



Reconstrucción perianal con colgajo V-Y por tumor de Büschke-Löwenstein

Perianal reconstruction with V-Y flap due to Büschke-Löwenstein tumor

Martín Hernández Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8898-2680>

Hernán Oliu Lambert^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-3779-939X>

Natalia Altagracia de la Cruz de Oliu¹ <https://orcid.org/0000-0003-1596-2539>

Juan Elias Cabrera Martínez² <https://orcid.org/0000-0002-5443-9268>

¹Instituto Oncológico Regional del Cibao. Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

²Hospital José María Cabral y Báez. Santiago de los Caballeros, República Dominicana.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: dr.oliu@outlook.com

RESUMEN

Introducción: El condiloma acuminado gigante es una rara enfermedad que se manifiesta en el 0,1 % de las personas con vida sexual activa, su tratamiento es variable; la cirugía es el más radical y definitivo, aunque la recurrencia no es despreciable. Ante grandes defectos de la región perianal luego de la resección es útil la rotación de colgajos para recubrir el defecto.

Objetivos: Exponer el tratamiento quirúrgico reconstructivo realizado a un paciente con tumor de Büschke-Löwenstein perianal.

Caso clínico: Paciente masculino de 47 años, afroamericano, con antecedentes de infección por el VIH, diagnosticado 8 meses antes de la consulta por el cuadro actual; en tratamiento con antirretrovirales. Acude a consulta con una lesión anal en forma de coliflor, que ocupa un diámetro de aproximadamente 10 cm; se le realizó un procedimiento quirúrgico para tratamiento definitivo, mediante escisión y anoplastia con colgajo en V-Y y se extirpó a lesión vegetante sobre el borde interno del glúteo derecho, cuya área formó parte del colgajo V-Y.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



Conclusiones: Las técnicas reconstructivas en la región perianal se deben individualizar en cada caso, en dependencia del tipo de defecto, su topografía y las condiciones locales; aunque pudiese existir la preferencia de una sobre otras, la literatura científica no aporta suficiente evidencia al respecto. La técnica reconstructiva realizada al paciente demostró que, aun con altas tasas de recurrencia y complicaciones, resultó efectiva para el paciente pese a tener comorbilidades que pudieron influir en una evolución tórpida.

Palabras clave: infección por VIH; condiloma acuminado; procedimiento quirúrgico reconstructivos.

ABSTRACT

Introduction: The giant condyloma acuminata is a rare disease that manifests itself in 0.1% of people with an active sexual life, its treatment is variable, surgery being the most radical and definitive, although recurrence is not negligible. In case of large defects in the perianal region after resection, flap rotation is useful to cover the defect.

Objectives: To expose the reconstructive surgical treatment performed on a patient with perianal Büschke-Löwenstein tumor.

Clinical case: A 47-year-old African American male patient with a history of HIV infection diagnosed 8 months prior to the current consultation, in treatment with antiretrovirals. Who came to the clinic with an anal lesion in the shape of a cauliflower, which occupies a diameter of approximately 10 cm, a surgical procedure was performed as a definitive treatment through excision and anoplasty with a V-Y flap, and the vegetative lesion on the edge was excised, internal of the right gluteus whose area was part of the V-Y flap.

Conclusions: Reconstructive techniques in the perianal region must be individualized in each case, depending on the type of defect, its topography, and local conditions, and although there may be a preference for one over others, the scientific literature does not provide sufficient evidence in this regard. The reconstructive technique performed on the patient showed that even with high rates of recurrence and complications, it was effective for the patient despite having comorbidities that could influence a torpid evolution.

Keywords: HIV infections; condyloma acuminata; reconstructive surgical procedures.



Recibido: 15/07/2022

Aprobado: 05/10/2022

INTRODUCCIÓN

El condiloma acuminado gigante constituye una enfermedad que se presenta rara vez en personas con vida sexual activa, se manifiesta apenas en el 0,1 % de esta población.⁽¹⁾ Fue descrita por primera vez por Büschke y Löwenstein en el año 1925.⁽²⁾

Es una enfermedad de transmisión sexual⁽³⁾ y puede afectar a ambos sexos, con predominio masculino. Se presenta con mayor frecuencia en varones entre los 40 y 60 años de vida.⁽⁴⁾

Se considera un tumor de carácter benigno y se caracteriza por una lesión exofítica de crecimiento similar a una coliflor, con tendencia a infiltrar tejidos adyacentes, tiene una alta tasa de recurrencia y potencial de transformación maligna.⁽⁵⁾ La morbilidad de estos pacientes se asocia con infiltración de tejidos blandos y recurrencias.⁽⁶⁾ En los grados condilomas acuminados, las técnicas quirúrgicas que se ha utilizado son variables, dando cabida a diversos defectos perianales que pueden resolverse de múltiples maneras, según las investigaciones revisadas. No obstante, la experiencia del cirujano es importante a la hora de abordar esta enfermedad, pues no existe un consenso en la literatura consultada que demuestre cuál es la mejor técnica para realizar.^(7,8)

El objetivo es exponer un caso de un paciente con esta enfermedad al cual se le ofreció el tratamiento quirúrgico reconstructivo.

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de 47 años, masculino, de ascendencia afroamericana, portador de VIH desde 8 meses previo a la consulta actual, con tratamiento antirretroviral. Comenta que desde hace 10 años



presenta lesión en región anal, que luego de diagnosticado el VIH e iniciado el tratamiento con antirretrovirales comenzó a presentar un crecimiento acelerado y síntomas como: prurito anal, dolor anal leve y sangrado anal en ocasiones, relacionado con la defecación. Acudiendo a consulta de dermatología; se le realizó biopsia de la lesión, que informa diagnóstico de condilomatosis con cambios displásicos leves. Fue referido a la consulta de coloproctología para tratamiento definitivo.

Al examen físico: en la región anal se observa lesión que ocupa todos los márgenes del ano, en forma de coliflor, superficie irregular, móvil, consistencia blanda, ligeramente dolorosa al tacto, de aproximadamente 10 cm en su diámetro mayor, color rosado pálido con áreas blanquecinas, que impide ver el orificio anal. En el glúteo derecho, a 5 cm del borde anal, hacia la hora 4-5 del reloj, se observa otra lesión de 3 cm de diámetro, de color rosado pálido, con borde hiperocrómico, superficie irregular, no dolorosa (Fig. 1). Al tacto, no se constatan lesiones en las paredes del recto.



Fig. 1 - Se observa la lesión vegetante perianal y lesión vegetante pequeña sobre la cara interna del glúteo derecho.

La carga viral para VIH fue imperceptible y en la colonoscopia no se encontraron lesiones. Se preparó el colon para la cirugía por vía anterógrada fosfato de sodio.



Se realizó el procedimiento quirúrgico como tratamiento definitivo de la lesión, mediante escisión y anoplastia con colgajo en V-Y (Fig. 2), con sutura de los bordes internos de los colgajos al esfínter anal externo, con una sutura sintética multifilamento de absorción lenta, el poliglactin 910, 3-0 USP (*United States Pharmacopeia*), a puntos separados. Se extirpó la lesión vegetante sobre el borde interno del glúteo derecho, cuya área formó parte del colgajo V-Y.



Fig. 2 - En la imagen A se observa la región perianal sin lesión con la preparación y desplazamiento de los colgajos en V. En la imagen B se observa la plastia en V-Y realizada.

Se realizó una “colostomía química” que consistió el uso de loperamida, para evitar la defecación y de esta forma la contaminación de la herida quirúrgica, seguido de la prescripción de una dieta sin residuos. El paciente fue medicando en sala con metronidazol y ceftriaxona, egresado a los 5 días del posoperatorio, con tratamiento de amoxicilina y ácido clavulánico. Se siguió por 6 meses. El análisis histopatológico concluyó una papilomatosis por el virus del papiloma humano serotipo 11. A los 6 meses de evolución postoperatoria, el paciente se mantiene libre de recidiva y con función anal normal.

COMENTARIOS

La opción de una cirugía reconstructiva por un gran defecto perineal producto a una gran escisión, no es habitual en la práctica quirúrgica, así lo evidencia la escasa cantidad de publicaciones científicas al respecto. La búsqueda se hace más difícil cuando es por una condilomatosis perianal.

La técnica ideal de reconstrucción debe aportar una buena cobertura del defecto y garantizar una buena vascularización del injerto, que evite la pérdida del colgajo y permita una sutura sin tensión. Por otro



lado, la reconstrucción debe aportar una buena funcionalidad al paciente, sin comprometer la función de otros grupos musculares, asegurar una buena continencia y, todo ello, sin olvidar los resultados estéticos. Se ha planteado la utilidad de los colgajos V-Y como método de reparación, para aquellos defectos perineales de un tamaño que no permite el injerto de piel simple y para los cuales los colgajos miocutáneos son excesivos.^(7,8)

Se informa una amplia gama de tasas de complicaciones, que varían desde el 12 % al 66 % para los colgajos de este tipo utilizados para el tratamiento de la estenosis anal y el ectropión, sin embargo, la mayoría de los colgajos eran pequeños e involucraban solo un lado del área perianal, además de ser complicaciones que en su mayoría no requirieron reintervenir al paciente.⁽⁹⁾

Generalmente, con una técnica quirúrgica adecuada, cuidando las medidas de antisepsia, las complicaciones suelen ser escasas e independientemente de la enfermedad que provoque el defecto existen complicaciones intraoperatorias y posoperatorias comunes, que están influenciadas por factores ambientales y locales. *Kokosis G* y otros,⁽¹⁰⁾ en una serie de 24 pacientes que recibieron radioterapia neoadyuvante y luego fueron sometidos a una resección abdominoperineal con reconstrucción con colgajo V-Y, solo 3 pacientes padecieron de una dehiscencia menor de 3 cm y 5 con una de más de 3 cm. Se debe tener en cuenta que en estos casos existe el antecedente de la radioterapia que ya de por sí, constituye un factor que afecta a la cicatrización.

En una serie de 10 pacientes con diversas enfermedades quirúrgicas perianales, publicada por *Ibañez* y otros,⁽¹¹⁾ a los cuales se les realizó la misma reconstrucción, cabe destacar que una de estos presentaba una condilomatosis no asociada a VIH y tuvo una dehiscencia parcial del colgajo, luego estenosis anal y recidiva del condiloma; otro de los pacientes era portador del VIH con un carcinoma epidermoide del ano; fue intervenido y reconstruido, pero tuvo una dehiscencia parcial del colgajo, que fue corregida con buenos resultados. Estos autores al igual que en el presente caso se auxiliaron de la “colostomía química”. *Hassan I* y otros,⁽¹²⁾ publican una serie de reconstrucciones perianales con dicho colgajo e incluyen a un paciente con un condiloma acuminado gigante perianal. Del total solo hubo necesidad de reintervención en uno solo, por un hematoma extenso del colgajo (los autores no precisan qué paciente fue).



Como se describe antes, se observa en las investigaciones consultadas, que las tasas de recurrencia del condiloma son altas.^(13,14) Charúa y otros,⁽¹⁵⁾ en un estudio de 57 pacientes con condiloma acuminado, el 75,4 % recurrió antes de los 6 meses.

Cada paciente presenta características únicas por lo que las técnicas reconstructivas en la región perianal se deben adaptar a estas individualidades, teniendo en cuenta el tipo de defecto, su topografía y las condiciones locales. Aunque pudiese existir la preferencia de una sobre otra, las publicaciones revisadas no aportan suficiente evidencia. Aun con altas tasas de recurrencia y complicaciones, el paciente del presente caso evolucionó de forma satisfactoria pese a tener comorbilidades que pudieron influir en una evolución tórpida, no obstante, el seguimiento adecuado, en conjunto con la adherencia a los tratamientos indicados trajeron como consecuencia el éxito de la cirugía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ben Kridis W, Werda I, Charfi S, Toumi N, Boudawara T, Mzali R, Daoud J, et al. Buschke - Lowenstein anal tumor: an ambiguous entity. *Exp Oncol*. 2019; 41(2):182-184. DOI: 10.32471/exp-oncology.2312-8852.vol-41-no-2.13119
2. Davis KG, Barton JS, Orangio G, Bivin W, Krane S. Buschke-Lowenstein Tumors: A Review and Proposed Classification System. *Sex Transm Dis*. 2021; 48(12):e263-e268. DOI: 10.1097/OLQ.0000000000001437
3. Boda D, Cutoiu A, Bratu D, Bejinariu N, Crutescu R. Buschke-Löwenstein tumors: A series of 7 case reports. *Exp Ther Med*. 2022; 23(6):393. DOI: 10.3892/etm.2022.11320
4. Nieves Condoy JF, Acuña Pinzón CL, Chavarría Chavira JL, Hinojosa Ugarte D, Zúñiga Vázquez LA. Giant Condyloma Acuminata (Buschke-Lowenstein Tumor): Review of an Unusual Disease and Difficult to Manage. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2021; 2021:9919446. DOI: 10.1155/2021/9919446
5. Rivera Alvarez F, Kwon B, Ganti L. Buske-Lowenstein Tumor: A Rare Cause of Genital Warts. *Cureus*. 2022; 14(3):e23477. DOI: 10.7759/cureus.23477



6. Manlubatan SIT, Onglao MAS, Tampo MMT, Lopez MPJ. Outcomes of surgical management of buschke-lowenstein tumor in a Philippine tertiary hospital. *Ann Coloproctol.* 2022; 38(1):82-87. DOI: 10.3393/ac.2020.00731.0104
7. Houvenaeghel G, Ghouti L, Moutardier V, Buttarelli M, Lelong B, Delpero JR. Rectus abdominis myocutaneous flap in radical oncopelvic surgery: a safe and useful procedure. *Eur J Surg Oncol.* 2005; 31(10):1185-90. DOI: 10.1016/j.ejso.2005.07.004
8. Orkin BA. Perineal reconstruction with local flaps: technique and results. *Tech Coloproctol.* 2013; 17(6):663-70. DOI: 10.1007/s10151-013-0978-y
9. Sentovich SM, Falk PM, Christensen MA, Thorson AG, Blatchford GJ, Pitsch RM. Operative results of House advancement anoplasty. *Br J Surg.* 1996; 83(9):1242-44. DOI: 10.1046/j.1365-2168.1996.02266.x
10. Kokosis G, Phillips BT, Soo J, Poveromo L, Erdmann D, Mantyh CR, et al. Modified V-Y Fasciocutaneous Flap Reconstruction After Abdominoperineal Resection in Irradiated Patients Prevents Wound Dehiscence and Associated Complications. *Annals of Plastic Surgery.* 2019; 82(2):218-23. DOI: 10.1097/sap.0000000000001672
11. Ibañez N, Abrisqueta J, Luján J, Hernández Q, Parrilla P. El colgajo V-Y como método de reparación de defectos perianales extensos. *Cirugía Española.* 2016; 94(9): 525-30. DOI: 10.1016/j.ciresp.2016.06.006
12. Hassan I, Horgan AF, Nivatvongs S. V-Y island flaps for repair of large perianal defects. *The American Journal of Surgery.* 2001; 181(4):363-5. DOI: 10.1016/s0002-9610(01)00578
13. McCutcheon T. Anal Condyloma Acuminatum. *Gastroenterology Nursing.* 2009; 32(5): 342-9. DOI: 10.1097/sga.0b013e3181b85d4e
14. Silvera RJ, Smith CK, Swedish KA, Goldstone SE. Anal condyloma treatment and recurrence in HIV-negative men who have sex with men. *Dis Colon Rectum.* 2014; 57(6):752-61. DOI: 10.1097/DCR.0000000000000080
15. Charúa GL, Trabanino Pacas MA, Osorio Hernández RM, Navarrete Cruces T, Avendaño Espinosa O. Recurrencia temprana del condiloma anal acuminado posterior a condilomectomía. *Revista Médica O.*



del Hospital General de México. 2004; 67(3):140-5. [acceso: 20/07/2022]. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15765975/>

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.