

TUMOR DE PENE IRRADIADO

POSTERIOR CONDUCTA TERAPEUTICA

Dres. B. OTAMENDI,* L. BULLA y E. GAGO

Mucho se ha escrito respecto del tratamiento de los blastomas de pene y a poco de analizar este tema veremos que se halla muy lejos de haberse agotado; en efecto, los éxitos logrados con la terapéutica radiante son muchos y no menos los que brinda la cirugía ya sea radical o conservadora, también la combinación de ambos métodos es útil y alentadora. A este último aspecto nos referiremos al relatar el caso que traemos ante esta Sociedad.

Se presenta ante nuestra consulta un paciente de 60 años de edad, fimótico congénito que seis meses antes notó la aparición de una formación que al parecer procedía del glande y hacía prociencia por el orificio prepucial. Dicha tumoración fue creciendo hasta adquirir el tamaño de una ciruela de aspecto vegetante y con zonas de ulceración sangrantes; ante tal circunstancia se le practicó una toma biopsia de la zona afectada cuyo diagnóstico histológico fue el siguiente: *Epitelioma espinocelular*, por lo que el facultativo que intervino en ese entonces indicó, de acuerdo a su criterio, la colocación de agujas de radium, pero ante la imposibilidad de cateterizar la uretra, aun con bujías filiformes, se le aplican 4000 rads con terapia convencional de 180 KV y filtro de 0.5 mm. de cobre, distancia focal 30 cm. y en sesiones diarias de 200 rads cada una.

Indudablemente el efecto de la radiación fue notable, pues al llegar a nosotros el enfermo presentaba una lesión de menor tamaño, de aspecto nada floreciente, con zonas induradas en el prepucio que adhiere íntimamente al glande. Hacia la raíz del pene se extendía una zona enrojecida y edematosa que se interpretó como consecuencia de la radioterapia por lo que se decidió aguardar un lapso de 15 días y se prescribió la aplicación de ungüentos a base de córticoesteroides. Al cabo de dicho período vemos que la zona congestiva y edematizada había prácticamente desaparecido y sólo se manifestaba en la región marginal de la lesión, por lo que entendimos oportuno el momento para realizar la intervención quirúrgica que consistiría en la exploración directa del glande mediante la resección del prepucio. Así lo hicimos, el despegamiento del prepucio del glande resultó dificultoso debido a la intimidad de las adherencias pero logrado, se palpó en la región inferior e izquierda de este último una zona indurada por lo que ante la sospecha de que dicha induración pudiera tener actividad neoplásica se decide la amputación. Se cateteriza sin dificultad la uretra y se realiza la amputación parcial con la técnica habitual pudiendo conservarse unos 5 cm. de pene.

Anatomía patológica: Remitida la pieza operatoria al Prof. César Lazcano González, nos informa lo siguiente: *Examen macroscópico:* El material que se estudia corresponde a una amputación parcial de pene y comprende el glande, prepucio y parte del cuerpo; en la extremidad

* Sarmiento 2106, Cap. Fed.

del primero, a la izquierda del meato uretral, se encuentra una zona despulida e infiltrada en la que parece haber estado localizada la lesión que determinó un tratamiento radioterápico.

En la zona infero-izquierda del cuerpo se encuentra una eminencia hemisférica de un centímetro y medio de diámetro, recubierta por piel delgada que se ulcera en la parte más saliente; es de consistencia firme y elástica y presenta, en las secciones, una estructura compacta con un color blanco rosado.

El resto del órgano, seccionado en forma sistemática, no presenta alteraciones anatómicas apreciables a simple vista.

Examen microscópico: Se incluyen en parafina porciones que comprenden las dos lesiones mencionadas y otras alejadas haciendo cortes que se colorean con hemalumbre de Mayer y eosina. Los preparados del glánde muestran sólo lesiones regresivas y fibrosis determinadas por la radioterapia con una reacción granulomatosa gigantocelular de cuerpo extraño que engloba restos de sustancia córnea que deben haber correspondido al epiteloma espinocelular mencionado en la reseña clínica. Fig. N° 1.

El nódulo de la porción inferolateral izquierda no guarda ninguna relación con el proceso anterior; es de estructura fibromiomatosa con regular vascularización, no presenta caracteres atípicos y en la zona ulcerada se encuentra un tejido de granulación inflamatorio inespecífico. Fig. N° 2.



FIGURA 1



FIGURA 2

Diagnóstico

Restos en regresión de un epiteloma espinocelular del glánde con granuloma gigantocelular de cuerpo extraño sin actividad tumoral. Nódulo fibroleiomatoso ulcerado en piel.

Consideraciones

De la lectura del precedente informe surgió nuestra duda respecto de la procedencia de la intervención quirúrgica realizada, pues la ausencia de actividad tumoral, en principio la contraindicaría. Llevados por nuestra inquietud, consultamos al respecto al doctor Trabucco, quien nos comentó el caso de un paciente suyo que con una lesión neoplásica de pene no aceptó la intervención quirúrgica propuesta por lo que se le indicó radioterapia; al cabo de cierto tiempo la piel de los alrededores de la zona tratada comenzó a presentar signos de inflamación que, lejos de retrogradar fue en aumento hasta producir una verdadera necrosis, sumamente dolorosa que abarcó pene y escroto que llevó a la imprescindible necesidad de intervenirlo quirúrgicamente, practicándosele emasculación y resección amplia de los tejidos afectados. La consecuencia, pues, del tratamiento radiante fue la destrucción fagedénica de los tejidos.

Volviendo a nuestro caso cabe, pues, preguntarnos: ¿El proceso inflamatorio cuyos signos de comienzo tuvimos oportunidad de observar personalmente y que retrogradó con la terapia antiflogística y la lesión del glande a que se hace referencia en Anatomía Patológica tendría las características de perdurabilidad y progreso del caso relatado y llevaría su mismo curso? Consideramos que no, pues la dosis de rayos recibida —sólo 4000 rads— está por debajo de la que puede producir esas lesiones de radionecrosis, pero ante la duda de la existencia de focos no esterilizados y de acuerdo con la opinión del radioterapeuta, presente en el acto operatorio, procedimos a la intervención quirúrgica.

Conclusión

Presentamos un caso de tumor de pene que respondió satisfactoriamente a la terapéutica radiante y que a posteriori fue intervenido quirúrgicamente realizándose la amputación parcial del órgano.