

Carcinoma verrugoso en región anogenital

Verrucous Carcinoma in Anogenital Region

Juan Pablo Fresco, Eduardo Reyes, Patricio Simone Arenas, Jorge Mayser Moreno,
Guillermo Anselmi, Jorge Wodovosoff, Eduardo Sotero Falco

Hospital General de Agudos Dr. Abel Zubizarreta, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma verrugoso de pene y/o región anogenital constituye una patología poco habitual que afecta con mayor frecuencia a varones mayores de 60 años de edad. Se relaciona con factores etiológicos diversos tales como la existencia de fimosis, mala higiene a nivel genital y lesiones dermatológicas producidas por el virus del papiloma humano (*human papillomavirus*, HPV), por lo que se lo considera una enfermedad de transmisión sexual. Es un tumor relacionado con factores culturales, religiosos, socioeconómicos y geográficos, siendo menos frecuente en aquellos países en donde la circuncisión es habitual. En los países desarrollados el carcinoma de pene no supera el 1% del total de neoplasias que afectan al varón. Más del 90% de los casos de dicho carcinoma corresponden a carcinomas epidermoides convencionales. El carcinoma verrugoso constituye aproximadamente el 5% de los carcinomas de pene y es algo más frecuente en la región anoperineal. Se trata de un tumor de bajo grado de malignidad, vegetante, exofítico, papilomatoso, maloliente y muy voluminoso. Es una variedad lentamente invasora y que raramente produce metástasis, y puede desarrollarse tanto sobre el pene como sobre la piel de la región anoescrotal y perineal.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 47 años de edad sin antecedentes médicos referidos, que concurre a la consulta debido a la aparición de lesiones de tipo verrugosas

de crecimiento progresivo de 7 años de evolución, con disposición de racimos en región perineal, ingle, escroto, base y cuerpo del pene, glande y prepucio (Ver Imagen 1).

El paciente es intervenido quirúrgicamente; se realiza biopsia escisional y electrofulguración de las lesiones (Ver Imagen 2). Cursa postoperatorio de 72 horas de internación para control hemostático y de las heridas. Evoluciona favorablemente externándose en dicho lapso y con controles periódicos.

El resultado de la anatomía patológica informa la presencia de carcinoma verrugoso (clase I de la clasificación de Abulafia), lo que indica su carácter superficial. Se realiza una segunda intervención de lesiones residuales a los 2 meses (Ver Imagen 3).

DISCUSIÓN

La entidad conocida como carcinoma verrugoso fue descrita por primera vez por Buschke en el año 1896, y se corresponde histológicamente con el que describió Ackerman en el año 1948 en la cavidad oral, y que, posteriormente, ha sido referido en varias localizaciones. Se asocia al HPV, principalmente con los tipos 6 y 11. Se presenta con mayor frecuencia en la cavidad oral, pero también puede observarse en laringe, cavidad nasal, esófago, pene, región anoperineal y escrotal, vulva, vagina, cuello uterino y piel, en particular en la planta del pie. El carcinoma verrugoso del área anogenital se conoce también como tumor de Buschke-Lowenstein



Imagen 1. Lesión al momento de la consulta.

Imagen 2. Electrofullguración.

Imagen 3. Segundo tiempo quirúrgico.

o condiloma acuminado gigante, si bien existen algunas controversias en relación con el diagnóstico del mismo. El carcinoma verrugoso de pene es un tumor que muy rara vez presenta metástasis; su comportamiento a nivel local es agresivo y puede alcanzar con su borde típicamente expansivo los cuerpos cavernosos y la uretra. En algunas publicaciones se lo considera como enfermedad preneoplásica del carcinoma epidermoide escamoso. La mayor dificultad que presenta el diagnóstico del carcinoma verrugoso es su distinción de otros tumores escamosos más frecuentes como el epidermoide, anteriormente mencionado, con el que puede coexistir. Para evitar errores diagnósticos, es necesario recordar y aplicar los criterios morfológicos de manera estricta. Así, el carcinoma verrugoso es un tumor constituido por células escamosas bien diferenciadas en todas las áreas, que forma grandes papilas recubiertas por una capa gruesa de paraqueratosis, y que invade formando bandas y nidos con borde expansivos.

Algunas de las dificultades diagnósticas que presenta el carcinoma verrugoso son provocadas por problemas de muestreo en biopsias pequeñas en las que no está representado correctamente el margen profundo o suficientes áreas características del tumor. Así, su aspecto macroscópico y de bajo aumento puede ser indistinguible del carcinoma epidermoide con crecimiento exofítico. En todos estos casos se requiere una biopsia escisional profunda, en la que se puedan identificar áreas escamosas convencionales con invasión de tipo infiltrante del estroma.

A nivel anoperineal se comporta también como invasor local, de crecimiento exofítico, no pasible de metástasis,

con menor riesgo de lesión e invasión de estructuras profundas, como en el caso de la localización peneana.

HPV ASOCIADO

El virus del papiloma humano o virus HPV pertenece a la familia de los papovavirus, contiene ADN, y existen dos géneros diferentes: el A, que es específico del ser humano, y el B, que no afecta al ser humano.

La infección genital por HPV constituye una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Las verrugas genitales son abultamientos o crecimientos únicos o múltiples que aparecen en el área genital y, en ciertas ocasiones, poseen forma de coliflor. Aproximadamente el 60% de los individuos a nivel mundial se encuentran infectados actualmente con algún tipo de HPV. Al menos el 50% de las mujeres y los hombres sexualmente activos contraerán la infección genital por HPV en algún momento de sus vidas.

Existen más de 100 genotipos diferentes, pero aproximadamente 40 de ellos pueden infectar al ser humano. Entre estos últimos, los más frecuentes son los siguientes, a saber: 6, 11, 18, 26 y 31¹. En cuanto a su presencia clínica en forma de verrugas, su prevalencia es mayor en el sexo masculino entre los 25 y los 29 años, y dicha prevalencia decrece con la edad. Se ha descrito que presenta un período de incubación de 3 semanas a 8 meses. Del 20% al 30% de las lesiones verrugosas resuelven sin tratamiento, pero la recurrencia es común.

Más del 90% de las verrugas genitales tienen relación con los tipos no oncogénicos 6 y 11; existe un tercio

de las verrugas que presentan múltiples tipos de HPV, incluyendo la coinfección con tipos oncogénicos, siendo el más prevalente el tipo 16 (65%).

En varios estudios se describen como principales factores de riesgo el historial sexual (frecuencia sexual, número de parejas², homosexualidad o heterosexualidad) y circuncisión, entre otros. Se ha observado que los hombres tienen un rol significativo en la transmisión del HPV a las mujeres. La infección con HPV es considerada un factor que aumenta el riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La expresión clínica de la enfermedad se ha visto relacionada con la pobreza y la depresión, entre otros factores. Se puede efectuar una visualización directa de las lesiones o utilizar ácido acético asociado a magnificaciones, permitiendo en ambos casos la toma de biopsias. Para lograr la tipificación y la determinación viral se emplean métodos de detección del ADN. Las principales formas de infección en el hombre son oral y anogenital, siendo la primera menos frecuente que la segunda.

El tratamiento se basa en la topicación con podofilina o aplicación de imiquimod. Asimismo, se utiliza crioterapia, ácido aminolevulínico, láser, electrocauterización y escisión quirúrgica con electrocauterización de la base^{4,11}. En caso de carcinoma verrugoso, el tratamiento se basa en la escisión quirúrgica de las lesiones con márgenes libres y electrocauterización, complementado con crioterapia y/o láser, de ser necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Giuliano AR, Anic G, Nyitray AG. Epidemiology and pathology of HPV disease in males. *Gynecol Oncol*. 2010 May; 117 (2): S15-9.
2. Carvajal Balaguera J, Martín García-Almenta M, Oliart Delgado de Torres S, y cols. Condiloma acuminado gigante inguinal y perineal: cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. *MAPFRE Med*. 2006; 17 (2): 144-50.
3. Moreira Preciado M, Pérez López A, Colomé Escobar M. Condiloma gigante inguinal (tumor de Buschke-Lowenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso [Giant inguinal condyloma (Buschke-Lowenstein tumor) with a clinical aspect of squamous carcinoma]. *Rev Cubana Med Trop*. 2000 Jan-Apr; 52 (1): 70-2.

4. Parapar I, Taboada N. Exéresis quirúrgica radical como único tratamiento del condiloma acuminado gigante: a propósito de un caso. *Colombia Médica*. 2007 Apr-Jun; 38 (2) 142-8.
5. Simmons P, Langlet F, Thin RN. Cryotherapy versus electrocautery in the treatment of genital warts. *Br J Vener Dis*. 1981 Aug; 57 (4): 273-4.
6. Komelinzky M, Malagrino H, Ozoni A, y cols. Estudio comparativo en el tratamiento de las lesiones por HPV. *Rev Arg Urol*. 1991; 53: 9.
7. Concha R M. Diagnóstico y terapia del virus papiloma humano [Diagnosis and treatment of human papilloma virus]. *Rev Chilena Infectol*. 2007 Jun; 24 (3): 209-14.
8. Chen K, Chang BZ, Ju M, Zhang XH, Gu H. Comparative study of photodynamic therapy vs CO2 laser vaporization in treatment of condylomata acuminata, a randomized clinical trial. *Br J Dermatol*. 2007 Mar; 156 (3): 516-20.
9. Liang J, Lu XN, Tang H, Zhang Z, Fan J, Xu JH. Evaluation of photodynamic therapy using topical aminolevulinic acid hydrochloride in the treatment of condylomata acuminata: a comparative, randomized clinical trial. *Photodermatol Photoimmunol Photomed*. 2009 Dec; 25 (6): 293-7.
10. Chaidemenos G, Kogia M, Souparis A, y cols. Radical excision and mesh-skin grafting for giant anorectal condyloma acuminatum. *Dermatol Surg*. 2006 Feb; 32 (2): 324-8.
11. Renzi A, Giordano P, Renzi G, Landolfi V, Del Genio A, Weiss EG. Buschke-Lowenstein tumor successful treatment by surgical excision alone: a case report. *Surg Innov*. 2006 Mar; 13 (1): 69-72.