

Melanoma de pene. Presentación de un caso y revisión de la literatura

José Manuel Viveros Elías, Jorge Gustavo Morales Montor,
Isaías Estrada Moscoso, Francisco Calderón Ferro

RESUMEN

El melanoma de pene es raro y de mal pronóstico. Corresponde a 1% de los casos de cáncer de pene. Se presenta con mayor frecuencia entre los 50 y 60 años. Se localiza en el glande en la mitad de los casos. Su tratamiento es esencialmente quirúrgico y se sugieren 3 cm de márgenes de resección. La indicación para linfadenectomía es controversial; se sugiere la localización de ganglio centinela. La sobrevivida a cinco años es de menos de 30%. Su mal pronóstico se asocia con la alta frecuencia de lesiones profundas (más de 1.5 mm) y al retraso en su diagnóstico. Presentamos un caso clínico de melanoma en pene, el tercero reportado en la literatura mexicana.

Palabras clave: Melanoma, pene, cáncer.

ABSTRACT

Melanoma of the penis is rare and its prognosis is very poor. Accounts for 1% of all penile primary neoplasms. Its highest frequency is between 50 and 60 years. It is located in the glans in half of the cases. Treatment is mainly surgical and 3 cm. surgical margins are advised. Indications for lymphadenectomy are still controversial. Sentinel lymph node dissection has been recommended. 5- year survival is less than 30%. The bad prognosis is associated to deep lesions (more than 1.5 mm) and diagnostic delay. We present a case of penile melanoma, the third to be reported in Mexican literature.

Key words: melanoma, penis, cancer.

INTRODUCCIÓN

El melanoma primario de pene es una lesión poco frecuente y de mal pronóstico. Corresponde

a 1% de todos los casos de cáncer de pene y a menos de 0.2% de los casos de melanoma en varones.¹ Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de 50 a 60 años y se localiza comúnmente en el glande

Servicios de Urología y Patología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", SSA. México, D.F.

Solicitud de sobretiros: Dr. José Manuel Viveros Elías
Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Servicio de Urología. Calz. de Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra. C.P. 14000. Del. Tlalpan. México, D.F. Tel.: 5665-3511, Ext. 173. Fax: 5665-7681.

(55%), seguido del prepucio (28%), cuerpo del pene (9%) y meato uretral (8%).²

Se presenta el caso clínico de un paciente con melanoma de pene (prepucio). Es el tercer caso reportado de melanoma de pene en la literatura mexicana. El primer caso corresponde al reportado por el Dr. Manuel Velasco Arce y el segundo por el Dr. Edmundo Alpuche Morales en 1964 y 1966, en el Hospital General de México.^{3,4}

CASO CLÍNICO

Masculino de 56 años, comerciante, casado, medio socioeconómico bajo. Sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Fumador desde los 17 años (10 a 20 cigarros/día) y hábitos higiénicos adecuados. Inicio de vida sexual a los 17 años con cuatro parejas sexuales. Sin antecedentes patológicos o quirúrgicos. Refirió ser portador de nevo en prepucio desde su juventud, sin especificar edad de aparición.

Cuadro clínico de cinco meses de evolución con aumento de diámetro progresivo de dicho nevo, ulceración central y sangrado. Al examen físico se encontró una lesión de 10 X 7 mm aprox. en prepucio distal, de bordes mal definidos, hiperpigmentada, con ulceración central, pigmentación heterogénea, no dolorosa. Las regiones inguinales sin adenomegalias palpables. No se encontraron otras lesiones hiperpigmentadas sospechosas en el resto del cuerpo.

Se realizó circuncisión (biopsia excisional) con márgenes quirúrgicos a 2 cm desde el borde de la lesión y se envió a estudio histopatológico. Se reportó como “melanoma de diseminación superficial, ulcerado, con Breslow 1.4 mm y satelitosis. Límite quirúrgico sin lesión” (*Figuras 1 a 3*). Se le propuso linfadenectomía profiláctica, pero el paciente no la aceptó. No se ha podido dar seguimiento debido a abandono de tratamiento.

DISCUSIÓN

Mientras que el melanoma cutáneo en general es el 6° cáncer más frecuente en varones de EUA su localización en pene es inusual.⁵ Existen escasos reportes de melanoma de pene en la literatura

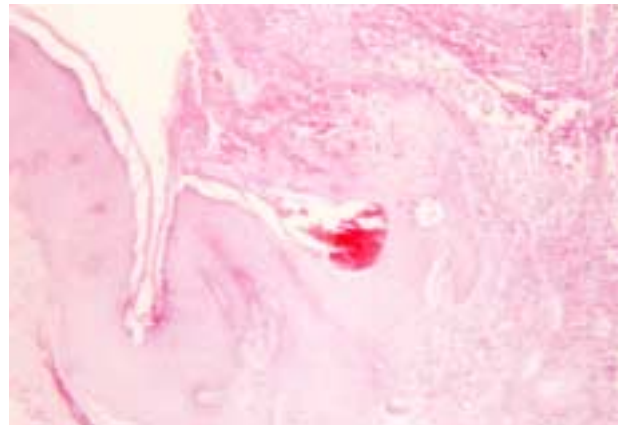


Figura 1. Microfotografía (4x). Neoplasia ulcerada.

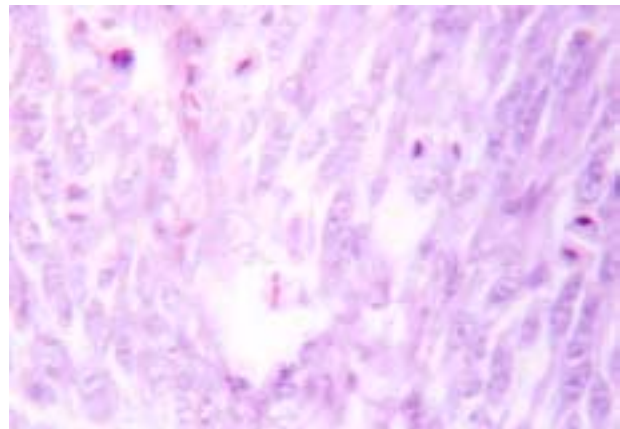


Figura 2. Microfotografía (40x). Neoplasia con pleomorfismo y mitosis.

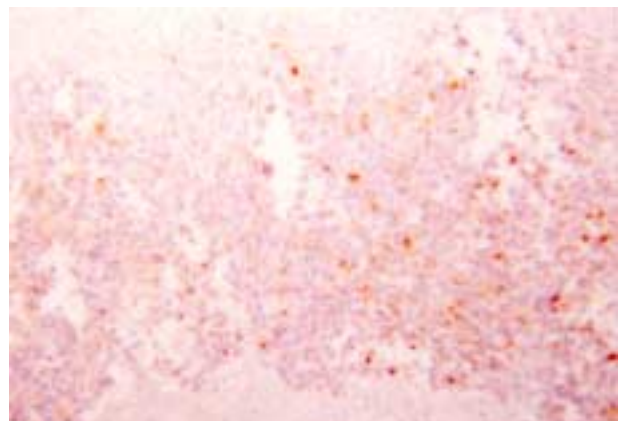


Figura 3. Tinción de inmunohistoquímica HMB 45 positiva, específico para melanoma.

y series de casos no mayores a nueve pacientes.⁶ El melanoma peneano se presenta generalmente como una lesión negra, azul o marrón de consistencia firme, nodular y frecuentemente ulcerada. Muchos pacientes reportan una lesión preexistente de varios meses o años de evolución con aumento de tamaño o ulceración recientes. Otros refieren la presencia de una masa papular o pedunculada, pigmentada y de reciente aparición. El retraso en el diagnóstico tiene varias causas probables: renuencia del paciente a buscar atención médica; miedo o negación del probable origen maligno de la lesión y diagnóstico erróneo, considerándolas de origen inflamatorio.⁷

A diferencia de los casos ordinarios de melanoma cutáneo, los pacientes con lesiones peneanas se presentan generalmente con enfermedad neoplásica avanzada. La profundidad promedio es mayor a 1.5 mm en más de 90% de los casos al momento de presentación y hasta en 60% se observan metástasis. Begun y cols.⁷ reportaron que 24 de 56 pacientes (43%) presentaron adenopatías inguinales a su ingreso, debido a que el melanoma de pene metastatiza tempranamente por vía linfática. Las metástasis a hígado, pulmón, hueso, cerebro y otros sitios distantes corresponden a diseminación hematogena.

El principal factor pronóstico es la profundidad de la lesión, sin importar el subtipo histológico.⁸ La clasificación de Breslow se correlaciona estrechamente con las estadísticas de sobrevida. Sin embargo, lesiones delgadas (menores 1 mm), pero de alto riesgo, se asocian con niveles de Clark IV o V, ulceración, índice mitótico alto (más de seis por campo de alto poder), invasión linfática o vascular y escasez de melanina en el tumor.² La sobrevida a cinco años para una lesión con grosor de Breslow menor a 0.75 mm es mayor a 95% en melanoma cutáneo en general. El pronóstico empeora a mayor grosor de la lesión, especialmente en aquellas mayores a 1.5 mm. En el melanoma peneano es probable que exista una relación cualitativa similar, aunque la relación entre profundidad y pronóstico se puede alterar dada la ausencia de grasa subcutánea en pene, el escaso grosor de la piel y la presencia de estructuras eréctiles.⁹ Bracken y Diokno propusieron un sistema de estadificación para el melanoma de

pene: el estadio I se define como la enfermedad localizada sin metástasis linfáticas; el estadio II involucra metástasis linfáticas y el estadio III corresponde a enfermedad sistémica.^{8,9} En general el pronóstico es malo y la mayoría de los pacientes muere antes de uno a tres años.¹¹

No existe tratamiento estandarizado, pero la mayoría de los autores concuerda en que es principalmente quirúrgico. El manejo agresivo mediante penectomía total y linfadenectomía ilio-inguinal bilateral solía ser la norma, sin embargo, recientemente se ha reportado que la amputación distal con márgenes de excisión amplios puede ser suficiente; especialmente en estadio I para el que se sugieren márgenes quirúrgicos de tres a cinco cm desde el borde de la lesión, debido a que se observa baja frecuencia de recurrencia local (2 a 7%).^{10,11} Existe controversia en cuanto a si hay que realizar linfadenectomía profiláctica rutinaria en el melanoma peneano. Puede mejorar la sobrevida en los casos con lesiones de espesor intermedio (1.5 a 4 mm). No se recomienda para lesiones con grosor mayor a 4 mm dada la alta frecuencia de micrometástasis.

La piel del prepucio, glande y cuerpo de pene drenan principalmente a los ganglios linfáticos inguinales superficiales, mientras que el glande y cuerpos cavernosos drenan a los ganglios inguinales profundos e iliacos. Las dos rutas de drenaje se anastomosan a lo largo del cuerpo y base del pene por lo que el involucro puede ser bilateral. La linfadenectomía radical pélvica e inguinal tiene un riesgo alto de morbilidad y rara vez es curativa cuando están involucrados múltiples ganglios. Por esta razón se prefiere la linfadenectomía superficial en melanoma de pene. En los casos en estadio II la linfadenectomía es con fines de estadificación y probablemente curativos; en los pacientes con estadio III está contraindicada, salvo para control de síntomas locales.¹¹ Recientemente se han descrito técnicas de localización y biopsia de ganglio centinela usando tinción y mapeo con radiocoloide en los casos de melanoma, las cuales han demostrado una sensibilidad suficiente para localizar el grupo ganglionar que drena la lesión y así indicar o no la linfadenectomía de acuerdo con el resultado de la biopsia. Cuando el ganglio centinela es negativo para

metástasis la incidencia de micrometástasis en el lecho residual es de 1 a 2%.¹

Para los pacientes con melanoma diseminado está indicada la quimioterapia. Los mejores resultados se han encontrado combinando DTIC, BCNU, cisplatino y tamoxifeno en seis ciclos, con tasas de respuesta total entre 12 y 14%. Este esquema de quimioterapia prolonga el intervalo libre de enfermedad en pacientes con riesgo alto de recurrencia (lesiones primarias gruesas e involucro inguinal).¹¹ Se ha descrito también radioterapia para melanoma peneano metastático, así como otros tratamientos como inmunoterapia con BCG, infusión endolinfática con I¹³¹ y vacunas con resultados variables.¹⁰

CONCLUSIÓN

El hallazgo de una lesión hiperpigmentada y ulcerada en pene debe despertar la sospecha de un melanoma en esta rara localización. El pronóstico es malo en general y está dado por el grosor de la lesión. El tratamiento es primordialmente quirúrgico e incluye la resección de la lesión con márgenes amplios. La indicación de linfadenectomía profiláctica es controversial. Existen reportes de linfadenectomía por medio de biopsia de ganglio centinela con resultados alentadores. La quimioterapia se reserva a estadios avanzados

con respuesta pobre. El diagnóstico temprano en melanoma de pene es crucial para un mejor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Southwick A, Rigby O, Daily M, Dirknoyes R. Malignant melanoma of the penis and sentinel lymph node biopsy. *J Urol* 2001; 166: 1833.
2. Demitsu T, Nagato H, Nishimaki K, Okada O, Kubota T, Yoneda K, Manabe M. Melanoma *in situ* of the penis. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 386-8.
3. Alpuche E, Purpon I. Melanoma de pene. *Rev Mex de Urol* 1966; 25: 417-21.
4. Velasco M. Citado por Woolrich J. Cáncer del pene en México. *Rev Inst Nal Cancerol* 1964; 15: 295.
5. Goldstein B, Goldstein A. Diagnosis and management of malignant melanoma. *Am Fam Physician* 2001; 63: 1359-68, 1374.
6. Oldbring J, Mikulowski P. Malignant melanoma of the penis and male urethra. *Cancer* 1987; 59: 581-7.
7. Begun F, Grossman H, Diokno A, Sogani P. Malignant melanoma of the penis and male urethra. *J Urol* 1984; 132: 123-5.
8. Manivel C, Fraley E. Malignant melanoma of the penis and male urethra: 4 case reports and literature review. *J Urol* 1988; 139: 813-16.
9. Myskow M, Going J, McLaren K, Inglis J. Malignant melanoma of penis. *J Urol* 1988; 139: 817-18.
10. Stillwell T, Zincke H, Gaffey T, Woods J. Malignant melanoma of penis. *J Urol* 1988; 140: 72-5.
11. Bree E, Sanidas E, Tzardi M, Gaki B, Tsiftsis D. Malignant melanoma of penis. *Eur J Surg Oncol* 1997; 23: 277-9.