

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINO NETO"
GUANTÁNAMO**

CÁNCER DE PENE. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN GAMBIA.

Dr. Pedro Hernán Hernández Ávila¹, Dra. Inés del Carmen Rodríguez García², Dr. Gervasio Turcaz Alcolea¹, Dr. William Lowit Álvarez.³

1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Urología. Instructor.

2 Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor.

3 Especialista de II Grado en Urología. Instructor.

RESUMEN

Se presenta un caso de 65 años de edad que acude a consulta de Urología por presentar lesión microscópica (úlceras indoloras), de más o menos 3 cm, situada en el glande. Se le realiza biopsia y se estadia en un T1N0M0, de acuerdo al sistema de estadiaje propuesto por Jackson en 1966. El estadio I es el tumor confirmado a glande o prepucio. Se practica amputación parcial del pene con evaluación favorable.

Palabras clave: pene, carcinoma epidermoide.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es una enfermedad en la cual se forman células malignas (cancerosas) en los tejidos del pene.

El pene contiene dos tipos de tejido eréctil (tejido esponjoso con vasos sanguíneos que llenan con sangre para producir la erección):

- **Cuerpo cavernoso:** Dos columnas de tejidos que forman la mayor parte del pene.
- **Cuerpo esponjoso:** Una columna única de tejido eréctil que conforma una pequeña parte del pene. El cuerpo esponjoso rodea la uretra (tubo que conduce la orina y el semen hacia el exterior del cuerpo).

El tejido eréctil esta envuelto por tejido conjuntivo y cubierto con piel. El glande (cabeza del pene) esta cubierto por una piel que se llama prepucio.

El cáncer de pene constituye entre el 10 – 20 % de todos los cánceres urogenitales y, en su mayoría, son carcinomas epidermoides. Esta enfermedad maligna es extraordinariamente común en América Central y América del Sur, así como otros países del Tercer Mundo en donde la Salud Pública y la higiene personal a menudo son escasas. En Estados Unidos este tipo de cáncer es poco frecuente.

La circuncisión como práctica podría mejorar la higiene y hacer profilaxis al cáncer de pene, este proceder normalmente no se practica. La circuncisión es una operación en la se extrae una parte o todo el prepucio del pene. Los hombres no circuncidados al nacer pueden tener un riesgo mayor de contraer cáncer de pene.

El cáncer de pene se disemina en el cuerpo de tres maneras: a través del tejido, el cáncer invade el tejido normal que lo rodea; a través del sistema linfático, invade el sistema linfático y circula por los vasos linfáticos hasta otros lugares del cuerpo; y a través de la sangre el cáncer invade las venas, los capilares y circula por la sangre hasta otros lugares en el cuerpo.

La infección por virus del papiloma humano (VPH) puede aumentar el riesgo de contraer cáncer de pene. La circuncisión puede ayudar a prevenir la infección por el virus del papiloma humano.

Otros factores de riesgo de contraer cáncer de pene:

- Tener más de 60 años de edad.
- Padecer de fimosis (trastorno en el que el prepucio del pene no puede ser tirado atrás sobre el glande).
- No practicar una buena higiene personal.
- Tener muchos compañeros sexuales.
- Consumir productos elaborados con tabaco.

Entre los signos que pueden indicar que hay cáncer de pene se incluyen:

- Las heridas.
- El flujo y el sangrado.
- Enrojecimiento, irritación en el pene.
- Una masa en el pene.

Para detectar (encontrar) y diagnosticar el cáncer de pene, se utilizan pruebas que examinan al pene.

El examen físico y antecedentes: Examen del cuerpo para comprobar los signos generales de salud, incluso el control del pene, para verificar si hay signos de enfermedad, como masas o cualquier otra que parezca anormal. Se toman también los antecedentes médicos de las enfermedades y los tratamientos previos del paciente.

Biopsia: Extracción de células o tejidos que un patólogo las observa bajo un microscopio y verifica la presencia de signos de cáncer.

La tendencia terapéutica actual esta basada en quimioterapia, radioterapia y cirugía para cortar y extirpar el cáncer, entre nuevos tipos de tratamientos en ensayos clínicos (terapia biológica, radios sensibilizados, entre otros).

El pronóstico (probabilidad de recuperación) y el tratamiento depende de los siguientes factores: la estadía de cáncer, la ubicación y el tamaño del tumor y, por último, si el cáncer fue recién diagnosticado o recidivo. Es importante saber en qué estadía se encuentra la enfermedad para poder planificar su tratamiento y se utilizan las siguientes pruebas:

- Exploración por tomografía axial computarizada (TAC).
- Imagenología por resonancia magnética (IRM), se inyecta una sustancia conocida como gadolinio en venas y este se acumula alrededor de las células cancerosas, haciéndolas aparecer con aspecto más brillante en la imagen.
- Ecografía.
- Radiografía de tórax.

Se utilizan tres tipos de tratamientos estándar: cirugía, radioterapia, quimioterapia y ensayos clínicos novedosos (terapia biológica, radio sensibilizadores, entre otros).

La supervivencia esta relacionada con la presencia o ausencia de enfermedad ganglionar. Los promedios de supervivencia a 5 años oscilan entre 65 y 90 % en pacientes sin enfermedad ganglionar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de raza negra, de creencia religiosa católica, no circuncidado, de 65 años de edad, que acude a la consulta de Urología, remitido por la Brigada Médica Cubana en la República de Gambia, por presentar lesión microscópica (úlceras indoloras), de aproximadamente 3 cm. Situada en la piel del prepucio, que infiltra el glande lo cual impide desplazar la piel del prepucio hacia atrás.

Se le realiza biopsia de lesión en el salón de la cirugía ambulatoria y el diagnóstico histológico dado por el patólogo de la Brigada Médica

Cubana, concluye el caso como carcinoma epidermoide. Se le realiza exámenes hematológicos al paciente, se le indica radiografía de tórax anteroposterior y pelvis, ultrasonido abdominal, así como exploración con la TAC con fines docentes.

Al examen físico del enfermo, a nivel de los genitales externos (El pene), se observó una lesión ulcerosa de aproximadamente 3 cm indolora, ubicada en el prepucio que infiltra el glande. Al examen del abdomen no se constató adenopatías a nivel de las regiones inguinales.

Los exámenes de laboratorio son los mismos que los hematológicos y fueron normales. Los estudios radiológicos, ultrasonográficos (incluida la exploración con TAC), no arrojaron signos de metástasis a otras partes del cuerpo. Se estadió el paciente en etapa 1 (T1N0M0).

Sobre la base de estos resultados, el juicio clínico y el consentimiento del paciente se discute el caso en el colectivo médico integrado por patólogos, cirujanos y el radiólogo; y se evalúa las posibilidades terapéuticas de este paciente teniendo en cuenta el tipo de lesión. Se decide su ingreso para tratamiento quirúrgico, practicándole al enfermo penectomía parcial sin disección ganglionar regional.

La evaluación en las siguientes 72 horas fue estable clínicamente, hasta el momento del egreso a los 8 días. Estando en consulta el paciente, ya recuperado y sonda uretral se decide remitir al enfermo hacia otra institución hospitalaria fuera del país para continuar tratamiento con quimioterapia. Se explica al paciente y familiares el pronóstico de su enfermedad.

DISCUSIÓN DEL CASO

Nuestro trabajo concuerda con la literatura internacional revisada en que el cáncer de pene constituye entre el 10 y el 20 % de todos los cánceres urogenitales^{2,6-7,18} y esta enfermedad es más frecuente en la población masculina donde la circuncisión no es una práctica cotidiana y las condiciones higiénico-sanitarias son deficientes.¹⁻⁴

Todos los autores revisados coinciden en que la detección e identificación temprana del cáncer de pene o de cualquier lesión precancerosa son muy valiosas porque los tratamientos pueden proporcionar resultados exitosos.^{7-9,13} El pronóstico puede ser bueno con diagnóstico y tratamiento oportunos y el índice de supervivencia a 5 años, para este tipo, es del 65 %.⁶⁻¹⁰

Dentro de los exámenes, la exploración con TAC aporta buena información para definir el daño (metástasis) a otros órganos. Esta

información nos permite estatificar la estadía del paciente, así como evaluar el pronóstico y seguimiento de cada enfermo.^{1-2,8-9}

Concordamos con la literatura revisada en que el pronóstico del enfermo con cáncer de pene y el tratamiento depende de: la estadía del cáncer, la ubicación y el tamaño del tumor y si el cáncer fue recién diagnosticado o recidivo.¹³⁻¹⁵

Nuestro trabajo coincide en que los pacientes operados de cáncer de pene, que se le practique penectomía parcial, pueden mantener las funciones urinarias y sexuales.¹⁷⁻¹⁸

El tratamiento para el cáncer de pene en estadio I continua siendo cirugía (penectomía parcial o total) con o sin extracción de los ganglios linfáticos, radioterapia, participación en ensayo clínico, de biopsia de ganglios linfáticos centinela seguida de cirugía, ensayo clínico de cirugía láser, quimioterapia, las terapias biológicas (bioterapias o inmunoterapia) y la radiosensibilizadores (la combinación con radioterapia).^{3,11,12,14,21,24}

CONSIDERACIONES FINALES

Creemos lógico asumir que cada caso debe ser considerado de forma individualizada, teniendo en cuenta el tipo de lesión, los hallazgos radiológicos y la situación hemodinámica del paciente a la hora de seleccionar una u otra actitud terapéutica.

El seguimiento clínico, ultrasonográfico y la TAC han demostrado su efectividad para estatificar a estadía del enfermo, decidir modalidad terapéutica, evaluar pronóstico y seguimiento. Nosotros presentamos un caso en el que se demuestra que el diagnóstico temprano y la terapéutica adecuada favorece el pronóstico de la enfermedad y mejora la calidad de vida del paciente.

En los últimos años se ha incrementado la incidencia del carcinoma epidermoide, lo cual coincide con la literatura revisada, por lo que considero recomendable intensificar las medidas preventivas a la población masculina y las medidas higiénico-sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahmed T, Sklaroff R, Yagoda A. Squential trials of methotrexate, cisplantin and bleomycin for penile cancer. J Urol. 2008; 132 (3): 465-468.

2. Chao KS, Perez CA. Penis and male urethra. In: Perez CA, Brady LW, editors. Principles and Practice of Radiation Oncology. 3rded. Philadelphia Pa: Lippincott- Raven Publishers; 2009. p.1717-1732.
3. Crook JM, Jezioranski J, Grimard L. Penile brachytherapy, results for 49 patients. Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2009; 62 (2): 460-7.
4. Danielsen AG, Sand C, Weismann K. Treatment of Bowen's disease of the penis with imiquimod 5% cream. Clin Exp Dermatol. 2007; 28 (Suppl 1): 4-6.
5. Dexeus FH, Logothetis CJ, Sella A. Combination chemotherapy with methotrexate, bleomycin and cisplatin for advanced squamous cell carcinoma of the male genital tract. J Urol. 2007; 146(5): 1284-1287.
6. Fisher HA, Barada JH, Horton J. Neoadjuvant therapy with cisplatin and 5-fluorouracil for stage III squamous cell carcinoma of the penis. J Urol. 2007; 143(4 suppl): A-653, 352- A.
7. Harty JI, Catalona WJ. Carcinoma of the penis. In Javadpour N, ed: Principles and Management of Urologic Cancer. 2nded. Baltimore, Md; Williams and Wilkins; 2009. p.581-597.
8. Horenblas S, Van Tinteren H, Delemarre JF. Squamous cell carcinoma of the penis II: Treatment of the primary tumor. J Urol. 2009; 147 (6): 1533-1538.
9. Hussein AM, Benedetto P, Sridhar KS. Chemotherapy with cisplatin and 5- fluorouracil for penile and urethral squamous cell carcinoma. Cancer. 2007; 65(3):433-438.
10. Lindegaard JC, Nielsen OS, Lundbek FA. A retrospective analysis of 82 cases of cancer the penis. Br J Urol. 2008; 77 (6): 883-890.
11. Lynch Df, Pettaway CA. Tumors of the penis In: Walsh PC, Retik AB, Vaugahan ED, editors. Campbell S. Urologic. 8thed. Philadelphia : Saunders; 2009. p.2945-2947.
12. Mclean M, Aki AM, Warde P. The results of primary radiation therapy in the management of squamous cell carcinoma of the penis. Int J Radiat Oncol Boil Phys. 2009; 25(4): 623-628.
13. Micali G, Nasca MR, Tedeschi A. Topical treatment of intraepithelial penile carcinoma with imiquimod. Clin Exp Dermatol. 2007; 28 (Suppl 1): 4-6.
14. Michelman FA, Filho AC, Moraes AM. Verrucous carcinoma of the penis treated with cryosurgery. J Urol. 2009; 168(3): 1096-1097.

15. Ornellas AA, Seixas AL, Marota A. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: retrospective analysis of 350 cases. *J Urol*. 2008; 151 (5) : 1244-1249.
16. Perdoná S, Autorino R, De Sio M. Dynamic sentinel node biopsy in clinically node-negative penile cancer versus radical inguinal lymphadenectomy: a comparative study. *Urology*. 2008; 66 (6): 1282-1286.
17. Pizzocaro G, Piva L. Adjuvant and neoadjuvant vincristine, bleomycin, and methotrexate for inguinal metastases from squamous cell carcinoma of the penis. *Acta Oncol*. 2008; 27(6b): 823-824.
18. Pehaway CA, Lynch DF, Davis JW. Tumors of the penis. In: Wein AJ, editor. *Campbell- Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia, Pa. : Saunders Elsevier; 2007.
19. Schoroeder TL, Sengenmann RD. Squamous cell carcinoma in situ of the penis successfully treated with imiquimod 5% cream. *J Am Acad Dermatol*. 2009; 46(4) :545-548.
20. Sonnex TS, Ralfs IG, Plaza de Lanza M. Treatment of erythroplasia of Queyrat with liquid nitrogen cryosurgery. *Br J Dermatol*. 2009; 106(5): 581-584.
21. Theodorecu D, Russo P, Zhang ZF. Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative nodes. *J Urol*. 2008; 155 (5): 1626-1631.
22. Tolia BM, Castro VL, Mouded IM. Bowen's disease of penis. Successful treatment with 5- fluorouracil. *Urology*. 2008; 7(6): 617-619.
23. Van Bezooijen BP, Horenblas S, Meinhard W. Laser therapy for carcinoma in situ of the penis. *J Urol*. 2006; 166(5): 1670-1671.
24. Young MJ, Reda DJ, Walters WB. Penile carcinoma: a twenty-five year experience. *Urology*. 2008; 38(6):529-532.