

Carcinoma de pene. Nuestra experiencia.

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO FAUSTINO PÉREZ
Carcinoma de pene. Nuestra experiencia.
Penis carcinoma. Our experience.

AUTORES:

Dr. Ronaldo González Martín (1)
Dr. Omar Granado Oreña (1)
Dra. Eurika Chacón Ramos (1)
Dr. Andrés Fernández García (3)
Lic. Yanelis Pérez Sotolongo (2)

(1)Especialista de 1er Grado en Urología.
(2)Licenciada en Enfermería.

(3)Especialista de 1er Grado en Urología. Profesor Instructor.

RESUMEN

El carcinoma de pene es una rara enfermedad que sólo representa menos del 1% de todas las neoplasias malignas en el hombre, con una mayor frecuencia después de la sexta década de la vida. La etiología de esta enfermedad se ha visto relacionada con los efectos irritativos crónicos que produce el esmegma, sobre todo en hombres no circuncidados.

Fueron diagnosticados ocho pacientes como carcinoma epidermoide de pene en el período comprendido de abril de 1997 a noviembre del 2000, a través de biopsia de la lesión primaria, llevamos tratamiento antimicrobiano preoperatorio y posteriormente tratamiento quirúrgico con seguimiento por consulta externa. El tipo de lesión más frecuentemente encontrada fue la papilar exofítica. En todos los casos se reportó la variedad histopatológica de carcinoma epidermoide. El tratamiento primario fue penectomía parcial en 7 casos (87,5%), Se realizó escisión local amplia y circuncisión 1 caso (12,5%) y linfadenectomía en 2 pacientes (25%) y quimioterapia se indicó en 1 caso (12,5%), 2 pacientes fallecieron (25%).El carcinoma de pene es potencialmente curable si se trata precozmente. El padecimiento aunque no es frecuente, se detecta en estudios avanzados requerimiento de abordaje quirúrgico (penectomía parcial, linfadenectomía inguino-crural) y en ocasiones quimioterapia.

DESCRIPTORES(DeCS):

NEOPLASMAS DEL PENE / cirugía
NEOPLASMAS DEL PENE/diagnóstico
NEOPLASMAS DEL PENE/epidemiología
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/diagnóstico
CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/ cirugía
ADULTO

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de pene constituye menos del 0,5% de las neoplasias malignas en el hombre, aunque existen regiones sobre todo en países subdesarrollados (Sud-América, África, Asia) que la incidencia es alta alcanzando de 10% a un 20% (1-3). Su incidencia anual en los Estados Unidos es de 0,5 a 1,5 por cada 100 000 hombres, con una mayor frecuencia entre la sexta y séptima década de la vida. Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en hombres no circuncidados y su desarrollo se ha relacionado con los efectos irritativos crónicos del esmegma, los cuáles se acentúan en presencia de fimosis, habiéndose asociado también a infecciones por papiloma virus humano (H.P.V) de transmisión sexual principalmente con los tipos 6, 18 y 33. (2,4,5)

El carcinoma de pene se inicia generalmente a nivel del glande como una lesión pequeña que se extiende de manera gradual y puede presentarse de tipo papilar exofítica o plana – ulcerada, siendo hasta el 95% de los carcinomas, de tipo de células escamosas. (2,3,6)

Es obligado identificar el carcinoma del pene y la profundidad de la lesión por medio de una biopsia antes de comenzar cualquier tratamiento y la selección de este dependerá del tamaño, ubicación, invasión y etapa del tumor. (7,8) Para la evaluación exacta de la lesión primaria y la identificación de la enfermedad metastásica la clasificación más comúnmente empleada es la sugerida por Jackson en 1966 (2) (cuadro No. 1). Además el Comité Americano conjunto sobre el cáncer (AJCC) designa la clasificación por la nomenclatura tumor primario, presencia de nódulos linfáticos y evidencia de metástasis distantes (TNM). (9) (cuadro No. 2) El tratamiento primario del carcinoma de pene es la penectomía parcial o total, la linfadenectomía inguinal forma parte del tratamiento quirúrgico, pero se reserva para los casos con adenopatías inguinales metastásicas, comprobadas o por aquellas adenopatías que persisten por más de 6 semanas después de la penectomía, o pacientes con carcinomas diferenciados precariamente (10,11). En nuestro servicio el comportamiento de la enfermedad no ha diferido con lo reportado, relacionado con los grupos de edades, así como en los factores causales, por lo que decidimos describir las características clínicas y epidemiológicas en este grupo de pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre abril de 1997 y Noviembre del 2000 se recibieron en el servicio de Urología del Hospital Univ. "Cmdte. Faustino Pérez" de Matanzas 8 pacientes a los cuales se les diagnosticó carcinoma epidermoide de pene. Estos pacientes fueron atendidos por la consulta externa, habiéndose realizado examen físico e historia clínica, con exámenes complementarios preoperatorios, se les tomó muestra para biopsia de la lesión sospechosa. Una vez recibido el informe histopatológico y confirmado el diagnóstico, se ingresaron para tratamiento con antibióticos de amplio espectro y posteriormente tratamiento quirúrgico con seguimiento por consulta externa, una vez dada el alta hospitalaria.

RESULTADOS

Durante este período, 8 pacientes fueron tratados por carcinoma de pene con un promedio de edad de 70 años (rango de 58 a 78 años). El sitio donde se presentó la lesión primaria con mayor frecuencia fue el glande en 7 pacientes (87,7%), sólo 1 (12,3%) en el prepucio. El tipo de lesión encontrada fue la papilar – exofítica (100%) de los pacientes. En todos los casos se encontraron adenopatías inguinales clínicamente (ver tabla I).

Se realizó penectomía parcial en 7 pacientes (87,7%) en 1 pacientes (12,3%) se realizó escisión local amplio más circuncisión (gráfico 1), 1 caso (12,3%) recibió quimioterapia con Bleomicina por negación familiar a ser reintervenido por recidiva tumoral del muñón a los 8 meses de operado. Solamente se realizaron en 2 pacientes (25%) linfadenectomía inguinal bilateral (Tabla 2) siendo los ganglios negativos en ambos casos, las complicaciones como infección de la herida, deshiscencia de ésta, linfocele, linfoedema crónico de la zona y miembros inferiores, fueron secundarias a la linfadenectomía.

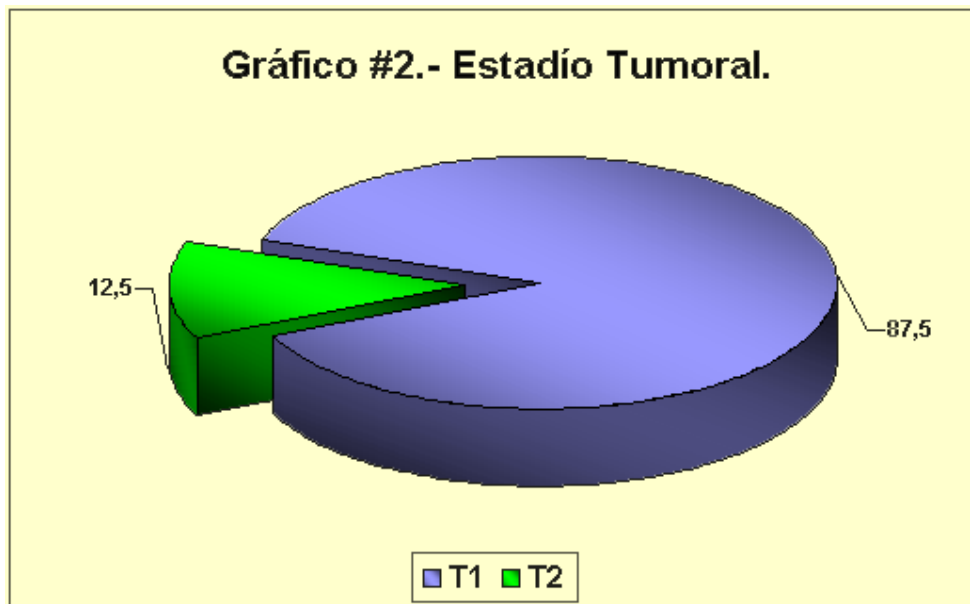
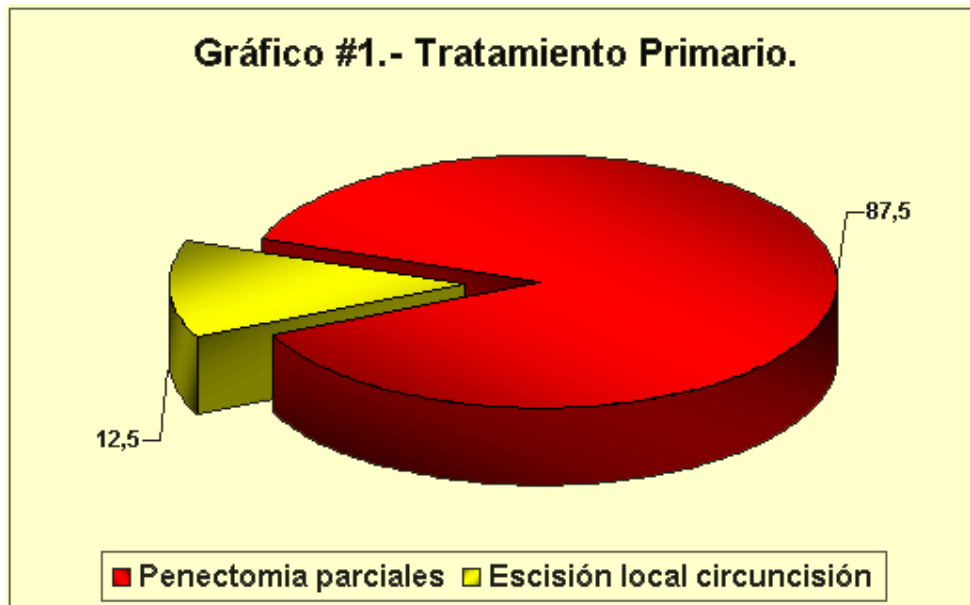
El estudio anatomopatológico correspondió con la biopsia preoperatoria en todos los casos, como carcinoma epidermoide del pene. Ninguno de nuestros pacientes habían sido circuncidados y 2 casos fallecieron después de 20 meses de seguimiento (ver tabla 2).

Tabla 1

Casos	Edad	Tipo de Lesión	Sitio	Nódulos Clínicamente	Retardo en el Diagnóstico	Tratamiento Primario
1	78	Papilar Exofítica	Glande	Si	12 meses	Penectomía parcial + linfadenectomía inguinal bilateral
2	67	Papilar Exofítica	Glande	Si	8 meses	Penectomía parcial + linfadenectomía inguinal bilateral
3	64	"	Glande	Si	12 meses	Penectomía parcial
4	58	"	Prepucio	Si	5 meses	Escisión amplia + circuncisión
5	72	"	Glande	Si	8 meses	Penectomía parcial
6	74	"	Glande	Si	7 meses	Penectomía parcial
7	77	"	Glande	Si	14 meses	Penectomía parcial
8	70	"	Glande	Si	12 meses	Penectomía parcial

Tabla 2

Casos	Tratamiento a Nódulos	Patologías	Circuncisión	Actividad Sexual	Seguimiento	Clasificación T.N.M.
1	Linfadenectomía inguinal bilateral	Carcinoma Epidermoide	No	No	Exitus 24 meses	T2, NO, MO
2	"	"	No	Activo	Vivo	T1, NO, MO
3	Expectante	"	No	Activo	Vivo	T1, NO, MO
4	"	"	No	Activo	Vivo	T1, NO, MO
5	"	"	No	No	Vivo	T1, NO, MO
6	"	"	No	No	Vivo	T1, NO, MO
7	"	"	No	No	Vivo	T1, NO, MO
8	"	"	No	No	Exitus 20 meses	T1, NO, MO



Cuadro # 1

Clasificación de Jackson (1966)

Estadío I -- Tumor limitado glande y/o pene.

Estadío II -- Tumor extendido al cuerpo del pene.

Estadío III -- Tumor con metástasis inguinales operables.

Estadío IV -- Tumor que afecte estructuras adyacentes o distantes.

Cuadro # 2

Clasificación T.N.M (1997)

Ta -- Carcinoma Verrugoso no invasivo

T1 -- Tumor con invasión a tejido subepitelial.

T2 -- Tumor con invasión a cuerpo esponjoso o cavernoso.

T3 -- Tumor que invade uretra o próstata.
T4 -- Tumor que invade otras estructuras adyacentes.
N0 -- No metástasis a nódulos linfáticos regionales.
N1 -- Metástasis en un solo nódulo linfático inguinal.
N2 -- Metástasis nódulos linfáticos inguinales múltiples o bilaterales.
N3 -- Metástasis de nódulos linfáticos en área inguinal o pélvica unilateral o bilateral.
M0 -- No evidencia de metástasis a distancia.
M1 -- Evidencia de metástasis a distancia.

DISCUSIÓN

La mayoría de los pacientes con carcinoma escamoso del pene son mayores de 50 años con un pico de incidencia entre los 60 – 69 años, en nuestra serie la edad media fue de 70 años lo cual coincide con lo publicado por la mayoría de los autores. (12)

Puras (13) en su serie de 500 pacientes con carcinoma de pene (CP) observaron que 408 eran no circuncidados y que 68 lo habían sido de adultos, en nuestra serie ningún paciente había sido circuncidado (ver tabla 2) los efectos crónicos irritativos del esmegma a que estarían expuestos estos pacientes, un producto de la acción del mycobacterium smegmatis sobre las células decamadas y que se acumulan en el sacoprepucial, (14) esta irritación crónica e infección, iniciarían un proceso de transformación maligna celular. La mayor frecuencia de presentación de este tumor en glande, prepucio o surco coronal apoyaría esta hipótesis. (15) El 95% de los tumores malignos del pene son carcinomas de tipo escamoso (15,16) como se refleja en nuestra serie. El carcinoma epidermoide puede presentarse como una lesión exofítica de apariencia papilar, con buena diferenciación histológica y baja incidencia de metástasis a ganglios inguinales o menos frecuentemente como lesión endofítica ulcerada pobremente diferenciada y causar metástasis. (15) La gran mayoría de los tumores invasivos están ubicados en el glande (13, 15) como se refleja en nuestra serie (87.5%), al igual que la variedad exofítica predominó tal como se describe en la mayoría de los trabajos. El lapso transcurrido entre la iniciación de los signos y síntomas y el momento de consulta es, en general, prolongado. Se ha descrito una demora de más de un año en el 15 - 50% de los pacientes (12). En nuestro estudio de 8 casos el 50% de los pacientes tardaron más de un año en acudir a la consulta. (tabla 1) Es imperativo que en el momento de diagnosticar un tumor invasivo se determine adecuadamente el estadio del paciente, de suma importancia un examen físico completo, con especial atención al área genital e inguinal y cavidad abdominal. (15) Se encuentran adenopatías palpables en el 29-54% de los casos (17), en nuestros pacientes el 100% presentaron adenopatías palpables con características inflamatorias.

El tratamiento del C.P. puede variar dependiendo del tamaño y localización de la lesión, estadio del tumor y grado de diferenciación celular. Las lesiones pequeñas (T1) situadas en el prepucio pueden ser tratadas con circuncisión amplia (18). Los tumores no infiltrantes del glande pueden ser removidos por láser (15) o por la técnica de micrografía descrita por Mohs y cols (19). En pacientes con invasión de los cuerpos cavernosos (T2) es obligatorio la penectomía parcial, la total se deja para lesiones extensas donde la reconstrucción del muñón peneal no es viable y la emasculación en lesiones que afecten pene, uretra, escroto y periné, (15) en nuestros casos se les realizó penectomía parcial a 7 pacientes (87,5%) a 1 paciente (12,5%) escisión amplia de la lesión y circuncisión, (gráfico 1) 7 casos eran (T1) y un solo caso (T2) este último presentó recidiva del muñón y no se reoperó por no aprobación familiar. (Gráfico 2).

El manejo de las adenopatías regionales en el carcinoma epidermoide es un tema controvertido, (20) por un lado, se debe tener en cuenta que el pronóstico empeora en presencia de metástasis inguinales. Además, la linfadenectomía realizada de forma sistemática es curativa en casi el 50% de los casos (21). Sin embargo, el precio a pagar por la disección linfática en Bloque es alta. La cicatrización demorada y el edema linfático a tensión del miembro inferior y genitales externas son complicaciones frecuentes y a menudo tardías y permanentes. (22) Pizzocaro (16) describen la aparición de metástasis ganglionares en solo el 16,5% de tumores (T1) bien diferenciados, frente al 55% de tumores T1 moderadamente diferenciados o pobremente.

En nuestra serie, solamente realizamos 2 (25%) linfadenectomía ilioinguinal bilateral, que resultaron ser adenopatías inflamatorias, en el resto de los casos la conducta fue expectante con seguimiento estricto de los casos, es importante conocer la alta morbilidad de la linfadenectomía que presentaron estos casos (infección de la herida, linfocele, linfoedema crónico del miembro inferior y genitales externos), que está acorde a los trabajos realizados en la literatura. (23-25)(ver tabla 2).

CONCLUSIONES

- El carcinoma de pene es una neoplasia potencialmente curable si se trata precozmente.
- La fimosis no tratada durante la infancia juega un papel muy importante en la etiopatogenia.
- El sitio de aparición de las lesiones primarias fue el glande y la lesión más frecuente es la papilar exofítica.
- La penectomía parcial es el tratamiento de elección en la lesión primaria.
- La conducta expectante en las adenopatías inguinales depende del estadio del tumor y la diferenciación celular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skinner DG, Leadbeter W, Kelley SB. The surgical management of squamous cell carcinoma of the penis. J Urol 1972; 107:273-8
2. Schellhammer PF, Jordan GH, Scholssberg SM. Tumores de Pene. 6 ed. Philadelphia: W.B.B. Saunders Co; 1992 .
3. Cabanas R M. An approach for treatment of penile carcinomas. Cancer 1977; 39:456.
4. Sarkar FH, Miles B J, Plieth DH, Crissman JD. Detection of human papilloma virus in squamous neoplasm of the penis. J Urol 1999; 147:389-92.
5. Diazani C, Bucci M, Pienangel A, Calvieri S, Degener AM. Association of human papilloma virus type 11 with carcinoma of the penis. Urology 1998; 51:1046-8.
6. Ornellas AA, Seixas LC, Marota A. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma the penis: Retrospective analysis of 350 cases. J Urol 1994; 151:124-249.
7. Herr HIt, Fuks Z, Sher AI. Cancer of the urethra and penis. En: DE Vita UT, Hellman S, Rosemberg SA, editores. Cancer: Principles and practice of Oncology . 5 ed. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers; 1997. p.1380-95.
8. Lepich MV. Carcinoma of the penis and male urethra. En: Pérez CA, Brandy LW, editores. Principles and Practice of Radiation Oncology.
9. Penis En: American Joint Committee on cancer: AJCC cancer Staging Manual. 5 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997. p. 215-7.

10. Theodorescu D, Russo P, Shang ZF. Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative nodes. *J Urol* 1996; 155 (5): 1626-31.
11. Young MJ, Reda DJ, Walters WB: Penile Carcinoma a Twenty – Five – year experience. *Urology* 1991; 38 (6): 529– 32.
12. Virseda JA, Salinas A, Hernández I .Carcinoma de pene. ¿Qué hacer con los ganglios linfáticos regionales?. *Arch Esp Urol* 1995; 47: 349.
13. Puras A, González-Flores B, Rodríguez R.Treatment of carcinoma of the penis. *Proc Kimbrough Urd Sem* 1978; 12: 143.
14. Brkovic D, Kalble T, Dorsam J. Tratamiento quirúrgico del cáncer de pene infiltrante. Experiencia de Heidelberg entre 1968 y 1994. *Eur Urol* 1998; 5: 161.
15. Puras-Báez A, Rivera-Herrera J. Tratamiento del cáncer de pene y sus recidivas. En: Jiménez J F, Vera C D, editores. Diagnóstico y tratamiento de la recidiva en los tumores urológicos. Modif: Grupo Aula Médica SA; 1996. p. 211-7.
16. Pizzocaro G, Piva L, Bandieramonte G. Actualización en el tratamiento del carcinoma de pene. *Eur Urol* 1998; 5: 273.
17. Solsona E. Tumores malignos del pene. En: Jiménez J F, Rioja LA. editores.Tratado de Urología. Barcelona: JR Prous Editores; 1993. p.1259-87.
18. Bissada NK. Conservative extirpative treatment of cancer of the penis. *Urol Clin North Am.* 1992; 19: 283.
19. Mohs FE, Snow SN, Messing EM.Microscopically controlled surgery in the treatment of carcinoma of the penis. *J Urol* 1985; 133: 961.
20. Abi-Aad AS, Kermion JB.Controversies in the Ileoinguinal lymphodenectomy for cancer of the penis. *Urol Clin North Am* 1992; 19:319.
21. Lynch DF, Schellhammer PF.Timorous of the penis. En: Walsh PC, Retik AB, Darracott E, Wein AJ, editores. *Campbells Urology* .7 ed. Philadelphia: Saunders Company; 1998. p. 2153-485.
22. Parra RO, Wilson PM, LIN JC. Conceptos actuales para el Futuro de la Uro-oncología. Madrid: Acción Médica; 1998. p.275-89.
23. RAVI R.Correlation between the extent of nodal involvement and survival Following groin dissection for carcinoma of the penis. *Br J Urol* 1993;72:817.
24. 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.
25. Pettaway C , Pisters L, Dinney C . Sentinel lymph node dissection for penile carcinoma: The M.D. Anderson Cancer center experience *J Urol* 1995; 154:1999.

SUMMARY

Penis carcinoma is a rare disease that only represents less than 1% of all malignant neoplastic in men, with utmost frequency after the sixth decade of life. It has been noted that this disease etiology is related to chronic irritating effects produced by the smegma, specifically in non-circumcised men. During the period of April 1997 to November 2000 eight patients were diagnosed as having penis Epidermoid carcinoma, through the primary lesion biopsy, preoperative antimicrobial treatment was carried out and later a surgical treatment with External Consultation follow-up. The most frequently type of lesion found was the papillary exophytic. In all cases the histopathologic variety of epidermoid carcinoma was reported. In 7 cases(87,5%) the primary treatment used was partial penectomy.

Circumcision and wide local excision was carried out in one case (12,5%),lymphadenectomy in two patients(25%),chemotherapy was indicated in case(12,5%) and 2 patients died(25%).Penis Carcinoma is potentially curable if it is treated at an early stage. This illness although it is not frequent, it is detected in advanced studied, requiring surgical approach(patial penistomy,inguino-crural lymphadenectoy) and occasionally chemotherapy.