

TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN DOS CASOS

Dr. ESTEBAN L. FRANETOVICH * y Dra. MARIA FERNANDA ROBERTI

Esta lesión que recibe, además, múltiples denominaciones (tales como: Condiloma acuminado simil carcinoma, papilomatosis gigante, carcinoma verrucoso, etc.); ha sido comentado con desigual frecuencia en la literatura médica.

Su naturaleza, descripta claramente por primera vez por Buschke en 1896, ha sido ampliada por este mismo autor en colaboración con Loewenstein (1), y más tarde por los aportes de Frei (2), Muehlport (3), Treit (4), Gersh (5) y Dreyfuss (6).

La literatura nacional, aunque escasa, también consigna el hallazgo e identificación de esta patología (7) y (8).

Aunque se ha sugerido una etiología virósica, ésta no ha sido confirmada; en cuanto a la incidencia sexual es una afección exclusivamente masculina. Suele aparecer en prepucios fimóticos, a nivel del surco balanoprepucial y desde allí extenderse con múltiples nódulos, irregulares, firmes, grisáceos, con áreas necróticas friables cuya ubicación preferente es la región dorsal peneana.

El aspecto macroscópico no difiere del que ofrecen las lesiones carcinomatosas pavimentosas.

El crecimiento del tumor de Buschke-Loewenstein, si bien es amplio es estrictamente expansivo y produce destrucción de los tejidos por compresión y no por invasión de los mismos.

Es característica de esta neoplasia, la ausencia de metástasis y modificaciones estructurales carcinomatosas.

Histológicamente se observa a nivel epidérmico una intensísima papilomatosis, con hiperplasia epitelial, para e hiperqueratosis, en tanto que el estroma muestra una reacción inflamatoria importante, con plasmocito, linfocitos y abundantes eosinófilos. Las mitosis son escasas o no existen.

Tratamiento: A pesar de ensayarse una variada gama de recursos (aplicaciones de Podofilino, fulguraciones, exéresis más o menos amplias), el tratamiento de elección es quirúrgico, y la conducta conservadora en los casos muy pequeños, ya que ésta, a pesar de ser recidivante, es por lo general susceptible de nuevas extirpaciones.

Caso 1: D. P., argentino, casado, 62 años, agricultor, ingresa al Hospital Chivilcoy en octubre de 1962 presentando una neoformación de dos años de evolución, que ocupa todo el pene y se insinúa en las bolsas, proliferante, supurada y maloliente y que el enfermo ocultaba hasta la fecha.

El día 10.10.62 se le efectuó una emaculación total con vaciamiento ganglionar con la convicción de estar ante una tumoración maligna. La evolución fue favorable y la histopatología denotó según informe del cirujano actuante la naturaleza benigna de la lesión. (No se pudo conseguir el protocolo).

En enero de 1966, (3 años después) reingresa con una amplia recidiva, aparecida veinte meses antes; invadiendo periné y ambas regiones glúteas. (*Fig. 1*). Se tomaron dos biopsias con el siguiente resultado: 18.1.66 Dr. Polack, Policlínico Avellaneda informa: Lesión inflamatoria crónica, con es-



Figura 1

tado irritativo de la capa germinativa epidérmica; y el 21.1.66 el Dr. Vicci, Hospital San Fernando informa: Papiloma Cutáneo.

A partir de entonces fue internado en el Servicio de Cirugía del Policlínico San Martín, donde le efectuaron un ano contranatura, y un mes después la exéresis parcial del tumor, que queda reducido en dos tercios su tamaño. La resección total fue impracticable dada la profundidad del proceso.

Retorna al Hospital de Chivilcoy para sus curas locales. Se le ensayó la autovacuna con maserado del tumor en solución fenolada, como lo aconsejara Granara Acosta para el condiloma acuminado. El resultado fue negativo.

Así llega al 10.2.69 en que su lesión se extiende nuevamente y se le hace nueva biopsia a cargo de la Dra. María F. Roberti que informa: Importante papilomatosis, con hiper y paraqueratosis, constituyendo una tumoración que no sobrepasa la membrana basal y que determina sobre el tejido conectivo subyacente una intensa reacción inflamatoria con abundantes eosinófilos. Ausencia de atipias. Diagnóstico: Tumor de Buschke-Loewenstein. (Fig. 2). El enfermo fallece el 19.1.70 por neumopatía aguda.



Figura 2

Caso 2: J. P., argentino, soltero, comerciante, 54 años, concurre a la consulta en junio de 1967, por lesión proliferativa exuberante, fétida que cubre glande y parte de prepucio; de 8 a 10 meses de evolución. El enfermo no aceptó la intervención y no vuelve a la consulta hasta octubre de 1968, cuando su lesión se ha extendido al cuerpo peneano.

El 10.10.68 se le practicó amputación parcial con raquianestesia. Evolución favorable.

Anatomía patológica: Dra. Roberti, Hospital Chivilcoy, informa: Pene aumentado de tamaño, con su forma alterada por la formación tumoral, vege-

tante, irregular, de color rosado-grisáceo. Partiendo de la posición distal aparecen otras estructuras vegetantes en coliflor cuyos diámetros no sobrepasan los dos centímetros (*Fig. 3*). En la superficie de sección se ven a estas proliferaciones desplazar a las estructuras vecinas hacia la profundidad (*Fig. 4*). Histológicamente intensa papilomatosis epidérmica con hiper y paraqueratosis; en el estroma intensa reacción inflamatoria con plasmocitos, linfocitos y eosinófilos. Escasas mitosis. Diagnóstico: Tumor de Buschke-Loewenstein.

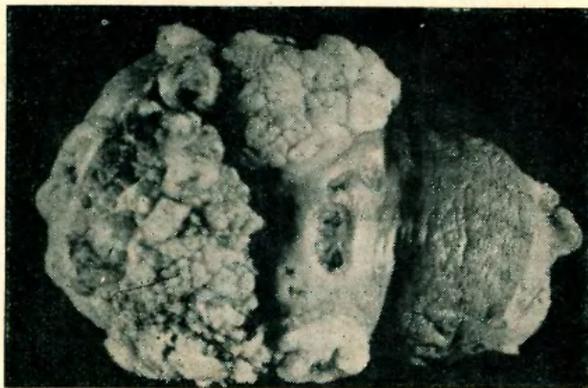


Figura 3



Figura 4

En la fecha el enfermo no presenta ningún signo de recidiva; y se está preparando para una adenomectomía.

Resumen: Se presentan dos casos de Tumor de Buschke-Loewenstein, comentando su histopatología y su evolución. A pesar que todos los autores sostienen que las recidivas son siempre resecables, el primero de nuestros casos escapa a esta conducta, condicionado tal vez por el negativismo del paciente.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Buschke, A. and Loewenstein, L.: Uber carcinomähliche Condilomata Acuminata des Penis, *Klin Webnscr.*, 4: 1726, 192.
- ² Frei, W.: Uber Carcinomähliche Spitze Condilome an Penis. *Arch. F. Dermat. u. Sipb.*, 160: 109, 1930.
- ³ Muehpfort, H.: Uber die Kondylomatoide Präcanzerose der Genitalgend. *Dermat. Webnscr.*, 87: 1403, 1928.
- ⁴ Treite, P.: Uber die Karcinomentstchung auf spitzen Kondiloment. *Zentrabl. f. Gynük.*, 65: 1096, 1941.

⁵ *Gersh, L.*: Giant condilomata acuminata (carcinoma-like condilomata or Bushke-Loewenstein tumors of the penis) *J. Urol.* 69: 164, 1953.

⁶ *Dreyfuss, and Neville*: Buschke-Loewenstein Tumors (Giant Condilomata Acuminata) *American Journal of Surgery*: 90: 146-150, 1955.

⁷ *Pagliari, H. y Soldano, E.*: *Rev. Arg. Urología*: 156, 1964.

⁸ *García, A. y Monserrat, J. M.*: Tumor de Buschke Loewenstein. Tres Casos. *Rev. Arg. Urol. y Nefrología XXXVII*: 67-69, 1968.

DISCUSION

Dr. Guman. — En realidad, esta enfermedad forma parte de una identidad que primeramente fue descripta por Acker (?) con el nombre de carcinoma rugoso. Las primeras descripciones fueron realizadas en la parte bucal. Más tarde fueron descriptos y localizados en la zona urogenital.

Cabe señalar que la característica de este tumor es justamente la de ser diferenciado adoptando forma papilar; y del punto de vista histológico no cumple con las condiciones que pueden hacernos hablar de malignidad. La característica que más se observa son las formas como en badajo de campana, presentando una gran periqueratosis. Uno se pregunta cómo un tumor que histológicamente es tan diferenciado, puede tener esa extensión y esa infiltración. El problema consiste primero en establecer si en realidad se trataba de un carcinoma o una papilitis. De ahí la primera denominación de papilomatosis florida. Hoy se trata la papilomatosis de origen bucal con drogas antiblásticas locales, provocando una regresión de esa lesión. Sin embargo, en casos en los cuales la regresión no se produce y progresa, como en este caso, uno se hace la pregunta de si en realidad no son papilomatosis, sino carcinomas de tipo epidermoideo tan diferenciados que tienen esa particularidad.

Dr. Soldano. — En un caso que presentamos en el año 1962, de un tumor de Buschke-Loewenstein, como dice el doctor Franetovich, los autores hicieron notar la recidiva del proceso. En nuestro caso, durante 6 años no hubo en absoluto recidiva del proceso y creo que estaba motivado porque la resección que se hizo fue amplia dejando un muñón muy escaso, como en el caso del comunicante y allí estaba extirpado totalmente el proceso y ello dio lugar a que no hubiera recidivas.

Dr. Castría. — Quería hacer referencia a un caso muy semejante al tratado por el Dr. Franetovich. Un enfermo que fue tratado en varias oportunidades con codofelis, llegando a la recidiva y obligando a la resección amplia de toda la formación tumoral.

Además, desearía hacer una pregunta al comunicante sobre el primer caso presentado, sobre si se le practicó sero-reacción luética al enfermo.

Dr. Bernardí. — Deseo agregar que esta era una afección muy frecuente hace muchos años. Se trataba de lesiones que aparecían en los blenorragicos crónicos, muy mal tratados no por la infección blenorragica en sí, sino por los virus que podían agregarse. Lo he visto mucho en el Hospital Fiorito y recuerdo que el primer caso se presentó en el año 1931, apenas egresado, en el Consultorio de Urología; se trataba de un enfermo que tenía una lesión muy extendida y que hacía años se hacía baños con permanganato; se trataba un pene en badajo de campana. A ese enfermo se le quemaba con nitrato de plata, y hubo que hacerle una amputación muy amplia porque resultó tratarse de un carcinoma. Así que probablemente, como acaban de decir recién, la relativa benignidad se debió en este caso a que el doctor ha hecho una gran amputación, como si hubiera sido una neoplasia. De no haberse hecho una intervención como la relatada, con toda seguridad que hubiera tenido recidiva. Es una lesión que está en el límite, yo diría que es como los papilomas de vejiga, que son más carcinomas que papilomas, así que la conducta seguida ha sido tal que permitió evitar la recidiva. Recuerdo que en el enfermo que referi, le hicimos incluso una amplia resección ganglionar.

Posteriormente tuvimos más casos. Estos enfermos actualmente se observan en los Servicios de Urología con poca frecuencia, tratándose por lo general de gente que está muy refrendada con la higiene corporal. Casualmente sobre el tema me viene a la memoria un enfermo seguido en el Hospital San Miguel y en el Hospital Argerich que presentaba según el diagnóstico histopatológico de varias biopsias del pene, papilomatosis florida. Se biopsaron las adenopatías inguinales, encontrando la sorpresa de que éstas eran de carcinoma epidermoideo. A pesar de que se repitieron las biopsias, no se pudo constatar en la lesión primitiva pelviana el diagnóstico definitivo de carcinoma epidermoideo, siguió siendo papilomatosis florida.

Este hecho trae otra vez a la discusión acerca de como debe ser tratado ese tipo de lesión. Evidentemente, debe haber un poco de diferencias importantes entre los patólogos y dermatólogos, que son los que tienen experiencia al respecto. Estos últimos insisten en que las lesiones deben ser tratadas con exéresis amplia, tratándolas como si fueran carcinomas epidermoideos, con muy grande o baja malignidad, pero tumores al fin.

No sé si el doctor Guman podía aclarar un poco más ese punto de vista.

Dr. Guman. — Coincido con ese punto de vista, que muchos de los que se han llamado papiomatosis floridas que se han seguido sucesivamente con biopsias resultaron luego ser carcinomas epidermoideos diferenciados y haber entrado en metástasis.

Dr. Scorticati. — Para refirmar lo dicho por los relatores, quiero expresar un caso que hemos tenido en el Policlínico San Martín, semejante a los reseñados, en el que repetidas biopsias dieron tumor de Buschke-Lowenstein. Se hicieron muchos tratamientos. Se consultó a servicios como el de Oncología del Dr. Estévez sobre si sugería el tratamiento infiltrante, lo cual se hizo con resultados negativos. Entonces se decidió la penectomía parcial y la anatomía patológica de la pieza demostró tratarse de un carcinoma epidermoideo.

Dr. Franetovich. — Agradezco la colaboración del Dr. Guman. Al Dr. Soldano le diré que su trabajo fue en el año 1964, seguido de una buena amputación amplia. Pero quiero decir respecto a lo expresado por el doctor, que al segundo enfermo se le hizo una amputación amplia y no hubo recidiva. Pero en el primero de estos casos, si bien yo he estado en la operación, según el cirujano se hizo una amputación total, con vaciamiento ganglionar y sin embargo se comprobó recidiva del carácter que pudieron observar. Así que ese hecho es un poco relativo. Al doctor Castría le respondo que la serología se le efectuó y fue negativa.