

Carcinoma epidermoide insertado en un condiloma acuminado gigante

Epidermoid carcinoma inserted in a giant condyloma acuminatum

Lázara Alacán Pérez^{1*}

Olaine Gray Lovio¹

Carla Perales Oblitas¹

Selmary Hernández del Pino¹

Thuyen Fong Fernández²

¹Hospital Universitario Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

²Hospital Clínico Quirúrgico 10 de Octubre. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: lazara.alacan@infomed.sld.cu

RESUMEN

El condiloma acuminado gigante es una enfermedad rara que pocas veces maligniza a un carcinoma epidermoide. Este tumor es el más frecuente en la vulva, se asocia al virus del

papiloma humano y además presenta una alta tasa de mortalidad. Se presenta un paciente de sexo femenino de 59 años de edad, con antecedentes de condiloma acuminado diagnosticado por biopsia en otra institución. Tiempo de evolución impreciso (aproximadamente 8 años), que muestra una lesión vegetante localizada en la vulva, la cual se extiende a periné y zona interglútea. Presenta abundante secreción purulenta y marcado compromiso del estado general. Se decide su ingreso y se le realizan estudios complementarios que incluyeron biopsia de lesión, reportando un carcinoma epidermoide. Durante la estancia hospitalaria la paciente presenta una neumonía nosocomial, anemia severa y shock séptico, falleciendo posteriormente. Se presenta el caso debido a lo poco frecuente que resulta en nuestro medio y al desenlace fatal de la paciente.

Palabras clave: condiloma acuminado gigante; carcinoma epidermoide; virus del papiloma humano.

ABSTRACT

Giant condyloma acuminatum is a rare condition which hardly ever malignizes into epidermoid carcinoma. This tumor is more frequent in the vulva, is associated to human papillomavirus, and has a high mortality rate. A case is presented of a female 59-year-old patient with a history of condyloma acuminatum diagnosed by biopsy at another institution. The patient had a vegetative lesion in the vulva, which extended to the perineum and the intergluteal area. Time of evolution was imprecise (approximately eight years). Abundant purulent discharge and a marked compromise of the patient's general state were observed. Admission was indicated to perform complementary tests, including biopsy of the lesion, which revealed the presence of epidermoid carcinoma. During her stay in hospital, the patient contracted nosocomial pneumonia, severe anemia and septic shock, and eventually died. The case is presented due to the low frequency of this condition in our environment and its fatal outcome.

Keywords: giant condyloma acuminatum; epidermoid carcinoma; human papillomavirus.

Recibido: 12/11/2016

Aceptado: 22/12/2016

INTRODUCCIÓN

El condiloma acuminado gigante (CAG), o tumor de *Buschke-Löwenstein*, es una infección de transmisión sexual poco frecuente, que tiene estrecha relación con el virus del papiloma humano (VPH), fundamentalmente tipo 6 y 11 (reconocidos como de bajo riesgo de desarrollar cáncer). Aunque también se mencionan los tipos 16 y 18 (de alto riesgo de desarrollar cáncer).^(1,2,3)

Además del VPH, existen otros factores de riesgo que pueden desencadenar esta enfermedad, tales como la promiscuidad, estados de inmunosupresión, entre ellos la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la presencia de irritación crónica, la condilomatosis recidivante, el uso de corticoides o inmunomoduladores y la falta de higiene. Es más frecuente en hombres con una relación de 3:1.⁽⁴⁾

Clínicamente se caracteriza por ser una lesión verrugosa, exofítica, en forma de coliflor de base ancha, que sangra fácilmente y de lento crecimiento. Su tamaño es variable desde 4 cm hasta 30 o 40 cm, pudiendo ser dolorosa a la palpación, con secreción o no de pus y mal olor. Dependiendo de la extensión puede comprometer diferentes zonas. Tiene gran capacidad de ulcerarse e infiltrarse a tejidos profundos con destrucción a nivel local, por lo cual se producen recidivas frecuentes, que son un factor de riesgo para malignidad.^(1,4)

A pesar de que el CAG tiene características histológicas benignas, puede llegar a mostrar un comportamiento agresivo, con rápido crecimiento, provocando fístulas y destrucción de estructuras vecinas, con localizaciones anatómicas en boca, pene, escroto, vulva, vagina, zona perianal, interglútea y anorrectal.^(2,5,4)

Se asemeja al carcinoma espinocelular, por estar relacionado con el VPH y presentar una clínica muy similar. Algunos autores lo consideran un carcinoma de bajo grado de malignidad, junto con la papilomatosis oral florida de *Ackerman*, la papilomatosis cutánea de *Gottron* y el epiteloma cuniculatum palmo plantar. Estos pertenecen al subgrupo de carcinoma epidermoide, denominado carcinoma verrugoso, postulándose como parte del espectro de lesiones que van desde la verruga genital simple hasta el cáncer epidermoide.^(3,6)

El carcinoma verrugoso es la entidad histológica mayormente asociada a la malignización de un CAG. El estudio histopatológico es denominado la “prueba de oro” que nos dará el diagnóstico para diferenciar el condiloma acuminado gigante del carcinoma epidermoide. La histopatología del carcinoma verrugoso nos muestra que está constituido por células escamosas bien diferenciadas en todas las áreas, que forma grandes papilas recubiertas por una capa gruesa de paraqueratosis, que invade formando bandas y nidos con bordes expansivos. A diferencia de lo anterior, cuando se trata de un condiloma gigante, se puede observar intensa proliferación papilar con acantosis, paraqueratosis acentuada, y mínima pérdida de polaridad de las células epiteliales; típicamente coilocitosis y binucleación celular, además de atipia celular.^(2,6)

El tratamiento por excelencia es la cirugía con exéresis completa y amplia de la lesión, con o sin otras modalidades terapéuticas.^(2,7)

Se presenta el caso debido a lo poco frecuente que resulta en nuestro medio.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 59 años de edad, fototipo cutáneo V, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial tratada con salbutamol spray, e hipertensión arterial desde hace 40 años, para lo cual lleva tratamiento con enalapril (20 mg) 1 tableta al día y nifedipino (10 mg) 1 tableta al día. Presenta condiloma acuminado de aproximadamente 8 años de evolución, diagnosticado por biopsia en otra institución. Acude a consulta con escaso aporte al interrogatorio, y presenta una lesión cutánea dolorosa en el área genital, que refiere haber comenzado como “un grano”, de crecimiento rápido, con sangrado ocasional, secreción purulenta y fetidez, acompañada de dolor, compromiso del estado general, fiebre de 38,5 °C, astenia, adinamia y pérdida de peso.

Al examen dermatológico presentó una lesión tumoral, de aspecto vegetante localizada en la vulva, de aproximadamente 10-15 cm de longitud, en “forma de coliflor”, acompañada de secreción purulenta, fétida y muy dolorosa, que se extendía a periné y zona interglútea (Figs. 1 y 2).



Fig. 1 - Lesión de aspecto tumoral localizada en vulva.



Fig. 2 - Extensión de la lesión a zona interglútea.

Dado el cuadro clínico de la paciente se decidió su ingreso.

Complementarios realizados:

- Hemoglobina en 6,3 g/L, Leucograma con leucocitosis de $16,4 \times 10^9$, Eritrosedimentación 65 mm/h.
- Ultrasonido abdominal: Imagen de baja ecogenicidad hacia cara posterior del útero, y ultrasonido de partes blandas de la zona de la lesión, absceso glúteo bilateral importante.
- Biopsia de piel: Informa proliferación papilar con microinfiltración de células escamosas, paraqueratosis que forma bandas y escasos nidos, además de atipia celular. Se reporta carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado (microinfiltrante) (Fig. 3).

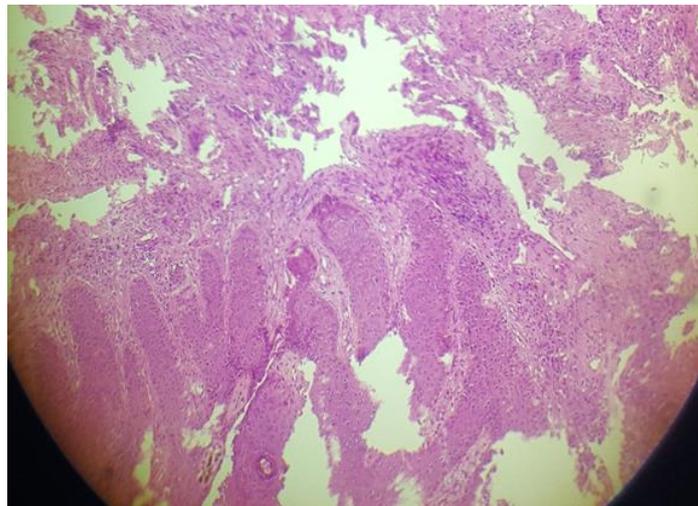


Fig. 3 – Imagen histológica que informa carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado microinfiltrante.

Se discutió el caso en colectivo y se concluyó como diagnóstico un carcinoma epidermoide inserto en un condiloma acuminado gigante.

La paciente recibió tratamiento con antibióticos de amplio espectro por vía endovenosa, además de curas diarias de la lesión. Hubo necesidad de transfundirla en tres ocasiones. A pesar de la conducta tomada, a los siete días del ingreso tuvo empeoramiento del cuadro clínico, con neumonía nosocomial asociada, evoluciona hacia el shock séptico y fallece.

COMENTARIOS

Los condilomas constituyen una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. El tumor de *Buschke-Löwenstein* o condiloma acuminado gigante pertenece al grupo de los carcinomas verrugosos.

Es un tumor benigno producido por el virus del papiloma humano, principalmente papiloma virus 6 y 11. Además se invocan como factores predisponentes la mala higiene, la promiscuidad, la pre existencia de recidivas de vegetaciones venéreas, el tratamiento con inmunosupresores sistémicos y otros cofactores carcinogénicos.^(1,4)

La tumoración se presenta a cualquier edad después de la pubertad, es más frecuente entre la cuarta y sexta décadas de la vida y en el sexo masculino.⁽⁴⁾

Es una lesión proliferativa con aspecto de coliflor, localizada en genitales y región perineal, de crecimiento lento y poco frecuente. Puede comportarse como maligno, aunque histológicamente es benigno, sin propensión a metástasis. Tiene un alto índice de recurrencia local y ocasionalmente puede presentar transformación maligna hacia carcinoma de células escamosas. En los hombres suelen localizarse sobre todo en el pene (81-94 %), en la región ano rectal (10-17 %) y en la uretra (5 %).^(1,4,5)

En las mujeres la localización es esencialmente vulvar (90 %), aunque también puede verse en la región ano rectal. Hay otras localizaciones más infrecuentes como la vejiga e incluso la región oral. Puede tener complicaciones como sobreinfección, fístula, y necrosis. La recurrencia tras la escisión incompleta es frecuente. La hemorragia, la infiltración de la base del tumor o el crecimiento ganglionar pueden causar la sospecha clínica de malignización a un carcinoma microinvasivo o a un carcinoma escamoso queratinizante bien diferenciado, lo cual ocurre hasta en un 33 % de los casos.^(1,2)

Las técnicas de imagen de alta resolución y una biopsia grande son esenciales para identificar el alcance de la infiltración y los focos de carcinoma escamoso. La cirugía radical cura la enfermedad, aunque las recidivas son frecuentes, generando una elevada tasa de morbilidad.⁽⁸⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Podestá F, Slavkes D, Ferreyra D, Debuck M, Gavosto S. Tumor de Buschke-Löwenstein-Condiloma Gigante Acuminado. Rev Argent Coloproct. 2017;28(2):163-4.
2. Matos F, Frías R, Cortés O, Blanco G, Olivera D, Peñón M, et al. Carcinoma Epidermoide vs. Tumor de Buschke-Löwenstein. Descripción y documentación de un caso de carcinoma epidermoide en región inguinal. Intra Med Journal. 2017;6(1):8-11.
3. Montoya M, Morón W, Pontillo H, Poggiolli O. Condiloma Acuminado Gigante (Tumor de Buschke-Löwenstein) - Presentación de un Caso. Rev Venez Oncol. 2013;25(1):35-8.
4. Arenas R. Condilomas acuminados. En: Arenas R. Atlas, diagnóstico y tratamiento. 5 ed. Distrito Federal: Mc Graw-Hill; 2009. p. 844-7.
5. Arrabal MA, Arias S, Jiménez A, Zuluaga A. Carcinoma escamocelular condilomatoso asociado al virus del papiloma humano multimetastásico. Actas Urol Esp. 2010;34(4):165-9.
6. Ahmed A, Madkan V, Mendoza N, Tying S, Lowy D. Viral and Rickettsial Diseases. En: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, editors. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: Mc Graw-Hill; 2008. p. 1841-50.
7. Montaña N, Labra A, Schiappacasse G. Condiloma acuminado gigante (Tumor de Buschke Löwenstein). Serie de 7 casos clínicos y revisión de la literatura. Rev Chil Radiol. 2014;20(2):57-63.
8. Kimbauer R, Lenz P. Virus del Papiloma humano. En: Bologna JL, Schaffer J, Cerroni L, editores. Dermatología. 4 ed. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 1383-91.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de ningún tipo con la elaboración de este documento.