

Presentaciones de casos

Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Joaquín Albarrán»

De una fimosis a la amputación total del pene

Dra. Lourdes Santana Sarrhy,¹ Dr. Reynel Cinta Alejo² y Jackeline Arancely Yancán Lligua³

RESUMEN

El caso que presentamos es el de un paciente de 53 años que, al no tratarse adecuadamente una fimosis, presentó un carcinoma epidermoide de pene y fue necesario realizar una amputación total de este órgano. Es sabido que en la actualidad ese tipo de enfermedad es prevenible y que su aparición se debe a una higiene genital inadecuada relacionada con la presencia de fimosis o prepucio redundante.

Palabras clave: Fimosis, amputación total de pene, carcinoma epidermoide de pene.

El cáncer de pene se presenta principalmente entre las edades de 40 a 60 años, con mayor frecuencia en el decenio de los cincuenta.¹ Su variedad predominante es el carcinoma de células escamosas, el cual representa aproximadamente el 1,25 % de todos los tumores malignos del hombre y el 2 % de los tumores del aparato genitourinario.² Se considera que su incidencia es variable y puede llegar hasta un 10 a 20 % en áreas como África y América del Sur.³

El único factor etiológico conectado reiteradamente con el carcinoma de pene es la mala higiene de los genitales, que en muchas ocasiones está relacionada con una fimosis o prepucio redundante. La presencia de fimosis dificulta o impide la higiene correcta del pene, lo que provoca inflamación e infección recurrente del prepucio y el glande. La irritación crónica es causada por el esmegma que se acumula debajo del prepucio, en el

surco balanoprepucial.² También se ha sugerido una etiología viral como resultado de la interrelación de este tumor con el carcinoma cervicouterino.^{1,2}

La estadificación de la enfermedad se realiza según la clasificación TNM del *Cancer American Join Comitte*. [Dr. Juan Carlos Ampié Martínez: Comportamiento clínico epidemiológico del cáncer de pene en pacientes del servicio de Urología del Healf, Heodra, enero 1999 - diciembre 2004 [informe final de investigación para optar al título de especialista en urología] Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua: Facultad de Medicina Unan Managua; 2004]. Cuando se diagnostica precozmente (en etapa I) el cáncer de pene por lo general es curable. La posibilidad de curación disminuye de manera importante en las etapas II, III y IV.^{4,5}

Entre los tratamientos contamos con la cirugía, radioterapia y quimioterapia, pero la mayor eficacia se consigue con la aplicación combinada de todas ellas. La selección del tratamiento dependerá del tamaño, ubicación, extensión y etapa en que se encuentre el tumor,⁵ pero el manejo primario es quirúrgico.^{3,6}

En este trabajo presentamos un caso de cáncer de pene en un adulto, que requirió amputación total del órgano.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente B. G. S., de 53 años de edad, con historia clínica 073080, que presentó antecedentes de alcoholismo y de una fimosis adquirida hace aproximadamente 20 años. En consecuencia padeció cuadros repetidos de balanopostitis desde hace más o menos 2 años.

Hace 5 meses comenzó a presentar una inflamación del pene que fue empeorando con el tiempo y se acompañó de orinas fétidas ocasionales, algunas veces con sangre. El paciente fue valorado por consulta externa de urología, en su área de salud, y fue remitido a nuestro centro, donde se confirma la presencia de una fimosis adquirida, pero no se precisó la presencia de alguna lesión del pene. Se decide el tratamiento quirúrgico (circuncisión), el cual no se realiza porque el paciente no asiste y, cuando lo hace, ya presenta úlceras en la porción proximal del prepucio, con secreción purulenta fétida a través del anillo prepucial. Se palpa una induración en la zona anterior, lo que hace sospechar la presencia de una posible lesión maligna. Se decide su ingreso de urgencia para realizar tratamiento antimicrobiano y posteriormente proceder a la cirugía. Se lleva al quirófano y se realiza biopsia de la lesión del prepucio (B06-500), la cual informa un carcinoma epidermoide bien diferenciado, infiltrante, queratinizante y ulcerado (figura 1).



Figura 1. *Muestra para estudio anatomopatológico.*

Se realizan los exámenes complementarios siguientes:

- estudios hemoquímicos: hemoglobina: 14,2 g/L; leucograma: 11×10^6 ; velocidad de sedimentación globular: 10 mm;
- ultrasonido abdominal: negativo;
- gammagrafía ósea: negativa;
- tomografía axial computadorizada de abdomen y pelvis: negativa;
- rayos X de tórax: negativo;
- se estadía la lesión como T2N0M0.

Con este diagnóstico y previo consentimiento informado del paciente se realiza la amputación total del pene con uretrotomía perineal (figuras 2 y 3).

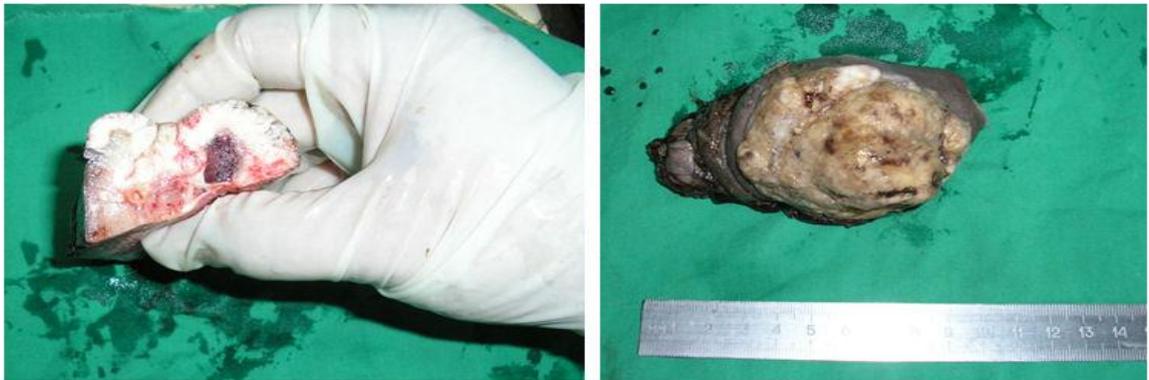


Figura 2. *Pieza anatómica.*

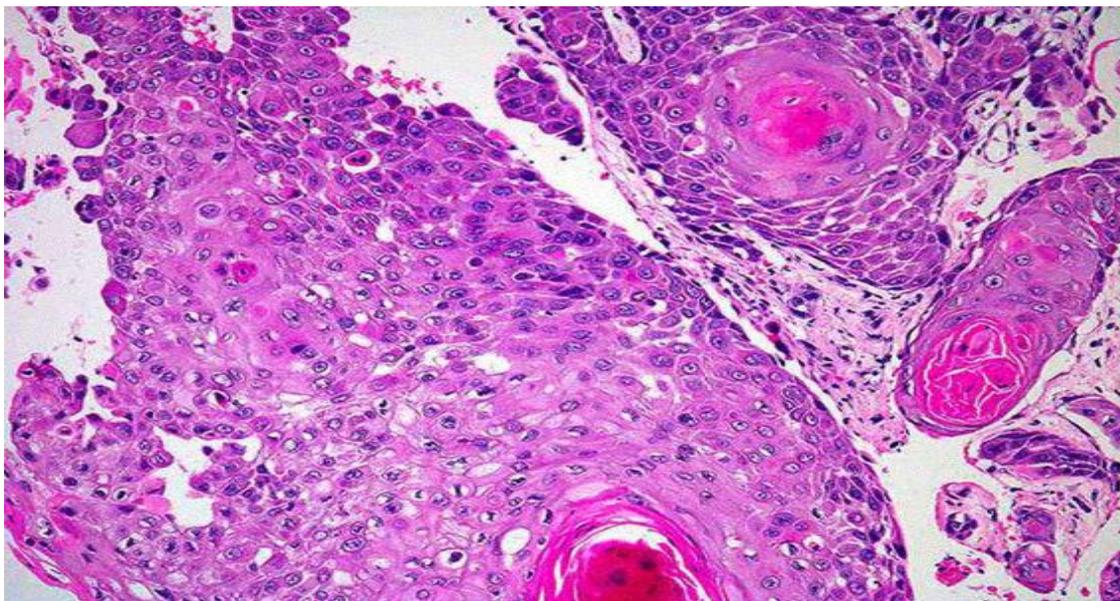


Figura 3. *Carcinoma epidermoide bien diferenciado infiltrante, queratinizante y ulcerado.*

El resultado del análisis histológico de la pieza fue: carcinoma escamoso de células grandes, queratinizante, infiltrante hasta muy cerca de los cuerpos cavernosos, con presencia de nódulos centinelas.

En la actualidad el paciente se encuentra bajo tratamiento con quimioterapia (bleomicina 15 mg, 2 veces por semana) y radioterapia pélvica.

DISCUSIÓN

El pene es un órgano recubierto por piel y la patología tumoral se desarrolla a partir de dicho epitelio, por lo cual el 96 % de los tumores son de estirpe epitelial (escamosos), mientras que el 4 % restante se reparte entre basocelulares, melanomas, sarcoma de Kaposi (patología que ha aumentado su incidencia desde la aparición del SIDA), y en tumores secundarios a leucemias o linfomas.¹ En nuestro caso, el resultado histológico obtenido correspondió con el 96 % antes mencionado, por tratarse de un carcinoma epidermoide de células grandes. El cáncer de pene se inicia como una pequeña lesión, la cual se extiende gradualmente y llega a comprometer todo el órgano. La lesión puede ser papilar, exofítica o plana, y en ocasiones presentar ulceraciones. De no ser tratada adecuadamente puede ocurrir la autoamputación como resultado tardío.³

Su etiología está basada en la irritación crónica producida por el esmegma que se acumula debajo del prepucio, en el surco balanoprepucial, en hombres en los que la presencia de

fimosis dificulta o impide la higiene correcta del pene, lo que provoca inflamación e infección recurrente del prepucio y el glande.²

En etnias en las que se practica la circuncisión ritual a temprana edad no existe cáncer de pene, como es el caso de la población judía. Es dudosa la relación etiopatogénica entre el herpes genital, enfermedades venéreas y este tumor, pero hay estudios que demuestran que en un alto porcentaje de tumores de pene coexiste la lesión con infección por papiloma venéreo humano (HPV) tipo 16-18. Se han constatado la presencia de HPV en el 80 % de los tumores primarios y en el 50 % de las adenopatías.^{3,6} El caso que nos ocupa presentaba una fimosis de larga data, con historia de reiterados procesos sépticos a nivel del prepucio y surco balonoprepucial.

La lesión puede aparecer como un área de induración o eritema, una úlcera, pequeño nódulo o un crecimiento exofítico a nivel del glande, siempre que este pueda descubrirse.¹ Nuestro paciente presentaba una fimosis que ocultaba la lesión, lo cual ocasionó un retraso en la búsqueda de atención médica. De hecho, entre el 15 y el 50 % de los pacientes tardan por lo menos un año en buscar ayuda.³

En los estadios avanzados el paciente presentará los síntomas de todo enfermo con cáncer: astenia, anorexia, pérdida de peso y toma del estado general.¹

La progresión de la enfermedad es local inicialmente, aunque debido a la sepsis sobreañadida pueden aparecer adenopatías inguinales unilaterales o bilaterales, móviles, dolorosas, bien delimitadas y no adheridas a los planos profundos. Cuando el proceso avanza aparecen adenopatías metastásicas por infiltración regional, que se observan como grandes masas fijas, adheridas a planos profundos, que pueden ulcerarse y supurar y se acompañan de linfedema de miembros inferiores y genitales. En estadios avanzados pueden agregarse síntomas producto de las metástasis a distancia, que aparecen tardíamente.⁶

El diagnóstico presuntivo se basa en la aplicación del método clínico con el cuadro ya expuesto, pues el diagnóstico de certeza lo da la biopsia.^{1,3,6}

Una vez obtenido el diagnóstico positivo debemos precisar en que estadio se encuentra la enfermedad. Para esto contamos actualmente con estudios imaginológicos como la ultrasonografía abdominal, la tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada, y la resonancia magnética nuclear (RMN).^{1,6} Este fue el proceder seguido por nosotros con nuestro paciente. Ocasionalmente se puede ordenar una linfangiografía, aunque hoy se recomienda extraer muestra de ganglios linfáticos inguinales para estudios histopatológicos.

En dependencia de la etapa en que se encuentre la enfermedad, contamos con diversas alternativas terapéuticas.⁷ En la *etapa I* (curable) las opciones de tratamiento son:

1. cuando las lesiones están limitadas al prepucio la terapia adecuada de control es la escisión local amplia con circuncisión;
2. en el caso de carcinoma *in situ* del glande (también denominado eritroplasia de Queyrat o enfermedad de Bowen), con o sin complicación de piel adyacente, las opciones terapéuticas son:⁸

- aplicaciones locales de crema de fluorouracilo,
 - cirugía controlada microscópicamente;
3. en el caso de infiltración tumoral del glande, con o sin complicación de la piel adyacente, la elección de terapia es determinada por el tamaño del tumor, nivel de infiltración y grado de destrucción de tejido normal por el tumor; las opciones terapéuticas equivalentes son:^{5,6,8}
- amputación del glande parcial o total,
 - irradiación (haz externo, braquiterapia),
 - cirugía controlada microscópicamente.

El cáncer de pene en *etapa II* se trata con mayor frecuencia mediante amputación de pene, para obtener el control local. Dependiendo del grado y ubicación de la lesión, la amputación será parcial, total o radical. Después de la cirugía se realiza tratamiento con radioterapia y quimioterapia.^{7,8,9}

Dadas las características de la lesión presentadas por el paciente objeto de estudio, nuestro colectivo decidió utilizar las opciones terapéuticas descritas en esta etapa, que aunque mutilantes, pueden lograr la cura de la enfermedad.

Las opciones de tratamiento en la *etapa III* son:

1. cuando la metástasis a un ganglio linfático es clínicamente evidente, sin certeza de propagación, la indicación es la disección bilateral de los ganglios linfáticos inguinales después de la amputación del pene;¹⁰
2. puede ser considerada la radioterapia como una alternativa a la disección de los ganglios linfáticos;
3. la irradiación posoperatoria puede reducir la incidencia de recidivas inguinales.

En la etapa III está indicada la amputación total del órgano y linfadenectomía inguinal bilateral. Las adenopatías inguinales en estos pacientes son comunes, aunque pueden estar relacionadas con la infección más que con el proceso tumoral. Si se palpan ganglios linfáticos agrandados después de la remoción de la lesión primaria infectada, debemos aplicar terapéutica antimicrobiana antes de instaurar algún proceder quirúrgico.

En casos de metástasis comprobada a ganglios linfáticos inguinales sin evidencia de propagación a distancia, la disección bilateral inguinal es el tratamiento de elección.^{6,7,9}

Opciones de tratamiento estándar en la *etapa IV*:

1. Puede considerarse cirugía paliativa para controlar la lesión local y aún para prevenir la necrosis, infección y hemorragia que pueden resultar del descuido de una adenopatía regional.
2. La irradiación puede ser paliativa para el tumor primario, para las adenopatías regionales y para las metástasis óseas.

No hay un tratamiento estándar que sea curativo para los pacientes con cáncer de pene en etapa IV. La terapia se dirige hacia la paliación, que puede lograrse con cirugía o radioterapia.

La enfermedad local recidivante o recurrente puede ser tratada con cirugía o radioterapia. Los pacientes que no obtienen resultados con irradiación como tratamiento inicial a menudo pueden recuperarse por medio de amputación del pene. Los pacientes con recidivas ganglionares que no son controlables por medidas locales pueden formar parte de ensayos clínicos de fase I y II, que evalúan nuevos productos biológicos y agentes quimioterapéuticos.¹⁰

Conclusiones

- La causa que originó la presencia del carcinoma de pene en este caso fue la mala higiene de los genitales relacionada con una fimosis.
- La conducta definitiva dependió del estadio en que se encontraba la enfermedad y consistió en ablación quirúrgica y posteriormente quimioterapia.

SUMMARY

The case of a 53 years-old patient, who did not look for adequate treatment for phimosis and developed epidermoid carcinoma of the penis leading to the total amputation of this organ, was presented in this paper. It is known that this type of disease is preventable at present and that it occurs due to phimosis or redundant foreskin-related poor genital hygiene.

Key words: phimosis, total amputation of the penis, epidermoid carcinoma of the penis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz Mayayo E, Rodríguez-Patrón Rodríguez R, Gómez García I, García Ortells D, García navas RD, García González R. Recidiva tardía de carcinoma epidermoide de pene, Actas Urol Esp. 2003;27(10).
2. Portilla R., Valverde M., Morales JC. Urología. 2da ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1990. Pp.104-106.
3. Cambell M. Urology. 2da Ed. Philadelphia: Saunders; 2004. Pp. 1680-1711.
4. Herr HH, Fuks Z, Scher HI. Cancer of the urethra and penis. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., 1997. Pp.1386-1395.

5. Chao KS, Perez CA. Penis and male urethra. In: Perez CA, Brady LW, eds: Principles and Practice of Radiation Oncology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers, 3rd Edition; 1998. Pp. 1717-1732.
6. Lynch DF, Schellhammer PF. Tumors of the penis. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et al., eds.: Campbell's Urology. 7th ed., Philadelphia: W.B. Saunders; 1998. Pp. 2453-2478.
7. Bustamante Sigarroa N, García Jardó M, Salazar Campos C, Bustamante Salazar N, Ordaz Fuentes Y, Lizo EM.. Cáncer de Primario Pene en la Población Xhosa de Transkei, África del Sur. VII Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica; I congreso de Preparación Virtual en Internet. Suráfrica, 1 al 31 de octubre 2005. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/presentacion.asp>
8. McLean M, Akl AM, Warde P. The results of primary radiation therapy in the management of squamous cell carcinoma of the penis. Int J Rad Oncol, Biol, Physics. 2003;25(4):623-628.
9. Theodorescu D, Russo P, Zhang ZF. Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative nodes. J Urol. 1996;155(5):1626-1631.
10. Lindegaard JC, Nielsen OS, Lundbeck FA. A retrospective analysis of 82 cases of cancer of the penis. British Journal of Urology. 1996;77(6):883-890.

Recibido: 2 de febrero de 2007. Aprobado: 15 de abril de 2007.

Dra. Lourdes Santana Sarrhy. Calle 17 núm. 7613, Apto. 1, Playa. La Habana, Cuba.

Correo electrónico: lsantana@infomed.sld.cu

1 Especialista de I Grado en Urología. Profesor Asistente.

2 Especialista de I Grado en Urología.

3 Alumna de 5to. año de Medicina. Alumna Ayudante de Urología.