

CANCER DE PENE. PRESENTACION DE UN CASO

Yazmin de la Caridad Torres Brito (1), MSC. Generoso Torres Fuentes (2)

(1) Estudiante de 3er año de Medicina

Alumna ayudante de Pediatría

Hosp. Gnral Docente "Leopoldito Martínez"

San José de las Lajas. Mayabeque

(2) Especialista de 2do grado en Urología

Profesor Auxiliar

MSc. Longevidad satisfactoria

Investigador AgregadoI

Hosp. Gnral Docente "Leopoldito Martínez"

San José de las Lajas. Mayabeque

RESUMEN

Introducción: el carcinoma epidermoide del pene, es una neoplasia poco frecuente, que por su localización trae como consecuencias serias afectaciones de la calidad de vida de los pacientes, ocasiona daño psicológico, físico, como sexuales.

Caso clínico: paciente masculino de 63 años de edad, blanco, residente en la Habana que acudió a consulta de Urología en el Policlínico "Felo Echezarreta", en San José de las Lajas, Mayabeque, traído por un familiar por presentar lesiones múltiples en el glande y cuerpo del pene de más de 2 años de evolución, se le toma muestra para biopsia, se le diagnostica carcinoma epidermoide del pene y se realiza tratamiento quirúrgico. **Conclusiones:** La causa que originó la presencia del carcinoma de pene en este caso fue el antecedente de fimosis. La conducta

definitiva dependió del estadio en que se encontraba la enfermedad y consistió en ablación quirúrgica y posteriormente quimioterapia.

Palabras clave: cáncer de pene/amputación total

INTRODUCCION

El cáncer de pene se presenta principalmente entre las edades de 40 a 60 años, con mayor frecuencia en el decenio de los cincuenta. (1)

Se considera que su incidencia es variable y puede llegar hasta un 10 a 20 % en áreas como África y América del Sur (2)

El único factor etiológico conectado reiteradamente con el carcinoma de pene es la mala higiene de los genitales, que en muchas ocasiones está relacionada con una fimosis o prepucio redundante. La presencia de fimosis dificulta o impide la higiene correcta del pene, lo que provoca inflamación e infección recurrente del prepucio y el glándulo. La irritación crónica es causada por el esmegma que se acumula debajo del prepucio y en el surco balanoprepucial. que tiene factores carcinogénicos que aun no han sido identificados.

También se ha sugerido una etiología viral como resultado de la interrelación de este tumor con el carcinoma cervicouterino.(1-3)

Hay estudios que demuestran que en un alto porcentaje de tumores de pene coexiste la lesión con infección por Papiloma Venéreo Humano (HPV) genotipo 16/18, se han reportado casos también con genotipo 31/35 detectándose incluso la presencia de HPV en el 80% de los tumores primarios y en el 50% de las adenopatías. (4,5)

El pene es un órgano recubierto por piel y la patología tumoral se desarrolla a partir de dicho epitelio, por lo tanto el 96 % son de estirpe epitelial o sea escamosos. El 4 % restante se reparte en basocelulares, melanomas, sarcoma de Kaposi , patología que ha aumentado su incidencia desde la aparición del SIDA, y en tumores secundarios a leucemias o linfomas. (1,6)

Existen enfermedades consideradas como preneoplásicas, que a pesar de ser benignas, tienden a transformarse si se las deja libradas a su evolución natural, como la leucoplasia, eritroplasia de Queyrat, enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget, tumor de Buschke Lowenstein. (7)

El cáncer de pene se presenta como una lesión visible a nivel del glande siempre que el prepucio pueda retraerse. De no ser así la lesión puede palpase a través de él como una zona irregular, endurecida. En ocasiones ulcera y perfora el prepucio, exteriorizándose hacia el exterior. Es una lesión ulcero vegetante, a veces sangrante, que habitualmente se infecta produciendo un olor fétido. En ocasiones se acompaña de dolor. La progresión de la enfermedad es locorregional y temprana por lo que es común encontrar adenopatías inguinales, unilaterales o bilaterales que en ocasiones se presentan como formaciones únicas, móviles, y en otras se ven como grandes masas, fijas, adheridas a planos profundos, ulceradas y supuradas. Se acompañan con linfedemas de miembros inferiores y genitales. En estadios avanzados pueden agregarse síntomas producto de las metástasis a distancia, que aparecen tardíamente.

La infección acompaña habitualmente a estos tumores, por lo tanto se desarrollan procesos inflamatorios en los ganglios regionales que condicionan la utilización de antibioticoterapia durante 4 a 6 semanas.

Entre los tratamientos contamos con la cirugía, radioterapia y quimioterapia, pero la mayor eficacia se consigue con la aplicación combinada de todas ellas. El tratamiento se inicia por el tumor primario y depende de su estadiamiento, la circuncisión o la ablación con láser pueden resultar eficaces en las lesiones iniciales, pero la penectomía total, con linfadenectomía ilioinguinal, es necesaria en las lesiones mayores. La penectomía parcial resulta adecuada si el tumor se puede resecar por completo con márgenes adecuados, dejando un muñón peneano que permite la micción y la función sexual. La importancia de la radioterapia se discute y la quimioterapia ha obtenido un éxito limitado en casos avanzados. (4-8, 9)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente D:H:C., de 63 años de edad, con historia clínica 371029, vive en La Habana, presenta antecedentes de ser diabético para lo cual lleva tratamiento con Glibenclamida 6 tabletas diarias y tiene relajada la circuncisión hace 10 años porque tenía fimosis.

En el año 2003 después de un trauma en el glande comenzó a presentar una lesión en el pene que fue creciendo y multiplicándose, acompañándose de secreción muy fétida, por miedo acudir al médico no asistió a consulta, hasta que es convencido por una sobrina que lo trae en el año 2009 a consulta externa de urología en el Policlínico "Felo Echezarreta", en San José de las Lajas, Mayabeque Es llevado al Hospital Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende", en la Habana.

Se decide realizar biopsia de la lesión de glande (B200900191), la cual informa un carcinoma verrugoso de bajo grado de malignidad.

Se realizan los exámenes complementarios siguientes:

- estudios hemoquímicos: hemoglobina: 14,2 g/L; leucograma: 11×10^6 ; velocidad de sedimentación globular: 54 mm;
- ultrasonido abdominal: negativo;
- gammagrafía ósea: negativa;
- tomografía axial computadorizada de abdomen y pelvis: negativa;
- rayos X de tórax: negativo;
- se estadía la lesión como T2N0M0.

Con el diagnóstico de carcinoma de pene y previo consentimiento informado del paciente se realiza la amputación total del pene con uretrostomía perineal (figuras 2 -10).

El resultado del análisis histológico de la pieza fue: carcinoma epidermoide

queratinizante bien diferenciado e infiltrante, no hay tumor en el borde de la lesión, ni de la piel, no infiltración vascular, ni linfática. (figura 11)

El paciente llevó tratamiento con quimioterapia bleomicina 15 mg, 2 veces por semana por tres meses y radioterapia pélvica.

El paciente falleció en septiembre de 2015 por infarto cardiaco.

DISCUSIÓN

El pene es un órgano recubierto por piel y la patología tumoral se desarrolla a partir de dicho epitelio, por lo cual el 96 % de los tumores son de estirpe epitelial (escamosos), mientras que el 4 % restante se reparte entre basocelulares, melanomas, sarcoma de Kaposi (patología que ha aumentado su incidencia desde la aparición del SIDA), y en tumores secundarios a leucemias o linfomas.(1) En nuestro caso, el resultado histológico obtenido correspondió con el 96 % antes mencionado, por tratarse de un carcinoma epidermoide de células grandes. El cáncer de pene se inicia como una pequeña lesión, la cual se extiende gradualmente y llega a comprometer todo el órgano. La lesión puede ser papilar, exofítica o plana, y en ocasiones presentar ulceraciones. De no ser tratada adecuadamente puede ocurrir la autoamputación como resultado tardío.(3)

Su etiología está basada en la irritación crónica producida por el esmegma que se acumula debajo del prepucio, en el surco balanoprepucial, en hombres en los que la presencia de fimosis dificulta o impide la higiene correcta del pene, lo que provoca inflamación e infección recurrente del prepucio y el glande.(10)

En etnias en las que se practica la circuncisión ritual a temprana edad no existe cáncer de pene, como es el caso de la población judía. Es dudosa la relación etiopatogénica entre el herpes genital, enfermedades venéreas y este tumor, pero hay estudios que demuestran que en un alto porcentaje de tumores de pene coexiste la lesión con infección por papiloma venéreo humano (HPV) tipo 16-18. Se han constatado la presencia de HPV en el 80 % de los tumores primarios y en el 50 % de las adenopatías.(4,7,12) El caso que nos ocupa presentó como

antecedentes una fimosis de larga data, con historia de reiterados procesos sépticos a nivel del prepucio y surco balanoprepucial.

La lesión puede aparecer como un área de induración o eritema, una úlcera, pequeño nódulo o un crecimiento exofítico a nivel del glande, siempre que este pueda descubrirse. En los estadios avanzados el paciente presentará los síntomas de todo enfermo con cáncer: astenia, anorexia, pérdida de peso y toma del estado general.(13)

La progresión de la enfermedad es local inicialmente, aunque debido a la sepsis sobreañadida pueden aparecer adenopatías inguinales unilaterales o bilaterales, móviles, dolorosas, bien delimitadas y no adheridas a los planos profundos. Cuando el proceso avanza aparecen adenopatías metastásicas por infiltración regional, que se observan como grandes masas fijas, adheridas a planos profundos, que pueden ulcerarse y supurar y se acompañan de linfedema de miembros inferiores y genitales. En estadios avanzados pueden agregarse síntomas producto de las metástasis a distancia, que aparecen tardíamente.(3,6,11-14)

El diagnóstico presuntivo se basa en la aplicación del método clínico con el cuadro ya expuesto, pues el diagnóstico de certeza lo da la biopsia.(1,3,6)

Una vez obtenido el diagnóstico positivo debemos precisar en que estadio se encuentra la enfermedad. Para esto contamos actualmente con estudios imaginológicos como la ultrasonografía abdominal, la tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada, y la resonancia magnética nuclear (RMN). Este fue el proceder seguido por nosotros con nuestro paciente. Ocasionalmente se puede ordenar una linfangiografía, aunque hoy se recomienda extraer muestra de ganglios linfáticos inguinales para estudios histopatológicos.

En dependencia de la etapa en que se encuentre la enfermedad, contamos con diversas alternativas terapéuticas.(15). En la etapa I (curable) las opciones de tratamiento son:

1. cuando las lesiones están limitadas al prepucio la terapia adecuada de control es la escisión local amplia con circuncisión;
2. en el caso de carcinoma in situ del glande (también denominado eritroplasia de Queyrat o enfermedad de Bowen), con o sin complicación de piel adyacente, las opciones terapéuticas son:
 - aplicaciones locales de crema de fluorouracilo,
 - cirugía controlada microscópicamente;
3. en el caso de infiltración tumoral del glande, con o sin complicación de la piel adyacente, la elección de terapia es determinada por el tamaño del tumor, nivel de infiltración y grado de destrucción de tejido normal por el tumor; las opciones terapéuticas equivalentes son:
 - amputación del glande parcial o total,
 - irradiación (haz externo, braquiterapia),
 - cirugía controlada microscópicamente.

El cáncer de pene en etapa II se trata con mayor frecuencia mediante amputación de pene, para obtener el control local. Dependiendo del grado y ubicación de la lesión, la amputación será parcial, total o radical. Después de la cirugía se realiza tratamiento con radioterapia y quimioterapia.(7, 9)

Dadas las características de la lesión presentadas por el paciente objeto de estudio, nuestro colectivo decidió utilizar las opciones terapéuticas descritas en esta etapa, que aunque mutilantes, pueden lograr la cura de la enfermedad.

Las opciones de tratamiento en la etapa III son:

1. cuando la metástasis a un ganglio linfático es clínicamente evidente, sin certeza de propagación, la indicación es la disección bilateral de los ganglios linfáticos inguinales después de la amputación del pene;¹⁰
2. puede ser considerada la radioterapia como una alternativa a la disección de los ganglios linfáticos;
3. la irradiación posoperatoria puede reducir la incidencia de recidivas inguinales.

En la etapa III está indicada la amputación total del órgano y linfadenectomía inguinal bilateral. Las adenopatías inguinales en estos pacientes son comunes, aunque pueden estar relacionadas con la infección más que con el proceso tumoral. Si se palpan ganglios linfáticos agrandados después de la remoción de la lesión primaria infectada, debemos aplicar terapéutica antimicrobiana antes de instaurar algún proceder quirúrgico.

En casos de metástasis comprobada a ganglios linfáticos inguinales sin evidencia de propagación a distancia, la disección bilateral inguinal es el tratamiento de elección. Opciones de tratamiento estándar en la etapa IV:

1. Puede considerarse cirugía paliativa para controlar la lesión local y aún para prevenir la necrosis, infección y hemorragia que pueden resultar del descuido de una adenopatía regional.
2. La irradiación puede ser paliativa para el tumor primario, para las adenopatías regionales y para las metástasis óseas.

No hay un tratamiento estándar que sea curativo para los pacientes con cáncer de pene en etapa IV. La terapia se dirige hacia la paliación, que puede lograrse con cirugía o radioterapia.

La enfermedad local recidivante o recurrente puede ser tratada con cirugía o radioterapia. Los pacientes que no obtienen resultados con irradiación como tratamiento inicial a menudo pueden recuperarse por medio de amputación del pene. Los pacientes con recidivas ganglionares que no son controlables por medidas locales pueden formar parte de ensayos clínicos de fase I y II, que evalúan nuevos productos biológicos y agentes quimioterapéuticos.(12,16)

CONCLUSIONES

- La causa que originó la presencia del carcinoma de pene en este caso fue el antecedente de fimosis.

- La conducta definitiva dependió del estadio en que se encontraba la enfermedad y consistió en ablación quirúrgica y posteriormente quimioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz Mayayo E, Rodríguez-Patrón Rodríguez R, Gómez García I, García Ortells D, García navas RD, García González R. Recidiva tardía de carcinoma epidermoide de pene, Actas Urol Esp. 2013;27(10).
2. Portilla R., Valverde M., Morales JC. Urología. 2da ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. Pp.104-106.
3. Cambell M. Urology. 2da Ed. Philadelphia: Saunders; 2004. Pp. 1680-1711.
4. Herr HH, Fuks Z, Scher HI. Cancer of the urethra and penis. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., 1997. Pp.1386-1395.
5. Chao KS, Perez CA. Penis and male urethra. In: Perez CA, Brady LW, eds: Principles and Practice of Radiation Oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 3rd Edition; 1998. Pp. 1717-1732.
6. Lynch DF, Schellhammer PF. Tumors of the penis. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al., eds.: Campbell's Urology. 7th ed., Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. Pp. 2453-2478.
7. Bustamante Sigarroa N, García Jardó M, Salazar Campos C, Bustamante Salazar N, Ordaz Fuentes Y, Lizo EM.. Cáncer de Primario Pene en la Población Xhosa de Transkei, África del Sur. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica; I congreso de Preparación Virtual en Internet. Suráfrica, 1 al 31 de octubre 2005. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/presentacion.sp>
8. McLean M, Akl AM, Warde P. The results of primary radiation therapy in the management of squamous cell carcinoma of the penis. Int J Rad Oncol, Biol, Physics. 2013;25(4):623-628.

9. Theodorescu D, Russo P, Zhang ZF. Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative nodes. J Urol. 1996;155(5):1626-1631.
10. Lindegaard JC, Nielsen OS, Lundbeck FA. A retrospective analysis of 82 cases of cancer of the penis. British Journal of Urology. 2015;77(6):883-890.
11. Persky, L.: "Epidemiology of cancer of the penis. Recent Results". Cancer Res. 2014;7: 60: 97.
12. Santos D.; Páez A.; Luján, M.: "Incidencia del cáncer urológico en un área sanitaria de 300.000 habitantes". Actas Urol. Esp., 2014;28: 646-649.
13. Rippentrop P, JOSLYN S.; KONETY B.: "Squamous cell carcinoma of the penis: evaluation of data from the surveillance, epidemiology, and end results program". Cancer, 2015;15, 101: 1357.
14. Shappley WV, Kentfield SA, Kasperzyk JL, Stampfer MJ, Sanda MG, Chan JMI. Prospective study of determinants and outcomes of deferred treatment or watchful waiting among men with prostate cancer in a nationwide cohort. J Clin Oncol. 2009; 27(30):5-7.
15. Park DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. Int J Can [serie en Internet]. 2006 [citado 23 sep 2010]; 118(43):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/virus_del_papiloma_humano.
16. Merglen RA, Schmidlin VF, Fioretta QG, Verkooijen HM, Rapiti KE, Zanetti RC, et al. Short- and long-term mortality with localized prostate cancer. Arch Intern Med [serie en Internet]. 2007 [citado 29 oct 2010]; 167(18):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/>.
17. Moreira MP, Pérez AL, Colomé ME. Condiloma gigante inguinal (tumor de buscheke lowenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso. Rev Cub Med Trop. 2000; 52(1):70-2.

ANEXOS



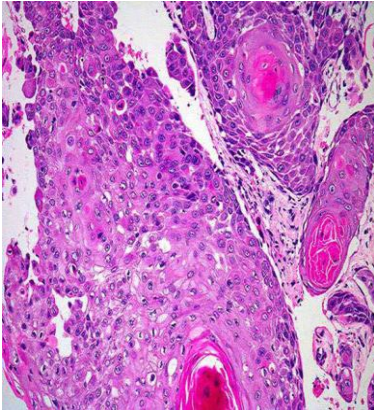
Cáncer de pene. Observe la lesión que ocupa glande y el cuerpo del pene.



Penectomia total con uretrotomía perineal (Operación realizada)



Pieza quirúrgica



Estudio anatomopatológico