

Carcinoma epidermoide de pene: presentación en estado avanzado en un paciente de 38 años

Maurenis Alonso-Vázquez⁽¹⁾ Jaime Enrique Castelló-Álvarez⁽¹⁾ William Domínguez-Lorenzo⁽²⁾

Resumen

Contexto: El carcinoma de pene es una enfermedad maligna poco frecuente, con mayor incidencia en la sexta década de vida y relacionada con la presencia de balanitis crónica, fimosis y papiloma virus humano.

Presentación del caso: Paciente de 38 años de edad atendido durante la Misión Médica en Bolivia, que se presentó con una lesión de dos años de evolución, la cual era en forma de coliflor, ocupaba las 3/4 partes del pene y había deformado totalmente la anatomía del glande. Tenía un diámetro aproximado de 7 cm y estaba cubierta por exudados seropurulentos. Se detectaron adenopatías inguinales bilaterales, dolorosas, duras y adheridas a planos profundos. El estudio histopatológico reportó células indiferenciadas y multinucleadas. Con el diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante en estadio III, el paciente fue referido a un hospital de especialidades para penectomía total con linfadenectomía inguinal bilateral.

Conclusión: Sólo el diagnóstico precoz de esta enfermedad permite un tratamiento más conservador. La educación a la población sobre la importancia de la higiene genital y la búsqueda temprana de atención médica puede ayudar a reducir la incidencia del cáncer de pene y a evitar que los casos evolucionen a una etapa avanzada de la neoplasia.

1 Especialista en Medicina General Integral. Profesor instructor, Universidad Médica Guantánamo, Cuba

2 Especialista en Administración de Salud. Máster en Enfermedades infecciosas. Profesor auxiliar, Universidad Médica Guantánamo, Cuba

Dirección para correspondencia:
Dra. Maurenis Alonso Vázquez, Universidad Médica Guantánamo.
maurenis@infosol.gtm.sld.cu, maurenisa@yahoo.es

Palabras clave:
Neoplasias del Pene, Carcinoma escamoso, Penectomía, Linfadenectomía

Rev Fac Cien Med (Quito) 2011; 36: 35-38

Introducción

El carcinoma de pene es una enfermedad maligna poco frecuente en países desarrollados, con una incidencia de 0.1 – 0.7 por cada 100.000 hombres y representa el 2% de todos los cánceres urogenitales. Sin embargo, en países subdesarrollados de África, Asia y América del Sur la incidencia es mayor, llegando a alcanzar el 10% a 12% de los tumores malignos en el varón, particularmente en culturas donde no se realiza circuncisión de forma habitual^[1,2].

Su desarrollo se ha asociado con balanitis crónica relacionada con una higiene defectuosa, la cual se acentúa en presencia de fimosis, por lo cual la enfermedad se presenta casi exclusivamente en hombres no circuncidados.

También se ha asociado con verrugas genitales causadas por papiloma virus humano de transmisión sexual^[3,4]. El carcinoma se inicia generalmente a nivel del glande, como una lesión pequeña que se extiende de manera gradual, pudiendo presentarse como de tipo papilar exofítica, o plana-ulcerada. Hasta el 95% de estos carcinomas son de células escamosas^[5].

A continuación presentamos un caso identificado durante nuestra prestación de servicios en la Misión Médica en Bolivia, el cual es de carácter casi excepcional debido al grado avanzado de la enfermedad al momento en que el paciente acudió a la atención de salud.

Presentación del Caso



Foto 1. Vista frontal de la lesión (carcinoma de pene). Se aprecia su extensión, ocupando las 3/4 partes del órgano sexual



Foto 2. Vista lateral de la lesión (carcinoma de pene). Se aprecia la deformación total de la anatomía del glande y pérdida del surco balano-prepucial



Foto 3. Vista superior de la lesión (carcinoma de pene). Se aprecia su aspecto en forma de coliflor y la presencia de exudados seropurulentos

Se trató de un paciente boliviano de 38 años de edad, residente en área rural, con antecedentes de tabaquismo, consumo de "coca", ingesta ocasional de bebidas alcohólicas y cuyas relaciones sexuales eran desprotegidas. Acudió al hospital de primer nivel (para atención primaria) por presentar una lesión en forma de coliflor localizada en el pene y con dos años de evolución, acompañada de disuria y pérdida de peso. Inicialmente la lesión fue en forma de "llaga", blanquecina e indolora, para lo cual había utilizado tratamiento con cremas (posiblemente antibióticas). Posteriormente comenzó a presentar dolor en el glande durante la micción y dolor inguinal, sintomatología que mejoraba levemente con el uso de las cremas. A pesar de la falta de curación, empeoramiento y crecimiento progresivo de la lesión, el paciente no buscó oportunamente atención especializada.

Al examen físico se encontró palidez cutáneo-mucosa generalizada y pérdida de panículo adiposo corporal. En la palpación se detectaron adenopatías inguinales bilaterales, dolorosas, duras, con tamaños variables y adheridas a planos profundos. En el pene se observó una lesión que ocupaba las 3/4 partes del órgano sexual (**foto 1**), deformando totalmente la anatomía del glande e imposibilitando identificar el surco balano-prepucial (**foto 2**); visualmente su aspecto era en forma de coliflor, de contorno irregular, con un diámetro aproximado de 7 cm y cubierta por exudados seropurulentos fétidos (**foto 3**); a la palpación era dura, dolorosa y sangraba con facilidad.

En los exámenes complementarios, la biometría hemática reveló anemia (9 g/dL), leucocitosis con neutrofilia y velocidad de sedimentación globular elevada (114mm/h); el elemental y microscópico de orina reportó bacteriuria y hematuria microscópica. El análisis microscópico (tinción Gram) del exudado fue negativo para *Neisseria gonorrhoeae*. En los estudios de serología la prueba de VDRL fue no reactiva y el test de VIH negativo. Se realizó una biopsia de la lesión y en estudio histopatológico reportó presencia de células indiferenciadas, multinucleadas, correspondiente con un carcinoma epidermoide infiltrante. La biopsia de ganglios inguinales informó presencia de células atípicas indiferenciadas.

Debido al tamaño y la infiltración de la lesión, no era posible realizar una cirugía conservadora, estando indicada la penectomía total con linfadenectomía inguinal bilateral. Por tal razón, con el diagnóstico de carcinoma epidermoide en estadio III, el paciente fue referido a un hospital urbano de especialidades, para tratamiento y continuidad en su seguimiento.

Discusión

Casi todos los tumores del pene son de origen epitelial y son semejantes en todos los aspectos a los tumores de la piel en otra parte del cuerpo. La lesión maligna más frecuente es el carcinoma epidermoide y su variedad más común el carcinoma verrucoso, siendo el 20% de todos los casos^[5].

Es una enfermedad relacionada con el subdesarrollo social y clásicamente asociada con la higiene defectuosa y la exposición prolongada a irritantes o cancerígenos desconocidos del esmegma en individuos no circuncidados, a infecciones por papiloma virus humano, psoraleños y radiación ultravioleta^[1, 3]. El carcinoma de pene es un tumor relativamente infrecuente en nuestro medio (Cuba) constituyendo menos del 1% de las muertes por cáncer en el varón^[6].

La máxima incidencia de esta enfermedad ocurre habitualmente en la sexta década de vida y varios estudios revisados establecen una edad media de 65 años^[3, 7]. En el caso expuesto llama la atención la presentación en un individuo más joven, posiblemente atribuible a causas como higiene defectuosa e infección por papiloma virus, considerando los antecedentes de relaciones sexuales no protegidas. De igual forma es llamativa la existencia de un prolongado retraso entre el momento de aparición de la lesión y la consulta diagnóstica, algo probablemente condicionado por factores socioculturales. Este hecho suele ser raro en países donde la accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud, unidos a la educación sanitaria de la población, favorecen la atención temprana. En otras investigaciones, el tiempo promedio entre la aparición de la lesión y el momento de la primera consulta ha sido de 11 meses, siendo el motivo de consulta más frecuente la presencia de una lesión peneana^[7-9].

En el caso que nos ocupa la localización primaria fue en el glande, coincidiendo con las frecuencias revisadas en otros estudios donde el tumor primario se ubica preferentemente en glande (48%), mientras que otras localizaciones primarias son prepucio (21%), en glande y prepucio simultáneamente (9%), surco balano-prepucial (6%) y menos del 2% de las veces en el cuerpo peneano^[5, 8].

El diagnóstico de 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 hallazgo histopatológico habitual es el carcinoma epidermoide en sus distintas formas (superficial, ulcerovegetante e infiltrante).

La actuación terapéutica en el carcinoma de pene incluye el tratamiento sobre la lesión primaria y la actitud activa o expectante sobre los ganglios linfáticos regionales (inguinales superficiales y profundos), mientras que el pronóstico se relaciona con el estadio tumoral^[10, 11].

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 el pronóstico del paciente, permitan la conservación del órgano sexual. El tratamiento conservador del pene estaría indicado en tumores pequeños y no infiltrantes^[12]. Entre las técnicas conservadoras se dispone de las siguientes: a) *cirugía conservadora*: exéresis local de la lesión en casos circunscritos a prepucio y glandectomía en los tumores limitados a glande^[13]; b) *laserterapia*: en la actualidad considerada la terapia conservadora de elección en el carcinoma de pene, siendo su indicación más precisa en tumores no infiltrantes menores de 2 cm^[7]; c) *radioterapia externa o intersticial*: esta modalidad de tratamiento tiene indicaciones limitadas a tumores no infiltrantes menores de 4 cm, aunque algunos centros han abandonado estas técnicas por obtener unos resultados estéticos irregulares^[14].

En los tumores grandes de crecimiento superficial y en los infiltrantes, la cirugía clásica del carcinoma epidermoide de pene contempla la posibilidad de realizar una 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 estima conseguible, se suele considerar como la mejor opción proceder a una penectomía total con uretostomía perineal, ya que la complicación más frecuente de la penectomía es la aparición de una estenosis del neomeato peneano o a nivel de la uretostomía perineal, lo cual ocurre en el 6% de los casos^[12, 14]. Tras la amputación peneana, la recurrencia local es rara (2-6%) cuando se respetan unos márgenes adecuados pero puede aparecer ocasionalmente obligando a una segunda intervención^[5, 14].

El proceso metastásico del cáncer de pene se desarrolla esencialmente por etapas. En una primera el tumor afecta a los ganglios inguinales, posteriormente las cadenas ilíacas y, finalmente (en menos del 10% de los casos) se desarrollan las metástasis a distancia^[7, 12]. Al momento del diagnóstico de la lesión inicial,

alrededor del 50% de los pacientes presentan adenopatías inguinales palpables, de las cuales sólo cerca de la mitad serán tumorales ya que con frecuencia el cáncer de pene suele estar infectado y provocar adenomegalias inflamatorias. Por ese motivo debe plantearse, en los pacientes con adenopatías inguinales palpables, la antibioterapia de amplio espectro durante 6 semanas antes de indicar cualquier actuación regional^[10]. Sin embargo, puede ser necesaria la biopsia percutánea de las adenopatías para confirmar la naturaleza neoplásica de las mismas^[11,12].

En los 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 linfadenectomía es del 50%, lo que indica su gran valor terapéutico^[6, 9, 11, 15]. Según otros estudios, de los pacientes sin adenopatías palpables inguinales, el 17% albergan micro-metástasis en una o en ambas cadenas^[6].

En el caso presentado, por las características (tamaño e infiltración) de la lesión, no se aprecia posible realizar una cirugía conservadora. Además, los ganglios inguinales se encontraban infiltrados. Por lo tanto, lo indicado era efectuar una penectomía total con linfadenectomía inguinal bilateral, más aún al desconocerse las tasas de recidiva local y sin poderse asegurar un seguimiento estricto y prolongado.

El diagnóstico de esta enfermedad debe ser precoz para que el tratamiento pueda ser más conservador y la supervivencia del paciente no se vea comprometida. La educación a la población sobre la importancia de la higiene genital y la búsqueda temprana de atención médica para el manejo de predisponentes tales como la fimosis, balanitis crónica y verrugas genitales, puede ayudar a reducir la incidencia del cáncer de pene y evitaría que los casos evolucionen hasta una etapa tan avanzada de la neoplasia.

Conflictos de interés

Ninguno referido por los autores.

Referencias

1. Persky L. Epidemiology of cancer of the penis. *Recent Results Cancer Res* 1977; 60: 97 – 109.
2. Arocena F. Carcinoma de pene. *Arch Esp Urol* 1989; 42: 293.
3. Pow-Sang MR, Ferreira U, Pow-Sang JM, Nardi AC, Destefano V. Epidemiology and natural history of penile cancer. *Urology* 2010; 76 (2 Suppl 1): S2 – S6.
4. Grulich AE, Jin F, Conway EL, Stein AN, Hocking J. Cancers attributable to human papillomavirus infection. *Sex Health* 2010; 7: 244 – 52.
5. Schellhammer PF, Jordan GH, Schosberg SM. Tumours of the penis. En: Walsh PC, Retila AB, Stamef TA, Vaughan JR, eds. *Campbell's Urology*. 6th Ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992.
6. Portilla I. Cáncer de pene. Tratamiento en el INOR. *Rev Cubana Oncol* 1998; 14 (1): 35 – 38.
7. 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 – 44.
8. Villavicencio H, Rubio-Briones J, Regalado R. Grado, estadio local y patrón de crecimiento como factores pronósticos en el carcinoma de pene. *Eur Urol (Edición Española)* 1999; 6: 144 – 49.
9. Cruz NA, Allona A, Clemente L, Linares A, Briones G, Escudero A. Linfadenectomía en el carcinoma escamoso de pene: Revisión de nuestra serie. *Actas Esp Urol* 2000; 24: 709 – 14.
10. Rubio-Briones J, Villavicencio H, Regalado R, Ché-chile G, Algaba F, Monreal F, et al. Carcinoma escamoso de pene; protocolo de tratamiento según nuestra experiencia en 14 años. *Arch Esp Urol* 1997; 50: 473 – 80.
11. Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, Solsona E, Tana S, Van der Poel H, Watkin NA; European Association of Urology (EAU) Guidelines Group on Penile Cancer. EAU penile cancer guidelines 2009. *Eur Urol* 2010; 57: 1002 – 12.
12. Ornellas AA, Seixas AL, Marota A, Wisnesky A, Campos F, de Moraes JR. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: retrospective analysis of 350 cases. *J Urol* 1994; 151: 1224 – 49.
13. Bissada NK. Conservative extirpative treatment of cancer of the penis. *Urol Clin North Am* 1992; 19 (2): 283 – 90.
14. Jones WG, Fossa SD, Hamers H, Van der Bogaert W. 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 – 31.
15. Virseda JA, Salinas A, Hernández I. Carcinoma de pene. ¿Qué hacer con los ganglios linfáticos regionales? *Arch Esp Urol* 1994; 47: 349 – 62.