

**Boletín del
Colegio Mexicano de Urología**

Volumen
Volume **18**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2003**

Artículo:

**Cáncer de próstata metastásico a pene:
Descripción de un caso y revisión de la
literatura**

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Colegio Mexicano de Urología, A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Cáncer de próstata metastásico a pene: Descripción de un caso y revisión de la literatura

Efraín Maldonado-Alcaraz,* J Luis Lorenzo-Monterrubio,** J Juvenal Vega Espinosa,***
J Manuel Otero-García,* Hugo F Wingartz-Plata***

* Residente del Tercer año de Urología.
** Urólogo Adscrito. Servicio de Urología.
*** Residente del Quinto año de Urología.

Hospital de Especialidades CMNSXXI.
Instituto Mexicano del Seguro Social.

Dirección para correspondencia:
Efraín Maldonado-Alcaraz.
Miguel Laurent No. 918 Int. 101
Col. Letrán Valle
Delegación B. Juárez C.P. 03650
México D.F.

RESUMEN

Sólo existen alrededor de 200 casos reportados de cáncer metastásico de pene, de los cuales el segundo en frecuencia es el de próstata. Presentamos el caso de un cáncer de próstata metastásico a pene que presentó recidiva local posterior a penectomía total.

Palabras clave: Cáncer de pene metastásico, recidiva local.

ABSTRACT

There are about 200 cases reported of metastatic penis cancer, in all of that, the second in frequency is the prostate cancer. We present a metastatic prostate cancer to the penis with local recidive after total penectomy.

Key words: Metastatic penis cancer, local recidive.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis de pene son raras y con frecuencia son secundarias a otras primarias de origen genitourinario. La vejiga y la próstata son los sitios primarios más frecuentes, seguido de rectosigmoides y riñón. Se han reportado cerca de 200 casos en la literatura mundial.^{1,2} Los mecanismos de diseminación son por extensión directa, flujo linfático o venoso retrógrado de la próstata, émbolos arteriales secundarios a instrumentación uretral. La sobrevida más allá de un año es inusual.³ La presencia de este tipo de metástasis generalmente indica enfermedad diseminada ampliamente. Generalmente se encuentran involucrados los cuerpos cavernosos, seguidos del glande y el cuerpo esponjoso. Se presenta priapismo en 40% de los casos, inducido por la invasión tumoral de los cuerpos cavernosos. El diagnóstico diferencial se hace con tu-

mores primarios de pene, chancre, chancroide y tuberculosis.⁴ El tratamiento puede ser penectomía parcial o total dependiendo del tamaño y grado del tumor como estándar de oro.⁵

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Masculino de 79 años, padre finado por cáncer de próstata, tabaquismo y alcoholismo moderados, 10 años antes se diagnostica adenocarcinoma acinar de próstata Gleason 3 + 4 (suma de 7). Estadio clínico D2 (afección ósea). Se realiza orquiektomía bilateral y se inicia ketoconazol. Tres años antes se somete a RTUP por sintomatología urinaria obstructiva y se encuentra infiltración uretral por tejido tumoral, por lo que se realiza cistostomía. Por pobre respuesta al tratamiento se da radioterapia externa en 45 sesiones.

Presenta cuadro clínico de 2 meses de evolución con sensación de engrosamiento peneano y ardor en glande, clínicamente con adenopatías inguinales en cadena, bilaterales, de 2 cm, indoloras y fijas; glande deformado en su parte ventral, con desplazamiento meatal por tumor de aspecto verrucoso friable de 2-3



Figura 1. Tele de tórax sin evidencia de actividad metastásica.

cm, irregular en su superficie, con induración de todo el cuerpo cavernoso derecho. Próstata de 20 g, plana, fija, indolora, con cambios postquirúrgicos. Se realiza penectomía total posterior a ciclo de 2 semanas de antimicrobiano, con lo que disminuyen parcialmente las adenopatías. Los estudios de extensión muestran ausencia de enfermedad metastásica pulmonar y presencia de tumor en pene que involucra glande, uretra y cuerpos esponjosos, además de actividad metastásica ganglionar inguinal bilateral (*Figuras 1, 2-A y 2-B*). El reporte histopatológico con adenocarcinoma moderadamente diferenciado metastásico de próstata (*Figura 3*).

Siete meses posterior a la penectomía se presenta recidiva tumoral en el sitio quirúrgico con una lesión tumoral verrucosa en sitio quirúrgico, friable, sanguinolenta y dolorosa (*Figuras 4-A y 4-B*).

DISCUSIÓN

Las lesiones metastásicas de pene son extremadamente raras, pero debemos tenerlas en mente en pacientes con una lesión exofítica de pene y antecedente personal de cáncer en cualquier parte de la economía. Con mayor frecuencia este tipo de metástasis tiene origen genitourinario. Específicamente en pacientes con cáncer de próstata metastásico, la afección del pene denota una agresividad extrema y generalmente se presenta en pacientes con estadio clínico previo D. La mortalidad es alta y parece que el diagnóstico temprano no detiene el rápido avance de la enfermedad. Dada la excepcionalidad de este tipo de casos, no hay



Figura 2-A. Tomografía abdominopélvica con tumor de pene que invade glande, uretra y cuerpos cavernosos.

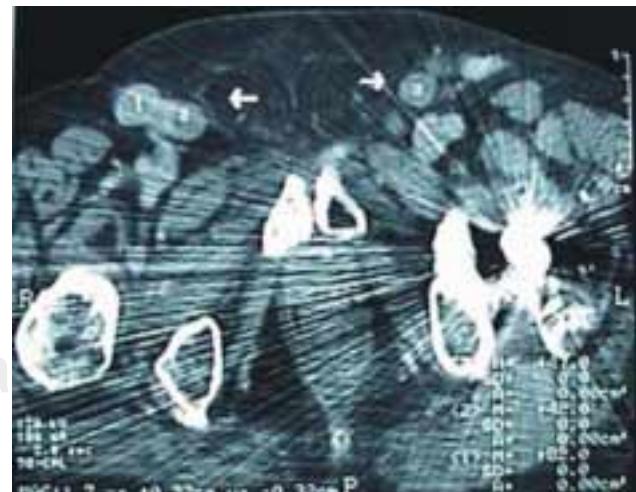


Figura 2-B. Actividad ganglionar inguinal bilateral.

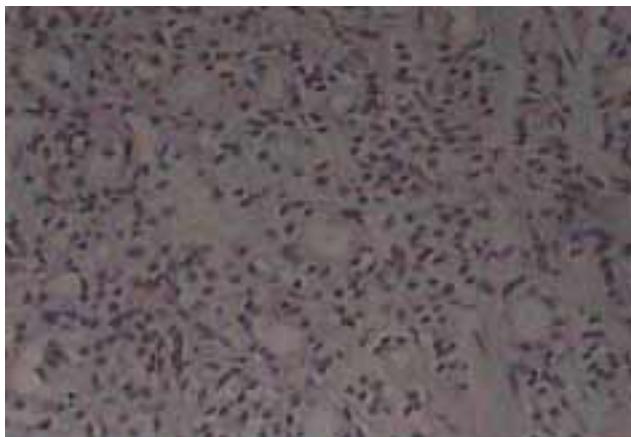


Figura 3. Aspecto histológico del tumor metastásico de pene, que muestra un patrón de adenocarcinoma prostático moderadamente diferenciado.



Figura 4A.



Figura 4B.

Figuras 4A y 4B. Aspecto de la recidiva local 7 meses después de penectomía total.

estudios que orienten hacia el tratamiento más efectivo en la reincidencia local.⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosch PC, Forbes KA, Kolin J, Golji H, Millar JB. Secondary carcinoma of the penis. *J Urol* 1984; 132: 990-991.

2. Abeshouse BS, Abeshouse G. Metastatic tumors of the penis: A review of literature, and a report of two cases. *J Urol* 1961; 86: 99-112.
3. Belville WD, Cohen JA. Secondary penile malignancies: The spectrum of presentation. *J Surg Oncol* 1992; 51: 134-137.
4. Robey EL, Schellhammer PF. Four cases of metastases to the penis and a review of the literature. *J Urol* 1984; 132: 992-994.
5. Mobilio G, Ficarra V. *Genital treatment of penile carcinoma*. Current opinion in urology. 2001; 11: 299-304.