

Cáncer epidermoide de pene. Reporte de un caso

Cor. Ret. M.C. René Francisco **Candia-de la Rosa,***

M.C. Juan Miguel **Palacios-Solís,**** M.C. Raúl **Candia-García,***** M.C. Raúl **Rosas-Barragán******

Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes, Puebla, Puebla.

RESUMEN

Los tumores malignos que se desarrollan en el pene son muy raros en los países desarrollados, correspondiendo 95% de los tumores de pene a carcinomas escamosos. En conjunto, se estima que suman menos de 1% de todas las neoplasias masculinas, la edad media de presentación es entre los 50 y 70 años. Dentro de los factores de riesgo, el más importante es la presencia de fimosis, nosotros reportamos un caso de paciente masculino de 39 años de edad con antecedente de fimosis, quien presentó cáncer epidermoide de pene.

Palabras clave: carcinomas escamosos, neoplasias, fimosis, cáncer epidermoide de pene.

Epidermoid cancer of penis. Report of a case

SUMMARY

The malignant tumors who developed in the penis are very rare in the developed countries, corresponding 95% of the tumors of penis to squamous carcinoma. Altogether, estimate that adds less of 1% of all masculine neoplasia. The average age of presentation is between 50 and 70 years of age. Within the factors of the most important risk it is the fimosis presence. We reported a case of masculine patient of 39 years of age with fimosis antecedent that presented epidermoid cancer of penis.

Key words: Squamous carcinoma, neoplasia, fimosis, epidermoid cancer of penis.

Introducción

La localización más frecuente del cáncer epidermoide de pene es a nivel de glande (48%), prepucio (20%), ambos (9%) y surco balano prepucial (6%).¹ El sistema TNM es el más aceptado para estadificar la enfermedad, que va desde el estadio I al IV, la circuncisión en recién nacidos resulta en una protección de 100% y la circuncisión en adolescentes disminuye poco el grado de protección. Puede estar asociado con el virus del papiloma humano; muchos estudios han demostrado la presencia de HPV tipos 16 y 18.² No se ha establecido ninguna predisposición racial, pero se observa con mayor frecuencia en la población negra; la incidencia varía en forma marcada en relación con la demarcación geográfica con base en la higiene y las prácticas culturales y

religiosas de cada país; se ha observado que la aparición de esta patología es mayor en hombres que pertenecen a tribus africanas y asiáticos no circuncisos. La circuncisión es una medida profiláctica establecida, que prácticamente elimina la ocurrencia del cáncer de pene; el desarrollo de éste en los no circuncisos se atribuye a los efectos irritativos crónicos del esmegma. Esta irritación y exposición crónica se acentúa en presencia de fimosis, la cual se constata en un 25 a 75% de los pacientes con cáncer de pene³ junto con la implicación del virus del papiloma humano.

Caso clínico

Se trata de paciente del sexo masculino de 39 años de edad inmigrante en los Estados Unidos de Norteamérica con

* Director General Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes. ** Médico General adscrito a la Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes. *** Médico Radiólogo, Sanatorio Santa María de Puebla. Jefe de Radiología Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes. **** Médico General adscrito a la Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes.

Correspondencia:

Dr. René Francisco Candia-de la Rosa

Privada 101 Oriente No. 1612, Col. Granjas de San Isidro, C.P. 72687, Puebla, Pue. México. Tel/Fax: 01(222)3112032, 3112033.

Correo electrónico: renef_candia@yahoo.com.mx

Recibido: Agosto 2, 2007.

Aceptado: Octubre 23, 2007.

antecedente de fimosis con cuadro clínico de un año seis meses de evolución con presencia de tumoración verrucosa en el glande en surco balano prepucial de aproximadamente 0.5 cm x 0.5 cm con dolor, escozor y sangrado al frotarse la lesión, con crecimiento continuo que abarca la cabeza del glande y el prepucio. Motivo por el cual acude a un hospital ubicado en los Ángeles California donde se le diagnostica verbalmente amibiasis peneana realizándole resección parcial del prepucio, decidiendo regresar a México acudiendo el día 3 de agosto del 2006 a consulta a la Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes donde se encuentra un paciente que presenta más edad a la que refiere, con tensión arterial de 120/80 mmHg, pulso de 90, frecuencia respiratoria de 22 y temperatura de 36.5 °C con dificultad a la deambulación, fascies algica, con conjuntivas anictéricas, cuello sin adenopatías, con campos pulmonares limpios, bien ventilados, con ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad sin agregados, con abdomen plano, blando, depre-sible, con ruidos hidroaéreos presentes normoaudibles, sin masas palpables, genitales masculinos con tumoración en glande abarcando la mitad derecha con una calzonera del prepucio, indurada, dolorosa, sangrante con tejido inflamatorio en sitio de sutura prepucial (*Figura 1*), con ganglios palpables en ingle izquierda, sin ganglios palpables en ingle derecha, con pulsos presentes sin edema. Resto de la exploración física sin datos patológicos. Se realizaron estudios de laboratorio citometría hemática. Hgb: 14.2 g/dL, Hto: 43.1%, plaquetas: 244,000, leucocitos: 10,400, linfocitos: 34, VIH 1 y 2. Negativo química sanguínea. Glucosa: 119mg/dL, urea: 35.7 mg/dL, creatinina: 0.92 mg/dL, nitrógeno ureico: 16.7 g/dL. Tiempos de coagulación. Tp: 13 seg, Ttp: 25 seg, INR: 1.08. Examen general de orina. Color: amarillo, aspecto: turbio, sedimento: moderado, Ph: 8.0, leucocitos: 2 - 3 x campo, bacterias: +++, cristales de fosfato: +++, también se realizó tomografía axial computarizada de tórax y abdomen simple y contrastada. Donde no se observan ganglios retroperitoneales apreciando ganglios inguinales izquierdos, se realiza histopatológico prequirúrgico de biopsia de pre-



Figura 1. Carcinoma epidermoide de pene que nace en el surco balano-prepucial.



Figura 2. Pieza quirúrgica de pene con resección 3 cm libres por abajo del tumor.



Figura 3. Falectomía y presencia de sonda urinaria de Foley.

pucio, pene y ganglio inguinal izquierdo encontrando carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado metastásico estableciendo el diagnóstico definitivo de carcinoma epidermoide de pene metastásico a ingle izquierda con clasificación T2N1M0 estadio II, manejándose con triple esquema de antibióticos (ceftriaxona, amikacina, metronidazol), antiinflamatorios y medicamentos de sostén, realizándole falectomía parcial con 3 cm libres del tumor (*Figuras 2 y 3*) con linfadenectomía radical inguinal izquierda, presentando adecuada evolución posquirúrgica, con reporte histopatológico posquirúrgico de piezas de pene y ganglios inguinales izquierdos de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante, con metástasis a ingle izquierda con cuatro ganglios positivos, con bordes libres de tumor postresección del glande.

El paciente presenta buena evolución durante su estancia en esta institución con herida quirúrgica limpia sin secreciones, con presencia de sonda urinaria con adecuada diuresis, hemodinámicamente estable, por lo cual es egresado al cuarto día de estancia intrahospitalaria, valorándolo nuevamente en la consulta externa al séptimo día posquirúrgico asintomáti-

co con alta del Servicio de Cirugía y es enviado al Hospital General de Michoacán a control por parte del Servicio de Oncología con tratamiento actual de radioterapia.

Discusión

El cáncer de pene es una patología infrecuente en países desarrollados. Presenta una incidencia superior en regiones en vías de desarrollo como África (10% de las enfermedades malignas del varón), Asia (20%) y Brasil.¹ La edad media de presentación es entre los 50 y 70 años, se calcula que al momento del diagnóstico 50% de los pacientes se encuentran en estadios clínicos I y II.⁴ Está internacionalmente aceptado que los tumores de pene en estos estadios pueden ser tratados con resecciones amplias o penectomías parciales, con o sin disección ganglionar regional. Dentro de los factores de riesgo, el más importante es la presencia de fimosis, la circuncisión se considera como un factor protector porque evita la acumulación de esmegma, aunque todavía no se ha demostrado su capacidad oncogénica. La falta de higiene también contribuye al desarrollo de esta enfermedad asociándose con la presencia del virus del papiloma humano (HPV). Muchos estudios han demostrado la presencia de HPV tipos 16 y 18.² Los cuadros de inflamación crónica (balanopostitis, liquen escleroatrófico) también pueden contribuir a su aparición.

Existe una serie de lesiones que pueden considerarse como premalignas: leucoplasia, balanitis xerótica obliterante, enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat, condilomas acuminados de gran tamaño, aunque la mayoría de los carcinomas escamosos aparecen sin acompañarse de ninguna lesión subyacente.¹ En el presente caso el paciente tiene un factor de riesgo importante, la fimosis, el tratamiento varía dependiendo del tamaño, la localización y la profundidad de la lesión, el tratamiento clásico consiste en la penectomía parcial con 1.5 a 2 centímetros de margen o la penectomía total con uretrotomía perineal en estadios T3 o T4. El carcinoma escamoso suele tener un crecimiento discontinuo con lesiones moteadas, por ello se suele dejar un margen de 2 cm para capturarlas,⁵ la terapia conservadora para tumores de pequeño tamaño T1-T2 se ha demostrado efectiva y segura, pero requiere largo periodo de seguimiento por la posibilidad de recurrencia a largo plazo.⁶ La recurrencia local después de la penectomía parcial varía de 0 al 7% y su manejo consiste en la penectomía total.⁵

Conclusiones

El diagnóstico de esta tumoración es difícil por la rareza de esta condición, ya que se puede confundir con otras patologías:

- Condiloma gigante (tumor de Buschke Lowenstein)
- Amibiasis peneana
- Sarcoma de Kaposi

El diagnóstico de esta patología se basa en estudio histopatológico, el cual nos demuestra el tipo tumoral y la estirpe. También es de gran importancia la tomografía axial computarizada (TAC) que en nuestro caso reveló la presencia de gangliopatía inguinal izquierda sin gangliopatía retroperitoneal ni metástasis a distancia y basándonos en el sistema de clasificación tumoral TNM, el paciente se clasificó en T2N1M0 en estadio II. Es importante realizar en estos pacientes detección del VPH mediante citología de raspado de uretra o surco balano prepucial para así evitar el riesgo de contagio a la pareja, ya que como se sabe el VPH del tipo 16 es de los más altos riesgos oncogénicos para el cáncer cérvicouterino. El cáncer del pene en estadio II se maneja con mayor frecuencia mediante amputación del pene para obtener control local; que la amputación sea parcial, total o radical dependerá del grado y ubicación de la neoplasia. La linfadenectomía puede traer morbilidad sustancial como por ejemplo infección, necrosis de la piel, colapso de heridas, edema crónico e inclusive una tasa de mortalidad baja, el impacto de la linfadenectomía profiláctica en la supervivencia es desconocido. Por estas razones, las opiniones en cuanto a su uso; sin embargo, en nuestro caso se decidió linfadenectomía unilateral con falectomía parcial de 3 cm libres del tumor y radioterapia, coincidiendo nuestra conducta con la literatura, en la no realización de linfadenectomía inguinal bilateral y sólo la disección de los ganglios comprometidos y controles periódicos del lado contralateral con control por parte del Servicio de Oncología del Hospital General de Michoacán.

Referencias

1. Pow SMR, Benavente V, Pow Sang JE, et al. Cancer of the penis. *Cancer control* 2002; 9: 305.
2. Raghavan D, Scher HI, Leibel SA, et al. Principles and practice of genitourinary oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers; 1997, p. 921.
3. Schellhammer PF, Jordan GH, Schiessberg SM. Tumores del Pene. *Campbell Urología*. 6ta Ed. Vol. 2, p. 1263-92.
4. Portilla FI, Fábregas CHA, Alsina SS, Cantero CO, Roca MC, Barroso MCA. Cáncer de pene. Tratamiento en el INOR. *Rev Cubana Oncol* 1998; 14(1): 35-8.
5. Lerner SE, Jones JG, Fleischmann J. Management of recurrent penile cancer following partial or total penectomy. *Urol Clin North Am* 1994; 21: 729.
6. Horenblas S, Van Tinteren H, Delemarre JF, et al. Squamous cell carcinoma of the penis. Treatment of the primary tumor. *J Urol* 1992; 147: 1533.
7. Burgers JK, Badalament RA, Drago JR, et al. Penile cancer: clinical presentation, diagnosis and staging. *Urol Clin North Am* 1992; 19: 247.
8. Sanz ME, Rodríguez-Patrón RR, Gómez GI, García OD, García NR, García GR, et al. Recidiva tardía de carcinoma epidermoide de pene. *Actas Urol Esp* 2003; 27(10): 829-31.
9. Ayman G, Bilbao FJ, Etxezarraga C, López JI. Carcinoma basaloides de escamoso del pene. Presentación de un caso. *Rev Esp Patol* 2006; 39(1): 39-41.