

Carcinoma epidermoide de pene en un varón adulto

Penile epidermoid carcinoma in a old man

D. Morales-Luna¹, M. Manrique-Chávez², P. Weilg²

¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

²Médico. Escuela de Medicina. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC). Lima. Perú.

Correspondencia:

Manuel Manrique-Chávez

e-mail: manuel.manrique.chavez@gmail.com

Recibido: 1/5/2012

Aceptado: 31/12/2013

Resumen

El carcinoma primario de pene es una neoplasia poco frecuente. En este trabajo presentamos un caso de carcinoma epidermoide de pene en un varón de 52 años de inicio en el cuerpo peneano. La enfermedad mostró una rápida progresión comprometiendo la totalidad del pene en 6 meses por lo que se realizó una penectomía radical. El diagnóstico se confirmó mediante el estudio histopatológico. Comentamos la historia de la enfermedad haciendo énfasis en su corta evolución, las características histopatológicas y el tratamiento.

Palabras clave: cáncer de pene, carcinoma epidermoide.

(D. Morales-Luna, M. Manrique-Chávez, P. Weilg. Carcinoma epidermoide de pene en un varón adulto. Med Cutan Iber Lat Am 2013; 41(6):275-277)

Summary

The penile carcinoma is rare neoplasia representing 1.3% of all malignancies in men. We report a 52 years old man with epidermoid carcinoma of penis that start with a local ulceration. The tumor presented a fast progression involving the entire penis shaft in 6 months. Radical surgical procedure was performed. The diagnosis was confirmed by the histopathological study. We emphasize the short period of the evolution of the tumor, its histopathological characteristics and the treatment.

Key words: penile cancer, penile epidermoid carcinoma.

El carcinoma de pene es una patología poco frecuente y representa el 1,3% de las neoplasias malignas en hombres[1, 2]. Afecta principalmente a varones mayores de 60 años, aunque el rango que la bibliografía estima varía entre 50 y 70 años[3, 4, 5]; por lo cual la aparición de este cáncer en jóvenes representa menos del 20% de los casos[1]. En países desarrollados el cáncer de pene representa menos del 1% del total de neoplasias que afectan al varón. Aunque existen áreas en las que la incidencia puede llegar hasta un 20-30% de los tumores malignos en países como Uganda, México, China, Paraguay y Brasil. En el Perú, en el 2001 según el registro de cáncer en Lima metropolitana se describió una incidencia de 0,64 por 100.000 y una mortalidad de 0,16 por 100.000 varones[4].

El cáncer de pene está relacionado con factores etiológicos diversos como la presencia de fimosis, mala higiene genital, lesiones dermatológicas producidas por papiloma virus[4]. Existe además evidencia que asocia este cáncer con la raza, siendo los hispanicos los más afectados, factores culturales donde es menos frecuente en países como la circuncisión es rutinaria y hábitos como el consumo de tabaco[6].

La forma de presentación más común es la balanopostitis (32,4%), seguida por las lesiones verrucosas (17,6%). Las ulceraciones son la cuarta forma de presentación (11%)[2]. En cuanto a ubicación las lesiones en glándula son las más comunes (50%) seguidas por el prepucio (22,2%)[5]. Las lesiones en cuerpo del pene son poco frecuentes y están



Figura 1. Tumor en pene a los 12 días de la hospitalización.

presentes entre el 1,1 al 11% de los casos. El diagnóstico suele ser tardío en la mayoría de los casos y parece estar asociado al poco conocimiento de los pacientes acerca de la enfermedad, este diagnóstico se confirma mediante el estudio histopatológico y el carcinoma epidermoide es el hallazgo más común[2]. Al momento del diagnóstico un 58% presenta adenopatías inguinales palpables y entre un 17 a 45% metástasis ganglionares, siendo la diseminación a distancia poco frecuente[3, 5].

Presentamos un caso infrecuente de carcinoma epidermoide de pene, en el cual las primeras lesiones se presentaron en el cuerpo del pene en forma ulcerativas confluyente hasta comprometer en 6 meses la totalidad del pene.

Caso clínico

Varón de 52 años de edad, raza mestiza. Sin antecedentes médicos de importancia. Es derivado del Hospital III EsSalud de Iquitos al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) por presentar tumoración ulcerada en pene y diagnóstico presuntivo de infección de transmisión sexual no especificada y para descartar posible neoplasia de pene. Al momento de ser atendido en el Hospital de Iquitos, el paciente refiere presentar hace 6 meses prurito en el cuerpo peneano acompañado con fiebre no contabilizada. Posteriormente, refiere aparición de pústula que se incrementa de tamaño y drena espontáneamente. Es tratado con Penicilina G por 10 días sin presentar mejoría. Luego el paciente describe presencia de dolor tipo ardor y punzante en pene acompañado de un incremento de volumen y secreción verdosa y mal oliente por lo que es referido. Al diagnóstico en el HNERM, se evidencia masa exofítica con múltiples úlceras confluentes de aproximadamente y acompañadas de secre-

ción verdosa (Figura 1). Asimismo, se informa presencia de ganglios inguinales palpables bilaterales, duros y dolorosos de aproximadamente .

Se practicaron las siguientes pruebas complementarias:

- Serología para hepatitis B y C: HVB Core total de 7,84 (reactivo), HVB Ag. de superficie, Core My HVC: no reactivos.
- Se realizó biopsia pre-quirúrgica en base del pene y fue informada como carcinoma epidermoide, bien diferenciado, infiltrante y de bordes comprometidos.
- Tomografía Axial Computarizada (TAC): La tomografía pélvica fue informada como compatible con metástasis ganglionar en ganglios inguinales bilaterales.

Tratamiento

Se decide terapia antibiótica con piperacilina/tazobactam endovenoso 4/0,5 g, amoxicilina/ácido clavulánico 500/125 mg, clindamicina 900 mg. Se agregó Tramadol 50 mg. Para manejo del dolor y curas locales con solución de Bureau.

Debido a la extensión del tumor, se decide penectomía total con disección ganglionar inguinal bilateral. El estudio histológico de los ganglios solo mostró hiperplasia linfoide secundaria a la infección sobreagregada sin evidencia de metástasis ganglionar.

Histopatología

El estudio de la biopsia demostró proliferación de células epiteliales malignas con abundante producción de queratina que infiltraban el tejido conectivo subyacente (Figura 2A). A mayor aumento se observan el marcado pleomorfismo, las figuras mitóticas, los puentes intercelulares y la producción de queratina (Figura 2B) .

Comentario

El cáncer de pene representa aproximadamente el 1% de los tumores que afectan al hombre. Sin embargo, la incidencia está ligada directamente a otras variables tales como bajo nivel socioeconómico, conductas sexuales de alto riesgo, hábitos de higiene precarios, regiones con población rural, etc.

Se presenta el caso clínico de un varón de 52 años procedente de Iquitos, una zona endémica de enfermedades sexualmente transmisibles como hepatitis B, VIH y virus del papiloma humano. Es importante mencionar que en el paciente se presentan diversos factores de riesgo entre los que destacan: antecedentes de la vida sexual promiscua,

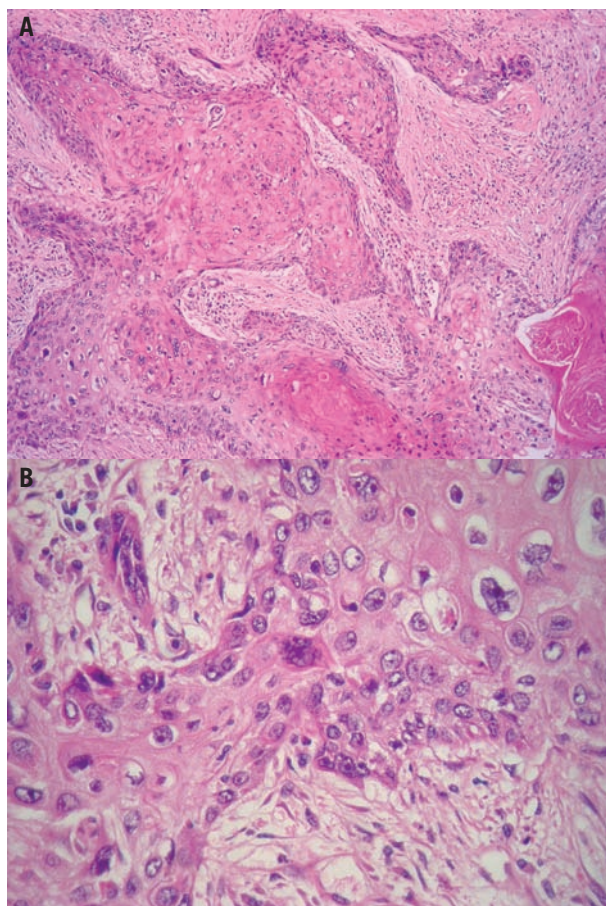


Figura 2. Carcinoma epidermoide bien diferenciado (HE. A) 100x; B) 400x).

cuestionables hábitos de higiene reportados por el paciente, no haber sido circuncidado, edad al momento del diagnóstico, el antecedente epidemiológico que describe la presencia de papiloma virus humano y el consumo de tabaco. Por otro lado, otros factores de riesgo como la fimosis o historia de infección por papiloma virus humano no se encuentran en la historia clínica.

Las guías recomiendan en primera instancia evaluar la posibilidad de realizar una cirugía conservadora haciendo una resección de 2 cm de borde de la lesión. Sin embargo, en casos de compromiso extenso del órgano la cirugía radical es la mejor opción[3].

Cuando se establece el diagnóstico se evidencia adenopatías inguinales en más de la mitad de los casos con una incidencia de metástasis ganglionar entre el 45%. La metástasis a distancia suele ser un evento bastante infrecuente.

El caso expuesto tiene una presentación y progresión inusual. Se describe que las lesiones iniciaron en el cuerpo del pene, ubicación poco frecuente descrita entre el 11% de los casos y que se presentaron como lesiones a ulcerativas descritas también en un 11% de pacientes. Cuando el paciente es trasladado a Lima por presentar las lesiones descritas de 7 cm se observa una evolución rápida en la cual las lesiones confluyen y comprometen la integridad del pene en dos semanas, un comportamiento agresivo infrecuente, por lo que después de realizar un análisis exhaustivo del caso se concluye en que la mejor opción terapéutica era la penectomía total con remoción de ganglios inguinales.

El estudio histopatológico de la biopsia en base del pene mostró características clásicas de un carcinoma epidermoide, el tipo histológico más frecuente del cáncer de pene. Entre estas características las más resaltantes fueron: la infiltración de células escamosas en el tejido celular subcutáneo y la presencia de perlas corneas focalizadas en dermis.

Según lo expuesto, se puede encontrar hasta en 45 de cada 100 pacientes portadores cáncer de pene la presencia de metástasis ganglionar. En el presente caso, la tomografía axial computarizada de pelvis mostró masas linfoides organizadas compatibles con metástasis ganglionar bilateral, lo que fue dilucidado posteriormente como ganglios inflamatorios sin metástasis con el estudio anatomopatológico.

Es importante describir la presentación clínica de un caso inusual de cáncer de pene en el tipo histológico más común, el carcinoma epidermoide, para establecer un correcto diagnóstico diferencial ante una clínica similar.

Bibliografía

1. Pow-Sang MR, Benavente V, Pow-Sang JE, Morante C, Meza L, Baker M. Cancer of the penis. *Cancer Control* 2002; 9: 305-14.
2. Bayles AC, Sethia KK. The impact of Improving Outcomes Guidance on the management and outcomes of patients with carcinoma of the penis. *Ann R Coll Surg Engl* 2010; 92: 44-5.
3. Rando Sous A, Pérez-Utrilla Pérez M, Aguilera Bazán A, Tabernero Gómez A, Cisneros Ledo J, De la Peña Barthel J. A review of Penile Cancer. *Adv. Urol.* 2009; 415062. doi: 10.1155/2009/415062. Epub 2010 Feb 16.
4. Ruiz J, Benites J, Zavaleta A, Tresierra C. Carcinoma Verrucoso del pene: Presentación de un caso. *Rev Med Vallejiana* 2008; 4: 84-8.
5. Soto M, Arredondo F, Pedrero G. Cáncer de Pene: Una Revisión de 18 Casos. *Rev Actas Urol Esp* 2003; 27: 797-802.
6. Goodman MT, Hernández 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: 1833-9.