

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DO PÊNIS

Relato de um caso

Dra. Lina Adriana A. Anderson *1

Dr. Guillermo Molero Deniz*2

Dr. Enrique Rodriguez Martinez*3

- 1 - Especialista II Grado en Oncología. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente de Oncología Madame Curie. Camagüey, Cuba.
2 - Especialista I Grado en Oncología. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente de Oncología Madame Curie. Camagüey, Cuba
3 - Especialista I Grado en Oncología. Profesor Asistente. Hospital Provincial Docente de Oncología Madame Curie. Camagüey, Cuba

RESUMEN:

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pene en el mundo tiene una incidencia mundial variable, observándose que es inferior al 1 por 100.000 en Europa y los Estados Unidos; depende también de la raza y la etnia,

En Norteamérica, la incidencia más alta de cáncer de pene se observa en los hispanos blancos (1,01 por 100.000), seguidos de los nativos de Alaska, los indios nativos/americanos (0,77 por 100.000), los negros (0,62 por 100.000) y los blancos no hispanos (0,51 por 100.000) en que prevalece el carcinoma de células escamosas o epidermoides (bien diferenciados). Las metástasis son poco comunes, algunos pacientes comienzan el tratamiento en estadios avanzados, lo que lleva a tener que realizar una cirugía extensa.

Se presenta un caso con diagnóstico de carcinoma de células escamosas de pene apoyado por la clínica y el estudio histopatológico, la evolución pos operatoria decorrió sin complicaciones. El presente trabajo muestra la experiencia en la identificación y diagnóstico de un carcinoma escamoso de pene ya en estadio avanzado, lesiones que suelen diagnosticarse en estadios más tempranos para un mejor pronóstico y tratamiento.

PALABRAS CLAVE:

Carcinoma, células escamosas, tratamiento quirúrgico.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA:

Dra. Lina Adriana A. Anderson

Email: linaadriana.infomed@cmw.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El carcinoma escamoso o epidermoide del pene (CEP) es uno de los tumores malignos menos frecuentes del aparato genitourinario y su tratamiento presenta una serie de controversias. Las diversas lesiones mucocutáneas del pene pueden ser de difícil diagnóstico clínico y a menudo es necesario realizar un estudio histopatológico. La frecuencia del carcinoma epidermoide de pene se relaciona con los hábitos higiénicos, las costumbres culturales y religiosas de los diferentes países.¹ En los países occidentales, el cáncer de pene primario es infrecuente, con una incidencia inferior a 1 por 100.000 varones en Europa y los Estados Unidos.^{1,2} Sin embargo, existen variaciones geográficas notables, de modo que en Europa, se notifica una incidencia mayor de 1 por 100.000 varones.³

La incidencia también depende de la raza y la etnia en Norteamérica, de manera que la incidencia más alta de cáncer de pene se observa en los hispanos blancos (1,01 por 100.000), seguidos de los nativos de Alaska, los indios nativos/americanos (0,77 por 100.000), los negros (0,62 por 100.000) y los blancos no hispanos (0,51 por 100.000).¹

Por el contrario, en el mundo no occidental, la incidencia de cáncer de pene es mucho mayor y puede suponer el 10%-20 % de las neoplasias malignas en los varones, con una incidencia ajustada por la edad que oscila entre 0,7 e 3 por 100.000 en la India y 8,3 por 100.000 varones en Brasil, e incluso mayor en Uganda, donde es el cáncer diagnosticado con mayor frecuencia.^{1,3}

En Estados Unidos, la incidencia global ajustada por la edad disminuyó considerablemente entre 1973 y 2002, desde 0,84 por 100.000 en 1973-1982 a 0,69 por 100.000 en 1983-1992 y 0,58 por 100.000 en 1993-2002.¹

En Europa, la incidencia en los años ochenta y noventa se mantuvo estable o se incrementó muy ligeramente.² La incidencia aumenta con la edad; sin embargo, esta enfermedad se ha descrito en varones jóvenes e incluso en niños en países no occidentales.^{2,3}

Los factores de riesgo más importantes incluyen hábitos socioculturales y prácticas higiénicas o religiosas.⁴

El carcinoma de pene es raro en las comunidades que practican la circuncisión en los recién nacidos o antes de la pubertad (judíos, musulmanes e Ibo de Nigeria).

La circuncisión precoz reduce el riesgo de cáncer del pene en 3-5 veces. La circuncisión en la edad adulta no protege frente al cáncer de pene. En países africanos, asiáticos e iberoamericanos puede presentarse hasta en 10 a 30% del total de los tumores genitourinarios. En Cuba el cáncer de pene ocupa entre 0.3 y 10.4% de las neoplasias genitourinarias en los varones.⁵

La etiología del cáncer de pene (CP) es desconocida; sin embargo, se han hecho observaciones que muy interesantes en cuanto a su modo de aparición. Se ha demostrado que es más frecuente en los individuos que no circuncidados con una higiene pobre. En países donde la religión impone este procedimiento al nacer el niño apenas se observa esta enfermedad, y un ejemplo típico se tiene en los musulmanes y en otras regiones del mundo. Al parecer el factor que influye en estos resultados es el esmegma.⁶

El esmegma es una sustancia carcinógena, en estudios recientes han señalado al papilovirus (HPV) 16 como un posible factor que puede influir en el desarrollo del tumor. El CP se presenta con mayor frecuencia entre la sexta y la séptima décadas de la vida, con un pico entre los 55 y los 58 años.^{2-5,13} Aunque puede presentarse en la cuarta y quinta décadas e, incluso se describe en niños.⁶⁻⁸

El CP se ha relacionado con estratos sociales bajos, económicamente deprimidos o en áreas donde las posibilidades higiénicas son muy limitadas. En cuanto a los factores raciales no hay diferencias destacables.⁶

Se han identificado ciertas lesiones predisponentes tales como: el virus del papiloma humano (VPH), la balanitis pseudoepiteliomatosa queratósica y micéica, la leucoplasia, el cuernocutáneo, el liquen cleroatrófico genital y la balanitis xerótica obliterans, que es un proceso crónico esclerosante que afecta al prepucio y al glande.⁶⁻⁸

Desde el punto de vista clínico, se describe este tumor en el hombre de cualquier edad, se presenta como una lesión exofítica o como una placa o úlcera persistente en

el glande, prepucio o cuerpo del pene, generalmente con poco o ningún dolor.⁹

En ocasiones sangra y a menudo se acompaña de fimosis conganglios linfáticos inguinales palpables, que son histológicamente metastásicos en 30% al 60% al momento de la presentación.⁹

En los estudios citogenético, datos recientes han señalado anomalías cromosómicas clonales numéricas y estructurales, particularmente, pérdidas en cromosomas 13 y en menor extensión en 17, 22 e Y.¹⁰

El tratamiento de elección es quirúrgico: los enfermos con un tumor localizado pueden ser tratados con procedimientos conservadores del glande o del pene.

Si el tumor invade los cuerpos cavernosos o la uretra, se debe realizar penectomía parcial o total.¹¹⁻¹²

Presentamos este caso debido a la baja incidencia de esta patología que generalmente no se presenta en estadios avanzados, a pesar de que el paciente manifestó cambios de parejas frecuentes y sin protección; lo relacionamos con la presencia de infección crónica del papilovirus humano responsable de los cambios en el epitelio de mucosas y piel del aparato genital.

Se hace revisión del tema y presentamos este caso teniendo en cuenta su rápida evolución.

Figura 1: Ulcero infiltrante tumor nodular por todo el cuerpo del pene en el 1/3 medio, lesión que surge sobre la piel que lo recubre e en sanchamiento con protuberancias.



PRESENTACIÓN DEL CASO

En el caso de una piel blanca de 56 años de edad, que es coherente con un gran tumor se observó en el pene de 6 meses evolución que aumentan gradualmente de tamaño, a menudo acompañada por sangrado presentado. Sin antecedentes médicos familiares relevantes y con historial médico personal reportado de ninguna patología significativa, pero un factor de riesgo importante para las células escamosas de pene que se refiere la promiscuidad.

Examen físico: Se observaron lesiones nodulares ulceroinfiltrantes, tumor grande en todo el cuerpo del pene en medio de ellos 1/3 conganglios linfáticos superficial e en la ingle. (Figura 1)

Estudios analíticos: hematología normal.

Los estudios radiológicos: índice cardiotorácico normal. No hay trastornos de la cavidad pleural.

Ecografía abdominal: hígado homogéneo no excede el margen costal, vejiga estimulada, bazo y páncreas normal, ambos riñones no pilocaliectasia de buen tamaño con buen parénquima, no se observan linfadenopatía intra abdominal.

Enfoque terapéutico: se realizó la amputación total del pene con estudio final de la pieza quirúrgica por parafina. (Figura 2)

Figura 2: Penectomía total



Figura 3: Pieza cirúrgica lesión de un carcinoma escamoso en la totalidad del pene afectando cuerpo esponjoso y cuerpo cavernoso.



El post-operatorio transcurrió sin complicaciones; siendo el resultado histopatológico un Carcinoma Epidermoide con invasión del cuerpo cavernoso y esponjoso (T2N2M0- Fase III). (Figura 3)

DISCUSIÓN

El motivo de consulta más frecuente es una lesión en el pene (78%), que puede ser papilar y exofítica de crecimiento verrugoso y progresar a un tumor con necrosis. O bien, como una lesión indolora, plana y ulcerada, con eritema, induración, sangrado e infección secundaria.^{9,13-14}

El tumor puede observarse en el glande (48 a 52%), el prepucio (21%), el glande y el prepucio (9%) o en el surco balano prepucial (6 a 26%); el resto se distribuyen entre el cuerpo del pene y el meato uretral. Una explicación para la frecuencia de estas localizaciones es que el cuerpo del pene y el meato no están tan expuestos al esmegma.^{9,13-14}

La lesión glanular inicial se extiende gradualmente a todo el glande, el cuerpo del pene y los cuerpos cavernosos. Si no se trata, puede evolucionar a una obstrucción uretral, destrucción local conformación de fístulas e incluso a la auto amputación del miembro.⁹

Actualmente para el diagnóstico de cáncer escamocelular del pene, se emplea algunos estudios complementarios según las características y condiciones del paciente, las mismas pueden incluir: biopsias,

radiografías de tórax, ecografía de abdomen y principalmente el examen físico-clínico.

Encuanto a los factores predisponentes, es un hombre joven con antecedentes en su vida promiscuidad, este hecho contrasta con los estudios que asocian infecciones crónicas como las provocadas por el HPV (Papiloma Virus Humano) que esta relacionado con este tipo de cáncer.⁶⁻⁸

La localización de la lesión en cuerpo del pene en su 1/3 medio con adenopatías superficiales en regiones inguinales. En este tipo de casos se presenta tumoración nodular ulceroinfiltrante.

Estudios recientes han demostrado que los pacientes con esta patología en estadio III pueden presentar metástasis ganglionar superficial en este caso se realizo una penectomía total. La intervención más radical (penectomía total) se indica en los tumores que invaden el tercio medio o proximal del cuerpo cavernoso, donde se pueda asegurar un buen margen de sección libre de tumor; la mayoría de los cirujanos está de acuerdo que en los tumores del cuerpo cavernoso que por sugran vascularización pueden desarrollar metástasis ganglionares tempranas (60 % de los casos), en estas circunstancias, hay muchas discusiones encuanto al beneficio de la linfadenectomía.^{11-12,16}

Sin embargo, en los casos de estadios III, con adenopatías, se puede plantear la disección ganglionar pélvica e inguinal del tipo profiláctica, por la frecuencia de metástasis en estas áreas.¹¹ Esta disección ilioinguinal generalmente se acompaña de gran morbilidad (necrosis local, infección, etc). Por lo antes mencionados no se le realizó la disección ganglionar pélvica e inguinal del tipo profiláctica al paciente. El tratamiento quirúrgico de los nódulos linfáticos del paciente con CEP puede llegar a ser complejo y es motivo de controversias.¹¹⁻¹² El sistema TNM es el más aceptado para clasificar el estado del CEP.¹⁴

La ecografía permite valorar la extensión o infiltración a vísceras abdominales y la TAC si existen infiltración a cadenas linfáticas u órganos como la próstata.¹⁵ La baja frecuencia del carcinoma epidermoide del pene (CEP) puede ocasionar retraso en tratamiento.

CONCLUSION

El carcinoma de células escamosas del pene aparece como una lesión exofítica situado principalmente en el glande y el prepucio, que invade lentamente los tejidos subyacentes; en relación con los factores raciales existen

diferencias notables fueron identificados cierta lesiones predisponentes, como el virus del papiloma humano (VPH); en algunos casos, y para la extensión del tumor, la amputación total es el tratamiento de elección que se asocia con la castración.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Giuliano AR. *cancer. UrolOncol* 2007 Sep-Oct;25(5):361-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17826651>
2. ENCR (European Network of Cancer Registries). Eurocim version V2.2 (1999). Lyon, France: IARC, 2001.
3. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Teppo L, Thomas DB (eds). *Cancer VIII*. IARC Scientific Publications. No. 155. Lyon, France: IARC, <http://www.iarc.fr/en/Publications/PDFs-online/Cancer-Epidemiology/Publication-No-155>
4. Misra S, Chaturvedi A, Misra NC. Penile carcinoma: a challenge *Oncol* 2004 Apr;5(4):240-7. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15050955>
5. Giuliano, Anna R [corrected to Giuliano, Anna R]. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *UrolOncol* 2007; 25(5): 361-7; erratum in: *UrolOncol* 2008; 26(1): 112.
6. Mancilla L, Aristizabal D, Tamayo O, Acevedo S, Gonzales Y. Factores de riesgo asociados a la infección con papilomavirus humano tipo 16 en cavidad oral en una población de la ciudad de Cali en 2011. *Ciencia&Salud*. 2012; 1(2):11-20
7. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005; 116(4): 606-16.
8. Daling JR, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, et al. Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in situ and invasive disease. *Int J Cancer* 2005; 116(4): 606-16.
9. Diz RR, Vírveda CM, Arance GI, Quijano BP, Martínez BMM, Paños LP. Revisión de los tumores epidermoides de pene. *Actas UrolEsp* 2007; 31(1): 7-10.
10. Goodman MT, Hernandez BY, Shvetsov YB. Demographic and pathologic differences in the incidence of invasive penile cancer in the United States, 1995-2003. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2007; 16(9): 1833-9.
11. Tavares AJ, Barros R, Favorito LA. Urgent penectomy in a patient presenting with epidermoid carcinoma of the penis associated to myiasis. *International Braz J Urol* 2007; 33(4): 521-2.
12. Xuan-Wen Zhu, Fang-Yin Li, Qing-Wei He, Yi-Min Wang. Surgical treatment of a rare case of penile squamous cell carcinoma in a 65-year-old man. *Asian J Androl* 2007; 9(2): 271-3.
13. Diz RR, Vírveda CM, Arance GI, Quijano BP, Martínez BMM, Paños LP. Revisión de los tumores epidermoides de pene. *Actas UrolEsp* 2007; 31(1): 7-10.
14. Di-Capua SC, Lujan MS, Morales SG, Budía AA, Pontones MJL, Jiménez CJF. Cáncer de pene. Nuestra experiencia en 15 años. *Actas UrolEsp* 2009; 33(2): 143-8.
15. Kroon BK, Horenblas S, Deurloo EE, Nieweg OE, Teertstra HJ. Ultrasonography-guided fine-needle aspiration cytology before sentinel node biopsy in patients with penile carcinoma. *BJU Int* 2005; 95(4): 517-21.
16. Kim B, Garcia F, Touma N, Moussa M, Izawa JI. A rare case of penile cancer in situ metastasizing to lymph nodes. *Can Urol Assoc J* 2007; 1(4): 404-7.