

PENE. TUMOR DE BUSCHKE-LOWENSTEIN

Por los Dres H. PAGLIERE y E. SOLDANO

En 1894 Unna describe una lesión que llama condilomatoide precanceroso. Ya en 1851 Ricord había descripto y publicado la imagen de una lesión semejante señalando que no debía ser confundida con el carcinoma. Buschke en 1896, en el Atlas estereoscópico de Neisser, describe dos casos con el nombre de condiloma gigante o pseudocarcinoma, y recién en 1925 vuelve sobre el tema en colaboración con Löwenstein nombrándolo condiloma semejante a carcinoma. Parmenter lo describe como papiloma masivo del pene semejando carcinoma. Dreyfuss y Neville, al igual que Gersh, condiloma acuminado gigante. Todas éstas denominaciones traducen por sí mismas las características de esta afección y las dificultades de su clasificación, de ahí que el número de casos publicados sea difícil de establecer. Powley, en reciente contribución (1964), encuentra un total de 24, poco después aparece otro aporte de Walker-Davies con lo que serían 26 las observaciones previas a la que pasamos a referir.

Hist. Clin: J. B. 61 años. Profesión: albañil. Ficha Nº 4331 del Servicio de Urología del Policlínico de San Martín.

Concurre el 10 de marzo de 1962 con gran edema de prepucio y secreción saniosa y mal oliente. Manifiesta haber sido fimótico hasta la fecha y no haber tenido relaciones sexuales extra conyugales. Se realiza incisión dorsal para descubrir el glande que no se consigue individualizar, prescribiéndose baños con solución de Rivanol y antibióticos. Al día siguiente se inyecta Unidasa, reduciéndose ligeramente el edema prepucial. Un mes después, al no modificarse la lesión, se reseca el prepucio sumamente indurado y parte del glande con mamelones proliferantes. El informe histopatológico realizado por el Dr. Maruffo expresa: condiloma hiperqueratinizado. En el material estudiado no se observan signos de proliferación neoplásica.

El paciente deja de concurrir durante tres meses, lapso tras el cual es visto nuevamente con la lesión más extendida. En periné presenta un absceso que se drena y se efectúa nueva biopsia del condiloma que se remite al Dr. D. Mosto, el que informa el protocolo Nº 25136. Se observa: varios trozos de tejido constituido por una proliferación papilomatosa, con un corion conjuntivo vascularizado y con infiltración crónica, con predominio linfocitario. Están tapizados por epitelio pavimentoso poliestratificado, apoyado sobre una lámina basal. Lo forman numerosas capas de células poliédricas (acantósicas) con límites espinosos y puentes de unión. Los núcleos poseen membrana, en su mayor parte de cromatina clara, algunos intensamente teñidos. Las capas superficiales se queratinizan por granulosis y forman numerosos estratos córneos. Histopatológicamente se diagnostica:

Papiloma acantósico e hiperqueratósico.

En los días subsiguientes se efectúan aplicaciones de tintura de Podofilino sin modificar el aspecto de la lesión. Se pierde contacto con el paciente durante 6 meses, al término de los que es visto nuevamente con el agregado de disuria y polaquiuria resultando imposible establecer con precisión por dónde se efectúa la micción. Se interna y se efectúa previo su consentimiento la amputación del pene a nivel del ángulo peno-escrotal, el miembro amputado se envía para su estudio al Dr. Maruffo, que informa

Examen macroscópico: Se recibe un órgano deformado por la presencia de una formación exofítica irregular, papilomatosa y con sectores de aspecto hemorrágico y necrótico. Al corte

realizado en forma seriada, se observa el límite mucoso bien delineado como así también bien conformada la estructura anatómica del órgano.

Examen microscópico: En los cortes estudiados se observa la mucosa considerablemente aumentada de tamaño y con intensa papilomatosis, como así también hiperqueratosis. La basal del epitelio malphighiano, si bien profundiza en el corion no presenta signos de ruptura

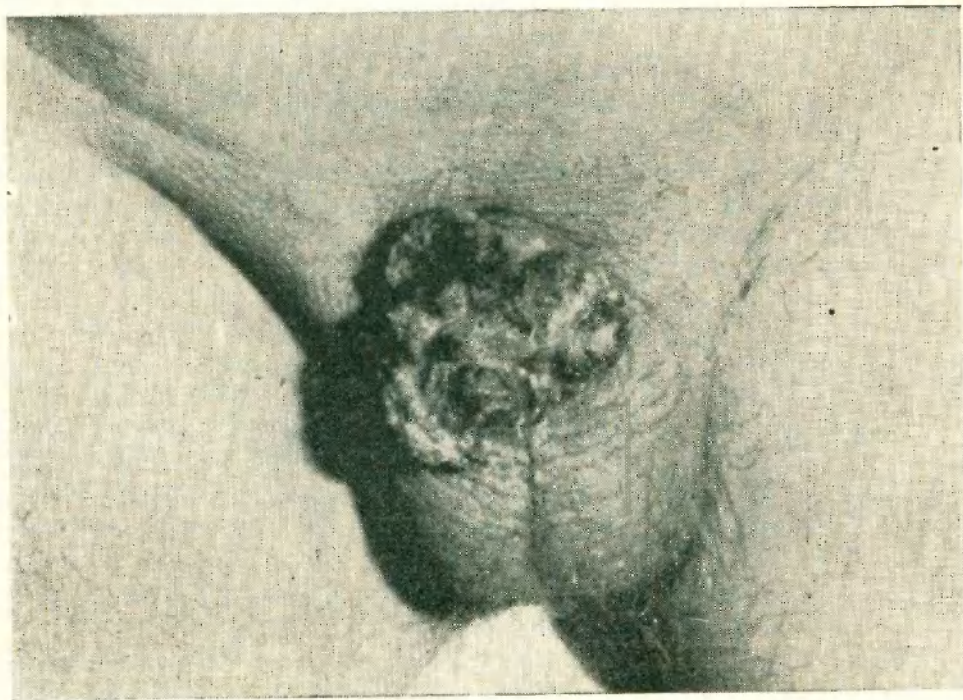


Figura 4

por invasión. Se observan además abundantes infiltrados leucocitarios polinucleares y movilización de macrófagos cargados de hemosiderina. *Diagnóstico:* Proceso inflamatorio crónico no específico en reagudización con hiperplasia reaccional pseudo epiteliomatosa. No se observan signos de transformación neoplásica.

Seis meses después de intervenido no hay signos de recidiva, manifestándose franca mejoría de su estado general. La uretra es permecable a un explorador Nº 20.

CONSIDERACIONES

El tiempo de evolución de este tipo de condiloma es sumamente variable, desde algunos meses a varios años, siendo condición predisponente la fimosis comprobada en la gran mayoría de los casos publicados, así como en nuestra observación, aun cuando en los casos de Powley y Walker-Davies se trataba de pacientes circuncidados. El aspecto macroscópico de las lesiones iniciales no tiene nada de característico, pero cuando evolucionan se presentan típicamente como masas proliferativas voluminosas semejantes al coliflor, que en ocasiones ulceran el prepucio acompañándose siempre de secreción saniosa y mal oliente, siendo características su rebeldía a los tratamientos habitualmente empleados en el condiloma acuminado. Histológicamente se desarrollan en profundidad destruyendo los cuerpos cavernosos y con menor frecuencia el glande, Löwenstein supone que en esta destrucción influye la compresión de las masas tumorales desarrollándose dentro del prepucio. Son frecuentes las

fistulas uretrales, explicables por extensión al conducto de la acción invasora del tumor. A la observación microscópica no hay atipias celulares ni en cuanto a la coloración nuclear ni en la disposición celular, manteniéndose el límite entre la capa queratohialina y el estrato córneo, señalando Löwenstein como elemento importante la falta de aumento en la mitosis celular. Suele haber abundante infiltración de células redondas que se mantienen próximas al epitelio, existiendo dudas sobre si constituyen un fenómeno reaccional de carácter inflamatorio o si participan en la destrucción tisular. Los lagos y vasos linfáticos en ocasiones muy dilatados nunca son invadidos, como tampoco los elementos vasculares y nerviosos. Los ganglios linfáticos permanecen indemnes, excepto en el caso de Sims en que existía un ganglio inguinal carcinomatoso, en la discusión de este caso Hyman opinó que podría existir un epitelioma en profundidad que hubiera dado lugar a la metastasis ganglionar. Todos los casos descritos han ocurridos en hombres y ninguno en la mujer.

TRATAMIENTO

Está en parte condicionado a la extensión de las lesiones. La fulguración logra éxito en algunos casos iniciales, cuando la lesión es más extensa debe recurrirse a la amputación parcial o total. Es necesario tener presente la opinión de algunos autores, Mühlpfordt entre ellos, quienes creen que se trata de una lesión potencialmente maligna, y planear el tratamiento teniendo en cuenta esta posibilidad.

RESUMEN

Se presenta un caso de tumor de Buschke-Löwenstein, formación localizada del pene al que destruye en su evolución, pero que al examen histológico no presenta ningún signo de malignidad. Se preconiza el tratamiento quirúrgico para los casos avanzados.

BIBLIOGRAFIA

- Buschke, A. and Löwenstein, L.*: Uber carcinomähnliche condylomata acuminata des Penis. *Klin. Wschr.* 4: N° 36 1726-1728 (1925).
- Dreyfuss, W. and Neville, W.*: Buschke-Löwenstein tumors. (Giant condyloma acuminata). *Am. J. Surg.* 90:146-150 (1955).
- Gersch, I.*: Giant condyloma acuminata of the penis. *J. Urol.* 69:164-172 (1953).
- Lepow, H. and Leffler, N.*: Giant condylomata acuminata (Buschke-Löwenstein tumor). Report of two cases. *J. Urol.* 83:853-858 (1960).
- Löwenstein, L.*: Carcinoma like condyloma acuminata of the penis. *Med. Clin. N. Amer.*, 23:789 (1939).
- Machacek, G. F. and Weakley, D. R.*: Giant condyloma acuminata of Buschke and Löwenstein. *Arch. Derm. Chicago* 82:41-47 (1960).
- Mühlpfordt, H.*: Uber die kondylomatoide Präkanzerose der Genitalgegend (Delbanco-Unna). *Derm. Wschr.* 87:1403-1412 (1928).
- Powley, J. M.*: Buschke-Löwenstein tumour of the penis. *Brit. J. Surg.* 51:76-77 (1964).
- Sims, G.*: Giant condyloma acuminatum of the penis associated with metastatic carcinoma of the right inguinal lymph node. *Arch. Derm. Syph. N.Y.* 63:383 (1951).
- Walker, Davies, S.*: A further case of Buschke-Löwenstein tumour: giant condyloma of the penis. *Brit. J. Surg.* 51:338 (1964).