

Cáncer de pene: patología postergada por el hombre. Reporte de casos en 1 año en un centro urológico de referencia

Penile cancer: pathology postponed by man. Case reports in 1 year in a reference urological center

Carolina Alfonso*, Adán Martínez y Levin Martínez

Cátedra en Urología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay

Resumen

El objetivo de este artículo es describir ocho casos de cáncer de pene, su presentación y manejo, en un centro de referencia de Montevideo, Uruguay. Es un estudio retrospectivo y descriptivo de casos de cáncer de pene desde enero de 2022 hasta enero de 2023, en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en Montevideo, Uruguay. Se tomaron todos los casos presentados en ese periodo, independientemente de que su manejo hubiera sido quirúrgico en vistas a reflejar también el aumento de la incidencia de esta patología. Se describen ocho pacientes con cáncer de pene y diagnóstico anatomopatológico confirmado. Se evidencia en el 100% una demora mayor de 1 año para acceder al sistema de salud, consulta cuando se encuentra complicado, anatomía patológica en su mayoría por encima de T2, tratamiento preservador en su mayoría, con malos resultados oncológicos y funcionales. Pese a la infrecuencia de esta patología, se ha notado en los últimos años un aumento en su incidencia vinculado a los factores de riesgo. Interesa concientizar a la población para identificar y prevenir factores de riesgo y consulta temprana frente a hallazgos clínicos, para evitar la progresión lesional con resultados quirúrgicos mutilantes y sobrevida específica de cáncer ominosa.

Palabras clave: Carcinoma escamoso de pene. Cáncer de pene. Penectomía. Linfadenectomía. Carcinoma in situ.

Abstract

The objective of this article was to describe eight cases of penile cancer and its presentation and management in a reference center in Montevideo, Uruguay. This is a retrospective and descriptive study of penile cancer cases from January 2022 to January 2023 presented at Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay. All the cases presented in that period were considered, regardless of whether their management was surgical, to reflect the increased incidence of this pathology. Eight patients with penile cancer with confirmed pathological diagnosis were described. There is 100% evidence of a delay of more than 1 year to access the health system, consultation when complications arise, pathological anatomy mostly in cases above T2, and conservative treatment mostly in cases with poor oncological and functional results were noted. Despite the infrequency of this pathology, an increase in the incidence related to risk factors has been noted in recent years. It is of interest to raise awareness among the population to identify and prevent risk factors, as well as early consultation of clinical findings in order to prevent lesion progression with crippling surgical results and ominous specific cancer survival.

Keywords: Penile squamous cell carcinoma. Penile cancer. Penectomy. Lymphadenectomy. Carcinoma in situ.

*Correspondencia:

Carolina Alfonso

E-mail: carolina.alfonso@hotmail.com

0716-0429 / © 2023 Sociedad Chilena de Urología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 01-05-2023

Fecha de aceptación: 03-11-2023

DOI: 10.24875/RECHURO.23000003

Disponible en internet: 26-02-2024

Rev Chil Uro. 2023;88(4):191-196

www.revistachilenadeurologia.com

Introducción

El carcinoma de pene de células escamosas es una enfermedad rara, representado el 0,4-0,6% de todas las neoplasias malignas en los hombres americanos y europeos. La incidencia es mayor en los países en desarrollo de América del Sur, Asia y África. La edad de presentación más frecuente es entre los 50 y los 70 años.

El diagnóstico temprano es de suma importancia, ya que se trata de una enfermedad que puede resultar en una mutilación devastadora y tiene una tasa de supervivencia a 5 años de aproximadamente el 50%, distinguiéndose entre más del 85% para aquellos con ganglios linfáticos negativos y el 29-40% en caso de ganglios positivos, siendo estos los determinantes de sobrevida específica de cáncer^{1,2}.

El último registro uruguayo publicado fue en el periodo de 2014-2018, presentándose en esos 4 años un total de 72 pacientes con cáncer de pene, predominando en los departamentos del interior del país³⁻⁶.

Los factores de riesgo para esta patología incluyen fimosis, balanitis, inflamación crónica, traumatismos peneanos, tabaquismo, liquen escleroso, higiene deficiente, infección por virus del papiloma humano (VPH; especialmente los tipos 6, 16 y 18) y zoofilia, entre otros ampliamente conocidos.

La mayoría de las veces se presenta como una lesión palpable o visible en el pene, asociada o no con dolor, secreción, sangrado y fetidez. La lesión puede ser nodular, ulcerativa o fungosa, y puede solaparse en pacientes fimóticos. Además, puede presentar signos de enfermedad más avanzada, como adenopatías palpables o síntomas constitucionales como repercusión general.

El tratamiento, además de tener un rol en el mantenimiento del funcionamiento sexual y miccional del pene, es fundamental para el sentido de integridad y masculinidad del paciente. Por lo tanto, los objetivos terapéuticos son la extirpación completa del tumor primario con la mayor preservación de órganos posible, sin comprometer el control oncológico^{1,2}.

Casos clínicos

Se realizó un estudio retrospectivo de 1 año (de enero de 2022 a enero de 2023), de carácter descriptivo, en el que se buscaron pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de pene en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en Montevideo, Uruguay. Todos los casos tenían una historia clínica completa, un diagnóstico anatomopatológico confirmatorio y datos respecto a la evolución (Tabla 1).



Figura 1. Cáncer de pene posdenudamiento peneano en contexto de gangrena de Fournier.



Figura 2. Cáncer de pene a modo de presentación con amputación total de pene.

La edad promedio al diagnóstico de los pacientes analizados fue de 64 años, con un rango de 45 a 70 años, aproximadamente. En relación con los antecedentes personales, destaca que el 100% de los pacientes



Figura 3. Cáncer de pene con presentación de úlcera en el glande.



Figura 5. Conglomerado ganglionar inguinal de rápida evolución tras penectomía parcial y ganglio centinela que en la evolución tuvo una anatomía patología positiva para células epidermoides.



Figura 4. Cáncer de pene posdenudamiento peneano en contexto de infección de piel y partes blandas no Fournier.

eran tabaquistas activos, en su mayoría desde la adolescencia. Respecto al diagnóstico anatomopatológico, todos fueron carcinoma epidermoide; solo uno de los reportes de anatomía patológica diferenció el estatus respecto al VPH más allá de que se hubiese solicitado al patólogo.

En referencia al tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta de urología, el promedio fue de 1 año, presentándose sobreinfectados en un 80%. De acuerdo con la clasificación clínica TNM, el 100% fueron tumores invasores en el diagnóstico preoperatorio, salvo uno que fue T1b en la pieza de anatomía.

Se destaca que cuatro pacientes (50%) se presentaron como cT2, cuatro (50%) tenían linfonodos negativos en la exploración física e imagenológica, y solo dos (25%) se presentaron con lesión en el glande (el resto tenían compromiso del cuerpo peneano).

Siempre que fue posible, el tratamiento de elección fue conservador con penectomía parcial y linfadenectomía inguinal cuando esta correspondiera. A un paciente se le practicó la técnica de ganglio centinela, con resultados adversos, dado que la anatomía contemporánea arrojó un resultado negativo para malignidad y posteriormente la anatomía definitiva fue positiva para compromiso ganglionar tumoral⁷. Respecto a la evolución de estos, el 50% tuvo una buena evolución, definida como estabilidad de la enfermedad en el

Tabla 1. Características de los pacientes analizados. Se describen la edad, los antecedentes personales (incluyendo factores de riesgo), el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la consulta con el urólogo, las características de presentación, la estadificación clínica y patológica, el informe anatomopatológico, el tratamiento realizado y la evolución

Edad (años)	Antecedentes personales	Tiempo hasta la consulta	Presentación	CTNM	PTNM	Anatomía patológica	Tratamiento	Evolución
71	Tabaquista, enolista	2 años	Úlcera ventral de 2,5 cm sobreinfectada	T2N0M0	T3NxM0	CE bien a moderadamente diferenciado, no invasión perineural, embolias vasculares, margen < 1 mm	Penectomía parcial, sin LND	Recidiva locorregional
65	Tabaquista	1 año	En contexto de gangrena de Fournier	T2N0M0	T2N0M0	CE bien diferenciado, no invasión perineural ni embolias vasculares Margen < 10 mm	Penectomía parcial, con LND superficial	Buena evolución
78	Tabaquista, obeso, HTA	1 año	Tumor en glándula y cuerpo abscesado	T2N3M0	T3NxM0	CE bien diferenciado, invasión perineural, embolias vasculares	Penectomía radical, meato perineal, sin LND	Buena evolución, bajo QT
67	Tabaquista, CBP	2 años	Amputación distal del pene, miasis de base peneana	T3N3M0	T3NxM0	CE moderadamente diferenciado, embolias vasculares, invasión perineural	Penectomía radical, meato perineal, sin LND	Buena evolución, bajo QT
58	Tabaquista, oligofrénico	6 meses	Placa necrótica ventral al glándula	T1N0M0	T1bN2M0	CE bien diferenciado, grado I, bordes +, no asociado a VPH, N+ 2/26	Penectomía parcial + LND inguinopélvica	Buena evolución, bajo QT
64	Tabaquista, higiene deficitaria	2 años	Amputación total del pene	T4N3M0		Biopsia, CE muy bien diferenciado tipo papilar	Cistostomía suprapúbica, RT, QT	Mala evolución, en UCP
68	Tabaquista	2 años	Úlcera en glándula	T2N0M0	T3N2M0	CE bien diferenciado, invasor, embolias linfáticas, borde libre de tumor, AP extemporánea negativa para ganglio centinela, AP definitiva positiva	Penectomía parcial + ganglio centinela	Mala evolución, bajo QT y RT en UCP
45	VIH+, tabaquista, cáncer de ano	1 año	Amputación total del pene	T3N3M0		Biopsia, CE bien diferenciado	Cistostomía suprapúbica, RT, QT	Mala evolución, en UCP

AP: anatomía patológica; CBP: carcinoma broncopulmonar; CE: carcinoma escamoso; HTA: hipertensión arterial; LND: linfadenectomía; QT: quimioterapia; RT: radioterapia; UCP: unidad de cuidados paliativos; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

estadio desde el diagnóstico al año bajo tratamientos adyuvantes, mientras que el restante 50% se encuentran al momento con tratamientos adyuvantes paliativos, priorizando tratamiento sintomático y confort.

Discusión

De acuerdo con los resultados de la presente serie, la edad de aparición del cáncer de pene en nuestros pacientes fue en promedio entre los 50 y los 70 años; esto coincide con la evidencia más actual, que reporta esa misma edad promedio; sin embargo, algunos de nuestros pacientes están por fuera de este límite establecido. En cuanto a la incidencia en nuestro país, el último registro reportado por la comisión contra el cáncer fue en 2018, por lo que resulta interesante publicar la incidencia actual evaluada en 1 año en un centro urológico de referencia como es el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela.

Uruguay es uno de los países en vías de desarrollo de América Latina que se encuentran más afectados por esta patología^{8,9}.

Al hablar de factores de riesgo, la literatura coincide en la ausencia de circuncisión en la infancia, la fimosis, el déficit de higiene personal, el tabaquismo, la zoofilia y la infección por VPH, entre otros.

En este estudio descriptivo pudimos reportar que el 100% de los pacientes presentaba como antecedente el tabaquismo y un porcentaje mayor del 80% higiene personal deficitaria, esto último vinculado a la vulnerabilidad que presentan los pacientes usuarios de este centro.

Desconocíamos en la mayoría de ellos su estado respecto al VPH; únicamente fue informado en una pieza de anatomía patológica.

En referencia a la presentación clínica, destacamos la presencia tumoral sobreinfectada o la amputación del órgano como las más frecuentes valoradas (Figs. 1 y 2). Un 50% de los pacientes de esta serie se presentaron con adenopatías palpables al diagnóstico, y cabe señalar la latencia en la consulta como principal factor a modificar en estos pacientes, pues el 100% tardó más de 1 año desde el inicio sintomático hasta el control urológico (Figs. 3-5).

Respecto al tratamiento, se intentó siempre la mayor preservación del órgano, manteniendo los pilares terapéuticos previamente descritos. En la mayoría de los casos que presentaban indicación de tratamiento quirúrgico, se realizó penectomía parcial siempre que fue posible. La linfadenectomía no se llevó a cabo en todos los pacientes debido a presentaciones avanzadas de la enfermedad, sin beneficio en el abordaje quirúrgico,

y en un paciente se realizó la técnica de ganglio centinela, presentando en la evolución resultados desfavorables debido a un diagnóstico anatomopatológico confirmatorio para malignidad no concordante con el diagnóstico contemporáneo. Dicho paciente, desde la cirugía inicial al diagnóstico anatomopatológico definitivo presentó una rápida progresión lesional, quedando fuera de indicación quirúrgica¹⁰.

Los tratamientos sistémicos en estadios avanzados se apoyaron en los esquemas actuales de quimioterapia basada en cisplatino, a cargo de los colegas de oncología. El tratamiento sintomático radioterapéutico también fue a cargo de los colegas de dicha especialidad.

Nuestros resultados anatomopatológicos mostraron que el 100% de la serie correspondía a carcinomas escamosos de pene, lo que confirma que es la estirpe más común en esta patología.

Respecto a la sobrevida de los pacientes, valorando su evolución confirmamos nuevamente que la sobrevida está determinada por su estadio ganglionar, si bien al final del estudio el 100% se encontraba con vida.

Conclusiones

A pesar de ser el cáncer de pene una patología infrecuente, podemos denotar que se ha visto en los últimos años un aumento de los casos que han consultado en nuestro centro.

El análisis de esta serie demuestra la importancia de conocer los factores de riesgo y de tener una óptima adherencia a los controles de salud.

El estigma asociado a esta enfermedad lleva a postergar la consulta de estos pacientes, que se presentan en su evolución con estadios más avanzados de la enfermedad, con indicaciones de tratamientos mutilantes y con sombríos pronósticos de sobrevida específica del cáncer.

Esta patología, su estigma y la consecuente mutilación terapéutica hacen necesaria la participación conjunta de un equipo psicológico y social para el seguimiento de estos pacientes.

Financiamiento

La presente investigación no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores públicos, comercial, o con ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido la aprobación del Comité de Ética para el análisis y publicación de datos clínicos obtenidos de forma rutinaria. El consentimiento informado de los pacientes no fue requerido por tratarse de un estudio observacional retrospectivo.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. NCCN Clinical practice guidelines in oncology. Penile cancer. Versión 1.2023, diciembre 1, 2022. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/penile.pdf
2. EAU Oncology guidelines. Penile cancer. Disponible en: <https://uroweb.org/guidelines>
3. Atlas de mortalidad por cáncer en Uruguay 2014-2018. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/Ocultas/NUEVO-VI-Atlas-de-Mortalidad-por-Cancer-en-el-Uruguay-2014-2018-uc317>
4. Garau M, Alonso R, Musetti C, Barrios E. Incidencia y mortalidad de cáncer en Uruguay: 2013-2017. *Colomb Med (Cali)*. 2022;53:e2014966.
5. Alonso B, Alonso R, Benavides Y, Santos J, Castillo E, Pascual M. Estudios de incidencia y prevalencia en la planificación de ensayos clínicos. Consideraciones de su actual utilidad. *QhaliKay*. 2020;4:25-32.
6. Lafon L, Ronco A. Análisis de la distribución geográfica del cáncer en Montevideo. *Rev Med Urug*. 2002;18:36-47.
7. Rubi S, Vidal S, Ortega M, Domenech B, Lafuente S, Corral JM, Gelbert A. Localización del ganglio centinela en el carcinoma escamoso de pene. Experiencia inicial. *Rev Esp Med Nucl Imag Mol*. 2008;27:3-7.
8. Montiel A, Contreras A, Cruz E, Chopin M, Romero M, Moralea I, et al. Análisis a cinco años de supervivencia en pacientes con cáncer de pene. *Rev Med IMSS*. 2017;55:34-43.
9. Da Fonseca A, Silva J, Marques M, Santos F, Otavio L, Fonseca R. Estudio epidemiológico sobre el cáncer de pene en el estado de Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2010;1:85-90.
10. Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, Ministerio de Salud Pública, Montevideo, Uruguay. Disponible en: <https://www.comisioncancer.org.uy/categoria/Registro-Nacional-de-Cancer-14>