

RECIDIVA TARDÍA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PENE

E. SANZ MAYAYO, R. RODRÍGUEZ-PATRÓN RODRÍGUEZ, I. GÓMEZ GARCÍA,
D. GARCÍA ORTELLS, R. GARCÍA NAVAS, R. GARCÍA GONZÁLEZ*,
Á. ESCUDERO BARRILERO

*Servicio de Urología. *Servicio Anatomía Patológica. Hospital Ramón y Cajal. Madrid.*

Actas Urol Esp. 27 (10): 829-831, 2003

RESUMEN

RECIDIVA TARDÍA DE CARCINOMA EPIDERMOIDE DE PENE

OBJETIVO: Presentar un caso de recidiva de carcinoma epidermoide de pene a los 21 años de la cirugía.

MÉTODO: Se trata de un paciente de 85 años con antecedentes de penectomía parcial por carcinoma epidermoide, que presenta lesión excrecente a nivel de glande de 1 mes de evolución. Se biopsia siendo el resultado carcinoma epidermoide por lo que se realiza penectomía total con uretrotomía cutánea.

RESULTADO: El estudio histopatológico de la pieza confirmó un carcinoma epidermoide bien diferenciado.

PALABRAS CLAVE: Carcinoma epidermoide de pene. Recidiva tardía.

ABSTRACT

EPIDERMOID PENNIS CARCINOMA RECIDIVE

OBJECTIVE: We report a recidive of pennis carcinoma after 21 years of surgery.

METHODS: This is the case of a male of 85 years old, with partial penectomy; by epidermoid carcinoma. In phisics exploration, that it displays excrecente lesion at level of glande of 1 month of evolution. Biopsy being the result of epidermoid carcinoma reason why is made.

Total penectomy, a with cutaneus uretrotomy.

RESULTS: The histopathological study of the piece, confirm a epidermoid carcinoma well differentiated.

KEY WORDS: Pennis carcinoma. Pennis carcinoma recidive.

Presentamos el caso de un paciente con una recidiva tardía de carcinoma epidermoide de pene que genera dudas en cuanto a su origen, pudiendo ser un nuevo tumor primario o una recidiva.

Reseñamos la importancia de un seguimiento a largo plazo de este tipo de tumores tras cirugía conservadora dada la posibilidad de recidiva a largo plazo.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 62 años con antecedentes de balanitis xerótica obliterans y papiloma venéreo sobreañadido que fue electrocoagulado en el año 1974, realizándose posteriormente circuncisión profiláctica. Presenta lesión ulcerosa a nivel de glande de 5-6 centímetros de diámetro bien delimitado y con áreas descamativas de pequeño tamaño.

Se biopsia detectándose un carcinoma epidermoide bien diferenciado, por lo que se realiza amputación parcial de pene evolucionando satisfactoriamente (año 1981).

La histopatología confirmó un carcinoma epidermoide bien diferenciado ulcerado con infiltración superficial de glande.

El paciente se perdió para seguimiento en 1984. Es visto de nuevo en la consulta en el año 2002 presentando una tumoración en muñón distal de pene de un mes de evolución, no dolorosa de 2-3 centímetros de diámetro y de consistencia pétreo. No se apreciaban adenopatías inguinales. Se vuelve a biopsiar diagnosticándose de nuevo de carcinoma epidermoide bien diferenciado de pene. Se trata en esta ocasión mediante penectomía total dejando uretrotomía perineal.

El resultado anatomopatológico definitivo fue de carcinoma epidermoide bien diferenciado que infiltra masivamente el tejido esponjoso sin afectar a extremos quirúrgicos (Fig. 1).

DISCUSIÓN

El cáncer de pene es una patología infrecuente en países desarrollados, en Estados Unidos la incidencia es de aproximadamente de 0,2/100.000 habitantes. Presenta una incidencia superior en regiones en vías de desarrollo como África (10% de las enfermedades malignas del varón), Asia (20%) o áreas de Brasil. La edad media de presentación es entre los 50 y 70 años¹.

El 95% de los tumores malignos de pene corresponde a carcinomas escamosos².

Dentro de los factores de riesgo el más importante es la presencia de fimosis. La circuncisión se considera como un factor protector ya que evita la acumulación de esmegma, aunque todavía no se ha demostrado su capacidad oncogénica. La falta de higiene también contribuye al desarrollo de esta enfermedad. Existe asociación con el virus papiloma humano (HPV) como sucede en este caso. Muchos estudios han demostrado la presencia de HPV tipos 16 y 18³. Los cuadros de inflamación crónica (balanopostitis, liquen escleroatrófico) también pueden contribuir a su aparición⁴.

Existen una serie de lesiones que pueden considerarse como premalignas: leucoplasia, balanitis xerótica obliterante, enfermedad de Bowen,

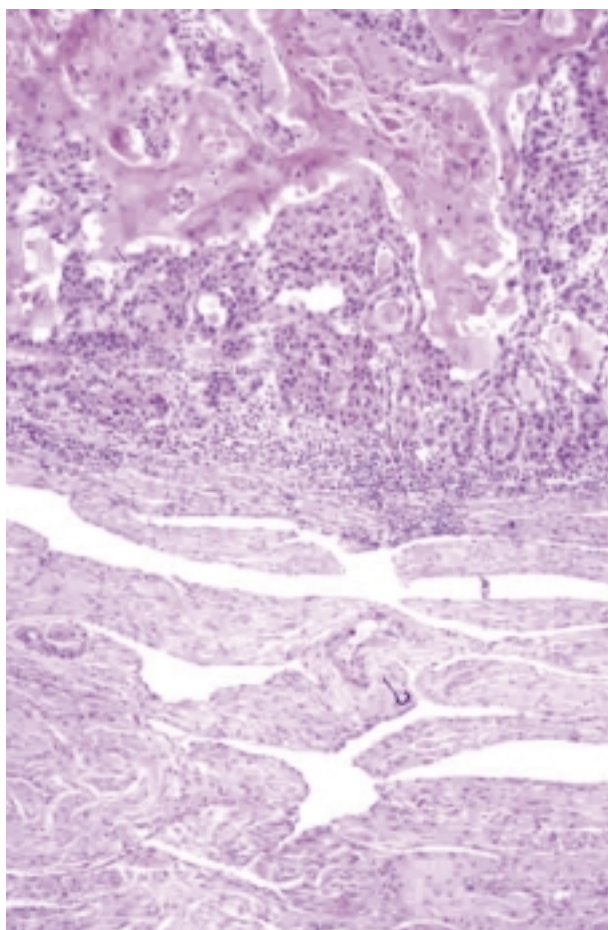


FIGURA 1. Cordones infiltrativos de una neoplasia con diferenciación escamosa, con queratinización, en relación con el cuerpo esponjoso peneano. Hex25.

eritroplasia de Queyrat, condilomas acuminados de gran tamaño, aunque la mayoría de los carcinomas escamosos aparecen sin acompañarse de ninguna lesión subyacente. En el presente caso el paciente tiene dos factores de riesgo, la balanitis xerótica y el papiloma¹.

La localización más frecuente es a nivel de glande (48%) seguida de prepucio (20%), ambos (9%) y surco (6%)¹.

Los factores pronósticos más importantes son el grado de malignidad (que varía de I a IV según la clasificación de Broder) y la profundidad de la lesión según el TNM^{5,6}. La supervivencia global a cinco años es del 52%.

El tratamiento varía dependiendo del tamaño, la localización y la profundidad de la lesión. La simple circuncisión es una posibilidad en tumores localizados a nivel de prepucio de pequeño tamaño con un margen de 2 centímetros, presen-

tando un riesgo de recurrencia del 32%¹. La ablación, con láser NdYAG o CO2 puede ser útil en tumores de pequeño tamaño y superficiales, la serie de Horenblas presenta un riesgo de recidiva del 10% en estadio T1, 32% en T2 y 100% en T3⁷. Otra posibilidad es la radioterapia ya sea externa o braquiterapia.

El tratamiento clásico consiste en la penectomía parcial con 1,5-2 centímetros de margen o la penectomía total con uretrotomía perineal en estadios T3 o T4. El carcinoma escamoso suele tener un crecimiento discontinuo con lesiones moteadas, por ello se suele dejar un margen de 2 cm para capturarlas⁸.

La terapia conservadora para tumores de pequeño tamaño T1-T2 se ha demostrado efectiva y segura, pero requiere largo periodo de seguimiento por la posibilidad de recurrencia a largo plazo. Muchas veces es difícil distinguir recurrencias locales de nuevos tumores primarios, como ocurre en el presente caso⁹. La recurrencia local después de la penectomía parcial varía del 0-7% y su manejo consiste en la penectomía total⁸.

REFERENCIAS

1. POW SANG MR, BENAVENTE V, POW-SANG JE et al.: Cancer of the penis. *Cancer control* 2002; **9**: 305.
2. BURGERS JK, BADALAMENT RA, DRAGO JR et al.: Penile cancer: clinical presentation, diagnosis and staging. *Urol Clin North Am* 1992; **19**: 247.
3. RAGHAVAN D, SCHER HI, LEIBEL SA et al.: Principles and practice of genitourinary oncology. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers 1997: 921.
4. DILLNER J, VON KROGH G, HORENBLAS S et al.: Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 2000; **205**: 189.
5. CUBILLA AL, BARRETO J, CABALLERO C y cols.: Pathologic features of epidermoid carcinoma of the penis. A prospective study of 66 cases. *Am J Surg Pathol* 1993; **17**: 75.
6. SOLSONA E, IBORRA I, RUBIO J y cols.: Prospective validation of the association of local tumor stage and grade as a predictive factor for occult lymph node micrometastasis in patients with penile carcinoma and clinically negative inguinal lymph nodes. *J Urol* 2001; **165**: 1506.
7. HORENBLAS S, VAN TINTEREN H, DELEMARRE JF et al.: Squamous cell carcinoma of the penis. II. Treatment of the primary tumor. *J Urol* 1992; **147**: 1533.
8. LERNER SE, JONES JG, FLEISCHMANN J.: Management of recurrent penile cancer following partial or total penectomy. *Urol Clin North Am* 1994; **21**: 729.
9. HORENBLAS S, NEWLING DWW.: Local recurrent tumour after penis-conserving therapy. A plea for long-term follow-up. *Br J Urol* 1993; **72**: 976.

Dr. E. Mayayo Sanz
 Ctra. de Colmenar Viejo km. 9,100
 28034 Madrid

(Trabajo recibido el 21 abril de 2003)