecho de ser una lesión benigna hace que siempre se deba intentar tratamiento conservador.

**Evolución:** Recidivan, pero siempre se pueden extirpar los nuevos tumores.

**Caso 1:** A.P.F. 73 años. Ingresó 24/6/1960.

Un año antes de su ingreso proliferación pruriginosa en el borde del prepucio que trató con diversos medicamentos, a pesar de ello el tumor siguió aumentando de tamaño. Enfermo con fimosis acentuada y lesiones de balanopostitis, en el borde inferior del prepucio proliferación de color rojo frambuesa del tamaño de una cereza. No hay adenopatías.

Tratamiento: Circuncisión amplia y exéresis de la neoformación con anestesia local. En mayo de 1964, Marzo de 1965, Noviembre de 1966 y Noviembre de 1967, aparición de neoformaciones semejantes a nivel del frenillo y del surco balanoprepucial. En ninguna de las circunstancias se comprueban adenopatías ni infiltración. El examen anatomopatológico fue idéntico en todos los tumores extirpados. Desde Noviembre de 1967 no hay recidivas.

Caso 2. E. B. S. 55 años. Ingresó 28/5/1963.

Once meses de evolución de una neoformación que apareció en el glande, que fue en rápida progresión invadiendo el pene hasta la raíz del órgano. Hizo diversos tratamientos locales y en su evolución supuró y tuvo hemorragias en repetidas oportunidades. Gran tumor (fig. 1) de diámetro tres veces superior al del pene normal de superficie irregular, sangrante, con secreción saniosa, sangrante y fétida. En enfermo orina con dificultad por un orificio que aparece en medio del tumor. Adenopatías inguinales bilaterales. Absceso de la cara anterior del hemiescrotó izquierdo.

Biosis: papilomatosis de Buschke-Lowenstein.

Con anestesia general y electrobisturí se procede a la resección progresiva del tumor encontrándose un neto plano de separación con la albugínea peneana que se utiliza para disecar el tumor que se extirpa con cierta facilidad. A nivel del surco balanoprepucial el tumor es más adherente pero no infiltra el glande. Se denuda totalmente el pene. Apósito grasoso y sonda uretral. Resección de dos ganglios inguinales superficiales para estudio histológico.

Cuatro meses después recidiva tumoral a nivel del glande y de la raíz del pene con los mismos caracteres. Resección a electrobisturí.

Diagnóstico: Enfermedad de Buschke-Lowenstein/ Adenitis inflamatoria.

En junio de 1968 el paciente es nuevamente examinado, no ha habido recidivas y el pene tiene erecciones permitiendo el coito. (fig. 2)

Caso 3. C. LL. G. 72 años. Ingresó 26/1/1967.

Desde hace un año "verruca" en el borde inferior del prepucio fimótico, que a su ingreso tiene el tamaño de una arveja, base de implantación en el frenillo. No hay adenopatías.

Con anestesia general, circuncisión y resección del tumor con electrobisturí. Meatotomía uretral.

No ha tenido recidivas hasta ahora.

Ninguno de los tres pacientes relatados tenía antecedentes de enfermedades venéreas.

#### Resumen

Presentamos tres casos de tumor de Buschke-Lowenstein del pene, tratados en forma conservadora con éxito y con evolución favorable, dos de ellos a través de varios años.

Nuestra experiencia coincide con lo descripto en la literatura.

#### BIBLIOGRAFIA

- Pagliere, H. y Soldano, E., Rev. Arg. Urol. XXXIII: 156, 1964.  
 Lepow, H. y Leffler, N., J. Urol. 83: 853, 1960.  
 Bulkley, G. y col, J. Urol. 97: 731, 1967

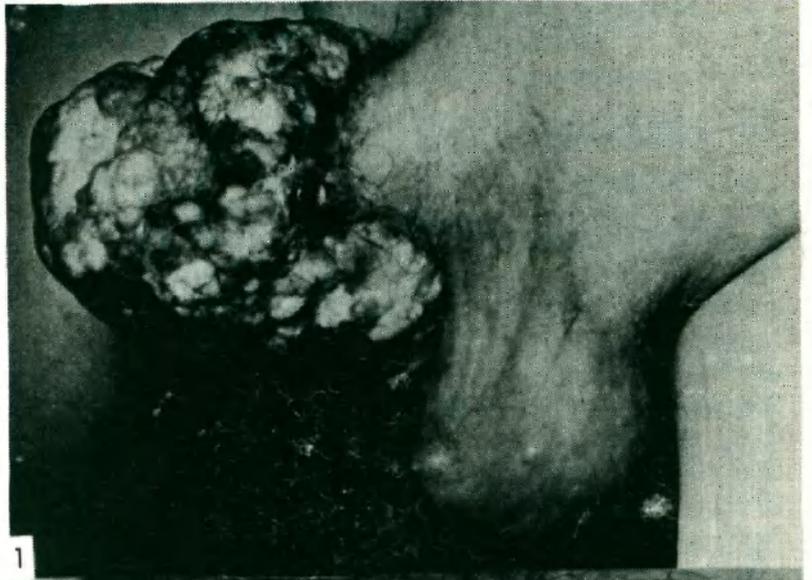


Fig. 1. Aspecto macroscópico del caso Nº 2.



Fig. 2. El mismo enfermo, cinco años y medio después de la resección del tumor. Obsérvese el meato uretral en el surco balano prepucial.



Fig. 3. Imagen microscópica del tumor de Buschke-Lowenstein. Crecimiento papilar en profundidad, sin infiltración. Células regulares, sin alteraciones ni monstruosidades nucleares. Intenso infiltrado inflamatorio.