

Sospecha Clínica de Cáncer de Pene: A Propósito de un caso

Clinical Suspicion Of Penile Cancer: Case Report

Aristides Barahona Andrade¹,
Allan Fernando Delcid Morazán¹,
Moran E Barcan Batchvaroff¹,
Luis Enrique Delcid Morazan¹,
Ventura Obdulio Zelaya Mejia¹ and Delmy Soraya Barahona Andrade²

Resumen

El cáncer de pene es una patología rara que se presenta en hombres entre los 50 y 70 años que representa solamente el 2-5% de los tumores urogenitales masculinos. La incidencia global oscila entre 0,1 y 0,7 casos por 100.000 varones. Se estima que en todo el mundo se diagnostican unos 4.000 nuevos casos cada año, lo que representa menos del 0,5% de todos los cánceres. Su tratamiento consiste en la resección de la tumoración primaria tratando de preservar la mayor longitud de tejido sano posible y para esto es importante un diagnóstico temprano. En este artículo hablamos de un paciente con una tumoración maligna de 9 meses de evolución en el pene quien fue diagnosticado hasta que su afección abarcaba los dos tercios distales del pene, se le realizó una penectomía parcial removiendo la tumoración y conservando funcionalidad para miccionar y evitando metástasis a distancia y la invasión linfática regional. Aun cuando el diagnóstico de cáncer de pene es obvio clínicamente en muchas ocasiones todavía hay retraso en el tratamiento por falta de sospecha diagnóstica, en el caso que describimos el paciente no recibió tratamiento antes por estar siendo tratado por patología infecciosa del pene.

Palabras claves: Neoplasias del pene; Cirugía; Urología; Oncología

Abstract

Penile cancer is a rare condition that occurs in men between 50 and 70 years, it represents only 2-5% of male urogenital tumors. The global incidence it's from 0.1 to 0.7 cases per 100,000 men. It is estimated that about 4,000 new cases are diagnosed each year around the world, representing less than 0.5% of all cancers. Its treatment consists in the resection of the primary tumor trying to preserve the largest possible length of healthy tissue and for this matter is important an early diagnosis. In this article we discuss a patient with a malignant tumor of 9 Months of evolution in the penis who was correctly diagnosed until it was infiltrating the distal 2/3 of the penis, the urologist practiced a partial penectomy removing the tumor and preserving functionality for miction with this procedure and although avoiding the possibility of distant metastases and regional lymphatic invasion. Even though the diagnosis of penile cancer is often clinically evident there are still delays in treatment due to lack of diagnostic suspicion, in the case described the treatment delayed because the patient was being treated as an infectious disease of the penis.

Keywords: Penile neoplasms; Surgery; Urology; Oncology

- 1 Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras
- 2 Medico en Servicio Social por Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Honduras

Correspondencia:

Aristides Barahona Andrade

✉ aribarahona1@gmail.com

Fecha de recepción: Jul 21, 2016; Fecha de aceptación: Aug 29, 2016; Fecha de publicación: Sep 03, 2016

Introducción

El cáncer de pene es una enfermedad infrecuente y tiene una incidencia global oscila entre 0,1 y 0,7 casos por 100.000 varones. Se estima que en todo el mundo se diagnostican unos 4.000 nuevos casos cada año, lo que representa menos del 0,5% de todos los cánceres [1]. El carcinoma de células escamosas representa más del 95% de las lesiones malignas del pene [2]. Se reconocen variantes del carcinoma de pene por ejemplo el verrugoso, escamoso papilar y basaloides [3].

Entre los factores de riesgo destacan la fimosis, inflamación crónica del pene, balanitis xerótica obliterante, fototerapia para enfermedades dermatológicas, tabaquismo, infección por virus del papiloma humano, condición socioeconómica deficiente, múltiples parejas sexuales. El diagnóstico está basado en la sospecha diagnóstica ya que es obvio clínicamente en muchos casos pero se debe confirmar siempre con un estudio de patología [2]. Actualmente no se cuenta con biomarcadores disponibles de rutina para el carcinoma de células escamosas pero se investiga el uso de biomarcadores plasmáticos, marcadores asociados a proliferación, marcadores relacionados a virus del papiloma humano, p53 y marcadores citogenéticos [3].

Su estadificación requiere de reconocimiento de las estructuras que ha infiltrado a las que ha metastatizado el tumor primario. Para determinar la extensión del tumor primario se puede utilizar el examen físico apoyado también con imágenes de ultrasonido. La extensión a ganglios linfáticos puede ser evaluada con tomografías abdominopélvicas y las metástasis a distancia con tomografías torácicas o Rayos x de tórax [2].

El tratamiento va dirigido a la resección completa del tumor primario asegurando márgenes libres de lesión. En general se acepta que un margen de 1 a 1.5 cm es seguro [4]. La quimioterapia adyuvante ha resultado ser beneficiosa en los pacientes con cáncer de pene con ganglios pélvicos positivos se van a beneficiar no solo del tratamiento quirúrgico agresivo sino, además, de esquemas de quimioterapia adyuvante, aunque hasta este momento no existe un esquema ideal [5].

Caso Clínico

Paciente de 56 años, soltero, albañil procedente de San Lorenzo, Valle quien se presenta a consulta por presentar masa indolora en pene de aproximadamente 9 meses de evolución la cual comenzó siendo una lesión ulcerada pequeña y ha aumentado de tamaño con el paso del tiempo llegando a deformar el glande y dificultando la micción. Ocasionalmente provoca sangrado y secreción amarillenta. El paciente afirma haber sido tratado previamente en otro centro de atención médica con antibióticos los cuales desconoce por la sospecha de un absceso en el pene. Al interrogar al paciente niega fiebre, dolor y prurito. Afirma dificultad para miccionar y secreción serohemática, niega enfermedades de base. Al indagar en antecedentes de importancia el paciente afirma fimosis que se presentó aproximadamente 7 meses antes que su tumoración apareciera. Negó tabaquismo, condilomatosis, múltiples parejas sexuales e inicio temprano de vida sexual.

En el examen físico encontramos que cursa la 6ta década de la vida cuya edad aparente concuerda con cronológica, mesomórfico, sin facies de enfermedad crónica. Presenta masa solida ulcerada en pene de aproximadamente 10 x 7 cm, que desplaza meato uretral. No hay dolor a la palpación. Se observan coágulos pequeños debido a sangrado que ha provocado el roce de la masa friable con la vestimenta y un halo hipopigmentado alrededor de la ulceración y meato uretral (**Figura 1**). Tercio proximal del pene sin alteración a la inspección y palpación. No se palpan masas inguinales consistentes con adenopatías en ambos lados.

Como exámenes complementarios se realizó hemograma que reportó un conteo de glóbulos blancos de 7,400 k/ μ l, 59.1% de granulocitos, 33.4% de linfocitos y 7.5% de células de tamaño medio. También hemoglobina de 8.1 g/dl, Hematocrito de 25.7%, Volumen corpuscular medio de 68.8 fL, Hemoglobina corpuscular media de 71.7 pg, MCHC de 31.5 g/dl y 411,000 plaquetas. Demostrando una anemia microcítica hipocrómica. Se realizó una biopsia incisional tomando aproximadamente 2 cm de tejido tumoral enviando muestra a laboratorio de patología que reportó carcinoma de células escamosas ulcerado e infiltrante medianamente diferenciado (**Figura 2**). Debido a las limitantes en cuanto a exámenes de imagen en nuestro medio no fue posible realizar tomografía abdominopélvica o torácica.



Figura 1 Tumoración en pene en paciente al momento de ser captado.



Figura 2 Paciente en preparación para realizar biopsia incisional de pene.

Se realizaron exámenes para solicitud de valoración cardiológica (Glucosa en ayuno, Electrocardiograma, Rayos X PA de tórax, BUN y Creatinina sérica los cuales se encontraron dentro de los rangos normales y sin alteraciones en placa de rayos X, se le determino un riesgo quirúrgico Goldman II. La radiografía torácica no mostro imágenes sugestivas de metástasis.

Al evaluar hallazgos del examen físico se determinó que el tratamiento recomendado sería la penectomía parcial ya que así se realizaría una resección completa de la tumoración y se conservaría parte del pene. Se realizó la misma bajo bloque subaracnoideo en sala de operaciones realizando resección de la masa tumoral que ocupaba los 2/3 distales del pene con un margen de 2 cm de tejido sano. Se envió masa a estudio patológico el cual reportó Carcinoma de células escamosas ulcerado e infiltrante medianamente diferenciado con márgenes libres.

La evolución del paciente fue satisfactoria, se logró preservar parte del pene con lo que conserva su función para miccionar sin problemas y no hubo complicaciones relacionadas con la cirugía.

Discusión

En Norte América se ha reportado una incidencia de cáncer de pene baja y la cual es también afectada por la raza con una mayor incidencia en hispanicos blancos (1.01/100,000). El carcinoma de células escamosas es el tipo encontrado en más del 95% de los casos de cáncer de pene [1]. El retraso en el tratamiento del cáncer de pene proviene de un diagnóstico tardío como vemos en el caso de este paciente. En general el diagnóstico clínico es evidente y siempre que se tenga sospecha de carcinoma de pene se deberá realizar biopsia para estudio patológico. Según las Guías Para Manejo de Cáncer de Pene de la Asociación Europea de Urología publicadas en el 2014 la confirmación histológica es necesaria para guiar el manejo cuando hay duda de la naturaleza de la lesión, cuando se piensa brindar manejo tópico con radioterapia o laser, o cuando hay que dar tratamiento orientado a nódulos linfáticos con metástasis. También recomiendan biopsias mayores de 1 cm ya que las menores de este tamaño resultaron en dificultades para evaluar la profundidad de la invasión en un 91% de los casos [2].

El factor de riesgo para carcinoma de pene encontrado en este paciente es la fimosis ya que afirma haber padecido de esta aproximadamente 7 meses antes que su tumoración apareciera, en la literatura se describe la fimosis como un factor de riesgo importante ya que la presencia de fimosis tiene un OR de 11-16 vs. los pacientes que no tienen fimosis para el desarrollo de cáncer de pene. También una condición socioeconómica baja se ha visto relacionado con el cáncer de pene [2]. Siendo un país de tercer mundo, el acceso a establecimientos de salud en Honduras es muy bajo, lo que determina un diagnóstico tardío del cáncer de pene, como se demuestra en un estudio hecho en nuestro país en el cual todos los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo con procedencia de zonas cálidas y húmedas. La mitad de los pacientes reportaron haber tenido más de una pareja sexual durante su vida. No pudo establecerse ninguna lesión premaligna ya que la mala educación e higiene de la población no permite descubrir y tratar estas patologías de forma temprana. Como lo

demuestra este estudio, todos los pacientes se presentaron en forma avanzada, siendo un promedio de 10 meses de evolución de la enfermedad al momento del ingreso. A estos pacientes no se les realizó todos los estudios diagnósticos necesarios que se recomiendan para valorar la presencia de metástasis (falta de personal, material, aparatos en mal estado, etc.) y poder definir un tratamiento adecuado individualizado [6].

Existe además evidencia que asocia este cáncer con factores culturales, debido a que es menos frecuente en países donde la circuncisión es rutinaria y hay mayor prevalencia en países donde no se practica, esto porque condiciona una higiene deficiente del pene [7]. La frecuencia del carcinoma de pene guarda relación con la mala higiene ya que permite que las bacterias como *Corynebacterium esmegmatis* transforme el esmegma en esteroides altamente carcinógenos. Por lo tanto, no es sorprendente que esta enfermedad maligna en particular sea extraordinariamente común en América Central y América del Sur, así como en otros países del tercer mundo, en donde la salud pública y la higiene personal a menudo son escasas [8].

Los hallazgos al examen físico son concordantes con un carcinoma escamoso de pene ya que en la literatura se describe como una lesión que puede ser petrea o friable, sangrante y que alcanzar varios centímetros de diámetro. Suele ser única y ubicarse en cualquier parte del pene, si bien lo más frecuente es que estén en el tercio anterior [1]. La dificultad para miccionar que el paciente refería se debía a la compresión de la uretra por la infiltración de la masa tumoral, dato que sería consistente con una clasificación T3 con respecto al tumor primario. Al no encontrar nódulos linfáticos palpables o visibles se clasifica como N0 con respecto a los nódulos linfáticos regionales. La metástasis a distancia no se pudo valorar debido a la falta de recursos del hospital y del paciente para realizar estudios de imagen aunque la placa de Rayos X de tórax no mostró imágenes sugestivas de infiltraciones metastásicas. Con respecto a la gradificación histológica del tumor primario se trata de un G2 debido a su mediana diferenciación [2].

El hemograma que se realizó como estudio complementario demuestra anemia microcítica hipocrómica consistente con una anemia crónica por pérdida de sangre debido a la friabilidad de la lesión. Se podría clasificar su anemia como una anemia microcítica hipocrómica moderada secundaria a pérdida crónica por sangrado externo [9].

La penectomía parcial es el tratamiento recomendado para este paciente ya que se presta para preservar parte del pene. Esta consiste en la resección completa del tumor primario mediante penectomía buscando la extirpación total del tumor y verificando mediante microscopia los márgenes de resección negativos [10]. La amputación parcial del pene está indicada para las lesiones invasivas distales del pene, si no hay factores de riesgo para recurrencia como son un estadio PT1(T1 por patología) y Grados I-II se reduce el margen a 1 cm pero cuando se cuenta con un GIII por patología o un tumor T2 se toma un margen de 1.5-2 cm como regla [4]. En este caso se estadificó como T3 por clínica por lo que el margen se realizó de 2 cm.

El seguimiento para los pacientes con amputación parcial del pene está recomendado a los 3 meses, 1 año y 5 años después

de la cirugía, siempre y cuando se realice un examen por médico regularmente o una autoevaluación regular [2].

Con respecto al estilo de vida después de una penectomía parcial se han hecho estudios que han reportado que los pacientes presentan miedos a la mutilación, pérdida del placer sexual

y miedo a morir. Pero no se reportaron niveles de ansiedad significativos en Cuestionarios Generales de Salud y en la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión se mostró que la actividad social permaneció igual después de la cirugía en términos de condiciones de vida, vida familiar e interacciones sociales.

Referencias

- 1 Ferrándiz-Pulido C, De Torres I, García-Patos V (2012) Carcinoma escamoso de pene. *Actas Dermosifiliogr* 103: 478-487.
- 2 Hakenberg OW, Compérat E, Minhas S, Necchi A, Protzel CNW (2014) Guidelines on Penile Cancer. *Eur Assoc Urol*.
- 3 Vuichoud C, Klap J, Loughlin KR (2016) The Emerging Role and Promise of Biomarkers in Penile Cancer. *Urol Clin North Am* 43: 135-143.
- 4 Pompeo ACL, Zequi SDC, Pompeo ASFL (2015) Penile cancer: organ-sparing surgery. *Curr Opin Urol* 25: 121-128.
- 5 Bravo-Castro EI, Linden-Castro EA, Jiménez-Ríos MA (2016) ¿Quimioterapia adyuvante en cáncer de pene? Más preguntas que respuestas. *Rev Mex Urol* 76: 65-666.
- 6 Alberto L, Colindres O, Ochoa V (2006) Incidencia del Cáncer de Pene en Pacientes del Hospital Escuela durante el Periodo de Enero 2002 a Agosto 2004. *Rev Medica los Post Grados Med UNAH* 9: 196-200.
- 7 Morales-Luna D, Manrique-Chávez MPW (2013) Carcinoma epidermoide de pene en un varón adulto. *Med Cutan Ibero Lat Am* 41: 275-257.
- 8 Medina-villaseñor EA, Ibáñez-garcía AO, Martínez-macías R, Barra-R, Quezada-adame I, Pérez-castro JA, et al. (2010) Cáncer de pene. Revisión de las características clínicopatológicas. *Gamo* 9: 282-296.
- 9 Drews RE (2016) Hematologic complications of malignancy: Anemia and bleeding. UpToDate.
- 10 Sánchez-Bermeo AF, Martínez-Carrillo G, Torres-Aguilar J, Bernal-Hernández J. (2016) Penectomía parcial como tratamiento para el cáncer de pene localizado, Hospital Juárez de México. *Rev Mex Urol* 76: 182-188.