

# TUMOR DE BUSCHKE-LOEWENSTEIN (Papilomatosis gigante de pene o carcinoma verrugoso de Ackerman)

## Nuestra Experiencia

### Consideraciones sobre su conducta biológica (13 casos)

Dr. Muzio, A. J. - Dr. Casal, J. M. - Dr. Solari, J. J. - Dr. Monserrat, J. M. - Dr. Gallardo, H.

#### Conclusiones

Luego de esta serie de pacientes que han acrecentado nuestra experiencia en este tipo de tumores, debemos decir que si bien no podemos afirmar la evolución maligna del Buschke-Loewenstein (tumor histológicamente de evolución impredecible) tampoco podemos asegurar con certeza que ello no pueda producirse, librado el tumor a su propia suerte; y que ponemos en duda la benignidad sistemática de un tumor que presenta estas características:

- 1) En tres casos de trece estudiados encontramos atipias y evolución metastazante (25%).
- 2) Presenta recidivas, perfora e invade tejidos subyacentes y vecinos, provoca fístulas uretrales; en uno de los dos casos presentados por Franetovich, se necesitó la amputación del pene y más adelante una recidiva perineal obligó a una derivación colónica.
- 3) En muchos de los pacientes presentados por la gran mayoría de las publicaciones, la menor mutilación fue la amputación total o parcial del órgano.

En base a todo este análisis y sin pretender resolver el problema de ubicación de estos tumores, nos encontramos fuertemente inclinados a afirmar que su comportamiento biológico los define como neoplasias de bajo grado de malignidad.

#### Introducción

Existe una patología de pene caracterizada macroscópicamente por presentar un aspecto imposible de diferenciarla del carcinoma vegetante de dicho órgano.

Esta lesión presenta un aspecto histológico que la diferencia: a) del condiloma acuminado por un lado, y b) del carcinoma infiltrante por otro. Este cuadro fue descrito por Buschke a fines del siglo pasado y luego actualizado por Buschke y Loewenstein.

En nuestro Servicio de Urología, estas neoplasias fueron consideradas como lesiones benignas de acuerdo con su aspecto histológico.

Posteriormente fueron interpretadas como carcinomas verrugosos por su macroscopia y la evolución desfavorable de algunos enfermos. Recién en 1968 se comenzó a modificar la interpretación del cuadro que coincidía con el descrito por Buschke-Loewenstein. Como veremos, la primera publicación al respecto en nuestro país data de 1964.

Desde entonces, ante la presencia de estos casos, se nos informaba "tumor de Buschke-Loewenstein" y nosotros hacíamos un pronóstico favorable. La evolución de algunos pacientes nos hicieron rever nuestra opinión sobre el comportamiento biológico de los mismos y fue esta inquietud la que nos motivó a esta presentación.

#### Casuística

Nuestra casuística comprende 13 casos, a saber:

**Nº 1. A. M., 27 años.**

Consulta en 1949.

Diagnóstico clínico: papilomatosis gigante de pene.

Diagnóstico histológico: papilomatosis gigante de pene (en esa época en nuestro Servicio no se la denominaba tumor de Buschke-Loewenstein).

Tratamiento: resección quirúrgica de la lesión a electrobisturí.

Evolución: favorable.

**Nº 2. M. F., 27 años.**

Consulta en 1974.

Diagnóstico clínico: tumor de Buschke-Loewenstein.

Diagnóstico histológico: el mismo.

Tratamiento: resección quirúrgica de la lesión.

Evolución: favorable.

**Nº 3. A. P., 73 años.**

Consulta en 1960.

Diagnóstico histológico: reacción papilomatosa diferenciada, con hiperqueratosis, membranas basales conservadas e intensa reacción inflamatoria subyacente.

Tratamiento: resección de la lesión.

Recidiva en 1964. Se analizó resección de la misma.

Diagnóstico histológico: intenso proceso inflamatorio subagudo sin lesiones malignas.

Recidiva en 1965. Recidiva en surco balanoprepucial.

Tratamiento: resección de la lesión.

Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein.

Recidivas en 1966 y 1967. Lesiones iguales a las anteriores con el mismo diagnóstico histopatológico y tratamiento.

Muerte en 1971 por insuficiencia cardíaca sin recidiva local.

**Nº 4. E. B., 55 años.**

Consulta en 1963.

Lesión que abarcaba todo el pene. Meato uretral lateralizado a la derecha.

Lesión irregular con zonas induradas alternando con otras reblandecidas.

Infección y supuración local. Escasa hemorragia yuxtameática. Propagación al hemiescrotio izquierdo que no permite la palpación de la glándula.

Testículo derecho normal. Uretra bulbar libre.

Biopsia por congelación: lesión benigna sin atipias.

Tratamiento: resección amplia y total de la masa tumoral.

Diagnóstico histológico: papilomas hiperqueratósicos con intenso proceso inflamatorio agudo leucocitario de la submucosa. (Tumor de Buschke-Loewenstein.)

Control: en 1974. Pene de aspecto normal. Sin recidivas.

**Nº 5. T. M., 53 años.**

Consulta en 1974.

Lesión proliferativa gigante en glándula, infectada y ulcerada.

Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein.

Tratamiento: amputación parcial de pene.

Evolución: favorable.

**Nº 6. C. L., 72 años.**

Consulta en 1967.

Fimosis. Tumor de glándula por debajo del prepucio.

Tratamiento: circuncisión y resección del tumor.  
Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein.  
Evolución: favorable. En 1974 se hallaba bien.

**Nº 7.** E. B., 62 años.

Consulta en 1970.  
Tumor de glánde, vegetante.  
Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein.  
Tratamiento: resección de la lesión.  
Evolución: favorable. Control en 1975. Bien.

**Nº 8.** J. C., 58 años.

Consulta en 1973.  
Lesión en glánde, surco balano-prepucial. Vegetante. Ulcerada y sangrante.  
Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein.  
Tratamiento: amputación parcial de pene.  
Evolución: favorable.

**Nº 9.** G. H., 45 años.

Consulta en 1972.  
Lesión que cubre todo el glánde, cornificada, de tres años de evolución.  
Tratamiento: resección de la lesión.  
Diagnóstico histológico: tumor de Buschke-Loewenstein con zonas que presentan ligeras irregularidades nucleares.  
Evolución: en 1975 bien.

**Nº 10.** H. M., 65 años.

Consulta en 1972.  
Lesión proliferativa extensa en glánde, ulcerada.  
Biopsia: tumor de Buschke-Loewenstein.  
Tratamiento: amputación parcial de pene.  
Diagnóstico histológico: 1) tumor de Buschke-Loewenstein; 2) epiteloma espinocelular.  
Evolución: a los 3 meses, metástasis ganglionares inguinales que fueron extirpadas (la histología coincidió con la anterior).  
Muerte a los 2 años con metástasis ósea.

**Nº 11.** L. H. M., 45 años.

En 1966, escoriación en prepucio que no fue tratada.  
Consulta en 1969.  
Fimosis. Tumor vegetante e infectado. Secreción fétida y purulenta. Lesión que destruye el glánde.  
Agosto de 1969. Primera biopsia. Hiperqueratosis. Papilomatosis, acantosis, no hay signos de atipia. Tumor de Buschke-Loewenstein.  
Septiembre de 1969. Tratamiento: amputación parcial de pene.  
Diagnóstico histológico: carcinoma pavimentoso espinocelular diferenciado e infiltrante. La lesión carcinomatosa es evidente, pero en su vecindad existen zonas indistinguibles del tumor de Buschke-Loewenstein.  
Evolución: la cicatriz operatoria, normal. Adenopatía inguinal izquierda del tamaño de un puño, indolora, fija con piel normal.  
Operación: absceso inguinal con abundante material grumoso. Se realiza vaciamiento inguinal izquierdo.  
Anatomía patológica: se separan once ganglios de los cuales ocho presentan metástasis de carcinoma pavimentoso espinocelular diferenciado. Infiltración carcinomatosa del tejido conectivo intersticial con formación de pseudoquistes con contenido córneo.  
Se realizó radioterapia complementaria.

Evolución: reingreso en marzo de 1970 presentando hemorragias en zona inguinal, muy mal estado general y recidiva en región inguinal.  
Muerte en marzo de 1970.

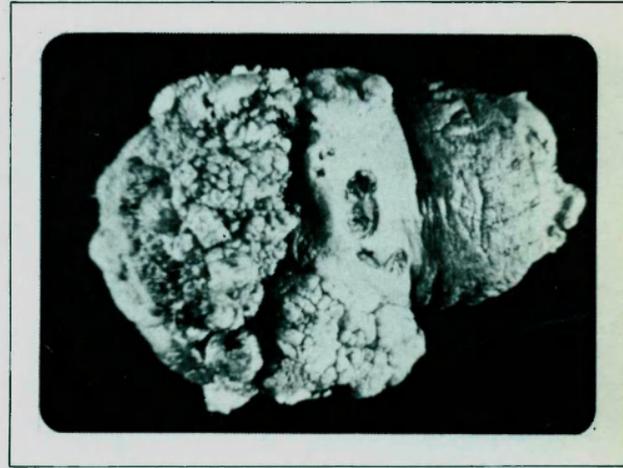
**Nº 12.** S. M., 95 años.

Consulta en 1973.  
Lesión proliferativa en cara interna de prepucio.  
Tratamiento: circuncisión.  
Diagnóstico histológico: carcinoma espinocelular originado en un Buschke-Loewenstein previo.  
Evolución: favorable hasta 1975.

**Nº 13.** A. J., 64 años.

Consulta en 1981.  
Balanopostitis supurada. Fimosis.  
Tratamiento: circuncisión, biopsia de lesión de glánde de 2 cm de diámetro.  
Diagnóstico histológico: carcinoma verrugoso de Ackerman.  
Tratamiento: Metrotexate parenteral.  
Evolución: sin cambios locales se planteó amputación que no fue aceptada. Comienza en agosto del 81 con tratamiento con acelerador lineal.

### Algunos ejemplos de nuestra casuística



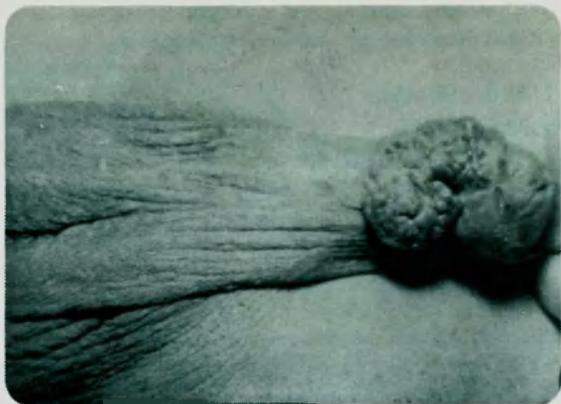
1



2



3



6



4



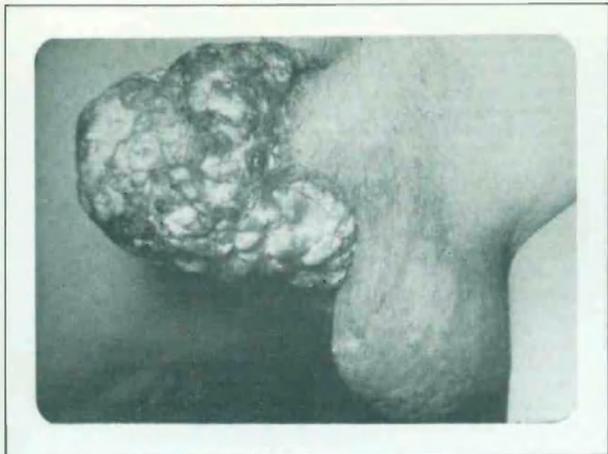
7



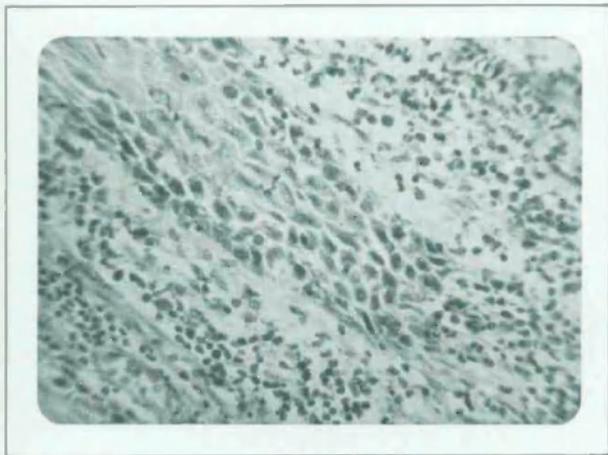
5



8



9



10



11

## Discusión

Como podemos ver en esta reseña, el comportamiento de estos tumores de pene, que por sus características macroscópicas e histológicas se denominaban papilomatosis gigantes, no ha sido igual en el total de casos que hemos presentado.

En la literatura mundial existían informes sobre la evolución maligna de algunos de estos tumores. En cuanto a los autores nacionales, debemos decir que han sido escasas las comunicaciones al respecto. Comienzan en 1964 con un caso de evolución benigna presentado por Pagliere y Soldano; en 1968, García, Casal y Guzmán, presentan tres casos con la misma suerte evolutiva; Giudice, dos casos en 1969; Franetovich, dos casos en 1970 y Goldemberg y colaboradores en 1971, refieren su experiencia en un caso, y Rufino, L., un caso en 1981. Este tipo tumoral fue comentado en una mesa redonda desarrollada sobre tumores de pene en el año 1968, en el II Congreso de la Confederación Argentina de Urología, realizado en la ciudad de Córdoba. Nuestros colegas, en algunos pacientes practicaron cirugía conservadora, mientras que en otros se vieron obligados a realizar la mutilación del órgano. En los trabajos nacionales anteriores no se refiere la evolución maligna de este tipo tumoral; con excepción de un caso presentado por el Dr. Bernardi en la discusión que siguió a la presentación de uno de ellos. En nuestra experiencia de trece casos, tres evolucionaron con carácter maligno. Los tres pacientes presentados en 1968 por el Dr. García y colaboradores forman parte de la actual observación.

Siempre ha sido motivo de preocupación en la patología humana el comportamiento de aquellas lesiones tumorales, que histológicamente corresponde a un proceso benigno que macroscópicamente son difíciles o imposibles de diferenciar de un tumor maligno y cuya evolución clínica puede ser en uno u otro sentido. Dentro de los tumores de pene encontramos una clara manifestación como ejemplo de la lesión anteriormente descrita; se trata de las antiguamente denominadas papilomatosis gigantes de dicho órgano.

Si el problema pudiera resolverse con la histopatología, sería muy fácil la ubicación de estas lesiones en una clasificación de tumores; se trataría entonces, de neoplasias histológicamente benignas con aspecto macroscópico en muchas circunstancias de carcinomas; podríamos, así, decidir nuestra terapia y definirnos en cuanto al pronóstico. Pero a esta discordancia entre el aspecto macroscópico e histológico se agregan, con el correr del tiempo, observaciones múltiples de evolución benigna y otras, las menos, de tal malignidad que muestran metástasis y muerte del paciente. La complejidad del problema no termina aquí; el resultado histopatológico de una biopsia ha demostrado ser dificultoso para clasificar estas lesiones. En ocasiones la incapacidad de la biopsia para definir la lesión y obviamente nuestra futura terapéutica, se presenta en dos aspectos:

- 1) Desde el comienzo de nuestra experiencia médica, hemos aprendido que la benignidad de una lesión no está dada por el aspecto histológico de la misma, sino por su comportamiento clínico. Sobre esto tenemos varios ejemplos, que son innecesarios comentar entre nosotros.
- 2) En estos casos cuando nos hemos enfrentado a un tumor ampliamente extendido sobre el órgano, el material de biopsia podría ser insuficiente para descartar la malignidad histopatológica del tumor, a pesar de que el material se hubiera obtenido de las zonas más sospechosas y más profundas y aun a pesar de que se hubiera obtenido de múltiples lugares. Forma parte de la experiencia de todos que un tumor que en la biopsia presentó caracteres de benigno al ser estudiada la pieza reseca, demostró signos de malignidad en otros sectores, que fueron confirmados por su evolución clínica.

Estamos entonces ante un tumor que macroscópicamente nos induce a pensar, en general, en una lesión maligna que histológicamente se presenta generalmente como benigna, que en ciertas oportunidades, tres en nuestra

casuística, la resección total de la lesión demostró caracteres malignos y que clínicamente puede comportarse como benigno o no.

Surgen así distintas opiniones sobre su comportamiento biológico. De acuerdo con nuestra casuística podríamos sacar las siguientes hipótesis:

- a) Serían lesiones benignas. En la mayoría de nuestros pacientes se comportaron clínicamente como tales. Los tres que así no lo hicieron, podrían interpretarse como coexistentes con un carcinoma que evolucionó con la papilomatosis.
- b) Serían lesiones precancerosas que, libradas a su suerte, fatalmente evolucionarían hacia la malignidad. Tres de nuestros pacientes presentaron signos claros de malignidad histológica y evolucionaron clínicamente como tales. Es posible que el resto de los enfermos haya sido tratado antes de que este potencial maligno pudiera desarrollarse.
- c) Serían neoplasias de bajo grado de malignidad.

En suma, podemos afirmar, de acuerdo con nuestra experiencia, que el tumor de Buschke-Loewenstein, librado a su propia evolución, puede desarrollarse como un carcinoma, y

que cuando no lo hace, es porque hemos intervenido antes con la cirugía.

Nuestra experiencia entonces nos permite observar lo siguiente:

1º) Que una o múltiples biopsias con resultado de tumor de Buschke-Loewenstein no bastan para tomar o no una decisión quirúrgica conservadora. Es necesario el prolijo y minucioso estudio de todo el tumor resecado, en el que a veces podemos encontrar las atipias que cambian el cuadro y el pronóstico.

2º) Que ante la presencia de atipias evolucionando juntamente con una papilomatosis gigante, debemos realizar la misma terapia que la aconsejada para el carcinoma.

3º) Que estos casos de desfavorable evolución, que se agregan a los ya publicados, deben crear en el médico tratante la conciencia de que el Buschke-Loewenstein puede tener una evolución no favorable y por lo tanto extremar su control, ante los casos donde se realizó cirugía conservadora.

4º) Ante este tipo histológico no aventurar nunca un pronóstico favorable, dado que jamás podremos estar seguros que en algún lugar de la pieza quirúrgica se aniden algunas células atípicas, que hayan escapado al estudio más minucioso y que cambien la evolución.

## Bibliografía

1. Congreso de la Confederación Argentina de Urología. Mesa redonda "Tumores de pene". Actas. 1968. Córdoba, República Argentina.
2. Franetovich, E., y Roberti, M. F.: "Tumor de Buschke-Loewenstein". Rev. Arg. Urol., 40:231, 1971.
3. García, A. E.; Casal, J.; Guzmán, J. M., y Monserrat, J. M.: "Tumor de Buschke-Loewenstein (Tres casos)". Rev. Arg. Urol., 37: 67, 1968.
4. Giudice, C. A.: "Condiloma acuminado gigante de pene". Rev. Arg. Urol., 38:114, 1969.
5. Goldenberg, C. A.; Roque, J., y Ponti, O.: "Papilomatosis gigante. Tumor de Buschke-Loewenstein". Rev. Arg. Urol., 40:231, 1971.
6. Pagliere, H., y Soldano, E.: "Pene. Tumor de Buschke-Loewenstein". Rev. Arg. Urol., 33:156, 1964.
7. Bulkley, G.; Wendel, R., y Gray Hack, J.: "Buschke-Loewenstein tumor of the penis". J. of Urol., 97:731, 1967.
8. Davies, S. W.: "Giant condyloma acuminata. Incidence among cases diagnosed as carcinoma of the penis". J. Clin. Pathol., 18:142, 1965.
9. Dawson, D. F.; Duckworth, J. K.; Bernhardt, T. H., y Young, J. M.: "Giant condyloma and verrucous carcinoma of the genital area". Arch. Pathol., 79:225, 1965.
10. Gersh, I.: "Giant condylomata acuminata (carcinoma like condylomata or Buschke-Loewenstein tumor) of the penis". J. of Urol., 69:164, 1963.
11. Knoblich, R., y Failing, J. F. Jr.: "Giant condyloma acuminatum (Buschke-Loewenstein tumor) of the rectum". Am. J. Clin. Pathol., 48:389, 1967.
12. Loewenstein, L. W.: "Carcinoma like condylomata acuminata of the penis". Med. Clin. North Am., 23:789, 1939.
13. Machacek, G. F., y Weakley, D. R.: "Giant condylomata acuminata of Buschke and Loewenstein". Arch. Dermatol., 82:41, 1960.
14. Melicow, M. M., y Ganem, E. J.: "Cancerous and precancerous lesions of the penis: a clinical and pathological study based on twenty three cases". J. of Urol., 55:486, 1946.
15. Sepow y Seffer: "Giant condylomata acuminata (B. L. tumors), two cases". J. of Urol., 83:853, 1960.
16. Shabad: "Some aspects of etiology and prevention of penil cancer". J. of Urol., 92:696, 1964.
17. Winterhoff, E., y Sparks, A. J.: "Penile horn". J. of Urol., 66:704, 1951.
18. Mostofi, F. K., y Price, E. B. Jr.: "Tumors of the male genital system". Atlas of tumor pathology. Second series. Fascicle 8. Published by the Armed Forces. Institute of Pathology, p. 280, 1973.
19. Rufino, L. A.: "Papiloma de Buschke-Loewenstein (A propósito de un caso)". Rev. Arg. Urol. y Nefrol., 47:45, 1981.