

Carcinoma epidermoide de pene. Reporte de un caso[†]

Tte. Cor. M.C. Ret. José María **Rivera-Cruz**,*

Tte. Cor. M.C. José Lauro Gilberto **Delgado-Arámburo**,** Tte. Cor. M.C. Luis Manuel **García-Núñez*****

Clínica Médica Florencia, Tlalnepantla, Edo. Méx./Hospital Central Militar, Ciudad de México.

RESUMEN

El carcinoma epidermoide del pene (CEP) es una enfermedad rara en México. Los varones no circuncidados y con malos hábitos higiénicos tienen mayor riesgo de padecer esta patología. En etapas tempranas se puede tratar con procedimientos conservadores, pero los tumores invasores se deben tratar con penectomía parcial o total. El tratamiento de los nódulos linfáticos es un tema controvertido, lo mismo que la radioterapia y la quimioterapia, pues quizá éstas sean sólo paliativos. Presentamos el caso de un paciente con carcinoma epidermoide del pene y hacemos énfasis en los factores de riesgo y el diagnóstico clínico de esta enfermedad.

Palabras clave: Cáncer de pene, carcinoma epidermoide, circuncisión.

Introducción

La frecuencia del cáncer de pene en México varía según el documento que se consulte: desde una tasa comparable con la de países desarrollados,¹ hasta el porcentaje propio de un país subdesarrollado.² La estirpe histológica más frecuente es el epidermoide o de células escamosas: otros tipos son raros.³ Se presenta como una lesión exofítica o como una placa, en el prepucio o en el glande.² El tratamiento de elección es quirúrgico: los enfermos con un tumor localizado pueden ser tratados con procedimientos conservadores del

Squamous cell carcinoma of the penis. Case report

SUMMARY

Squamous cell carcinoma of the penis is a rare disease in Mexico. In geographical locations where infantile circumcision is not routinely practised and genital hygiene is poor, penile cancer may comprise a high rate of all malignancies. Superficial tumours should be treated with organ-preserving therapy. Partial of total penectomy is recommended for invasive penile carcinoma. Currently, management of the ilioinguinal lymph nodes is controversial. The value of radiation therapy and chemotherapy is still uncertain; these treatments are only palliative therapy modalities.

This case-report article focuses on the most important issues that surround the clinical diagnosis and the risk factors of squamous cell carcinoma of the penis.

Key words: Penile neoplasms, carcinoma, squamous cell, circumcision, male.

glande o del pene. Si el tumor invade los cuerpos cavernosos o la uretra, se debe realizar penectomía parcial o total.⁴

Presentamos este caso debido a que la baja incidencia de esta patología puede ocasionar retraso en el tratamiento por dificultad diagnóstica.⁵

Presentación del caso

Paciente varón de 56 años de edad, obrero, mexicano, originario y residente del Estado de México; madre con diabetes mellitus tipo 2, una hermana con hipertensión arterial

* Profesor adjunto de Cirugía, Escuela Médico Militar, México, D.F. ** Subsección de Cirugía del Trauma, Hospital Central Militar, México, D.F. *** Jefe de la Subsección de Cirugía del Trauma, Hospital Central Militar, México, D.F.

[†]Este trabajo se realizó en la Clínica Médica Florencia, Tlalnepantla, Estado de México.

Correspondencia:

Dr. José María Rivera-Cruz

Boulevard Manuel Ávila Camacho y Cerrada de Palomas, sin número, Lomas de Sotelo, Deleg. Miguel Hidalgo, 11650 México, D.F.; Tel.: (0155) 5540-7728, Ext.: 173

Correo electrónico: jmrmd@yahoo.com.mx

No habrá reimpresiones disponibles

No hay renunciaciones

Recibido: Marzo 2, 2011.

Aceptado: Junio 18, 2011.

sistémica; tabaquismo ocasional (menos de un cigarrillo cada mes), reducción abierta de fractura expuesta del tobillo izquierdo en 1978, retiro de material de osteosíntesis en 1979. Soltero, sin relaciones sexuales desde hace un año, niega relaciones sexuales con personas con alto riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual. No circuncidado. Sin fimosis.

Acudió a consulta por padecer una masa en el pene, de un año de evolución, de crecimiento continuo, que le impide la retracción del prepucio, dolorosa sólo cuando trata de retraer el prepucio; prurito ocasional leve y sangrado escaso al rascarse. No había acudido antes con otro médico por esa tumoración. Sin tratamiento médico o empírico previo. El motivo principal de la consulta es que siente vergüenza por la masa al bañarse en su trabajo.

A la exploración se observó paciente en buenas condiciones generales, obeso, con dos lesiones en el prepucio, una en forma de placa y otra exofítica, con algunas ulceraciones, indoloras, que impedían la retracción del prepucio, y dolor al tratar de retraer el prepucio (*Figura 1*). Ambas regiones inguinales normales. Resto de la exploración física sin datos patológicos.

Signos vitales normales. Citometría hemática y química sanguínea normales. Examen general de orina con datos de infección del tracto urinario.

Se hizo diagnóstico de probable cáncer de pene y se le propuso realizar biopsia excisional de la masa en el glande, lo que aceptó. Se le dio tratamiento con un antibiótico.

Bajo anestesia local se le realizó circuncisión ambulatoria, observándose macroscópicamente bordes quirúrgicos libres de tumor, glande sin lesiones.

El reporte histopatológico fue: carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado, invasor, en el prepucio, tamaño de 4 cm de eje mayor, con patrón de crecimiento verruciforme, no se identificó invasión vascular ni linfática, se identificó invasión vascular venosa de forma focal, no se

identificó invasión perineural, bordes quirúrgicos de resección sin lesión.

No hubo complicaciones postoperatorias; en la tercera cita de revisión se le comunicó el diagnóstico y la necesidad de realizar otros estudios, a lo que el paciente accedió en apariencia, pero luego de diez meses no había regresado.

Discusión

La baja frecuencia del carcinoma epidermoide del pene (CEP) puede ocasionar retraso en el tratamiento, por lo que en este trabajo hacemos énfasis en los factores de riesgo y las formas de presentación.

Se han reportado algunos patrones en cuanto a la incidencia del CEP, la edad en la que se presenta y otros factores, pero hay pocos estudios epidemiológicos de esta patología.^{6,7}

Los factores de riesgo para el CEP identificados hasta ahora son:

- Prepucio íntegro (no circuncidados).
- Fimosis.
- Infección por virus del papiloma humano (VPH).
- Tabaquismo e inmunosupresión.⁸

Se encuentra por lo menos un factor de riesgo en 50% de los pacientes con CEP.^{9,10}

Los varones no circuncidados tienen un aumento del riesgo de padecer CEP. Parece que ese riesgo disminuye con la circuncisión, pero sólo si se realiza durante la etapa neonatal.¹¹

Entre los judíos casi no existe CEP, por lo que se supone que la persistencia del prepucio puede tener algún papel en la etiología del CEP, debido al esmegma.¹² La bacteria *Corynebacterium smegmatis* puede transformar el esmegma en esteroides carcinógenos, y su contacto crónico con el glande puede ser un factor predisponente.¹

Existe relación entre la infección del pene por el VPH y el CEP:¹³ la circuncisión disminuye el riesgo de esta infección.²

Aunque algunos autores afirman que la circuncisión elimina la posibilidad de aparición del CEP,¹⁴ se ha reportado casos de éste en pacientes adultos que fueron circuncidados en la etapa neonatal.^{15,16}

Los varones con fimosis tienen aumento del riesgo de padecer CEP, pero se ignora si ese aumento está relacionado con la fimosis o con el prepucio íntegro (no circuncidados).¹⁷

Los fumadores de tabaco tienen un aumento del riesgo de enfermedades malignas del pene, y ese riesgo quizá tenga una relación directamente proporcional con la cantidad que fuman.¹¹

Aunque el CEP puede presentarse a cualquier edad, lo hace con mayor frecuencia en la sexta y séptima década de la vida.² La edad de presentación puede variar de acuerdo con el grupo étnico.¹¹

Hernández BY y cols.¹¹ descubrieron que el CEP es más frecuente en iberoamericanos ("hispanic") en los EUA que



Figura 1. Aspecto de las lesiones en el momento de la consulta inicial.

entre otros grupos étnicos. Además, en su estudio el CEP es más frecuente en pacientes en situación de pobreza y con estudios a nivel preparatoria.

Varios factores ocasionan retraso en el tratamiento. Las lesiones macroscópicas son poco características, lo que hace difícil diferenciar entre una patología benigna y una maligna: el CEP se puede confundir con un condiloma, con amibiasis peneana o con sarcoma de Kaposi.^{5,9} Además, los pacientes no acuden a consulta en etapas tempranas debido a vergüenza, miedo, descuido, ignorancia o por falta de recursos.⁹ La mayoría de los pacientes tardan más de un año en buscar atención médica.¹

Los pacientes con CEP acuden a consulta porque presentan una lesión en el pene. Existen diversas formas de presentación y sus porcentajes varían según la serie que se consulte: papilar, nodular, ulcerosa y plana. Se puede presentar en diversos sitios del pene y, nuevamente, según la serie será el porcentaje: prepucio, glande, surco y dorso. El CEP casi no se presenta en el cuerpo del pene ni en la uretra, quizá porque esas zonas no están expuestas al esmegma. La lesión puede ser única o puede presentarse varias lesiones.¹⁸

La manifestación clínica más común es una masa o una úlcera en el pene, persistente, indolora, bien definida, que puede presentar sangrado, eritema, necrosis, pus o infecciones secundarias de varios tipos.^{10,19} Más de la mitad de los pacientes presentan adenopatías inguinales en el momento del diagnóstico; de éstas, una mitad se debe a metástasis y la otra a hiperplasia por infección secundaria del tumor. Hasta 20% de los pacientes sin adenopatías palpables presentan metástasis en los ganglios inguinales.²⁰

El CEP puede presentarse en la cara interna del prepucio, por lo que su tamaño o una fimosis coexistente pueden ocasionar que no sea visible y que sólo se palpe una tumoración por debajo del prepucio, lo cual puede ocasionar retraso en el diagnóstico.²¹

Aunque el aspecto macroscópico de la lesión sugiera un proceso neoplásico, es necesario realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.²²

Para evaluar el tamaño, la localización y la extensión local, regional y sistémica del tumor se puede realizar ultrasonido del pene, ultrasonido inguinal, tomografía computada y resonancia magnética.^{23,24}

Sin tratamiento, el CEP se extenderá a todo el miembro y ocasionará obstrucción uretral, formación de fistulas y amputación espontánea.²

El tratamiento del CEP depende de la etapa en la que se encuentre y es controvertido.²⁵ Los procedimientos conservadores (como láser, crioterapia, escisión local o circuncisión) se pueden hacer cuando el cáncer no es invasor. Los procedimientos amplios se realizan cuando el cáncer se encuentra en etapas avanzadas e incluyen amputación del pene y linfadenectomía. Se puede recurrir a la radioterapia.²⁶ Se ha usado el sildenafil para disminuir la hipoxia tumoral y aumentar la radiosensibilidad del tumor.²⁷ El tratamiento quirúrgico de los nódulos linfáticos del paciente con CEP puede llegar a ser complejo²⁸ y es motivo de controversias.²⁹

El sistema TNM es el más aceptado para clasificar el estado del CEP.⁵

La sobrevida de los pacientes con CEP depende de varios factores, sobre lo que también existe controversia.³⁰⁻³²

Conclusiones

Todo reporte sobre el carcinoma epidermoide de pene debe de hacer reflexionar sobre la importancia de detectar a los pacientes con factores de riesgo para esta patología y la obligación de revisarlos, de orientarles sobre la necesidad de las revisiones frecuentes y de alentarlos a que busquen atención médica en caso de detectar cualquier lesión en el pene.

Referencias

1. Orea ED, Bernal CJ, Abram BM, Ruíz OJL, Orozco CC. Cáncer de pene: reporte de siete casos. *Rev Enfer Tract Gen Inf* 2007; 1(2): 66-70.
2. Brener KJ, Janeiro SMR, Aldrete VJ, Estrada NLE. Carcinoma escamoso de pene: comunicación de un caso y revisión de la bibliografía. *Bol Coleg Mex Urol* 2007; 22(2): 83-90.
3. Ranganath R, Singh SS, Sateeshna B. Sarcomatoid carcinoma of the penis: clinicopathologic features. *Indian J Urol* 2008; 24(2): 267-8.
4. Di-Capua SC, Lujan MS, Morales SG, Budía AA, Pontones MJL, Jiménez CJF. Cáncer de pene. Nuestra experiencia en 15 años. *Actas Urol Esp* 2009; 33(2): 143-8.
5. Candia-de la Rosa RF, Palacios-Solis JM, Candia-García R, Rosas-Barragán R. Cáncer epidermoide de pene. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2007; 61(6): 381-3.
6. Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-Sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol* 2007; 25(5): 361-7; erratum in: *Urol Oncol* 2008; 26(1): 112. Giuliano, Anna R [corrected to Giuliano, Anna R]
7. Goodman MT, Hernandez BY, Shvetsov YB. Demographic and pathologic differences in the incidence of invasive penile cancer in the United States, 1995-2003. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(9): 1833-9.
8. Heyns CF, Groeneveld AE, Sigarroa NB. Urologic complications of HIV and AIDS. *Nat Clin Pract Urol* 2009; 6(1): 32-43.
9. Kim B, García F, Touma N, Moussa M, Izawa JI. A rare case of penile cancer in situ metastasizing to lymph nodes. *Can Urol Assoc J* 2007; 1(4): 404-7.
10. Tavares AJ, Barros R, Favorito LA. Urgent penectomy in a patient presenting with epidermoid carcinoma of the penis associated to myiasis. *International Braz J Urol* 2007; 33(4): 521-2.
11. Hernandez BY, Barnholtz-Sloan J, German RR, Giuliano A, Goodman MT, King JB, et al. Burden of invasive squamous cell carcinoma of the penis in the United States, 1998-2003. *Cancer* 2008; 113(10 Suppl.): 2883-91.
12. Xuan-Wen Zhu, Fang-Yin Li, Qing-Wei He, Yi-Min Wang. Surgical treatment of a rare case of penile squamous cell carcinoma in a 65-year-old man. *Asian J Androl* 2007; 9(2): 271-3.
13. Shaw BL, Menolasino MJ. Metastatic penile squamous cell carcinoma to the retroperitoneum in a man with human papillomavirus type 45. *J Am Osteopath Assoc* 2008; 108(6): 310-2.
14. Carver BS, Mata JA, Venable DD, Eastham JA. Squamous cell carcinoma of the penis: a retrospective review of forty-five patients in northwest Louisiana. *South Med J* 2002; 95(8): 822-5.
15. Saibishkumar EP, Crook J, Sweet J. Neonatal circumcision and invasive squamous cell carcinoma of the penis: a report of 3 cases and a review of the literature. *Can Urol Assoc J* 2008; 2(1): 39-42.
16. Ross BS, Levine VJ, Dixon C, Ashinoff R. Squamous cell carcinoma of the penis in a circumcised man: a case for dermatology and urology, and review of the literature. *Cutis* 1998; 61(1): 41-3.

17. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005; 116(4): 606-16.
18. Diz RR, Vírveda CM, Arance GI, Quijano BP, Martínez BMM, Paños LP. Revisión de los tumores epidermoides de pene. *Actas Urol Esp* 2007; 31(1): 7-10.
19. Aguinaga A, Portillo ME, Yuste JR, del Pozo JL, García-Tutor E, Pérez-Gracia JL, et al. Non-O1 *Vibrio cholerae* inguinal skin and soft tissue infection with bullous skin lesions in a patient with a penis squamous cell carcinoma. *Ann Clin Microbiol Antimicrob* 2009; 8: 17.
20. Biedrzycki OJ, Hadway P, Cooke A, Watkin N, Corbishley C. Immunohistochemical analysis of negative inguinal lymph nodes in men with squamous cell carcinoma of the penis: are we missing micrometastases which could predict recurrence? *BJU Int* 2006; 98(1): 70-3.
21. Horenblas S, von Krogh G, Cubilla AL, Dillner J, Meijer CJ, Hedlund PO. Squamous cell carcinoma of the penis: premalignant lesions. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000; 205: 187-8.
22. Micali G, Innocenzi D, Nasca MR, Musumeci ML, Ferrau F, Greco M. Squamous cell carcinoma of the penis. *J Am Acad Dermatol* 1996; 35(3 Pt 1): 432-51.
23. Kroon BK, Horenblas S, Deurloo EE, Nieweg OE, Teertstra HJ. Ultrasonography-guided fine-needle aspiration cytology before sentinel node biopsy in patients with penile carcinoma. *BJU Int* 2005; 95(4): 517-21.
24. Lont AP, Besnard AP, Gallee MP, van Tinteren H, Horenblas S. A comparison of physical examination and imaging in determining the extent of primary penile carcinoma. *BJU Int* 2003; 91(6): 493-5.
25. Zouhair A, Coucke PA, Jeanneret W, Douglas P, Do HP, Jichlinski P, Mirimanoff RO, Ozsahin M. Radiation therapy alone or combined surgery and radiation therapy in squamous-cell carcinoma of the penis?. *Eur J Cancer* 2001; 37(2): 198-203.
26. McDougal WS. Advances in the treatment of carcinoma of the penis. *Urology* 2005; 66(5 Suppl.): 114-17.
27. Huilgol NJ, Jain A. A new indication of sildenafil in medicine: hypoxic cell sensitizer for penile cancer. *J Cancer Res Ther* 2006; 3(2): 132-5.
28. Leveridge M, Siemens DR, Morash C. What next? Managing lymph nodes in men with penile cancer. *Can Urol Assoc J* 2008; 2(5): 525-31.
29. Jensen JB, Jensen KM, Ulhoi BP, Nielsen SS, Lundbeck F. Sentinel lymph-node biopsy in patients with squamous cell carcinoma of the penis. *BJU Int* 2009; 103(9): 1199-203.
30. Kattan MW, Ficarra V, Artibani W, Cunico SC, Fandella A, Martignoni G, et al. Nomogram predictive of cancer specific survival in patients undergoing partial or total amputation for squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol* 2006; 175(6): 2103-8; discussion 2108.
31. Rippentrop JM, Joslyn SA, Konety BR. Squamous cell carcinoma of the penis: evaluation of data from the surveillance, epidemiology, and end results program. *Cancer* 2004; 101(6): 1357-63.
32. Dechev J, Banchev A, Georgieva-Mateva N. Overall survival in carcinoma of the penis: a single institution study. *J Balk Union Oncol* 2007; 12(3): 377-82.

Fe de erratas:

Al volumen 66, Número 3, Mayo-Junio de 2012, pág. 126

Donde dice:

Protocolo de Infertilidad de la Clínica de Especialidades de la Mujer, 2012

Mayor M.C. Librado Cordero-Hernández,* Tte. Cor. M.C. Gonzalo García-Guerrero,** Tte. Cor. M.C. Cuauhtémoc Villagómez-Rodríguez,*** Gral. de Bgda. M.C. René Gutiérrez-Bastida****

Debe decir:

Protocolo de Infertilidad de la Clínica de Especialidades de la Mujer, 2012

Tte. Cor. M.C. Cuauhtémoc Villagómez-Rodríguez,* Tte. Cor. M.C. Gonzalo García-Guerrero,** **Mayor M.C. Librado Cordero-Hernández,***** Gral. de Bgda. M.C. René Gutiérrez-Bastida****