

Cáncer de pene: presentación de un caso

Penis cancer: a case presentation

**Dr. Jorge Cesar Pedroso Delgado^I; Dr. Jorge Agustín Cervantes Seguí^{II};
Dra. Lourdes Gómez García^{III}; Dra. Rita Hernández Rodríguez^{IV}**

I. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Máster en Urgencias Médicas. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

jcesarpd@finlay.cmw.sld.cu

II. Especialista de I Grado en Urología. Profesor Instructor. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

III. Especialista de I Grado Medicina General Integral. Profesora Asistente. Máster en Educación Medica Superior. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

IV. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Policlínico Universitario Tula Aguilera. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el carcinoma epidermoide es una neoplasia poco frecuente en el pene, que por su localización trae como consecuencias serias afectaciones de la calidad de vida de los pacientes, ocasiona daños tanto físicos, psíquicos como sexuales, por lo que su prevención resulta muy importante. Su causa es multifactorial, las infecciones por papiloma virus humano, así como una inadecuada higiene del pene, favorecen la formación de este tumor. **Caso clínico:** paciente masculino de 52 años de edad, color de la piel negra, residente en Jeremie, república de Haití, que acudió a consulta de medicina interna por presentar lesión en la piel del pene de cuatro años de evolución, refirió el comienzo de la enfermedad con un "granito" que inicialmente fue diagnosticado y tratado como un condiloma acuminado, al no notar mejoría abandonó el tratamiento y la lesión continuó aumentando de tamaño, se acompañaba de dolor y ardor. Posteriormente apareció una secreción uretral, de color amarillento y mal oliente, recibió tratamiento con ciprofloxacino donde desapareció la misma; pero cuatro meses

después reapareció otra lesión pequeña en el cuerpo del pene, la cual creció rápidamente de forma exfoliaría, acompañada de secreción purulenta por la uretra y otros signos importantes de sepsis, por tal motivo recibió tratamiento con antimicrobianos , una vez que se controló la infección local del pene se tomaron las muestras para el estudio histológico. **Conclusiones:** se recibió informe del estudio histopatológico donde se confirmó la sospecha clínica de carcinoma epidermoide del pene; por demora en el diagnóstico y una evolución tórpida, el tratamiento definitivo consistió en la exéresis quirúrgica total del miembro con linfadenectomía regional.

DeCS: NEOPLASIAS DEL PENE/diagnóstico; CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS; PAPILOMA VIRUS HUMANO 6; INFORMES DE CASO.

ABSTRACT

Introduction: epidermoid carcinoma is an infrequent neoplasia of penis that because of its localization has serious consequences in the quality of life of patients causing either physical, psychical as sexual damage that is why its prevention is so important. It has multifactorial cause; infections by human papilloma virus, as well as an inadequate hygiene of penis favor the formation of this tumor. **Clinical case:** a 52 years old, black race, male patient, resident in Jeremie, Republic of Haiti, came to the internal medicine consultation with a skin lesion in the penis of 4 years of evolution which started as a small "pimple" initially diagnosed and treated as a condyloma acuminatum. The patient abandoned treatment after no improvement, and the lesion continued growing accompanied by pain and burning. Later a yellowish fetid urethral secretion appeared. He was treated with ciprofloxacin and the lesion disappeared. But 4 months later another lesion in the body of penis appeared, growing quickly accompanied by purulent secretion through the urethra as well as other relevant signs. Due to this, the patient was treated with antimicrobials. Once the local infections of penis were under control, samples for a further histological study were collected. **Conclusions:** a diagnosis of epidermoid carcinoma was confirmed on the basis of the histopathological study. A late diagnosis and a torpid evolution caused the total surgical exeresis of penis with regional lymphadenectomy as definitive treatment.

DeCS: PENILE NEOPLASMS/diagnosis; CARCINOMA, SQUAMOUS CELL; HUMAN PAPILOMA VIRUS 6; CASE REPORTS.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es una enfermedad que se presenta en hombres de aproximadamente 50 años de edad y representa del 2 al 5% de los tumores urogenitales masculinos, pero su incidencia es muy variable, en algunos países puede llegar al 10 % de las enfermedades malignas masculinas.¹⁻³ Dentro de los factores predisponentes existe una relación directa entre la aparición de esta enfermedad con factores irritativos y carcinogénicos que existen en el esmegma. La fimosis es un factor condicionante ya que impide una adecuada higiene, con aumento del tiempo de exposición al esmegma. La incidencia en distintos países estaría dada por un factor cultural y económico que condicionará una adecuada limpieza de los genitales.⁴⁻⁶

Hay estudios que demuestran que en un alto porcentaje de los tumores de pene, coexiste la infección por Papiloma Venéreo Humano (PVH) genotipo 16/18, se reportan casos también con genotipo 31/35 donde se detecta la presencia de PVH en el 80 % de los tumores primarios y en el 50 % de las adenopatías. Para diagnosticar la infección por PVH, es necesario identificar el ADN viral en las lesiones neoplásicas, estos estudios son altamente costosos. Los métodos de hibridación más sensibles como el: Southern-Blot y la reacción en cadena de la polimerasa, son los más apropiados.⁷⁻⁸ El pene es un órgano recubierto por piel y la enfermedad tumoral se desarrolla a partir de dicho epitelio, por lo tanto el 96 % son de estirpe epitelial (escamosos). El 4 % restante se reparte en baso celulares, melanomas, sarcoma de Kaposi (enfermedad que aumenta su incidencia desde la aparición del SIDA) y en tumores secundarios a leucemias o linfomas.⁹ El cáncer de pene se presenta como una lesión visible a nivel del glande siempre que el prepucio pueda rebatirse; de no ser así la lesión puede palparse a través de él como una zona irregular y endurecida, en ocasiones ulcera, y perfora el prepucio exteriorizándose. Es una lesión ulcero vegetante, a veces sangrante, que habitualmente se infecta produce un olor fétido y se acompaña de dolor. La progresión de la enfermedad es regional por lo que es común encontrar adenopatías inguinales, unilaterales o bilaterales que en ocasiones se presentan como formaciones únicas y móviles, en otras se ven como grandes masas fijas, adheridas a planos profundos ulceradas y supuradas.¹⁰

El tratamiento se inicia por el tumor primario y depende de su estadiamiento, la circuncisión o la ablación con láser pueden resultar eficaces en las lesiones iniciales, pero la penectomía total con linfadenectomía ilioinguinal, es necesaria en las lesiones mayores. La penectomía parcial resulta adecuada, si el tumor se puede reseca por completo con márgenes adecuados, donde se deja un muñón peneano

que permite la micción y la función sexual. La importancia de la radioterapia se discute y la quimioterapia obtiene un éxito limitado en casos avanzados. ¹¹

CASO CLÍNICO

Paciente de piel negra, masculino, de 52 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y de lesiones en el pene. Acudió a la consulta de medicina interna por presentar lesiones vegetantes en el pene desde hace aproximadamente cuatro años de evolución, localizadas fundamentalmente en el cuerpo del pene, las cuales aumentaban de tamaño rápidamente en los últimos cuatro meses. Refirió que dos años atrás fue valorado y le diagnosticaron un condiloma acuminado, que después de iniciar un tratamiento que no pudo precisar lo abandonó al no apreciar mejoría. Posteriormente apareció una secreción uretral, de color amarillento y mal oliente, se le indicó tratamiento con ciprofloxacino (500mg) una tableta cada 12 h por diez días, la misma desapareció, pero tres meses después reapareció una lesión pequeña en el prepucio, la cual creció rápidamente de forma exfoliaría acompañada de vesículas, que interesaba la zona del cuerpo del pene, luego fue agrandándose y posteriormente se rompió dejando salir una colección purulenta, negruzca y fétida. Se ingresó en la sala de medicina del hospital Saint Antoine ,recibió tratamiento para el control de la sepsis con ceftriaxona 1gr intravenoso dos veces por día, durante diez días y metronidazol 1 frasco (250 mg) cada ocho horas por siete días; en breve periodo de tiempo aparecieron abultamientos tumorales de aproximadamente 4 cm redondeados, en porción superior, inferior y laterales del pene, con tendencia a confluir, algunas con abertura al exterior con drenaje de secreción purulenta, edema del pene y signos flogísticos localizados alrededor de las lesiones, que se interpretaron como micro abscesos ulcerados; se confirmó la salida de secreción purulenta por el glande, así como por la lesión vegetante dorso lateral del pene, donde se apreció además la salida de orina. Se valoró en conjunto con dermatología y urología, donde se planteó clínicamente un carcinoma epidermoide de pene. Una vez controlada la infección se realizó biopsia del tumor; el resultado confirmó la sospecha clínica de carcinoma epidermoide del pene. El tratamiento definitivo, previo consentimiento del paciente, consistió en la exéresis quirúrgica total del miembro con linfadenectomía regional.

Examen Físico

Mucosa conjuntival: húmedas y normo coloreadas

Tejido celular sub cutáneo: infiltrado en los genitales externos.

Piel y mucosas de los genitales externos: edematosa con lesiones ulceradas en placa, de bordes irregulares, bien definidos, elevados, duros, cortados en sacabocado acompañados de lesiones vegetantes en glande, prepucio y secreción purulenta. Figura 1

Aparato respiratorio: murmullo vesicular audible, no estertores. Frecuencia respiratoria 22x min.

Aparato cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos y bien golpeados, no soplos, tensión arterial 130/90mmhg.

Abdomen: blando, depresible, doloroso en hipogastrio, no viceromegalias ni tumoraciones.

Sistema nervioso central: paciente que se muestra consiente, orientado en tiempo, espacio y persona, no déficit motor ni signos meníngeos.

Exámenes complementarios

Hematocrito 0,44 L/L. eritrosedimentación 90 mm /h. hemograma con diferencial: leucocitos $10,8 \times 10^9/L$; polimorfonuclear neutrófilo 0,80%; linfocitos 0,15%; monocitos 0,04%; mielocitos 0,01%. Glucemia 4,4 mmol/L. creatinina $84,9\mu\text{mol/L}$. alanina aminotransferasa 29,4 Uds I/L; coagulo grama: coagulación 6 min, sangramiento 1 min, coágulo retráctil, plaquetas $170 \times 10^9/L$. lipidograma prueba de frío: transparente. Antígeno de superficie hepatitis B: no reactivo; serología para treponema pálido: no reactiva; serología VIH: no reactiva; Uro cultivo: escherichia coli más de 100 mil colonias; exudado y cultivo de secreciones uretrales: estafilococo coagulasa negativo; Rx de tórax: no lesiones pleuropulmonares; Ultrasonido abdominal: hígado, riñón derecho, vesícula, páncreas, riñón izquierdo y bazo normal. Vejiga normal. La pared mide 0,4 cm. Próstata que mide por vía anterior: 3,4 x 2,6 x 3,9 cm; de estructura homogénea con un volumen de 2,74cm.

Estudio histopatológico: se observó infiltración de células indiferenciadas en la dermis, donde se corroboró el diagnóstico de carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, no queratinizante, infiltrante y ulcerado. (Figura 1)



Figura 1. Piel y mucosas de los genitales externos: se observa edematosa con lesiones ulceradas en placa, de bordes irregulares, bien definidas, elevadas, duras, cortada en sacabocado acompañados de lesiones vegetantes en glande y el cuerpo del pene con secreción purulenta y fétida.

DISCUSIÓN

El tiempo transcurrido es lo que más preocupa desde que se iniciaron las lesiones y la demora en recibir una correcta atención médica, además de los diagnósticos erróneos a que fue sujeto el paciente, lo que repercutió de forma adversa en su salud. El pronóstico en estos casos depende del grado de diferenciación del tumor; donde son más lentos en su evolución los procesos más diferenciados.¹¹

Una adecuada higiene personal de los genitales, la corrección quirúrgica de la fimosis, vida sexual estable y el estímulo a la consulta médica para identificar precozmente el proceso, constituyen los pilares preventivos que marcaran la diferencia y el desenlace en esta enfermedad.^{3,12} Estas lesiones que se encontraron en el pene tal como se describe en la literatura revisada son infrecuentes. Todo es consecuencia de una larga evolución de la enfermedad en el momento del diagnóstico.¹⁰⁻¹²

Este caso se acompañó de complicaciones sépticas como es habitual en estos tumores y no se encontró metástasis a distancia a pesar de lo avanzado de la enfermedad. Las características del tumor, obligó a tomar una conducta terapéutica agresiva y mutilante para el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González JL, Piñeiro TP, Romo EM, Fernández DK, Guzmán LD. Carcinoma epidermoide de pene. Rev Cub Urologia. 2006; 12(5):23-9.
2. Pow-Sang MT, Benavente VS, Morante CM, Meza LF, Destefano VT. Carcinoma epidermoide de pene: Estudio retrospectivo en pacientes sometidos a disección ilioinguinocrural bilateral. Rev Peruana de Urol. 2004; 14(9):12-5.
3. Vasallo JA, Barrios LE. Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer; 2003.
4. Santos DM, Fernández JM, De Castro BF, Vergara FC, Cortés KI. Análisis epidemiológico del carcinoma epidermoide de pene en un área sanitaria de 9, 000 habitantes. Rev Esp Urol. 2005; 58(9):898-902.
5. Misiara AE, Ruiz HI, Vásquez JN. Carcinoma epidermoide de pene. Rev méd electrón [serie en Internet]. 2009 [citado 12 sept 2009]; 31(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol5%202009/tema16.htm>.
6. Cotran SR, Kumar VG, Collins TF. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ta ed. Madrid: Contax; 2000.
7. Shapley WV, Kentfield SA, Kasperzyk JL, Stampfer MJ, Sanda MG, Chan JM, et al. Prospective study of determinants and outcomes of deferred treatment or watchful waiting among men with prostate cancer in a nationwide cohort. J Clin Oncol [serie en Internet]. 2009; [citado 13 oct 2010]; 27(30):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/noticias/boletín/101309.9>.
8. Parkin DM. The global health burden of infection-associated cancers in the year 2002. Int J Can [serie en Internet]. 2006 [citado 23 sep 2010]; 118(43):[aprox. 14 p.]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/virus_del_papiloma_humano.
9. Merglen RA, Schmidlin VF, Fioretta QG, Verkooijen HM, Rapiti KE, Zanetti RC, et al. Short- and long-term mortality with localized prostate cancer. Arch Intern Med [serie en Internet]. 2007 [citado 29 oct 2010]; 167(18):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/VPH-respuestas>.
10. Schiffman MP, Castle PE, Gerónimo JH, Rodríguez AO, Wacholder SF. Human papillomavirus and cervical cancer. The Lancet [serie en Internet]. 2007 [citado

12 oct 2010]; 370(32):[aprox. 7 p.]. Disponible en:
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/hojas-informativas/VPH-respuestas>

11. Moreira MP, Pérez AL, Colomé ME. Condiloma gigante inguinal (tumor de buscheke lowenstein) con aspecto clínico de carcinoma escamoso. Rev Cub Med Trop. 2000; 52(1):70-2.
12. Lowy DR, Shiller JT. Prophylactic human papillomavirus vaccines. J Clin Invest [serie en internet]. 2006 [citado 8 oct 2010]; 116(5): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/virus_del_papiloma_humano.

Recibido: 26 de octubre de 2011

Aprobado: 19 de enero de 2011

Dr. Jorge Cesar Pedroso Delgado. Email: jcesarpd@finlay.cmw.sld.cu