

Cáncer del Pene

Avelino Hernández León*

INTRODUCCION

Por cáncer del pene se comprenden aquellas neoformaciones que originan del prepucio, de la fascia penis y de los tejidos erectiles, representados por los cuerpos cavernosos, por el cuerpo esponjoso de la uretra y por el glande. Tal delimitación es necesaria para separar de este grupo otros tumores que originan del corion de la mucosa uretral y que se describen como tumores uretrales.

FRECUENCIA

Las estadísticas de la literatura demuestran que el cáncer del pene, sin ser excepcional, es, entre los tumores malignos, uno de los más raros (1.3% de todos los cánceres en el hombre — BLUNDELL 1954).

La frecuencia varía sensiblemente en los diferentes países y en las diferentes razas, resultando notablemente más en las razas de color (20.8% según LENOWITZ y GRAHAM 1946, 22% según NGAI 1933), debido tal vez a una menor higiene o por la mayor incidencia de enfermedades venéreas, especialmente de tipo ulcerativas.

Parecen ser excepción los negros de los U.S.A.: en la casuística de DEAN (1963) el 93% de los enfermos eran blancos, mientras solo el 3% eran negros.

Muy rara en Europa y en América (2% de los tumores del hombre) es muy frecuente en el Lejano Oriente (del 12 al 22%; el mayor número de casos, 202, fue observado en la India por GREENFELDER).

LIGKLIDEN en 1961 clasificó los cánceres del pene según las religiones, obteniendo los siguientes datos:

* Servicio de Urología Hospital San Juan de Dios.

de 293 pacientes católicos 58 tumores
 de 266 pacientes protestantes 66 tumores
 de 251 pacientes hebreos 4 tumores

EDAD

En general el cáncer del pene se presenta indiferentemente en jóvenes y viejos, pero con preferencia en la edad madura.

La edad media en los enfermos está entre 40 y 70 a.

DEAN encontró que en 120 casos sólo el 7% de los pacientes tenían menos de 30 a. y el 40% debajo de los 50 a.

DARGET y col. (1963) encontraron la mayor frecuencia en la séptima década, mientras que BUDDINGTON (1963) encontró mayor frecuencia en la sexta década.

En la casuística del Hospital S. Juan de Dios de 1964 a 1968 la edad más frecuente fue según la siguiente tabla:

	Décadas							
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°
Nº de casos	—	1	2	5	8	7	6	—

Década de más casos: la 5ª.

ETIO-PATOGENIA

Como en todas las neoplasias, el origen del cáncer de pene es desconocido, pero existen algunas condiciones predisponentes que merecen ser nombradas.

La fimosis parece jugar un papel importante en la aparición del tumor, efectivamente se encuentra en el 85% de los casos según BARNEY, el 52% según EKSTROM.

El papel de la fimosis es evidentemente indirecto; a la fimosis se acompaña el acúmulo de esmegma y de orina, procesos adherenciales, balanopostitis, que realizan, mediante una irritación continua y prolongada sobre las superficies del glande y del prepucio, las condiciones locales necesarias a la formación de una neoplasia.

MELICOW considera que la irritación crónica prepara el terreno para los agentes oncógenos.

La enfermedad es prácticamente desconocida en los circuncidados, muchos autores se declaran por eso favorables a la circuncisión como medio profiláctico.

COLBY y SMITH describieron nueve tumores del pene aparecidos en un grupo de 50 sujetos circuncidados desde la infancia.

De estos datos podemos concluir que el cáncer del pene puede presentarse sea en los circuncidados que en los no circuncidados, pero se debe admitir una frecuencia notablemente mayor en los segundos.

La sífilis, en particular la lesión primaria, es una enfermedad que a menudo precede el inicio del tumor, como lo demuestran muchas observaciones de neoplasias iniciadas en cicatrices de sífilomas.

La blenorragia también tiene una acción irritante indiscutida, y viene por lo tanto considerada como causa predisponente.

Además de estos factores, otros pueden ser invocados: la leucoplaquia, los papilomas, la enfermedad de PAGET del glande, la enfermedad de BOWEN, la eritroplasia de QUEYRAT, el lichen ruber planus, el herpes genital recidivante, etc.

ANATOMIA PATOLOGICA

El cáncer del pene se puede desarrollar en el glande, en el prepucio, en el surco balano prepucial, o en la cercanía del frenillo; puede desarrollarse bajo una fimosis congénita o adquirida o al descubierto.

La neoplasia que se desarrolla debajo del prepucio presenta un aspecto particular: el tercio distal del pene está aumentado de volumen, el prepucio edematoso y más o menos enrojecido, y del orificio prepucial a menudo sale una secreción fétida, purulenta y, a veces, vegetaciones tumorales.

A la palpación se aprecia aumento de consistencia.

Frecuentemente es imposible descubrir el glande porque el prepucio está rígido y esclerótico estando infiltrado.

La forma descubierta se presenta con aspectos clínicos diferentes: se puede encontrar un pequeño nódulo rojo duro, o una ulceración más o menos extendida, profunda, a márgenes rígidos o neoformaciones vegetantes fácilmente sangrantes.

El cáncer se puede presentar en la forma vegetante, que interesa más frecuentemente el glande, y en la forma infiltrante, que interesa más frecuentemente el prepucio.

Histológicamente el carcinoma es de tipo Malpighiano, en sus variedades basocelular y espinocelular.

El cáncer espinocelular está caracterizado por cordones de células epiteliales puestas en íntimo contacto entre ellas, circundadas de células menos diferenciadas, en activa cariocinesis. Las células espinosas se transforman después en células córneas, que, en disposición concéntrica, forman las llamadas perlas córneas.

El cáncer espinocelular está caracterizado por cordones de células sales que infiltran los tejidos en todas las direcciones.

SINTOMATOLOGIA

No es frecuente observar la enfermedad en su estado inicial. Si el pene es fimótico, los primeros signos son generalmente caracterizados por secreción purulento-hemática a través del orificio prepucial, de prurito intenso, de edema del prepucio.

Si, en cambio, es posible el descubrimiento del glande, el paciente mismo descubre la neoformación y describe sus características.

Subjetivamente, los fenómenos dolorosos son escasos y tardíos.

Los ganglios inguinales son al inicio no dolorosos, pero frecuentemente aparece un proceso de adenitis provocado por la infección secundaria o por la invasión neoplásica, y por tal motivo pueden volverse dolorosos.

La micción raramente está alterada, solamente en los estados muy avanzados.

La erección lentamente desaparece, y frecuentemente es sustituida de priapismo doloroso: al coito se vuelve imposible.

METASTASIS

Las metástasis se presentan frecuentemente en los pulmones, el hígado y los huesos.

La vía linfática constituye el medio principal de difusión de la lesión: la invasión de los ganglios inguino-crurales se manifiesta precoz

y frecuente. Las metástasis linfoglandulares inguinales en los enfermos de cáncer de pene se producen con el mecanismo de la embolia neoplásica, por vía linfática o por propagación directa.

Una adenopatía apreciable clínicamente sin distinción inflamatoria o neoplásica, a menudo bilateral, ha sido encontrada por muchos autores en un porcentaje variable del 45% al 88%.

La propagación del tumor puede ocurrir también por continuidad en los cuerpos cavernosos y en el cuerpo esponjoso de la uretra.

DIAGNOSTICO

En el período inicial el diagnóstico puede ser difícil, particularmente en los fimóticos: por lo tanto, en los pacientes de edad avanzada no diabéticos, que presentan secreciones fétidas o hemáticas, se debe tener siempre presente la posibilidad que se trate de un tumor.

La biopsia en estos casos es indispensable.

En un período avanzado el diagnóstico no presenta dificultad: el cuadro está caracterizado por abundante tejido de neoformación vegetante, purulento, sangrante, en medio del cual no se reconoce el meato uretral, otras veces, de ulceraciones extendidas a gran parte del glande y del prepucio, también ellas purulentas, sangrantes y de olor nauseabundo.

A las lesiones locales se acompañan, a menudo, adenopatías regionales.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Si el tumor se desarrolla en una fimosis, puede simular una balanopostitis crónica.

Si la lesión es vegetante puede ser confundida con un papiloma o con un condiloma acuminado.

Si la lesión es ulcerada, con una sífilis primaria o secundaria, una lesión tubercular, una balanitis crónica, un herpes genital, una eritroplasia de QUEYRAT, una enfermedad de BOWEN o de PAGET.

PRONOSTICO

Generalmente el tumor tiene un desarrollo lento.

Algunas veces invade precozmente los cuerpos cavernosos y la uretra y metastatiza rápidamente. Los pacientes mueren por metástasis pulmonares, por sepsis crónica o por caquexia neoplásica.

TRATAMIENTO

El tratamiento consta de diferentes procedimientos que podemos así esquematizar:

A) Métodos quirúrgicos:

- 1) *Electrocoagulación*: puede ser considerada como un procedimiento quirúrgico. La diatermocoagulación de pequeñas lesiones superficiales en el glande puede dar buenos resultados.
- 2) *La circuncisión*, cuando el proceso neoplásico tiene sede en el prepucio puede ser suficiente en los estadios iniciales.
- 3) *La amputación parcial del pene*. Es la más lógica si se piensa en el lento desarrollo del tumor. Tal método viene siendo usado preferentemente en los tumores que no han infiltrado los cuerpos cavernosos. El muñón del pene permite una micción normal y a veces el coito.
- 4) *La amputación total del pene y la emasculación* tienen una indicación limitada a los casos de invasión de los cuerpos cavernosos.
- 5) *El vaciamiento bilateral de los ganglios inguinales* se efectúa contemporáneamente o en un tiempo sucesivo y debe ser efectuado en todos los casos con biopsia positiva.

B) Métodos radioterapéuticos:

Constituyen el único tratamiento posible en las lesiones inoperables.

CASUISTICA

Presentamos a continuación la casuística tomada en el Hospital. San Juan de Dios durante los años 1964 a 1969.

Caso 1—Historia Clínica N° 119003.

P. E. G. — 60 años.

Fecha entr. 14-1-64 — Fecha sal. 12-3-64.

Diagn. entrada: Cáncer del pene.

Diagn. salida: Cáncer del pene.

Operación: Amputación parcial. Disección bilateral ganglios inguinales.
Anat. Pat. Cáncer epidermoide bien diferenciado Ganglios inguinales
negativos. Biopsia N° 109391.

Control Post-op.: No hay.

Caso 2—H. C. N° 137320.

E. A. H. — 40 años.

F. E. 29-4-64 - F. S. 7-5-64.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S. Cáncer del pene.

Op.: Amputación parcial del pene.

A. P.: No existe.

C. Post-op.: No hay.

Caso 3—H. C. N° 125304.

L. G. V. — 72 años.

F. E. 4-8-64 — F. S. 11-9-64.

D. E.: Cáncer del pene; metástasis inguinales derechas.

D. S.: Cáncer del pene; metástasis inguinales derechas.

Op.: Amputación del pene. Biopsia ganglios inguinales.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 116.137. Gan-
glio con metástasis.

C. Post-op.: No hay.

Caso 4—H. C. N° 146618.

D. R. R. — 67 años.

F. E. 21-11-64 — F. S. 22-12-64.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op.: Amputación parcial.

A. P.: Biopsia N° 119.230. Carcinoma epidermoide.

C. Post-op.: No hay.

Caso 5—H.C. N° 144449.

B. M. A. — 66 años.

F. E. 26-10-64 — F. S. 23-11-64.

D. E.: Cáncer del pene.

Op.: Amputación parcial. Linfadenectomía inguinal.

A. P.: Cáncer epidermoide del pene. Biopsia N° 118469. Ganglios ne-
gativos. Biopsia N° 118471.

C. Post-op.: No hay.

Caso 6—H. C. N° 125875.

V. U. M. — 75 años.

F. E. 7-5-64 — F. S. 12-7-64.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 114260.
C. Post-op.: 14-10-65 — Paciente en buenas condiciones.

Caso 7—H. C. N° 154559.

F. G. G. — 43 años.

F. E. 2-3-65 — F. S. 3-5-65.

D. E.: Papiloma del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op. Amputación parcial.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 122651.

C. Post-op.: Vivo en 16-4-69.

Caso 8—H. C. N° 1723.

R. A. P. — 74 años.

F. E. 14-9-65 — F. S. 31-10-65.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op.: Amputación parcial del pene. Biopsia ganglio inguinal.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 128878.

Ganglios sin metastasis. Biopsia N° 129498.

C. Post-op.: No hay.

Caso 9—H. C. N° 100171.

I. R. Z. — 54 años.

F. E. 27-1-65 — F. S. 12-3-65.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene metastasico.

Op.: Amputación del pene. Linfadenectomía inguinal.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 120982.

Ganglio metastasico cáncer epidermoide. Biopsia N° 120984.

C. Post-op.: No hay.

Caso 10—H. C. N° 153993.

J. B. G. — 54 años.

F. E. 22-2-65 — F. S. 11-3-65.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op.: Extirpación local.

A. P.: Cáncer epidermoide bien local. Biopsia N° 121845.

C. Post-op.: Paciente vivo el 6-4-1965.

Caso 11—H. C. N° 156889.

A. B. M. — 61 años.

F. E. 23-3-65 — F. S. 8-5-65.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene avanzado.

Op.: Cistostomía Biopsia pene.

A. P. Cáncer epidermoide diferenciado.
C. Post-op.: No hay.

Caso 12—H. C. 170212.
E. M. M. — 38 años.
F. E. 20-10-65 — F. S. 11-11-65.
D. E.: Cáncer del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide poco diferenciado.
C. Post-op.: No hay.

Caso 13— H. C. N° 59801.
R. A. C. — 50 años.
F. E. 4-2-66 — F. S. 7-4-66.
D. E.: Tumor del pene.
D. S.: Tumor del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide.
C. Post-op.: 18-4-1968.

Caso 14—H. C. N° 173472.
R. N. C. 48 años.
F. E. 28-1-66 — F. S. 14-3-66.
D. E.: Blenorragia.
D. S.: Cáncer del pene.
Op.: Extirpación local.
A. P.: Cáncer epidermoide.
C. Post-op.: No hay.

Caso 15—H. C. N° 183171.
A. S. A. — 78 años.
F. E. 14-4-66 — F. S. 20-7-66.
D. E.: Cáncer del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide. Biopsia N° 135591.
C. Post-op.: No hay.

Caso 16—H. C. N° 82622.
N. G. L. — 54 años.
F. E.: 20-6-66 — F. S. 20-7-66.
D. E.: Necrosis del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide. Biopsia N° 137753.
C. Post-op.: No hay.

Caso 17—H. C. N° 134337.

P. R. S. — 45 años.

F. E. 5-5-66 — F. S. 27-6-66.

D. E.: Cáncer del pene infectado.

D. S.: Cáncer del pene infectado.

Op. Amputación parcial.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 136767.

C. Post-op.: No hay.

Caso 18—H. C. 189477.

E. L. A. — 58 años.

F. E. 12-7-66 — F. S. 1-8-66.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op.: Amputación parcial. Biopsia ganglios.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 138293.

Linfadenitis crónica. Biopsia N° 138497.

C. Post-op.: 29-9-1966.

Caso 19—H. C. N° 015480.

V. G. D. — 64 años.

F. E. 28-11-65 — F. S. 25-12-66.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op. Amputación parcial.

A. P.: Cáncer epidermoide. Biopsia N° 15480.

C. Post-op.: Enero 68. Paciente vivo con metastasis inguinales. Se efectúa radioterapia.

Caso 20—H. C. N° 188735.

F. J. O. — 74 años.

F. E. 6-12-66 — F. S. 20-1-67.

D. E.: Cáncer del pene con metastasis inguinales.

D. S.: Cáncer del pene con metastasis inguinales.

Op.: Amputación del pene. Disección inguinal bilateral.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 144063.

Linfadenitis crónica. Biopsia N° 144062.

C. Post-op.: No hay.

Caso 21—H. C. N° 39346.

B. M. A. — 59 años.

F. E. 13-12-66 — F. S. 2-2-67.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op. Amputación parcial.

A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 164466.

C. Post-op.: 22-4-67.

Caso 22—H. C. N° 208213.
J. D. M. — 60 años.
F. E. 4-5-67 — F. S. 13-6-67.
D. E.: Cáncer del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 149547.
C. Post-op.: No hay.

Caso 23—H. H. N° 210045.
A. P. W. — 25 años.
F. E. 3-6-67 — F. S. 11-7-67.
D. E.: Cáncer del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 150319.
C. Post-op.: No hay.

Caso 24—H. C. N° 211366.
C. B. M. — 57 años.
F. E. 21-6-67 — F. S. 22-7-67.
D. E. Epitelioma del pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op.: Resección local.
A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 151746.
C. Post-op.: No hay.

Caso 25—H. C. N° 012423.
M. S. T. — 73 años.
F. E. 27-6-67 — F. S. 1-8-67.
D. E.: Estudio epitelioma pene.
D. S.: Cáncer del pene.
Op. Amputación parcial.
A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado. Biopsia N° 159831.
C. Post-op.: 27-2-68. Metastasis inguinales.

Caso 26—H. C. N° 217868.
J. M. M. — 35 años.
F. E. 23-9-67 — F. S. 29-12-67.
D. E. Linfogramuloma venéreo.
D. S.: Cáncer del pene con metastasis inguinales.
Op.: Biopsia ganglio inguinal.
A. P.: Cáncer epidermoide bien diferenciado.
C. Post-op.: No hay.

Caso 27—H. C. N° 245560.

D. V. G. — 61 años.

F. E. 5-10-68 — F. S. 22-11-68.

D. E.: Fístula uretro peniana.

D. S.: Cáncer de pene metastásico.

Op.: Cistostomía. Biopsia pene.

A. P.: Cáncer epidermoide del pene. Biopsia N° 169834.

C. Post-op.: No hay.

Caso 28— H. C. N° 120673.

A. O. O. — 60 años.

F. E. 28-2-69 — F. S. 26-4-69.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op.: Amputación radical. Linfadenectomía inguinal.

A. P.: Cáncer epidermoide. Biopsia N° 175612. Linfadenitis crónica.

Biopsia N° 175613.

C. Post-op.: No hay.

Caso 29—H. C. N° 257078.

S. J. P. — 53 años.

F. E.: 15-3-69 — F. S. 11-4-69.

D. E.: Cáncer del pene.

D. S.: Cáncer del pene.

Op. Amputación parcial.

A. P.: Cáncer epidermoide. Biopsia N° 176031.

C. Post-op.: No hay.

RESUMEN:

Se describe las características más sobresalientes del cuadro anatómo-clínico del cáncer de pene.

Se reportan 29 casos presentados en los Servicios de Urología y Oncología del Hospital San Juan de Dios en los años 1964 a 1969.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.—BARNEY, J. D.:—Epithelioma of the penis. An analysis of one hundred cases. *Ann. Surg.* 46, 890, 1907.
 - 2.—BUNDELL, J. R.: Carcinoma of the penis. *J. Int. Coli. Surg.* 22, 711, 1954.
 - 3.—BUDDINGTON W. T., KICKHAM C. J. and SMITH W. E.: Assesment of malignant disease of the penis. *J. Urol.*, 89, 442, 1963.
 - 4.—COLBY E. and SMITH G. G.: Carcinoma of the penis. *J. Urol.* 25, 461, 1931.
-

- 5.—DARGENT M.: Positions respectives de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer de la verge. *J. d'Urol.*, 53, 134, 1946, 1947.
- 6.—DARGENT M., COLON J., et DELOREX: Cancer de la verge. *Ann. Chir.*, 17, 609, 1963.
- 7.—DEAN A. L.: Conservative amputation of the penis for carcinoma. *J. Urol.*, 68, 374, 1962.
- 8.—DEAN A. L. and DEAN Jr.: Tumors of the penis, urethra, scrotum and testis; from Campbell, *Urology*, W. B. Saunders C., Philadelphia 1963, pág. 1227.
- 9.—EDSMYR F. and EKSTROM T.: Precancerosis of the penis; a clinical study of 25 cases. *Asta Chir. Scand.*, 116, 296, 1959.
- 10.—GREENSFELDER L.: citado da Hansson (1 c.)
- 11.—LENOWITZ H. and GRAHAM A. P.: Carcinoma of the penis. *J. Urol.*, 56, 458, 1946.
- 12.—LICKLIDER S.: Jewish penile carcinoma. *J. Urol.*, 86, 98, 1961.
- 13.—MELICOW M. M. and GANEM E. J.: Cancerous and precancerous lesions of the penis: a clinical and pathological study based on twenty-three cases. *J. Urol.*, 55, 486, 1946.
- 14.—NGAI S. K.: The ethiological and pathological aspects of squamous-cell carcinoma of the penis among the Chinese; an analytical study of 107 cases. *Am. J. Cancer*, 19, 259, 1933.