

Carcinoma epidermoide de pene

HOSPITAL PROVINCIAL CLÍNICO-QUIRÚRGICO DOCENTE DR. JOSÉ RAMÓN LÓPEZ TABRANE. MATANZAS.

Revista Médica Electrónica 2009; 31 (5)

Carcinoma epidermoide de pene.
Penis epidermoidal carcinoma.

AUTORES:

Dr. Alfredo Ediel Misiara Álvarez. (1)

Dr. Ihosvany Ruiz Hernández. (2)

Dr. José Francisco Vázquez Hurtado. (3)

Dra. Naybé Misiara Álvarez. (4)

1) Especialista I Grado Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas

(2) Especialista de II Grado Medicina Interna. Profesor Auxiliar. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas

(3) Especialista de I Grado Medicina General Integral. Residente Medicina Interna. Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Dr. José Ramón López Tabrane. Matanzas

(4) Especialista de I Grado Ginecobstetricia. Profesora Instructora. Hospital Clínico Quirúrgico Territorial Iluminado Rodríguez. Jagüey Grande.

RESUMEN

Se trata de un adulto, blanco, masculino, de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial, y lesiones en el pene desde hace aproximadamente más de veinte años, las cuales fueron aumentando en tamaño, variando su localización. Hace dos años se valoró como un condiloma acuminado, pero no llevó tratamiento. Se valora en nuestro hospital porque veinte días atrás las lesiones tomaron aspecto tumoral, comenzaron a abscedarse, ulcerarse. Se valoró el caso en conjunto con Dermatología, Urología. Después de varios tratamientos antibióticos se logró biopsiar la lesión. El caso es interesante por lo infrecuente de la localización de las lesiones en nuestro paciente y el grado de avance de la enfermedad.

DeCS

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/diagnóstico

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS/epidemiología

NEOPLASIAS DEL PENE/diagnóstico

NEOPLASIAS DEL PENE/epidemiología

NEOPLASIAS DEL PENE/cirugía

AMPUTACIÓN/métodos

INFORMES DE CASOS

HUMANOS

MASCULINO

MEDIANA EDAD

INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es una entidad 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, pudiendo en algunos países llegar al 10% de las patologías malignas masculinas. (1-3)

Dentro de los factores predisponentes existe una relación directa entre la aparición de esta patología con factores irritativos y carcinogénicos que existen en el esmegma y que no han sido identificados todavía.

La fimosis es un factor condicionante de esta patología dado que recrea escasas posibilidades de higiene, con aumento del tiempo de exposición al esmegma.

Siendo los hábitos higiénicos determinantes en la presencia de dicha enfermedad, la variada incidencia en distintos países estaría dada por el factor cultural y económico que condicionará distintas condiciones de higiene. (4-8)

Hay estudios que demuestran que en un alto porcentaje de tumores de pene coexiste la lesión con infección por Papiloma Venéreo Humano (HPV) genotipo 16/18, se han reportado casos también con genotipo 31/35 detectándose incluso la presencia de HPV en el 80% de los tumores primarios y en el 50% de las adenopatías. (9-11)

La incidencia mayor del cáncer cérvico uterino en las parejas de varones con carcinoma de pene sugirió que pudieran tener una etiología común detectándose más recientemente la presencia de virus papiloma humano. Aunque los genotipos 16/18 son los de mayor capacidad oncogénica, también parecen tenerla los genotipos 31/35, 54 y otros en menor medida(12-5), estando esta relacionada con la integración de los mismos en el ácido desoxirribonucleico (ADN) celular. Esta integración se produce tras la disrupción de los genes virales E1 y E2, con eliminación de la expresión de este último, lo que a su vez condiciona una desregulación de la expresión de los genes E6 y E7 que codificarían una transformación funcional maligna. (16)

Para diagnosticar la infección por Virus del Papiloma Humano (VPH), 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 (PCR) parecen ser los más apropiados. (17)

El pene es un órgano recubierto por piel y la patología tumoral se desarrolla a partir de dicho epitelio, por lo tanto el 96% son de estirpe epitelial (escamosos). El 4% restante se reparte en basocelulares, melanomas, sarcoma de Kaposi (patología que ha aumentado su incidencia desde la aparición del SIDA), y en tumores secundarios a leucemias o linfomas.

Existen enfermedades consideradas como preneoplásicas, que a pesar de ser benignas, tienden a transformarse si se las deja libradas a su evolución natural, como la leucoplasia, eritroplasia de queyrat, enfermedad de Bowen, enfermedad de Paget, tumor de Buschke Lowenstein.

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, endurecida. En ocasiones ulcera y perfora el prepucio, exteriorizándose hacia el exterior. Es una lesión ulcero vegetante, a veces sangrante, que habitualmente se infecta produciendo un olor fétido. En ocasiones se acompaña de dolor. La progresión de la enfermedad es locorregional y temprana por lo que es común encontrar adenopatías inguinales, unilaterales o bilaterales que en ocasiones se presentan como formaciones únicas, móviles, y en otras se ven como grandes masas, fijas, adheridas a planos profundos, ulceradas y supuradas. Se acompañan con linfedemas de miembros inferiores y genitales. En estadios avanzados pueden agregarse síntomas producto de las metástasis a distancia, que aparecen tardíamente.

La infección acompaña habitualmente a estos tumores, por lo tanto se desarrollan procesos inflamatorios en los ganglios regionales que condicionan la utilización de antibioticoterapia durante 4 a 6 semanas. El cáncer de pene es una enfermedad de evolución locorregional y es muy rara la diseminación a distancia. (4-8)

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, dejando un muñón peneano que permite la micción y la función sexual. La importancia de la radioterapia se discute y la quimioterapia ha obtenido un éxito limitado en casos avanzados. (4-8, 18)

Presentación del caso

Paciente blanco, masculino, de 58 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial y lesiones vegetantes en el pene desde hace aproximadamente más de veinte años, en el glande y cuerpo del pene, las cuales fueron aumentando en tamaño. Hace dos años se valoró como un condiloma acuminado, pero no llevó tratamiento. Se valora en nuestro hospital porque veinte días atrás comienza con una nueva lesión en forma de vesícula pequeña, que interesaba la zona del cuerpo del pene no afectado por el tumor, luego fue agrandándose y posteriormente se rompió dejando salir una colección purulenta, negruzca y fétida. En su evolución en sala aparecieron abultamientos tumorales de aproximadamente 1 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 microabscesos ulcerados o no; se confirmó la salida de secreción purulenta por el glande, así como por la lesión vegetante dorsolateral del pene, donde se confirmó además la salida de orina. Se valoró en conjunto con dermatología y urología, planteándose clínicamente un carcinoma epidermoide de pene. El paciente llevó

varios ciclos de antibióticos con ceftazidima, ciprofloxacina, ampicilín, metronidazol y cloranfenicol, lo cual motivó la larga estadía hospitalaria y el diagnóstico confirmatorio, ya que no se pudo realizar biopsia de las lesiones hasta que no se controló la sepsis.

Examen físico:

Genitales externos: Lesión ulcerada en placa, de bordes irregulares, bien definidos, elevado, duros, cortados en sacabocado, con lesión central mamelonante, localizado en cuerpo del pene, acompañados de lesiones vegetantes en glándula y secreción.

Hemolinfopoyético: No adenopatías inguinocrurales.

Estudios complementarios:

Hematocrito: 0,44

Eritrosedimentación: 90 mm .

Leucograma: $10,8 \times 10^9$

Segmentados: 0,80

Linfocitos: 0,15

Monocitos: 0,04

Mielocitos: 0,01

Glicemia: 4,4 mmol/L

Creatinina: 64,9 mmol/L

TGP: 39,4 Uds/L

Coagulograma:

Coagulación: 6 min

Sangramiento: 1 min

Coágulos retráctil:

Plaquetas: 270×10^9

Lipidograma:

Prueba de frío: transparente

Antígeno de superficie: No reactivo

Serología VDRL: No reactiva

Serología VIH: No reactiva

Urocultivo: Escherichia Coli más de 100 mil colonias.

Exudado y cultivo de secreciones: Estafilococo coagulasa negativo.

Rx de tórax: No lesiones pleuropulmonares.

US abdominal: Hígado, riñón derecho, vesícula, páncreas, riñón izquierdo, 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 2,74 cm³.

US del pene: Lesión principal mide 1,64 cm x 1,53 cm aproximadamente. Al lado de la imagen exofítica se observa una de iguales características que miden 1,24 x 1,44 cm . (De características de imagen compleja).

US de pene evolutivo a los 4 días de tratamiento:

Se observa imagen compleja que mide 1,57 x 0,92 cm , que se concluye como absceso del pene.

Biopsia de lesiones: Carcinoma epidermoide queratinizante, infiltrante, bien resecaado.

Estadía: un mes.

Estadamiento del tumor: T3N0M0.

Conducta terapéutica definitiva: Amputación total.

Para esta publicación se tuvieron en cuenta las normas éticas, se contó con el consentimiento informado del paciente.

DISCUSIÓN

Lo interesante de este caso es que nuestro paciente tiene una presentación clínica con dos lesiones, una de las cuales se encuentra en el glándula como se describe en la literatura y la otra de la cual no hemos encontrado referencia en la bibliografía consultada en la región dorsolateral derecha de los cuerpos cavernosos y esponjoso, con perforación de la uretra y salida al exterior de la orina por los mismos, todo dado por la larga evolución de la enfermedad en el momento del diagnóstico. 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, que obligó a tomar una conducta terapéutica agresiva y mutilante para nuestro paciente.



Fig.No.1 Lesión ulcerada en dorso del pene.



Fig.No2 Se observan los microabcesos en cuerpo del pene con edema asociado. Lesiones vegetantes en glande

CONCLUSIONES

La importancia por la cual hemos traído esta presentación de caso es que muchos estudios implican al VPH en la carcinogénesis femenina (19,20), y aunque la masculina ha recibido menor atención, hay estudios epidemiológicos, clínico-anatomopatológicos, y de hibridación que relacionan los VPH con el carcinoma de pene.

Entre los primeros convendría recordar:

Las parejas de varones con carcinoma de pene tienen mayor incidencia de carcinoma de cérvix, lo que sugiere una etiología común. (10)

Ciertas áreas geográficas presentan un incremento de la incidencia en ambos procesos. (21)
La frecuencia de carcinoma de cervix en mujeres monógamas aumenta si los varones son promiscuos, implicando a los hábitos sexuales del varón en la carcinogénesis femenina. (22,23)

La frecuencia de carcinomas de cervix es cuatro veces superior en mujeres casadas con varones cuya mujer anterior lo ha padecido. (14)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cotran SR, Kumar V, Collins T. Robbins Patología Estructural y Funcional. 6ta ed Madrid: Interamericana; 2000.
2. Larrondo RJM, Hernández LMG, Roca AA, Larrondo RPL. Consideraciones sobre la prevención del Cáncer de piel. Rev Cubana Med Gen Integr. 1996; 12
3. Larrondo RJM, Hernández LMG, González ARA, Larrondo RPL. Lesiones en los genitales externos. Enfoque diagnóstico y conducta que debe seguir el Médico de la Familia. Rev Cubana Med Gen Int. 1998; 14 (1): 4-8.
4. Bedós F, Cibert J. Urología. La terapéutica y sus bases. Barcelona: Espaxs; 1989.
5. Chisholm GD, Fair WR. Fundamentos científicos de la urología. Barcelona: Salvat; 1991
6. Guillenwater G. Adult and Pediatric Urology. Saint Louis: Mosby-YearBook; 1991.
7. Resel LL. V Jornadas Internacionales de Actualización Urológica. Madrid: Reicosa; 1992.
8. Vesalio N. Urología. Madrid: ENE; 1992.
9. Gagnon F. Contribution to the study of the etiology and prevention of cancer of the cervix of the uterus. Am J Obstet Gynecol. 1950; 60: 516-22.
10. Smith PG, Kinlen LJ, White GC, Adelsteis AM, Fox AJ. Mortality of wives of men dying with cancer of the penis. Br J Cancer. 1980; 41: 422-8.
11. Boshart M, Gissman L, Ikenberg H. A new type of papillomavirus DNA: its presence in genital cancer biopsies and in cell lines derived from cervical cancer. Embo J. 1984; 3: 1151-7.
12. Walsh P. Urología. Madrid : Panamericana; 1988.
13. Fukushima M. Histological types of carcinoma of the uterine cervix and the detectability of human papillomavirus DNA. Cancer Res. 1985; 45: 3252-5.
14. McCance DJ .Human papillomavirus types DNA 16 and 118 in carcinomas of the penis from Brazil. Int J Cancer. 1986; 37: 55-9.
15. Favre M, Kremsdorf D, Jablonska S. Two new human papillomavirus types (HPV54 and 55) characterized from genital tumours illustrate the plurallity of genital HPVs. Int J Cancer. 1990; 45: 40-6.
16. Howley PM, Schlegel R. The human papillomaviruses, an overview. Am J Med. 1988; 85: 155-8
17. Caussy D. Evaluation of methods for detecting human papillomavirus deoxyribonucleotide sequences in clinical specimens J Clin Microbiol. 1988; 26: 236-43.
18. OMS. Manual Merck. 10mo ed. Madrid, España: Ediciones Harcourt; 1999.
19. Grussendorf-Conen EI, Ikemberg H, Gissman L. Demonstration of HPV-16 ge-nomes in the nuclei of cervix carcinoma cells. Dermatológica. 1985; 170: 199-201.
20. Fuchs PG, Girardi F, Pfister HG. Human papillomavirus in normal, meta-plastic, preneoplastic and neoplastic epithelia of the cervix uteri. Int J Cancer. 1988; 41: 411-45.
21. Martínez J. Relationship of squa-mous cell carcinoma of the cervix to squamous cell carcinoma of the penis. Cancer. 1969; 24: 777-80.
22. Skegg DC, Corwin DA, Paul C, Doil R. Importance of the male factor in cancer of the cervix. Lancet. 1982; 581-3.
23. Kessler I. Venereal factors in human cervical cáncer. Cancer. 1977; 39: 1912-9.

SUMMARY

It deals with a 58-years-old male, white man, with antecedents of blood hypertension, and increasing lesions in the penis since around 20 years ago, with changing locations. Two years ago it was diagnosed as acuminated condylomas, but it was not treated. The patient attended our hospital because twenty days ago the lesions adopted a tumor like aspect, and began to get abscessed, to ulcerate. The case was evaluated together with Dermatology and Urology. After some antibiotic treatments, it was obtained a biopsy of the lesion. The case is interesting because of the uncommon localization of the lesions in our patient and the increased level of the disease.

MeSH

CARCINOMA, SQUAMOUS CELL/diagnosis
CARCINOMA, SQUAMOUS CELL/epidemiology
PENILE NEOPLASMS/diagnosis
PENILE NEOPLASMS/epidemiology
PENILE NEOPLASMS/surgery
AMPUTATION/methods
CASE REPORTS
HUMANS
MALE
MIDDLE AGED

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Misiara Álvarez AE, Ruiz Hernández I, Vásquez J, Misiara Álvarez N. Carcinoma epidermoide de pene. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(5). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol5%202009/tema9.htm> [consulta: fecha de acceso]