

CANCER DEL PENE. REVISION DE LA CASUISTICA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS DURANTE QUINCE ANOS (1975-1990)

Dres. Omaira Milella*
Doris Seivane*
José R. Sardi B.**

Resumen

Se revisa la casuística del cáncer de pene en el Servicio de Dermatología del H.U.C., analizando retrospectivamente 66 casos.

SUMMARY

We revise the cancer of the penis casuistry in the Dermatology Service, University Hospital of Caracas, and retrospectively analyze 66 patients.

PALABRAS CLAVES: Cáncer, cáncer de pene, revisión, tratamiento, evolución.

INTRODUCCION

El carcinoma espinocelular es el tumor más frecuentemente diagnosticado en la piel o mucosa del pene. Representa cerca del 1 ó 2% de los tumores malignos en el hombre, de acuerdo a las series consultadas (1, 2).

Suele observarse en sujetos de estrato económico bajo, con pobres hábitos higiénicos y no circuncidados; tiene un amplio espectro, tanto clínico, como histológico, que va desde el cáncer in situ hasta el carcinoma infiltrante anaplásico (2). La forma más común de presentación es una pápula eritematosa a nivel del prepucio, tercio distal del glande o debajo de la mucosa del prepucio. Así tenemos dos tipos de formas clínicas al inicio, lesión indurada, donde la ulceración es común y el tipo papilar que puede confundirse con una "verruca".

El diagnóstico se orienta clínicamente y se confirma en la histología.

El condiloma acuminado, afección de etiología viral puede transformarse en cáncer invasor y de hecho se han determinado cepas de VPH que estarían íntimamente relacionadas con el cáncer, igual ocurre con la papulosis bowenoide y con el tipo gigante de condiloma de Buschke-Loewenstein al que consideramos como un carcinoma potencial ya que clínica e histológicamente pueden resultar indistinguibles de un carcinoma espinocelular, con la única diferencia que no produce metástasis, pero hay casos reportados (11,2,3) y nosotros también hemos constatado, la Asociación con Metástasis Regionales, lo que demuestra su comportamiento maligno. A la consulta de Dermatología en general y al dermatovenereólogo en especial concurren con bastante frecuencia los

pacientes afectados con cáncer de pene, de allí la importancia de conocer bien la biología y la evolución de estos tumores.

MATERIAL Y METODO

Se revisó la estadística del Laboratorio de Histopatología del Servicio de Dermatología del H.U.C., entre los años 1975-1990, encontrándose 66 casos, de los cuales fueron seleccionados 23 historias clínicas que llenaban los requisitos para ser evaluados de acuerdo a un protocolo previamente elaborado.

RESULTADO

En el total de los 66 casos observamos que la distribución por años, fue bastante similar, con un registro de más o menos 4 ó 5 casos anuales,

* Médicos residentes del Servicio de Dermatología del HUC. Adscritos al Postgrado de Dermatología. Escuela de Medicina "Luis Razetti". UCV.

** Profesor agregado de la Cátedra de Dermatología. Escuela de Medicina "Luis Razetti". UCV.

con un pico mayor en los años 1987-88 (ver cuadro N° 1).

La edad de los enfermos en el momento de hacer el diagnóstico en más del 83% estaba comprendida entre **26** y 75 años, y la mayor frecuencia de casos entre los **36** y 45 años (época de mayor actividad sexual). En doce pacientes no se pudo determinar la edad, por no estar registrada en la historia clínica (ver cuadro N° 2). En los 66 casos estudiados se plantearon varios diagnósticos clínicos, que incluyeron lesiones malignas, pre-malignas e inflamatorias. El mayor porcentaje correspondió a carcinoma espinocelular, el 31%; seguido por condiloma acuminado gigante, 9%; y luego granuloma venéreo, 7% (ver cuadros Nos. 3 y 4).

Los diagnósticos definitivos (clínico-patológico) se reducen a 5, entre ellos las lesiones malignas como carcinoma espinocelular desde el grado I al III y los otros cuatro diagnosticados como premalignos. Correspondiendo el mayor porcentaje más del 50% para el carcinoma espinocelular, luego la enfermedad de Bowen con un 24% ; eritroplasia de Queyrat con 12% ; carcinoma verrugoso y condiloma acuminado gigante (ver cuadro N° 5).

Observamos que ninguno de nuestros enfermos estaba circuncidado, este hecho es muy importante porque hay trabajos que incriminan el esmegma como un elemento carcinogénico, de allí que la circuncisión vendría a representar un factor profiláctico cuando se realiza en el período neonatal o en la infancia.

Más de 90% de nuestros pacientes consultaron antes de un año de evolución lo que quizás se deba a que un gran número de ellos eran jóvenes en edad sexual activa y provenían del medio urbano (ver cuadro No 6).

Los tumores se localizan más frecuentemente a nivel del glande con un porcentaje de 32% , luego el prepucio con 27%, el cuerpo del pene con un 12% . La importancia de la localización radica en el pronóstico de agresividad, de posible metástasis y/o de su recidiva (de acuerdo a la terapia planificada) (ver cuadro NO 7). Sólo en 23 pacientes tenían reportado en la historia la evidencia clínica de me

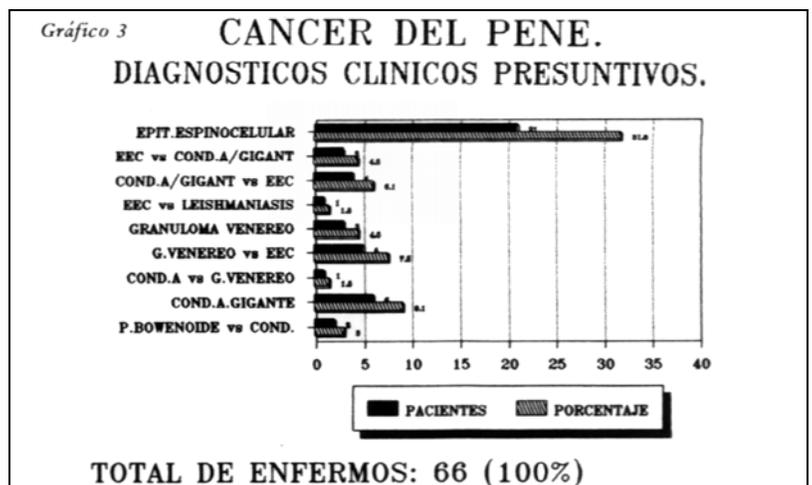
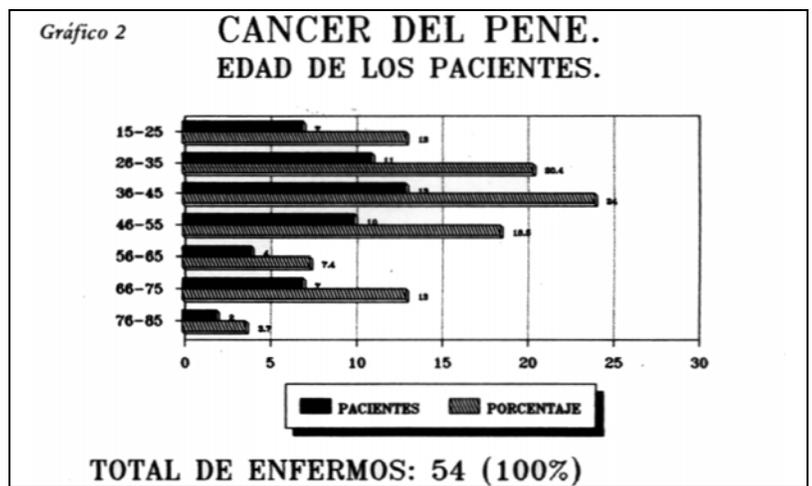
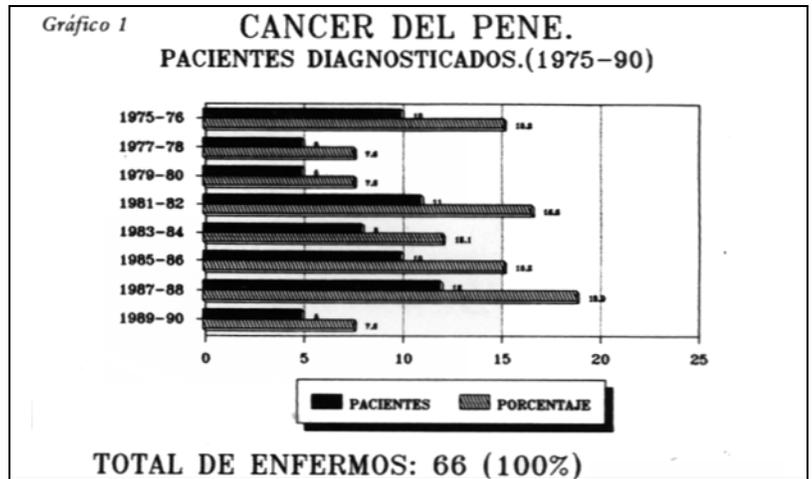
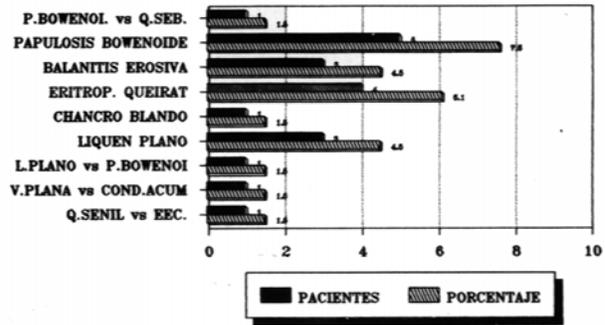


Gráfico 4

**CANCER DEL PENE.
DIAGNOSTICOS CLINICOS PRESUNTIVOS.**



TOTAL DE ENFERMOS: 66 (100%)

tástasis. El 10% o más no tenían evidencia clínica de metástasis. Cuando estuvo presente fueron metástasis regionales, luego a distancia (hígado, pulmón, pleura, hueso) (ver cuadro N° 8).

En el estudio observamos que el mayor porcentaje (30%) no tenía adenopatías. El 22% tenían adenopatías palpables bilateralmente, en ellos el 17% el estudio histológico del ganglio fue negativo, y sólo 8% resultaron positivos. En el caso de presencia unilateral sólo clínica fue del 13%, con un estudio histológico negativo en el 4% y otro 4% positivo.

Es importante en el momento de determinar la terapéutica cuál es la extensión de la enfermedad (ver cuadro N° 9). Los esquemas terapéuticos empleados fueron diversos, en total 11 alternativas. El mayor porcentaje fue mutilante, falectomía total, falectomía parcial, con o sin vaciamiento ganglionar regional (superficial o superficial y profundo), radioterapia, etc. (ver cuadro N°10).

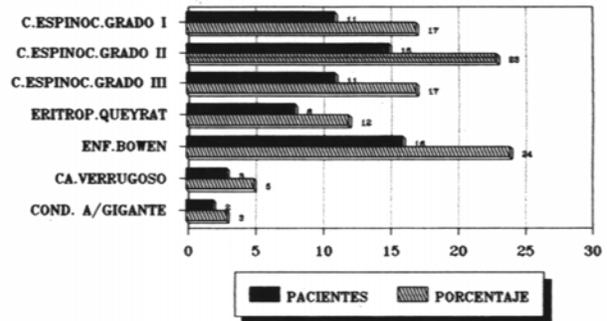
En el cuadro No 11, determinamos el tipo de tratamiento empleado según el diagnóstico específico y su evolución posterior. Como es costumbre el control posterior a la terapéutica sigue siendo muy difícil en nuestro medio, sólo 43% realizaron 3 ó más consultas, sólo 9% se controlaron dos veces y el resto de ellos no volvió al Hospital (ver cuadro N°12).

De los 15 pacientes que se pudieron controlar, el 46% estuvo asintomático por pocos meses. Un 20% estuvo libre de enfermedad por un año, un 6% por dos años y un 26% por más de dos años (ver cuadro N° 13).

De los enfermos controlados (15 en total), 8 presentaron recaídas (62,5%) y correspondían a carcinoma espinocelular, dos (25%) correspondían a condiloma gigante de Buschke-Loewenstein y otro (12,5%) a carcinoma in situ (Eritroplasia de Queyrat). (Cuadro N° 14).

Gráfico 5

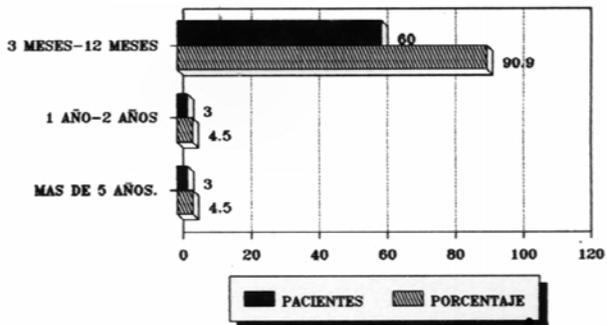
**CANCER DEL PENE.
DIAGNOSTICOS CLINICO PATOLOGICOS.**



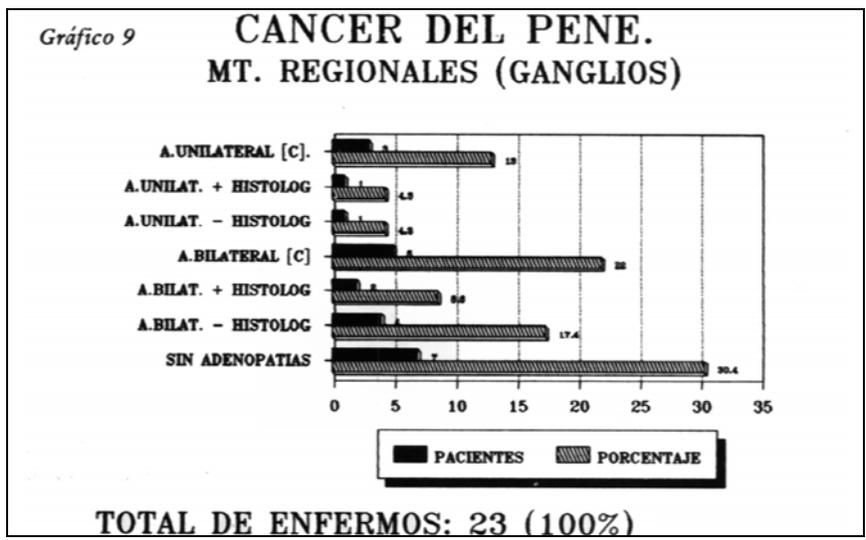
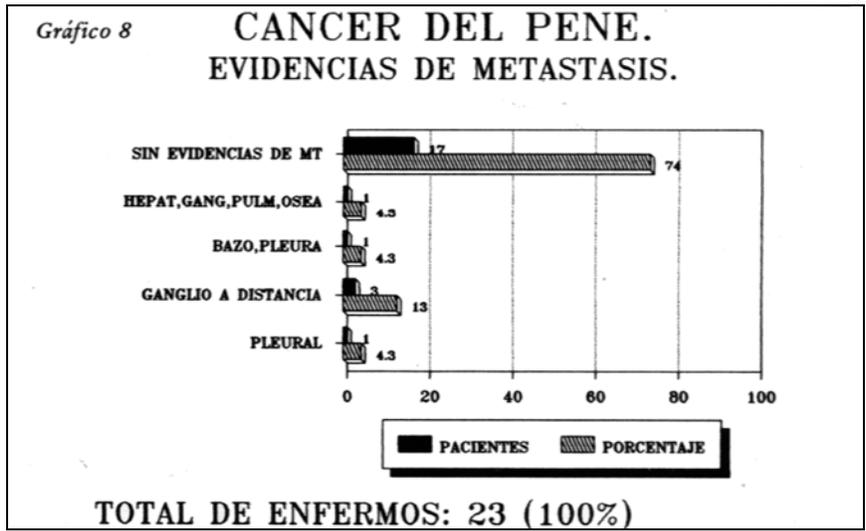
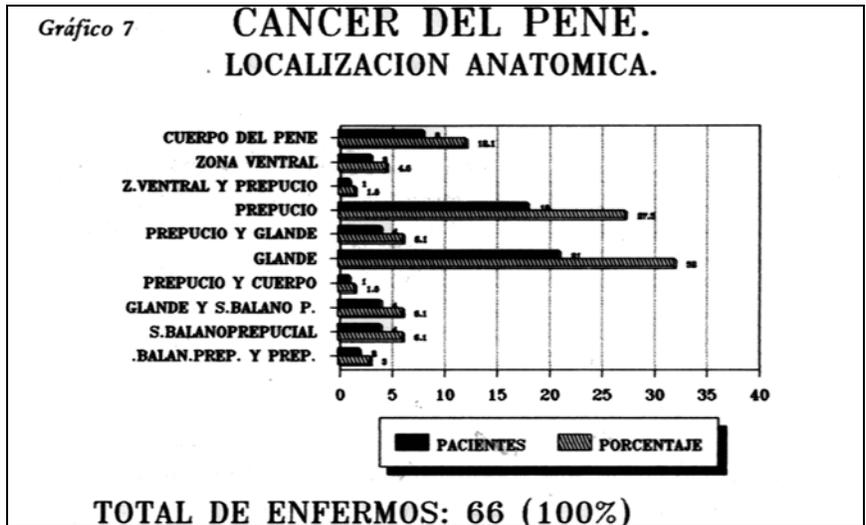
TOTAL DE ENFERMOS: 66 (100%)

Gráfico 6

**CANCER DEL PENE
EVOLUCION ANTES DEL DIAGNOSTICO.**



TOTAL DE ENFERMOS: 66 (100%)



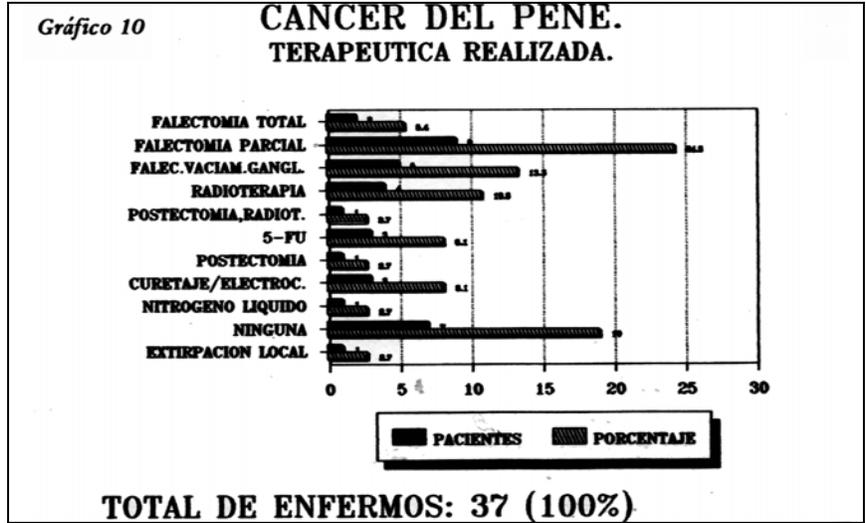


Gráfico 11 **CANCER DEL PENE TERAPIA SEGUN DIAGNOSTICO ESPECIFICO**

Falectomía y vaciamiento ganglionar	EEE + MT[G]	1
Falectomía parcial, vac. gangl., quimio, y radioterapia	EEC + MT	1
Falectomía parcial o total sin vac.	EEC	13
Radioterapia	Cond. gigante	2
	EEC	3
Postectomía y radioterapia	Enf. Bowen	1
	EEC	1
Quimioterapia (Platinol + 5 - FU)	EEC	1
5-FU (Tópico)	E. Queyrat	1
Postectomía	E. Queyrat	1
Curetaje y/o electrocoagulación	P. Bowenoide	1
	Cond. gigante	3
Nitrógeno líquido	E. Queyrat	1
Resención y electrocoagulación	EEC	1

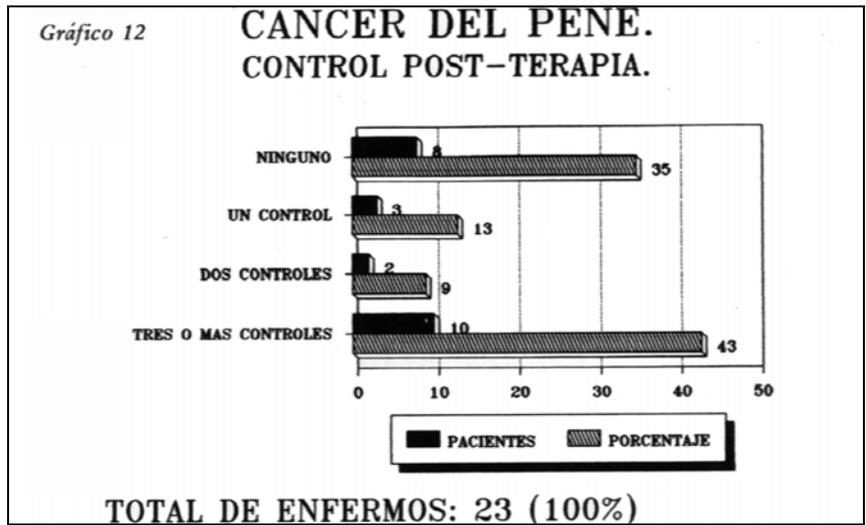
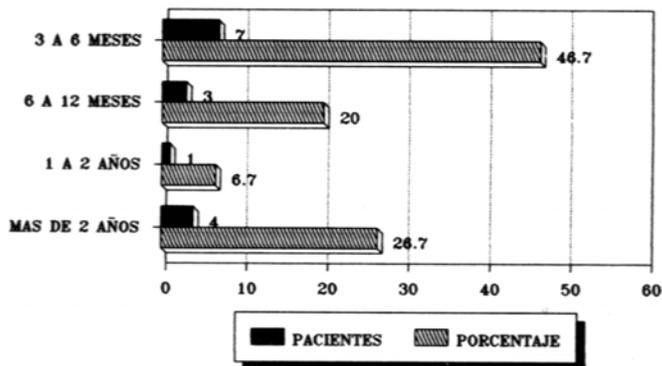


Gráfico 13

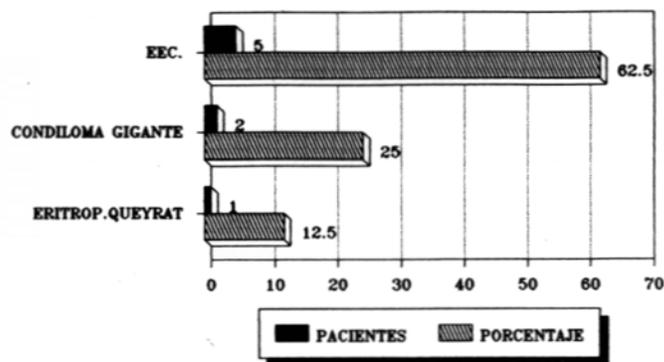
CANCER DEL PENE. SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD. (post.trat)



TOTAL DE ENFERMOS: 15 (100%)

Gráfico 14

CANCER DEL PENE. RECIDIVAS. SEGUN LA PATOLOGIA.



TOTAL DE ENFERMOS: 8 (100%)

CONCLUSIONES

En los 15 años revisados en forma retrospectiva, encontramos un gran número de pacientes con lesiones malignas en el pene y un menor número con lesiones pre-malignas.

De los 66 casos diagnosticados sólo pudimos recopilar la información clínica de 23 de ellos, lo que representó un factor limitante para manejar la información en su totalidad. Sólo 15 enfermos siguieron algún tipo de control y de ellos un alto porcentaje tuvo algún tipo de recaída. De allí que la conducta terapéutica debe ser agresiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Hubbell C.R., et al. Cancer of the skin in blacks. A review of black patients with squamous cell carcinoma of the penis. J. Am. Acad. Dermatol. 18: 292-8, 1988.
2. De Vita, V.Y. Jr., et al. Cancer principles and practice of Oncology. (2da. edit.). Philadelphia: J.B. Lippincott (Comp.), 1985: 965-972.
3. Andrade R., et al. Cancer of the skin. Biology-Diagnosis-Management. (9na. edit.). Philadelphia: W.B. Saunders Company. 1976: 1409-1434.

**HACIA EL
V CONGRESO VENEZOLANO
DE DERMATOLOGIA
19 AL 23 DE NOVIEMBRE DE 1991
CARACAS**