

DIRECCION MUNICIPAL DE SALUD PUBLICA
GUANTANAMO

**CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PENE.
INFORME DE UN CASO**

Dra. Maurenis Alonso Vázquez¹, Dr. Jaime Enrique Castillo Álvarez¹, Dra. Julia Quintana Madrigal¹, Lic. Elia Virgen Torres Garvey², Lic. Victor M. Méndez Torres², Dra. Yordanka Méndez Torres¹, Lic. Rosaida Bandera Fejoo.³

RESUMEN

Se presenta un caso registrado en la Misión Médica de Bolivia, de paciente masculino de nacionalidad boliviana, con 38 años de edad, fumador, consumidor de "coca", sin antecedentes patológicos anteriores, que acude por lesión en forma de "coliflor" en el pene, de dos años de evolución, que le ocupa las tres cuartas partes del órgano, cubierta por exudados seropurulentos fétidos, que deforma la anatomía del glande. Luego de examen físico y realización de estudios complementarios se diagnostica carcinoma epidermoide de pene.

Palabras clave: NEOPLASMAS DEL PENE/diagnóstico.

INTRODUCCION

El carcinoma de pene se presenta casi exclusivamente en hombres no circuncidados y su desarrollo se ha relacionado con los efectos irritativos crónicos del esmegma, los cuales se acentúan en presencia de fimosis, asociados también, a infecciones por Papiloma Virus Humano (PVH) de transmisión sexual principalmente por los tipos: 6, 18 y 33.^{1,2}

El carcinoma de pene se inicia generalmente a nivel del glande como lesión pequeña que se extiende de manera gradual y puede presentarse de tipo papilar exofítica o plana-ulcerada. El 95 % de los carcinomas es del tipo de células escamosas.²⁻⁴

¹ *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.*

² *Licenciado en Defectología. Instructor.*

³ *Licenciada en Enfermería.*

Esta enfermedad constituye menos del 0.5 % de las neoplasias malignas en el hombre, aunque existen regiones, sobre todo en países subdesarrollados (Sudamérica, África, Asia) donde la incidencia es alta. Se alcanza desde el 10 al 20 %.¹⁻³ Su incidencia anual en los Estados Unidos es de 0.5 a 1.5 por cada 100 000 hombres, con mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de vida.

El cáncer de pene constituye el 2 % de todos los cánceres urogenitales y hasta el 10 a 12 % de todos los tumores del varón, en culturas donde no se realiza circuncisión de forma habitual y donde no hay hábitos de buena higiene personal. En países como Paraguay, fluctúa entre el 45-76 % de todas las malignidades.¹ En España, su tasa de prevalencia se sitúa en el 0.7 % de los tumores malignos del sexo masculino.¹

Esta afección maligna es poco frecuente en países desarrollados (0.1-0.7 por 100 000 habitantes).⁴ Sin embargo, en países subdesarrollados la incidencia se incrementa considerablemente hasta alcanzar el 10-20 % de los tumores malignos. La fimosis y los procesos irritativos crónicos relacionados con una higiene defectuosa se asocian al desarrollo del cáncer de pene.⁵

PRESENTACION DEL CASO

Se trata de un paciente de 38 años de edad, fumador, consumidor de "coca", que ingiere bebidas ocasionalmente, con relaciones sexuales desprotegidas. Acude por lesión en forma de "coliflor" en pene, de dos años de evolución, que le ocupa las tres cuartas partes, cubierta por exudados seropurulentos fétidos, que deforma la anatomía del glande, acompañado de disuria y pérdida de peso.

Inicialmente la lesión tuvo forma de "llaga", blanquecina, indolora, para lo cual realizó tratamiento inespecífico con cremas. A pesar de esto, continuó con relaciones desprotegidas y comienza a presentar dolor en glande durante micción y dolor inguinal que mejora con el uso de cremas antibióticas.

Examen físico:

Se encuentra palidez cutáneo-mucosa, pérdida de panículo adiposo, pelo ralo, adenopatías inguinales bilaterales dolorosas, duras, adheridas a planos profundos de tamaño variable. Lesión en pene que ocupa las tres cuartas partes, en forma de "coliflor", con diámetro aproximado de 5-7 cm, cubierto

por exudados seropurulentos fétidos, que no permite identificar el surco balano-prepucial y glande, irregular, duro, doloroso que sangra con facilidad. (Ver Figuras 1,2 y 3).

Estudios complementarios:

Hematología: Anemia (9 g/L), leucocitosis con neutrofilia.

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 114 mm/h.

Orina: Bacteriuria y hematíes.

Exudado Gram negativo a *Neisseria gonorrhoeae*

Prueba VDRL: No reactiva.

Prueba VIH: Negativo.

Biopsia de la lesión: Células indiferenciadas, multinucleadas, correspondiente con carcinoma epidermoide infiltrante en estadio III.

Biopsia de ganglios inguinales: Presencia de células atípicas indiferenciadas.

DISCUSION DEL CASO

Generalmente todos los tumores de pene son de origen epitelial y afectan prepucio o glande. Son semejantes en todos los aspectos a los tumores de piel en otra parte del cuerpo.³

El carcinoma de pene es un tumor relativamente infrecuente en nuestro medio, constituye menos del 1 % de muertes por cáncer en el varón. La lesión maligna más frecuente de pene es carcinoma epidermoide y su variedad: carcinoma verrucoso. (20 % de todos los casos).^{1,2}

La máxima incidencia ocurre habitualmente en la sexta década de vida. Es una enfermedad social relacionada con el subdesarrollo. Está asociada con la higiene defectuosa y la exposición prolongada a irritantes o cancerígenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, infecciones virales, psoralenos y radiación ultravioleta.¹

La actuación terapéutica en carcinoma de pene incluye tratamiento sobre lesión primaria y actitud vigilante sobre los ganglios linfáticos regionales (inguinales superficiales y profundos)³. El pronóstico de esta enfermedad se relaciona con el estadio.²

La edad habitual de este tipo de tumor se sitúa entre la sexta y séptima décadas de vida,^{6,7} lo que no coincide en nuestro caso. Estudios revisados establecen edad media de 65.8 años.⁸

En nuestro estudio resulta interesante la existencia de un prolongado retraso entre el momento de aparición de la lesión y la primera consulta diagnóstica. En otras investigaciones, el tiempo medio entre aparición de lesión y momento de la primera consulta fue de 11.8 meses (similar al de otras series). El motivo de consulta más frecuente es la presencia de lesión peneana.⁷⁻⁹

En este caso la localización del tumor es en el glande, lo que coincide con las frecuencias revisadas en otros estudios. El tumor primario se localiza preferentemente en glande (48 %), prepucio (21 %), en ambos (9 %), en surco balano-prepucial (6 %) y en cuerpo peneano (menos del 2 %).¹⁰

El diagnóstico de todas las lesiones de pene comienza por la toma de biopsia de las mismas (fundamentalmente cuando se sospecha lesión neoplásica), para confirmar su naturaleza tumoral. El diagnóstico histopatológico habitual es el carcinoma epidermoide en sus distintas formas de superficial, ulcerovegetante e infiltrante.^{7,9}

La calidad de vida es una demanda cada vez más frecuente por parte de los pacientes, lo que obliga a llevar a cabo terapias que dentro de la seguridad de no comprometer la vida del paciente permitan la conservación del órgano sexual. El tratamiento conservador de pene estaría indicado en tumores pequeños y no infiltrantes.⁵

Entre las técnicas conservadoras se dispone de las siguientes:

- a) Cirugía conservadora: Exéresis local de la lesión, circuncisión en casos circunscritos a prepucio y glandectomía en los limitados a glande.¹⁰
- b) Laserterapia: En la actualidad se considera la terapia conservadora de elección en el carcinoma de pene y su indicación más precisa es en tumores no infiltrantes menores de 2 cm.¹¹
- c) Radioterapia externa o intersticial: Esta modalidad de tratamiento tiene unas indicaciones limitadas a tumores no infiltrantes menores de 4 cm, aunque algunos centros han abandonado estas técnicas por obtener resultados estéticos irregulares.¹²

En este caso no es posible realizar cirugía conservadora por el tamaño y la infiltración de la lesión, lo indicado es penectomía total con linfadenectomía inguinal bilateral. La conservación peneana se emplea sólo si es posible asegurar un seguimiento estricto y prolongado, ya que no tenemos evidencia definitiva de las tasas de recidiva local y, por lo tanto, el diagnóstico de la misma debe ser precoz para que la supervivencia del paciente no se vea comprometida.

En tumores grandes de crecimiento superficial y en infiltrantes, la cirugía clásica de carcinoma epidermoide de pene contempla la posibilidad de realizar penectomía parcial o total. La mayor o menor radicalidad depende de la consecución de 2 cm de margen tisular sano de la lesión junto con la obtención de una longitud peneana suficiente para dirigir el chorro miccional al orinar en posición de bipedestación.

Si esto no se cree conseguible, se suele considerar como la mejor opción proceder a penectomía total con uretrotomía perineal, ya que la complicación más frecuente de penectomía es la aparición de estenosis del neomeato peneano a nivel de uretrotomía perineal, lo cual ocurre en el 6 % de los casos. La técnica debe incluir espatulación de uretra.¹³ Tras la amputación, la recurrencia local es rara cuando se respetan los márgenes adecuados (2-6 %), pero puede realizarse una segunda intervención en caso de aparición de ésta.^{14,15}

El proceso metastásico de cáncer de pene se desarrolla esencialmente por etapas. En una primera, el tumor afecta a ganglios inguinales, posteriormente, cadenas ilíacas y, finalmente, se desarrollan metástasis a distancia (menos del 10 % de los casos).⁵ En el momento de diagnóstico de lesión inicial, alrededor del 50 % de los pacientes presenta adenopatía inguinal palpable; de ellas, sólo cerca de la mitad será tumoral ya que con frecuencia el cáncer de pene suele estar infectado y provocar adenomegalias inflamatorias.

Por los motivos infecciosos citados, debe plantearse en pacientes con adenopatía inguinal palpable, antibioterapia de amplio espectro durante 6 semanas antes de indicar cualquier actuación regional.¹ Como alternativa al tratamiento antibiótico, se propone biopsia percutánea de adenopatías para confirmar la naturaleza neoplásica de las mismas.⁵ En el caso que presentamos, los ganglios inguinales se encuentran infiltrados, por lo que se realizó terapéutica antibiótica.

En pacientes con adenopatías palpables tras tratamiento antibiótico o después de confirmar su naturaleza neoplásica mediante biopsia percutánea, la indicación de linfadenectomía inguinal bilateral no es cuestionada, ya que la supervivencia de los pacientes tratados con esta técnica es del 50 %, lo que indica un gran valor terapéutico.^{1,3,5,6,16} Según estudios revisados, de los pacientes sin adenopatías palpables inguinales, el 17 % presenta micrometástasis en una o ambas cadenas.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Arocena F. Carcinoma de pene. Arch Esp Urol. 1989; 42: 293.
- 2- Persky I.: Epidemiology of cancer of the penis. Recent Results Cancer Res. 1977; 60: 97.
- 3- Hall NE. Cancer epidemiology and prevention. Philadelphia: Saunders; 1982.p.958.
- 4- Rubio-Briones J, Villavicencio H, Regalado R. Carcinoma escamoso de pene; protocolo de tratamiento según nuestra experiencia en 14 años. Arch Esp Urol. 1997; 50: 473-480.
- 5- Ornellas AA. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: restrospective analysis of 350 cases. J Urol. 1994;151:1224.
- 6- Virseda JA. Salinas A, Hernández I. Carcinoma de Pene. ¿Qué hacer con los ganglios linfáticos regionales?. Arch Esp Urol. 1994; 47: 349-362.
- 7- Cruz Nallona A, Clemente I, Linares A, Briones G, Escudero A. Linfadenectomía en el carcinoma escamoso de pene: Revisión de nuestra serie. Arch Esp Urol. 2000; 24: 709-714.
- 8- Villa Vicencio H, Rubio-Briones J, Regalado R. Grado, estadio local y patrón de crecimiento como factores pronósticos en el carcinoma de pene. Eur Urol. 1999; 6: 144.
- 9- Pizzocaro G, Piva I, Bandieramonte G. Actualización en el tratamiento del carcinoma de pene. Eur Urol 1998; 5: 273.
- 10- Bissada NK. Conservative extirpative treatment of cancer of the penis. Urol Clin North Am. 1992; 19: 283.
- 11- Derakhshani P, Neubauer S, Braun M, Bargman H, Heidenreich A, Engelmann U. Results and 10-year follow-up in patients with squamous cell carcinoma of the penis. Urol Int. 1999; 62: 238-244.

- 12- Lynch DF, Schellhammer PF. Conceptos contemporáneos de la linfadenectomía ilioinguinal del carcinoma escamoso de pene. Aua update series (edición española). 1998; 4: 15-21.
- 13- Pedersen RO. Urologic pathology. Philadelphia. Lippincot. 1992.
- 14- Jones WG. Penis cancer: a review by the joint radiotherapy committee of the european organization for research and treatment of cancer (eortc). Genitourinary and radiotherapy groups. J surg oncol. 1989;40:227.
- 15- Schellhammer PF, Jordan GH, Schossberg SM. Tumours of the penis. En: walsh pc, retilla ab, stameta, vaughan jr, ed. Campbell's urology. 6ªed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1992.p.1264
- 16- Portilla F. Cáncer de pene. Tratamiento en el Inor. Rev Cubana Oncol. 1998;14(1):35-38



Figura 1. Paciente con lesión en pene que ocupa las tres cuartas partes.



Figura 2. Lesión en forma de "coliflor". con diámetro aproximado de 5-7 cm.



Figura 3. Pene con lesión que no permite identificar surco balano-prepucial y glande, irregular, duro, doloroso que sangra con facilidad.