

CANCER DEL PENE. A PROPOSITO DE 25 CASOS

Por los Dres. ALONSO J. CORDINI y BERNARDO GONZALEZ

Hemos tenido oportunidad de revisar, en el Instituto Regional de Oncología, las historias clínicas desde el año 1949, habiendo podido encontrar 25 casos correspondientes al Cáncer del Pene.

Aún cuando el número de casos no es grande, lo que sin duda incide en su valor estadístico, hemos creído oportuna su publicación para dar a conocer el criterio terapéutico que se ha seguido, especialmente con respecto a la técnica del vaciamiento inguinal.

Tratándose de una afección relativamente frecuente en nuestro medio, su diagnóstico y tratamiento han adquirido importancia dentro de los tumores malignos del hombre. Según Dean, estas neoplasias constituyen el 1 % de todos los cánceres del hombre; Pack y Le Fevre, hacen ascender este porcentaje al 1,25 %. En nuestra pequeña estadística, sobre 1.109 neoplasias en el hombre, hemos reunido 25 casos, lo que significa un porcentaje del 2,26 %, cifra muy superior a las anteriormente mencionadas. Creemos que esta diferencia se explica por que no todos las neoplasias llegan al Instituto, ya que ciertos tumores, como los del aparato digestivo, son intervenidos por los cirujanos generales.

El promedio de edad registra su mayor frecuencia entre 50 y 70 años, coincidiendo con la mayoría de las estadísticas, siendo las edades extremas 31 y 78 años; de todos ellos, el 84 % sobrepasa los 50 años.

Cuadro I

Edad	Casos
De 31 a 40 años	3
De 41 a 50 años	3
De 51 a 60 años	8
De 61 a 70 años	8
De 71 a 80 años	3

64 %

Nuestros enfermos realizaban toda clase de tareas, no habiendo encontrado datos de valor que puedan orientar hacia una ocupación predisponente.

Con una sola excepción, estos enfermos pertenecían a las clases sociales bajas, concurriendo a la consulta en deficientes condiciones de higiene. Es posible que esto sí tenga valor en la etiopatogenia del Cáncer del Pene, por cuanto en su gran mayoría son enfermos que han soportado todas las enfermedades sociales, blenorragia con mayor frecuencia, que han sometido al órgano a irritaciones permanentes, tanto por falta de higiene como por soluciones medi-

camentosa y así se explica que en general concurran a la consulta en pésimas condiciones y cuando ya les resulta imposible soportar su enfermedad.

Intimamente relacionado con lo anterior, la fimosis es de indiscutible importancia para explicar la etiopatogenia de estos tumores. En las historias revisadas por nosotros, este dato figura consignado únicamente en 15, pero creemos, a través de los enfermos que hemos visto últimamente, todos ellos con antecedentes de fimosis, que pueda tratarse de un involuntario olvido. Es indudable, y todas las publicaciones coinciden, que el Carcinoma del Pene en el hombre que ha sido circuncidado precozmente en su infancia, tal cual ocurre con los judíos, es excepcional, habiéndose publicado muy pocos casos y todos ellos como rarezas.

Pensamos, entonces, que la falta de retracción del prepucio, unido a la falta de higiene por la pobre condición social y a veces mental de estos enfermos provocan una irritación crónica de la mucosa prepucial y del glande que puede ser el factor preponderante en el desarrollo del Cáncer del Pene.

En lo que se refiere a la Anatomía Patológica, no hemos encontrado ningún endotelioma ni sarcoma del pene, lo que por otra parte coincide con todas las estadísticas; tanto uno como otro, son tumores muy raros, sumamente malignos, dando rápidas metástasis. Las neoplasias más frecuentes son los epiteliomas a células escamosas, ya sea del tipo papilar o nodular, siendo más frecuentes éstos que aquéllos. Comienza como una pequeña ulceración o un nódulo inducido que posteriormente se ulcera, situado en la superficie mucosa del glande o prepucio. Estas ulceraciones se infectan rápidamente y provocan secreciones que son drenadas por la pequeña abertura del prepucio en caso de fimosis. Este proceso infeccioso provoca también el infarto de los ganglios inguinales, dando lugar a una adenopatía que no se puede diferenciar de la ocasionada por la metástasis neoplásica.

Es generalmente en estas condiciones como se reciben la mayoría de los enfermos e incluso hemos visto un caso con fístulas múltiples, parafimosis, ulceraciones del glande y gran adenopatía bilateral, que lleva ya seis meses de tratado. La fascia de Buck es la barrera natural que impide la extensión precoz del cáncer del pene; cuando ésta ha sido penetrada, se invaden los tejidos eréctiles y la diseminación es rápida.

Como en todos los cánceres, la diseminación se hace por embolismo. Los vasos linfáticos del pene, drenan en tres grupos (Fig. 2):

1) Prepucio, frenillo y piel, son drenados por linfáticos que forman una red, la red prepucial y la red del rafe que, a través de un colector común, linfático dorsal superficial, termina en los ganglios de la ingle. Algunos de estos vasos comunican con nódulos profundos situados junto a la arteria y vena femoral (Fig. 1):

2) La extremidad peneana es drenada por una red mucosa y otra submucosa del glande, la que comunica con algunos linfáticos de la uretra. Estos ganglios se reúnen en los linfáticos dorsales profundos, forman el plexo presinfisario o pubiano y terminan: unos caminando constantemente debajo de la aponeurosis, en los ganglios inguinales profundos y en el más interno de los ganglios ilíacos externos (ganglio retrocruval interno); otros a través del anillo inguinal, por debajo del cordón, terminan en el ganglio retrocruval interno. Uno o dos ganglios están situados en la bifurcación de la aorta, por delante de la quinta vértebra lumbar:

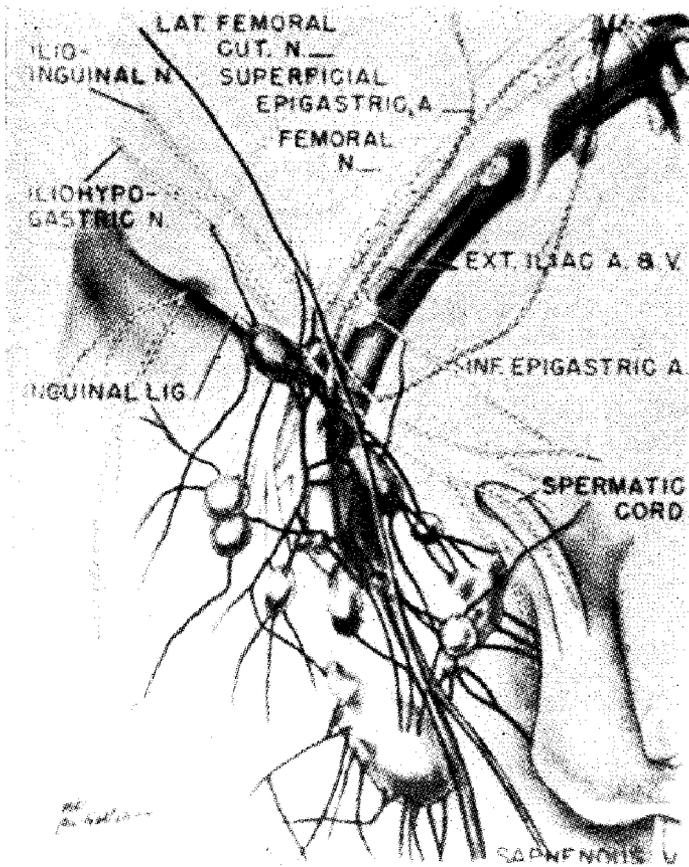


Figura 1

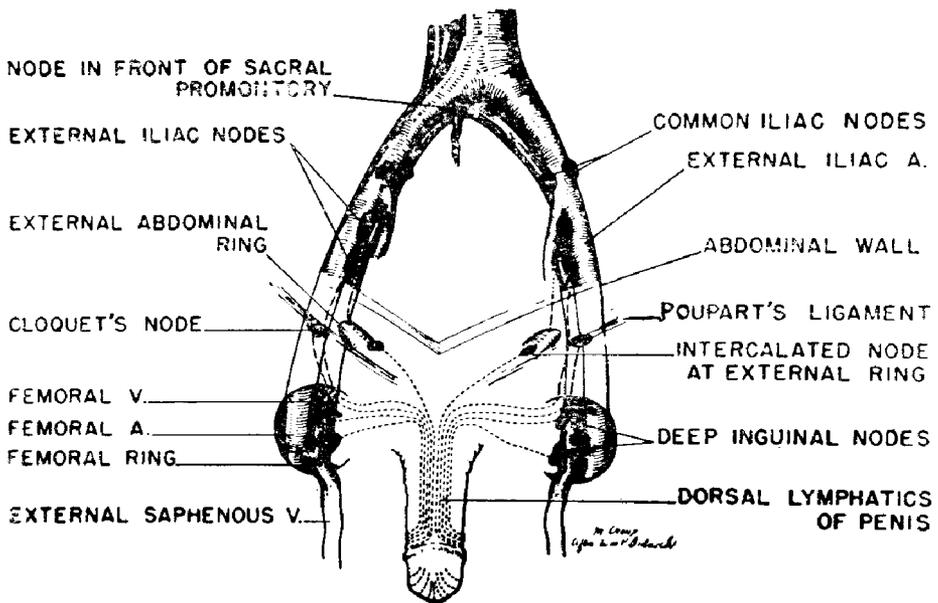


Figura 2

3) La uretra es drenada por colectores que llegan a la pelvis a través de la aponeurosis perineal superficial y terminan en los ganglios ilíacos externos y en ganglios situados a lo largo de la pudenda interna. Parte de la porción esponjosa es drenada por ganglios que se reúnen en la cara dorsal del pene con los linfáticos del glande y terminan en los ganglios superficiales de la ingle (Fig. 2).

Con respecto a su sintomatología, el Cáncer del Pene comienza siempre como una pequeña, pero definida lesión; el paciente la describe como una pequeña úlcera o llaga, como una simple mancha roja, como una verruga, a la que generalmente no le da importancia.

En general, la presencia de fimosis encubre la lesión y los pacientes no concurren a la consulta sino en un estadio avanzado, cuando se ha establecido una abundante supuración o cuando los dolores, la sensación de ardor o quemadura, los obliga a consultar. En los casos que presentamos, el tiempo entre el primer síntoma y la concurrencia a la consulta, varía entre 3 meses y cinco años, de los cuales 15 resultaron antes del año.

Cuadro 2

Tiempo entre 1er. síntoma y primera consulta	Casos
De 1 a 3 meses	1 (4 %)
De 3 a 6 meses	6 (24 %)
De 6 a 12 meses	8 (32 %)
Más de 12 meses	10 (40 %)

El diagnóstico no suele ofrecer mayores dificultades si cuando se examina una lesión peneana se tiene presente la posibilidad de que pueda tratarse de una neoplasia, no olvidando las lesiones precancerosas como la Eritroplasia de Queyrat y la enfermedad de Paget del pene, que deben ser tratadas como un verdadero carcinoma. En los casos de fimosis, palpamos cuidadosamente la lesión y no titubeamos en abrir el prepucio ante la menor sospecha. La exploración cuidadosa de las regiones inguinales en busca de metástasis, es de un valor relativo, por cuanto existe una adenopatía infecciosa que en la generalidad de los casos no permite llegar a conclusiones definitivas, siendo ese el motivo por el que no hacemos aspiración-biopsia de los ganglios que podría llevarnos a conclusiones equivocadas. Por otra parte, certificado el diagnóstico por biopsia de la lesión primitiva, hacemos siempre el vaciamiento radical ilio-inguino-crural.

El criterio general, en lo que se refiere a tratamiento, es que cuando el tumor es pequeño, de menos de 2 cm., puede ser destruido por radiumterapia, o bien extirpado mediante una penectomía parcial realizada a 1,5-2 cm. de la lesión visible o palpable. Este tipo de operación, con vaciamiento inguinal, se ha realizado en 6 casos en el Instituto.

Fundamentalmente, en el Instituto se han realizado tres tipos de tratamiento: penectomía parcial con vaciamiento, penectomía total con vaciamiento y radium con vaciamiento.

Cuadro 3

Penectomía parcial con vaciamiento	6 (24 %)
Radiumterapia con vaciamiento	4 (16 %)
Penectomía total con vaciamiento	14 (56 %)
Electrocoagulación, radioterapia	1 (4 %)

Como puede observarse en el cuadro 3, solamente en un caso no hemos realizado el vaciamiento inguino-abdominal.

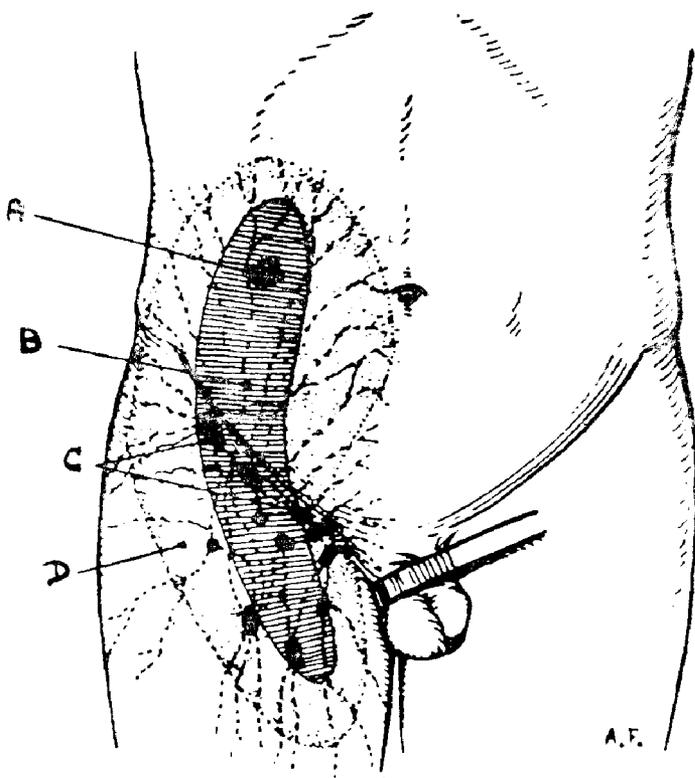


Figura 3

Si bien el carcinoma del pene puede permanecer localizado durante mucho tiempo, cuando se toman los tejidos eréctiles las metástasis sobrevienen rápidamente.

Nosotros no hemos podido ver un sólo caso en el que no existiera infarto ganglionar, por ese motivo hemos realizado siempre el vaciamiento inguino-abdominal.

Únicamente en dos casos, el estudio histopatológico de los ganglios reveló tratarse de infartos infecciosos.

Comprendemos que el número de casos que presentamos, no son suficientes para que ellos signifiquen un valor estadístico, pero más que nada nos ha impulsado a traerlos el deseo de dar cuenta de la técnica que utilizamos desde el año 1949 para realizar el vaciamiento inguino-abdominal.

Una adecuada vía quirúrgica demanda no solamente el control eficaz de la lesión primitiva, sino también, poder conseguir una cuidadosa disección de toda la superficie de drenaje dependientes de los linfáticos del pene.

Con tal propósito, hemos adoptado la técnica de Ruprecht, que este autor utiliza para el vaciamiento en el cáncer de la vulva.

La incisión que utilizamos comienza a unos dos o tres traveses de dedos por encima del pliegue inguinal y atravesando el mismo casi en su parte media.

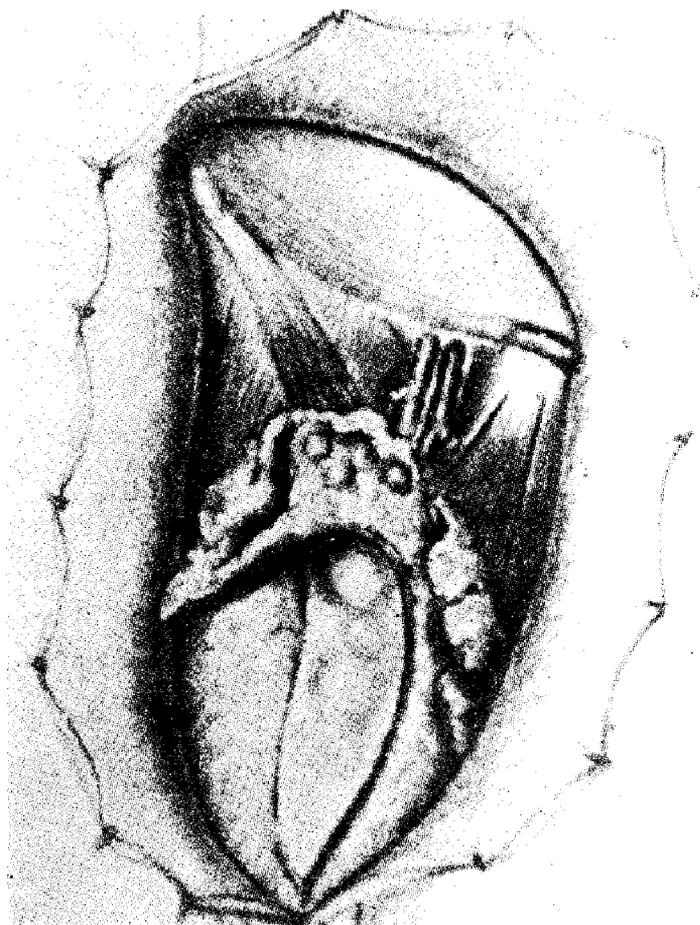


Figura 4

se prolonga (fig. 3) hacia abajo 8 a 10 cms. Disecamos ampliamente la piel a ambos lados y previo tallado aponeurótico, efectuamos el vaciamiento extirpando en un solo block el tejido linfoganglionar y la aponeurosis sobre la que asientan. Se explora el anillo femoral, se extirpan los ganglios junto a los vasos, incluso el de Rosenmuller.

Abrimos la aponeurosis del oblicuo mayor paralelamente a la arcada y por disección obtusa penetramos en el espacio retroperitoneal: se reclina el peritoneo y se nos presentan a la vista los vasos ilíacos hasta la bifurcación de la aorta. Se hace una cuidadosa toilette, extirpando todos los ganglios ilíacos. La hemostasia debe ser cuidadosa, cerrando a continuación en la forma

habitual con lino. Inmediatamente se procede a la penectomía si ésta está indicada.

Hemos realizado esta operación con penectomía total en un solo tiempo, 14 veces, con excelentes resultados. No hemos tenido mortalidad operatoria, la técnica es sencilla, la cicatrización ha sido perfecta en todos los casos.

Desde hace algo más de un año, de común acuerdo con el Departamento de Radioterapéutica hemos comenzado a hacer radiumterapia, con vaciamiento posterior; llevamos 4 casos tratados con muy buen resultado hasta el momento, habiéndose obtenido una perfecta cicatrización de las lesiones peneanas, aún cuando éstas eran bastante mayores de los 2 cms. aconsejados como máximo para este tipo de terapéutica.

Los tres casos de muerte que figuran en el cuadro 4 son enfermos que hemos perdido de vista, pero que para los fines estadísticos incluimos como fallecidos.

Finalmente, en el cuadro N° 5 figuran los enfermos vivos y fallecidos hasta los cinco años de tratamiento.

El 68 % de los enfermos viven y de éstos, el 16 % llevan 5 años de intervenidos. Esta cifra es semejante a la obtenida por los autores americanos, así Nesbit sobre 37 casos, obtiene una sobrevida de 16,2 %; en la Clínica Mayo, sobre 62 casos, tiene 11,2 % de sobrevida; Furhlong y Uhle, sobre 80 casos, 13,75 % viven después de 5 años.

Cuadro 4

Muertes post-operatorias	17 (68 %)
Muertes por el tumor	0
Muertes p/ causas desconocidas	5 (20 %)
Viven	3 (12 %)

Cuadro 5

1 año		2 años		3 años		4 años		5 años	
V	F	V	F	V	F	V	F	V	F
4	2	2	2	2	3	5	1	4	0
Sobrevida total							68 %		
Sobrevida de más de 5 años							16 %		

La experiencia extranjera nos ha alentado a recurrir, para el tratamiento de estos tumores, a un medio que nos evite la tremenda mutilación que significa la penectomía. Por ese motivo hemos comenzado a hacer radiumterapia y como ya lo manifestáramos, sus resultados son excelentes hasta el momento. Esperamos que el tiempo confirme nuestras esperanzas y sobre todo que los

institutos especializados mediante una eficaz educación del pueblo, consigan que estos enfermos recurran al médico precozmente, para que así pueda realizarse una terapéutica conservadora y curativa.

BIBLIOGRAFIA

- R. Engelstad.* — Treatment at Norwergian Radium Hosp., Am. J. Roeng., 1948; 60: 801-806.
- L. Rebaudi.* — Neopene. Rev. Arg. de Urol., 1948; 17: 85-87.
- A. Dean.* — Conservative amputation for carcinoma. J. Urol., 1952; 68: 374-376.
- C. Kuehn and R. Roberts.* — Amputation and radican limph gland dissection in carcinoma. Operative tecnic. J. Urol., 1953; 69: 173-180.
- J. Furlong and C. Uhle.* — Eighty eight cases. J. Urol., 1953; 69: 550-555.
- P. Reitman.* — Unusual case of carcinoma. J. Urol., 1953; 69: 547-549.
- A. Trabucco, B. Otamendi y F. Márquez.* — Emasculación total con evacuación perineal. R. Arg. de Urol., 1953; 22: 66-75.
- J. González, A. Kauffman.* — Estadística de 110 casos. Bol. Liga contra el Cáncer, 1954; 29: 11-17.
- A. Pujol, M. Levy.* — Técnica para la penectomía total por via perineal. R. Arg. de Urol., 1953; 22: 288-291.
- E. Poutasse.* — Metastasis to penis: report of four cases. J. Urol., 1954; 72: 1196-1200.
- B. Chappell.* — Utilization of scrotum in reconstruction of penis. J. Urol., 1953; 69: 703-707.
- P. Hudson, J. Hopkins and G. Fish.* — Carcinoma of de penis: evaluation of recurrence following limited surgery and presentation of extended surgical attack. Am. J. Surg., 1953; 85: 519-522.
- A. L. Dean.* — En Urology de Campbell. 1954; II: 1177.