

PAPILOMATOSIS GIGANTE — TUMOR DE BUSCHKE Y LOWENSTEIN

Dres. CARLOS A. GOLDENBERG, J. ROQUE y O. PONTI

La papilomatosis gigante del pene o tumor de Buschke y Lowenstein es una lesión relativamente poco frecuente, pero de importancia, dado que aún en la actualidad no todas las opiniones son coincidentes en cuanto al pronóstico y tratamiento.

La primera versión premonitoria de lo que más tarde se describiría como tumor de Buschke y Lowenstein o pseudocarcinoma, como lo designaron estos autores, fue dada en 1851 por Picord mediante la descripción de lo que él llamó: "Lesión condilomatoide del pene".

En 1896, el propio Buschke publica dos casos y, posteriormente, en 1925 describe junto con Lowenstein tres nuevos casos de papilomas gigantes y uno más en 1932.

Más tarde Dreyfus, Neville y Gers se encuentran con casos que remedan a la descripción de Buschke y Lowenstein y lo denominan Condiloma Acuminado Gigante.

En la última década, en 1964, Power y Davis acrecientan la estadística con 26 casos más, y fue el propio Davis quien entre 1943 y 1963 sobre una estadística de 100 tumores de pene encontró 24 que correspondían a este tipo. En nuestro país hemos encontrado publicados 6 casos hasta el presente y Bulkley hasta el año 1967 encontró 50 casos publicados en la literatura mundial.

DESCRIPCIÓN

El tumor de Buschke y Lowenstein es una lesión de etiología no muy definida atribuyéndose para la mayoría de los autores el origen virósico.

Macroscópicamente el diagnóstico diferencial con el epiteloma es harto difícil ya que hace una evocación bastante similar desde el punto de vista anatomoclínico.

No podemos decir lo mismo bajo el enfoque microscópico o histológico, ya que está fehacientemente demostrado que si bien estos tumores se desarrollan en profundidad su crecimiento es puramente expansivo, nunca infiltrante y no se han demostrado alteraciones del núcleo ni atipias, siendo las mitosis escasas o ausentes.

Está aceptada la destrucción local y a veces de los tejidos adyacentes, siendo responsable de este fenómeno las trombosis vasculares debidas a compresión por el mencionado crecimiento expansivo.

La experiencia hasta el momento demuestra que no metastatizan ni tampoco sufren la deformación carcinomatosa y el estudio de las cadenas linfáticas demuestra la indemnidad de las mismas.

La evolución es generalmente prolongada pero variable, desde algunos meses hasta años.

Al comienzo la lesión asienta en el surco balanoprepucial o glande y no tiene particularidades destacables, pero en el curso de su evolución se manifiesta como masas proliferativas grandes, vegetantes, con zonas friables que ulceran el prepucio y sangran fácilmente, no siendo escasas las fistulas uretrales y destrucción de cuerpos cavernosos.

La secreción saniosa y maloliente es característica.

Hay dos o tres aspectos clínicos para destacar: la frecuente recidiva en su evolución, la aparición en uretra femenina y en vejiga y el antecedente de fimosis en los portadores de este tumor, aún cuando algunos de los casos de Power y Davis hablan de pacientes circuncidados.

Referente a esto último, nos inclinamos a pensar que la circuncisión de estos pacientes *no ha sido la correcta que debe ser toda postectomía, que debe dejar el surco balánico totalmente descubierto.*

TRATAMIENTO

Si bien es cierto que no pocos casos terminan con la amputación parcial o total, no es menos cierto que el tratamiento conservador tiene sus adeptos y últimamente los resultados han sido bastante alentadores.

La resección con electrobisturí en periodos incipientes y la exéresis de las masas tumorales aún en periodos más avanzados con amplios drenajes buscando los planos de clivaje del tumor hasta la fascia de Buck en algunos casos, complementando con tópicos locales y radioterapia, han permitido evitar la cirugía radical en varios pacientes.

La misma terapéutica ha sido eficaz aún en las recidivas, las cuales no negamos son frecuentes dadas las características del tumor.

No olvidemos que la circuncisión amplia es de rigor.

CASO PRESENTADO

El caso que presentamos de tumor de Buschke y Lowenstein concurrió a la consulta en el estado que muestran las figuras 1 y 2.



Paciente obeso de 126 kg. de peso, buen estado general, análisis sin particularidades, abdomen en alforja.

Al examen el pene presenta una gran tumoración prepucial, que asienta sobre la zona ventral (Fig. 1).

Esta tumoración tiene la superficie cornificada que sirve de estuche a una enorme masa de papilomas.

El glande aparece en la parte dorsal y lateral por una ventana que deja ese tumor (Fig. 2).



El surco balanoprepucial también aparece sembrado de papilomas saniosos y malolientes que al exprimirlos dejan escurrir un pus fétido y grumoso.

Se efectúa biopsia cuyo resultado es: "papiloma acantoqueratósico".

Se decide la intervención y se efectúa la exéresis de todo el prepucio y la apertura de varias fístulas por donde drena pus.



Las masas papilomatosas se resecan y electrocoagulan las superficies sangrantes.

Posteriormente se efectúa autovacuna con el método que Granara Costa propugnara entre nosotros.

El resultado fue la desecación de muchos papilomas que aún quedaban en la superficie sobre todo del glande.

Se efectuó tratamientos locales con Podofilino y Fluorouracilo por vía parenteral.

A los dos años el resultado era el que se observa en figura 3.

Se procede a otra toilette quirúrgica donde se llega hasta la fascia de Buck para efectuar la exéresis de los restos de tejido papilomatoso y de las cicatrices. Biopsia de ganglios negativa.



El resultado de esta última intervención se puede apreciar en la figura 4.

Como vemos los resultados son alentadores para intentar siempre la terapéutica conservadora, siempre que el informe histopatológico sea benigno.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos presentado un caso de tumor de Buschke y Lowenstein en el que el tratamiento conservador ha sido eficaz y creemos que a pesar de la rebeldía del tumor a la terapéutica mencionada deberá tenerse presente que: la integridad de la membrana basal del epitelio malpighiano está en todos los casos, la ausencia de metástasis y el no compromiso de los ganglios regionales, hacen prevalecer la opción para la terapéutica conservadora que sugerimos.

BIBLIOGRAFIA

- Lepow y Leffler*: J. Urol. Vol. 83, N° 6, pág. 853, 1960.
Bulkley y col.: J. Urol. Vol. 97, pág. 731, 1967.
Pagliariere y Soldano: R.A.U. Vol. 38, 1964.
García y col.: R.A.U. Vol. 37, pág. 67, 1968.
Giúdice: R.A.U. Vol. 28. pág. 114, 1969.