



Cáncer de pene. A propósito de un caso

Penile cancer. About a case

Luis Armas Martínez¹ , Jorge Luis Sagué Larrea^{2*} , Zulma Doimeadios Rodríguez²

¹Hospital General Babahoyo (IESS). Babahoyo, Ecuador.

²Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Riobamba-Ecuador

*Autor para la correspondencia: saguej@yahoo.com

Cómo citar este artículo

Armas Martínez L, Sagué Larrea JL, Doimeadios Rodríguez Z: Cáncer de pene, A propósito de un caso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2024 [citado]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5418>

Recibido: 08 de agosto de 2023

Aprobado: 15 de enero de 2024

RESUMEN

ABSTRACT

Introducción: La localización del carcinoma de pene implica grandes lesiones psicológicas, físicas y sexuales para el paciente. Entre las causas que favorecen su aparición se encuentra el fimosis, papiloma humano y deficiente higiene del surco balanoprepucial. Se caracteriza por diseminación metastásica a los ganglios inguinales.

Objetivo: Valorar las consecuencias del diagnóstico tardío de este tipo de cáncer.

Presentación de caso: Paciente de 45 años, masculino, blanco, soltero, analfabeto, de ocupación agricultor, nace y reside en el Cantón Babahoyo. Con antecedentes patológicos personales de sepsis urinaria frecuente y fimosis durante muchos años. Fue atendido en consulta general debido a la presencia de una lesión en la piel peneana que fue creciendo durante dos años de forma lenta. Le indicaron antibióticos, pero no se detuvo el crecimiento y ahora tiene secreción, así como zona tumoral en forma de coliflor. Fue derivado a la consulta de Urología donde se le realizó biopsia del tumor cuyo resultado fue carcinoma peneano de tipo escamoso. Se le practicó tratamiento quirúrgico radical.

Conclusiones: La llegada tardía a la consulta especializada contribuye al mal pronóstico de estos pacientes muchas veces en relación con medio sociocultural inadecuado y en otras ocasiones por diagnóstico tardío en el nivel primario de atención médica. La prevención es la única medida eficaz para evitar esta enfermedad.

Introduction: The localization of penile carcinoma implies great psychological, physical and sexual harm to the patient. Among the causes that favor its appearance is phimosis, human papilloma and poor hygiene of the balanopreputial groove. It is characterized by metastatic spread to the inguinal nodes.

Objective: To assess the consequences of late diagnosis of this type of cancer.

Case presentation: Forty-five-year-old male patient, white, single, illiterate, farmer who was born and lives in Babahoyo Canton. He reported personal pathological history of frequent urinary sepsis and phimosis for many years. He was seen in a general outpatient clinic due to the presence of a penile skin lesion that grew slowly for two years. Antibiotics were prescribed but the growth did not stop and he had a discharge like cauliflower-shaped tumor area. He was referred to the Urology department where a biopsy of the tumor was performed, the result of which was penile squamous cell carcinoma. He underwent radical surgical treatment.

Conclusions: Late arrival at the specialized consultation sometimes contributes to the poor prognosis in these patients, which is often related to an inadequate sociocultural environment, and on other occasions, to a late diagnosis at the primary medical care. Prevention is the only effective measure to avoid this disease.

Palabras Claves:

Neoplasia de pene, carcinoma de células escamosas, papiloma virus humano, informe de caso, prevención.

Keywords:

Penile neoplasm, squamous cell carcinoma, human papilloma virus, case report, prevention.



INTRODUCCIÓN

El cáncer de pene es una neoplasia maligna que representa el 1 % de todos los cánceres que afectan al sexo masculino. Su incidencia global oscila entre 0,1-0,7 casos por 100 000 hombres. Se origina principalmente en la piel del prepucio interno o del glande, con crecimiento invasivo y diseminación metastásica a ganglios linfáticos.^(1,2) A nivel mundial se han realizado grandes esfuerzos para disminuir los efectos del cáncer, sobre todo la prevención es un arma que evitaría en un gran porcentaje de casos los cambios neoplásicos. A pesar de los diferentes programas no sólo en la prevención^(3,4) sino en el orden terapéutico y diagnóstico, los procesos malignos constituyen un problema sanitario en la humanidad y dentro de las enfermedades crónica no transmisibles es una de las que más contribuye a la mortalidad. Se ha reportado un retraso en el diagnóstico de esta entidad hasta de 12 meses en el 15-50 % de la literatura⁽¹⁾. Existen muchos factores de riesgo en estas enfermedades multifactoriales como es el caso de las infecciones por el virus del papiloma humano con importancia en la oncogénesis del cáncer de pene, incluso se discute su transmisión sexual, fimosis, inflamaciones crónicas, fumar, estatus socioeconómico^(5,6), etc. El tipo de tratamiento está en relación con morfología y tamaño del tumor, estadio, grado, localización e histología. Se intentará la conservación del órgano como primera intención y posibilidad. El examen físico no puede ser obviado para definir el estadio del cáncer local y de los ganglios inguinales. La resonancia magnética con erección artificial puede ayudar a evaluar la infiltración profunda en casos de intención de conservación de órganos. Los pacientes con ganglios negativos (definidos por palpación e imágenes) presentarán metástasis microganglionares hasta en un 25 % de los casos. Por esto, se recomienda la evaluación invasiva de los ganglios linfáticos, excepto en pacientes de bajo riesgo. La biopsia dinámica del ganglio centinela es la técnica de primera línea.⁽⁷⁾ La llegada tardía a la consulta implica un mayor desarrollo de la enfermedad en el momento de su diagnóstico de ahí la dificultad en su pesquisa precoz y tratamiento con éxito. La educación de los pacientes es esencial para la detección precoz y el control de esta patología. El presente estudio tiene como **objetivo** dar a conocer por medio de un caso clínico la presentación, diagnóstico y conducta seguida en un paciente con demora en su atención especializada.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 40 años de edad, masculino, blanco, soltero, analfabeto, de ocupación agricultor, nace y reside en el Cantón Babahoyo, Ecuador. Con antecedentes patológicos personales de sepsis urinaria frecuente y prepucio estrecho que logró dilatar con dificultad a los 18 años de edad. Fue atendido en consulta debido a la presencia de una lesión en la piel peneana que fue creciendo durante dos años de forma lenta. Le indicaron antibióticos en consulta pero no se detuvo el crecimiento y ahora tiene secreción serohemática así como zona tumoral en forma de coliflor (fig. 1). Refiere dificultad para miccionar.

Examen físico. Piel y mucosas: pálidas y húmedas.

Regiones inguinales con adenopatías en número mayor de tres de aproximadamente tres centímetros de diámetro, bilaterales, consistencia fibroelástica, no adheridas a planos profundos.

Genitales externos: Presencia de lesión vegetante de color blanquecino que infiltra glande y cuerpo del pene. No hay sangrado.

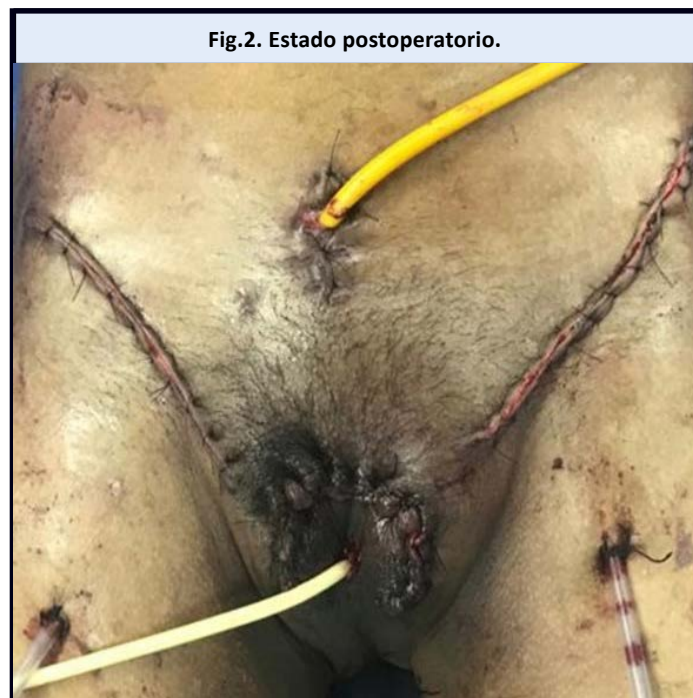


Exámenes complementarios: Hemoglobina 17 g/dL, eritrosedimentación 25 mm/h, leucograma $6 \times 10^9/L$, linfocitos 3,0 %, creatinina 1 mg/dL, glicemia 80 mg/dL, colesterol 150 mg/100 mL, TGP 21 mU/mL, TGO: 25 mU/mL, triglicéridos 100 mg/100 mL, hematocrito 0,49 L/L, VIH no reactivo. Radiografía de tórax: área cardíaca dentro de límites normales.

Ultrasonido abdominal: riñones y resto de órganos abdominales sin alteraciones.

Con este cuadro y complementarios fue enviado a consulta especializada de urología donde se le indicó biopsia cuyo resultado mostró carcinoma peneano de tipo escamoso pobremente diferenciado infiltrante. Su diagnóstico clínico por estadio fue II B. Bajo consentimiento informado el enfermo fue intervenido quirúrgicamente y con anestesia regional espinal se le practicó amputación de pene, linfadenectomía bilateral, cistotomía y abocamiento de uretra al periné (fig.2).

Su evolución fue buena. Después del tratamiento quirúrgico la herida del pene presentó ligera infección que cedió con antibioticoterapia. La cistotomía fue retirada al quinto día. La neo uretra funciona bien posterior a la retirada de la sonda. Los drenajes de las regiones inguinales dejaron de expulsar linfa sobre el noveno día momento en que se retiraron. Se niega a recibir otros tratamientos oncológicos. El resultado anatomopatológico del vaciamiento ganglionar constató presencia de ganglios linfáticos con hiperplasia folicular, degeneración adiposa y focos de hemorragia. No hay hallazgos que sugieran malignidad en los niveles estudiados.



DISCUSIÓN

El carcinoma de pene está incluido como enfermedad de transmisión sexual. La infección por VPH⁽⁶⁾ es la infección de transmisión sexual más frecuente en el mundo y en los hombres se ha asociado a lesiones como la neoplasia intraepitelial de pene. Se piensa que el VPH causa el 40 % de los carcinomas de células escamosas invasivos, demostrándose anticuerpos contra el VPH en pacientes con cáncer de pene. El paciente referido niega haber sufrido de verrugas genitales por ello pensamos que este no sea el origen de su enfermedad, aunque existen formas silenciosas que tal vez cuando haya complementarios aprobados para su detección nos ayuden en su diagnóstico. Los hombres que practican el sexo anal tienen igual riesgo de tener cáncer de pene que las mujeres de tener cáncer cervicouterino.^(8,9)

De manera tardía se diagnostica el carcinoma epidermoide de pene siendo común el estadio avanzado tal como señala Rodríguez Rosales, YE⁽¹⁾ y si la impericia del médico en el nivel primario de atención se une a este factor contribuyente al mal pronóstico se incrementan las posibilidades de catástrofe para el paciente. En el entorno de atención primaria la falta de diagnóstico o diagnóstico tardío es un problema a tener en cuenta. El tiempo transcurrido desde que se iniciaron los síntomas del paciente hasta su atención especializada es el factor preocupante debido a la repercusión negativa sobre su salud. En realidad, es una patología que produce trastornos en la esfera psíquica, sexual y física, de ahí su complejidad al tratar a estos pacientes.⁽¹⁰⁾ El mayor porcentaje de estos casos son de naturaleza escamosa porque el pene se encuentra cubierto por la piel. La mitad de ellos aparecen en el glande y por lo general son infiltrantes con metástasis ganglionares.^(11,12)

Conocer el tipo histológico y el grado de diferenciación celular es importante antes de comenzar el tratamiento. El NCI (Instituto Nacional del Cáncer de E.U (2019)⁽¹³⁾ establece la siguiente clasificación celular del cáncer de pene: Casi todos los carcinomas de pene surgen en las células escamosas e incluyen los siguientes subtipos: Carcinoma verrugoso, Carcinoma condilomatoso (verruciforme), Carcinoma basaloide. Aunque el carcinoma condilomatoso y el carcinoma basaloide son subtipos menos frecuentes, exhiben una relación más fuerte con los virus del papiloma humano (VPH), en especial con el VPH, que el carcinoma de células escamosas típico o el carcinoma verrugoso de pene. Además, también se observan carcinomas neuroendocrinos.

Los ganglios regionales se detectan por la clínica del paciente, tomografía computarizada, linfografía, Resonancia magnética y estudio con tecnecio-99. La metástasis a distancia se investiga con radiografía de tórax, tomografía computarizada, gammagrafía ósea^(14,15) y bioquímicas de enzimas.^(16,17,18)

En este caso no se detectaron metástasis a distancia, pero las características del tumor justificaron la conducta agresiva propuesta por los cirujanos.

Entre el 10 y 30 % de los pacientes con enfermedad en estadio T2-T3, con ganglios clínicamente negativos, tienen metástasis ganglionares ocultas. Algunos autores opinan que solo los pacientes que tienen ganglio centinela positivo se someten a una linfadenectomía inguinal estándar^(19,20), otros^(21,22,23)

estiman que proporciona beneficios en todos los casos. La tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) después de 99mTc-nanocoloide puede ofrecer una visualización tomográfica de la anatomía de la pelvis y el abdomen. Esto ayudaría a hacer un mapeo más preciso del nódulo linfático centinela y tomar biopsia selectiva del mismo.⁽¹⁶⁾

Su pronóstico guarda relación con su diferenciación histológica, tipo de adenopatías y estadio patológico. Los tratamientos varían siendo la primera opción el tratamiento quirúrgico que en caso de tener lesión precoz se tratará por todos los medios de utilizar cirugías conservadoras^(24,25,26,27) e incluso en el diagnóstico se utiliza la vía laparoscópica.⁽²⁸⁾ También se emplea el tratamiento radiante con varias formas^(29,30), la quimioterapia sistémica⁽³¹⁾ y la inmunoterapia en casos refractarios a la quimioterapia⁽³²⁾. Una variedad de estos tumores el condiloma de Buschke-Lowenstein ha sido tratado con vacuna del papilovirus intralesional.⁽³³⁾

CONCLUSIONES

El paciente tuvo un examen especializado tardío probablemente por el medio socio económico en que vive y la acción médica lenta para llegar a un diagnóstico en el nivel primario. El antecedente de fimosis pudo ser un factor condicionante en la génesis del tumor. Sólo el diagnóstico precoz de esta patología permite un tratamiento más conservador siendo imprescindible la educación a la población en relación a la higiene genital así como acudir tempranamente a consulta ante lesiones del pene.

AGRADECIMIENTOS

A los familiares del paciente para conducirlo al tratamiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Rosales YE, Guerra Cepeda A, Najera RJ, Rivera Valdés FD, Hernández Barajas D, Vidal-Gutiérrez OA, Eds. Penile cancer: 20 years of experience in a reference oncology center in Mexico. *Zayas-Villanueva Journal of Clinical Oncology*. 2023; 41; 6–6.
2. Thomas A, Necchi A, Muneer A, Tobias-Machado M, Tran ATH, Van Rompuy AS, et al. Penile cancer. *Nature Reviews Disease Primers*. 2021 Feb ;7(1).
3. Anderson S, Breen KJ, Davis NF, Deady S, Sweeney P. Penile cancer in Ireland A national review. *The Surgeon*. 2021 May;3(3).
4. Douglawi A, Masterson TA. Penile cancer epidemiology and risk factors. *Current Opinion in Urology*. 2019 Mar;29(2):145–9.
5. Schlenker B, Schneede P. The Role of Human Papilloma Virus in Penile Cancer Prevention and New Therapeutic Agents. *European Urology Focus*. 2019 Jan;5(1):42–5.
6. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2024 [Internet]. EE UU: American Cancer Society; 2024 [Citado 08/04/2022]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/2024-cancer-facts-figures.html>
7. Savoie PH, Murez T, Neuville P, Ferretti L, Rocher L, Van Hove A, et al. French AFU Cancer Committee guidelines - update 2022-2024: Penile cancer. *Progrès en Urologie* [Internet]. 2022 [Citado 08/04/2022];32(15):1010–39. Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.purol.2022.08.009>
8. Liao Cheng-I, Francoeur AA, Kapp DS, Caesar MAP, Huh WK, Chan JK. Trends in Human Papillomavirus-Associated Cancers, Demographic Characteristics, and Vaccinations in the US, 2001-2017. *JAMA network open* [Internet]. 2022 Mar [Citado 13/06/2023];5(3):e222530. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35294540/>
9. Brouwer OR, Albersen M, Parnham A, Protzel C, Pettaway CA, Ayres B, et al. European association of urology-American society of clinical oncology collaborative guideline on penile cancer: 2023 update. *Eur Urol* [Internet]. 2023;83(6):548–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2023.02.027>

10. Protzel C, Hakenberg OW. Penile cancer: Diagnosis and treatment: Diagnose und Therapie. *Urologe A* [Internet]. 2020;59(2):209–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00120-020-01128-6>
11. Casado-Mendez P, Gonçalves-Monteiro A, Santos-Fonseca R, Méndez-López V, Artime-Martínez L. Caracterización clínico-epidemiológica del cáncer de pene en Guinea Bissau. *Revista Cubana de Urología* [Internet]. 2024 [Citado 13/06/2024];13(1). Disponible en: <https://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/1024>
12. Subirá-Ríos D, Caño-Velasco J, Moncada-Iribarren I, González-García J, Polanco-Pujol L, Subirá-Ríos J, et al. Pelvic and inguinal single-site approach: PISA technique. New minimally invasive technique for lymph node dissection in penile cancer. *Actas Urológicas Españolas*. 2022 Apr;46(3):150–8.
13. Instituto Nacional del cancer. Tratamiento del cáncer de pene (PDQ®)—Versión para pacientes [Internet]. EE UU: Instituto Nacional del cáncer; 2019 (NIH). [Citado 08/04/20220]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/pene/paciente/tratamiento-pene-pdq>
14. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2023;73(1):17–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21763>
15. Yao K, Li Z, Tan X, Chen D, Zhou F. PD56-09 Lymph Node Mapping in Penile Cancer Patients Undergoing Pelvic Lymph Node Dissection. *Journal of Urology*. 2019 Apr;201(Supplement 4).
16. Purkayastha A, Suhag V, Taneja S, Husain A. Carcinoma Penis Manifesting as Upfront Supraclavicular Lymph Node Metastases Detected by 18F-Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography Scan: Report of an Extremely Rare and Aggressive Case. *World Journal of Nuclear Medicine*. 2022 Mar;21(01):076–9.
17. Galgano SJ, Norton JC, Porter KK, West JT, Rais-Bahrami S. Imaging for the initial staging and post-treatment surveillance of penile squamous cell carcinoma. *Diagnostics (Basel)* [Internet]. 2022;12(1):170. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics12010170>
18. Urso L, Bauckneht M, Albano D, Chondrogiannis S, Grassetto G, Lanfranchi F, et al. The evolution of PET imaging in renal, bladder, upper urinary tract urothelial, testicular and penile carcinoma – Today’s impact, tomorrow’s potential. *Expert Rev Med Devices* [Internet]. 2024;21(1–2):55–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1743440.2023.2293919>
19. Dräger DL, Nolting J, Pohla M, Hakenberg OW. Lymph node metastatic penile cancer: a challenge in uro-oncology—guideline-conform treatment. *Urologie* [Internet]. 2024;63(4):367–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00120-023-02266-3>
20. Jeanne-Julien A, Bouchot O, De Vergie S, Branchereau J, Perrouin-Verbe MA, Rigaud J. Long-term oncological results in penile cancer treated by inguinal lymphadenectomy. *World journal of urology*. 2023 Apr ;41(6):1589–95.
21. de Vries HM, Ottenhof SR, van der Heijden MS, Pos FJ, Horenblas S, Brouwer OR. Management of the penile squamous cell carcinoma patient after node positive radical inguinal lymph node dissection. *Current Opinion in Urology*. 2020 Mar;30(2):223–8.
22. Naushad N, Deb A, Agag A, Sangar V. Pelvic lymph node dissection alone versus adjuvant radiotherapy in node positive penile cancer: A systematic review. *Indian Journal of Urology*. 2022;38(2):91.
23. Crook J. The role of radiotherapy in the management of squamous cell cancer of the penis. *World J Urol* [Internet]. 2023;41(12):3913–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-023-04683-7>
24. Patel A, Naghavi AO, Johnstone PA, Spiess PE, Grass GD. Updates in the use of radiotherapy in the management of primary and locally-advanced penile cancer. *Asian Journal of Urology*. 2022 Oct;9(4):389–406.
25. Zhang Q, Li Y, Zhang Y, Deng Z, Ding Y. Case report of penile squamous cell carcinoma continuous treatment with BRCA2 mutation. *World J Surg Oncol* [Internet]. 2024;22(1):50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-024-03305-9>
26. Djedovic G, Rieger UM, Sohn M. Reconstructive Possibilities. *Deutsches Ärzteblatt international*. 2019 Jan 7;116(2).
27. Tzul Agustín O, Lezana Vega JP, Hernández Castellanos V, Reyes Méndez B. Características Clínicas y Experiencia en el Tratamiento del Cáncer de Pene en el Hospital General San Juan de Dios de Guatemala. *Revista Guatemalteca de Urología*. 2022 Mar 7;9(2):10–4.
28. Juárez-Soto Á, Canales-Cascos N, Quintero-Gómez V, Ruiz-Rosety E, de Paz-Suárez M, Campanario-Pérez R. Linfadenectomía inguinal videoendoscópica modificada por abordaje suprafascial: descripción de la técnica y resultados quirúrgicos preliminares. *Actas Urológicas Españolas*. 2022 Oct; 46(8):456–63.
29. Lee HK, Youn SM, Shim SJ, Lee MJ. Electron radiotherapy for EMPD of penis and scrotum. *J Cancer Res Ther* [Internet]. 2023;19(Suppl 2):S998–1001. Disponible en: http://dx.doi.org/10.4103/jcrt.jcrt_506_21
30. Jo DI, Han SH, Kim SH, Kim HY, Chung H, Kim HS. Optimal treatment for penile verrucous carcinoma: a systematic literature review. *BMC Urology*. 2021 Jan 29;21(1).

31. Piñón-García K, Almeida-Esquivel Y, De-Zayas-Pelegrín L, González-Basulto M. Carcinoma de células escamosas de pene. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2023 [Citado 13/06/2023];27. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9394>
32. Chahoud J, Skelton WP, Spiess PE, Walko CM, Dhillon J, Gage KL, et al. Case Report: Two Cases of Chemotherapy Refractory Metastatic Penile Squamous Cell Carcinoma With Extreme Durable Response to Pembrolizumab. Oncol [Internet]. 2020 Dec [Citado 13/06/2023];10(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7793656/>
33. Thomas R, Smith-Matthews S, Ho J. Giant condyloma of Buschke-Lowenstein in a patient with pemphigus vegetans treated with intralesional and systemic human papillomavirus vaccine. JAAD Case Reports. 2022 Feb; 20:54–7

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses relacionados con esta investigación.

Contribuciones de los autores

Luis Armas Martínez: Conceptualización, análisis y procesamiento de datos, redacción del artículo.

Jorge Luis Sagué Larrea: Investigación, análisis de los resultados, revisión del artículo.

Zulma Doimeadios Rodríguez: Investigación, análisis de los resultados, revisión del artículo.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto.