

Carcinoma verrucoso di Buschke-Lowenstein: caso clinico con approccio chirurgico combinato

L. Gallia, V. Rabino, M. Barbero

S.O.C. di Ostetricia e Ginecologia – A.S.L. AT – Asti

La Colposcopia in Italia Anno XXIII – N. 1 pagg. 11-12

Introduzione

Il cosiddetto condiloma gigante di Buschke-Lowenstein, definito in base ad una più recente classificazione anche come carcinoma verrucoso, è una lesione epiteliale sessualmente trasmessa, HPV correlata, piuttosto rara, a bassissimo potenziale evolutivo, che però, in considerazione delle dimensioni spesso ragguardevoli che lo caratterizzano, può causare oltre che disagi estetici anche veri e propri problemi anatomico-funzionali. L'evoluzione di questa lesione segue le alterazioni generate dal virus sulla proteina oncosoppressore p53. Generalmente colpisce donne di età avanzata. Dal punto di vista anatomopatologico il carcinoma verrucoso risulta sempre molto ben differenziato ed è caratterizzato dall'invasione del derma sottostante (Figura 1).

La diagnosi viene effettuata tramite biopsia, che deve essere abbastanza ampia e profonda da fornire all'anatomopatologo un'adeguata quantità di derma e di epitelio. La diagnosi differenziale, infatti, nei confronti dei condilomi acuminati e del carcinoma vulvare a cellule squamose è essenzialmente istologica. Il trattamento chirurgico rimane l'approccio di elezione, nonostante

vi sia la possibilità di frequenti recidive. In questo articolo viene descritto un approccio chirurgico combinato (tradizionale a lama fredda associato ad escissione a Radiofrequenza) in un caso molto particolare di condiloma gigante.

Caso clinico

Una giovane paziente di 14 anni di origine nord africana giunta alla nostra osservazione nell'Ottobre 2003 ha mostrato la comparsa delle prime lesioni alla giovane età di 5 anni e non sono mai state sottoposte a terapie chirurgiche, nè in strutture ospedaliere del paese d'origine della paziente nè di altri paesi europei presso cui la mamma della paziente si era rivolta. La massa vegetante aveva pertanto raggiunto dimensioni tali da interessare completamente la regione genitale esterna e il perineo (Figura 2), con una diffusione della malattia talmente estesa che la paziente presentava difficoltà alla minzione e alla defecazione, dolore, quasi impossibilità a sedersi e difficoltà alla deambulazione con pesanti ripercussioni sulla qualità di vita della paziente e della sua famiglia.



Figura 1



Figura 2

La terapia effettuata è stata un trattamento combinato: chirurgico con ricostruzione a livello vulvare, escissionale a Radiofrequenza nelle regioni perineale, perianale ed anale (la lesione penetrava per circa 1 cm nel canale anale) con guarigione per seconda intenzione.

Le Figura 3 illustra il tempo chirurgico a livello vulvare e il trattamento a Radiofrequenza a livello perianale-perineale. Le Figure 4 e 5 illustrano il risultato a 3 e 36 mesi.



Figura 3



Figura 4

Inizialmente la ragazzina ha presentato lieve incontinenza anale ai gas, risoltasi spontaneamente nell'arco di circa 6 mesi. Persisteva, inoltre, una piccola cicatrice leggermente retraente a livello perineale, che è stata rimossa in seguito, prima dell'inizio dell'attività sessuale. Il follow-up è stato effettuato ogni 3 mesi nel corso del primo anno dall'intervento e successivamente ogni 6 mesi fino ai 5 anni; attualmente la cadenza dei controlli è annuale; a tutt'oggi non sono stati evidenziati segni di persistenza e/o comparsa di nuove lesioni.

Conclusioni

In casi come questi, come in altre situazioni di lesioni non invasive (VIN 3) molto estese, si può optare per la soluzione di non ricostruzione immediata attraverso l'utilizzo del Laser o della Radiofrequenza con tecnica escissionale. È importante eseguire l'intervento sotto controllo colposcopico per avere la continua definizione del piano chirurgico su cui si sta lavorando, la guarigione avviene per seconda intenzione con tempi lunghi ma risultati cosmetici e funzionali molto buoni.



Figura 5

Riferimenti bibliografici

1. Ilkay AK, Chodak GW, Vogelsang NJ, Gerber GS. Buschke-Loewenstein tumor: therapeutic options including systemic chemotherapy. *Urology*. 1993;42:599-601
2. Atlas of vulvar disease- E.J. Wilkinson, I.K. Stone, 1995
3. Machens HG, Raab R, Maschek H, Pichlmayr R. Giant condylomata acuminata (Buschke-Loewenstein tumor) of the rectum: a case report. *Acta Chir Austriaca*. 1995;27:1-8
4. Friedman-Kien, A. E. 1976. Giant condyloma of Buschke-Loewenstein, p. 814-829. In R. Andrade, S. L. Gumpert, G. L. Poplin, and T. D. Rees, *Cancer of the skin, vol 1. Biology-diagnosis- management*. The W. B. Saunders Co., Philadelphia
5. Hull, M. T., J.N. Eble, J.B.Priest, and J.J. Mulcahy.1981 *Ultrastructure of Buschke-Loewenstein tumor*. *J. Urol*.126: 485-489
6. Testo Atlante "Patologia vulvare". M. Preti, L. Mariani – Editor: F. Boselli, 2008
7. Lehn, H., T.-M. Ernst, and G. Saeur. 1984. Transcription of episomal papillomavirus DNA in human condylomata acuminata and Buschke-Loewenstein tumours. *J. Gen. Virol*.65:2003
8. Buschke A, Löwenstein L. Über carcinomähnliche condylomata acuminata des Penis. *Klin Wochenschr* 1925; 4: 1726-8.
9. *Chirurgia Ginecologica Ambulatoriale e Day Surgery*. R. Piccoli, F. Boselli, 2006
10. Gillard P, Vanhooteghem O, Richert B, De La Brasine M. Tumor de Buschke-Loewenstein. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132: 98-9.
11. Bonnetblanc JM. Carcinome verruqueux. *Ann Dermatol Venereol* 2005; 132: 398-9.