

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 7 (737-739), 2006

METASTASIS SUBCUTÁNEAS EN PREPUCIO SECUNDARIAS A ADENOCARCINOMA DE RECTO.

Enique Añibarro Laca, Juan Carlos Pérez-Irezabal Pindado, Teresa Ibañez Calle y Roberto Llarena Ibarguren.

Práctica privada. Bilbao. Vizcaya. España.

Resumen.- OBJETIVO: Aportamos un caso de diseminación metastásica prepucial de un adenocarcinoma rectal.

MÉTODOS. Presentamos el caso de un paciente de 61 años tratado por un adenocarcinoma rectal 18 meses antes mediante cirugía y quimioterapia sistémica. Debutó con aumento del tamaño peneano, doloroso, junto a la aparición de unas lesiones eritematosas, excrecentes y sangrantes al roce en la piel prepucial, que impedían la visión del meato y glande. Simultáneamente se apreciaba a la exploración linfedema hipogástrico, de la piel peneana y del escroto. Se realizó circuncisión.

RESULTADO: Histopatológicamente se informa de adenocarcinoma de tipo intestinal moderadamente diferenciado de alto índice mitótico, infiltrando el epitelio de revestimiento plano escamoso prepucial.

CONCLUSIONES: Dentro de la extremada rareza, los implantes tumorales en prepucio secundarios a tumores extraurológicos son excepcionales. Su exéresis, aparte de certificar el origen, puede evitar sangrados e incomodidad al paciente, además de ayudar al sondaje uretral, muchas veces necesario en estadios tumorales terminales.

Palabras clave: Metástasis peneana. Metástasis prepucial. Adenocarcinoma rectal.

Summary.- OBJECTIVE: We report one case of metastatic dissemination of a rectal adenocarcinoma to the prepuce.

METHODS: 61-year-old patient with the diagnosis of rectal adenocarcinoma treated 18 months before by surgery and chemotherapy. He presents with a painful enlargement of the penis associated with outgrowing erythematous lesions in the skin of the prepuce that bled on touch and did not allow the vision of the meatus and the glans penis. Physical examination showed the presence of hypogastric, penile and scrotal lymphedema. Circumcision was performed.

RESULTS: The pathologic study reported a moderately differentiated intestinal type adenocarcinoma with high mitotic index infiltrating the squamous cell flat epithelium of the prepuce.

CONCLUSIONS: Although extremely rare, tumor implants in the prepuce secondary to extra urologic tumors are exceptional. Surgical excision confirms the origin and may avoid bleeding and discomfort, and also may help with catheterization, which is many times necessary in the final stages.

Keywords: Penile metastasis. Prepuce metastasis. Rectal adenocarcinoma.

INTRODUCCIÓN

El primer caso referenciado de metástasis peneana data del año 1870, siendo publicado por Eberth y curiosamente fue secundario a un tumor rectal (1). Poco después en 1875 Tuffier (2) describe el primer caso de diseminación peneana por un cáncer próstata. Desde entonces son raras las comunicaciones al respecto. Según Pascual (3) no más de 300 casos habían sido reportados hasta la última revisión importante.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón de 61 años diagnosticado, intervenido y tratado por un adenocarcinoma rectal desde 18 meses antes. Consultó por aumento del tamaño peneano, doloroso, junto a la aparición de unas lesiones eritematosas, excrecentes y sangrantes al roce en la piel prepucial (Figura 1). Simultáneamente se apreciaba a la exploración linfedema hipogástrico, de la piel peneana y del escroto.

Correspondencia

Roberto Llarena Ibarguren
Apartado de correos 20134
48080 Bilabao. Vizcaya. (España)
rllarena@hrcu.osakidetza.net

Trabajo recibido: 22 de diciembre 2005

Se procedió a su exéresis mediante circuncisión. El estudio anatomopatológico informó de metástasis subcutáneas prepuciales secundarias a adenocarcinoma intestinal. En la imagen macromicroscópica se apreciaba infiltración tumoral del epitelio de revestimiento plano escamoso dando lugar a una excrecencia carcinomatosa (Figura 2). Destacaba el escaso componente inflamatorio. A gran aumento se observa que el tumor infiltrante es un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de alto grado y con elevado índice mitótico (Figura 3).

A pesar del tratamiento oncológico recibido el paciente falleció a los 4 meses del diagnóstico.

DISCUSIÓN

Las metástasis peneanas son infrecuentes, siendo excepcionales las secundarias a tumores extraurrológicos. En el momento de la aparición las dos terceras partes de los pacientes presentan diseminación en otros lugares más habituales (4).

Los tumores descritos con diseminación peneana por orden de frecuencia han sido los vesicales, prostáticos, colorrectales, renales y testiculares. Asimismo y extraordinariamente han sido referenciados casos secundarios a tumores de uréter, cordón espermático, hígado, páncreas, pulmón, nasofaringe, amígdalas, hueso, piel, incluso linfoma de Burkitt y leucemias (5). En la revisión efectuada llama la atención la escasa referencia a casos secundarios a tumor vesical, a pesar de que la mayoría de autores colocan en primer lugar de frecuencia a este tumor como responsable de estas lesiones (6).

En general las metástasis suelen localizarse en cuerpo cavernoso, siendo raras en glándula y cuerpo esponjoso y más aún en piel peneana y prepucial (7). La exten-

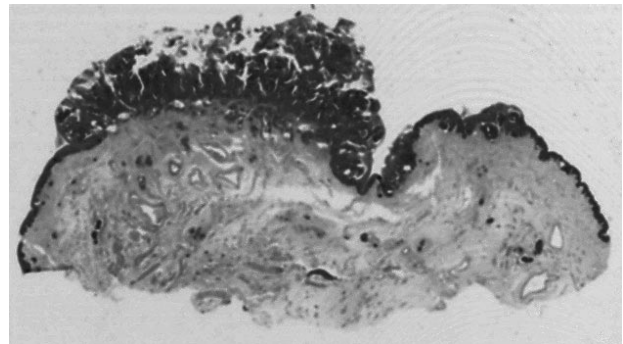


FIGURA 2. Infiltración tumoral del epitelio de revestimiento plano escamoso dando lugar a una excrecencia carcinomatosa.

sión directa, y la embolización arterial o venosa son los mecanismos reconocidos para su aparición, no siendo desdeñable el mecanismo linfático, sobre todo ante la evidencia de la riqueza linfática que poseen estos órganos (8).

La sintomatología local es muy evidente, por la aparición de novo de lesiones excrecentes y dolorosas, aumento del tamaño peneano y aparición de linfangitis locorreional, como ocurrió en nuestro caso. Según Pascual (3) los nódulos y la tumefacción difusa aparecen en el 40% de estos pacientes. Para la aparición de priapismo se han barajado al menos dos mecanismos tales como la trombosis de los senos cavernosos y la irritación de los nervios erectores en aquellos casos de tumores pelvianos urológicos o rectales. En ocasiones las lesiones pueden ulcerarse. En los casos de afectación prepucial los nódulos serán muy evidentes, pudiendo sangrar al



FIGURA 1. Detalle de las lesiones prepuciales. Linfedema penoescrotal.

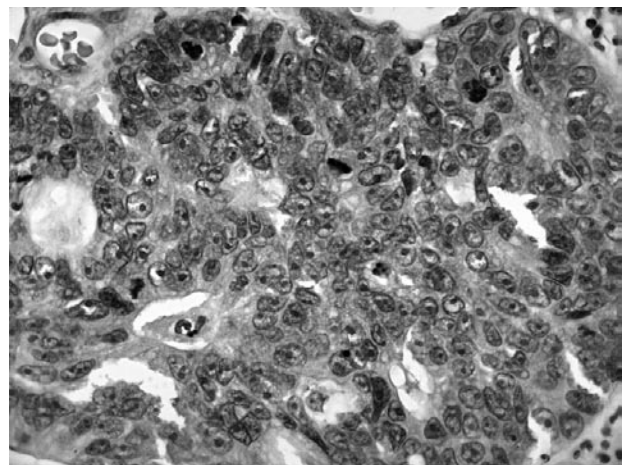


FIGURA 3. A gran aumento se observa que el tumor infiltrante es un adenocarcinoma moderadamente diferenciado, de alto grado y con un índice mitótico elevado.

roce, y provocar fimosis adquirida y dificultades miccionales. En aquellos casos de afectación masiva cavernosa el propio aumento de tamaño provocado por las lesiones pueden derivar en dificultades miccionales progresivas e incluso retención urinaria (3,9).

El diagnóstico diferencial ha de incluir los tumores primarios malignos y también los infecciosos como los chancros, las placas de Peyronie, el priapismo vascular, la tuberculosis y demás lesiones inflamatorias inespecíficas (7,10).

La biopsia y posterior estudio histopatológico ofrecen el diagnóstico de certeza. El tratamiento dependerá del tumor original y de la sensibilidad a los diferentes tratamientos oncológicos.

Algunos autores abogan por la abstención terapéutica dado el mal pronóstico de estos pacientes (3,9,10), interviniendo solo aquellos casos sintomáticos. El abanico terapéutico es amplio, desde la cirugía radical o parcial, la exéresis de la lesión, la radioterapia y la hipertermia (3,6,9,10) hasta tratamientos médicos a base de hormonoterapia o quimioterapia en aquellos casos susceptibles de ellos. La penectomía radical tendría en opinión de algunos autores (6) una intención curativa en aquellos casos, en los que la metástasis sería única, situación que podría tener lugar en una tercera parte de los casos (4).

Si las metástasis anidan en prepucio, piel y tejido subcutáneo se puede intentar su exéresis para evitar sangrados y facilitar la micción y el sondaje uretral, actuando así en forma paliativa en estos pacientes como parte del apoyo oncológico.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

1. EBERTH, C.J.: "Krehsmetastasen des corpus cavernosum penis". Virchows Arch., 51: 145, 1870.
2. ABESHOUSE, B.S.; ABESHOUSE, G.A.: "Metastatic tumor of the penis: a review of the literature and report of two cases". J. Urol., 86: 99, 1961.
- *3. PASCUAL, C.; NIETO, M.A.; LUJÁN, M.: "Retención urinaria aguda y hematuria secundaria a metástasis peneanas por carcinoma renal de células claras". Actas Urol. Esp., 29: 593, 2005.
4. TU, S.M.; REYE, A.; MAA, A. y cols.: "Prostate carcinoma with testicular and penile metastases. Clinical, pathologic and immunohistochemical features". Cancer, 2610: 2002, 1994.
- **5. ALONSO, M.; GUILLÉN, M.; TRAMOYERES, A. y cols.: "Tumores metastáticos de pene". Arch. Esp. Urol., 33: 131, 1980.
6. HADDAD, F.S.: "Penile metastases secondary to bladder cancer". Urol. Int., 39: 125, 1984.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 59, 7 (739-742), 2006

HIDATIDOSIS RENAL.

Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll, Carlos Müller Arteaga, Alejandro Sanz Ruíz, María Dolores Rivero Martínez, José Ramón Cortiñas González y Ernesto Fernández del Busto.

Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Resumen.- OBJETIVO: Nuestro objetivo es comunicar un nuevo caso de hidatidosis renal y su tratamiento.

MÉTODOS: Realizamos una presentación y comentarios de las características del caso clínico.

RESULTADOS/CONCLUSIONES: La hidatidosis es una parasitosis causada por la larva del *Echinococcus granulosus*. De todas las localizaciones viscerales, el riñón ocupa el tercer lugar, encontrándose afectado tan sólo en un 2% a 4% de los casos. La mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos durante años, siendo difícil establecer un correcto diagnóstico preoperatorio.

Palabras clave: Echinococcosis. Infección hidatídica. Riñón.

Correspondencia

Juan Ramón Torrecilla García-Ripoll.
C/ Manuel Silvela nº 2, 6º A
47014 Valladolid. (España)
juanra8@ozu.es

Trabajo recibido: 22 de diciembre 2005