

## SARCOMA PRIMITIVO DE PENE

Dres. J. NOLAZCO, \* J. ALONSO, NELIDA ANDRADE

La observación de este raro tumor de pene en el Servicio de Urología del Hospital Argerich de Buenos Aires, y su característica evolutiva, motivaron nuestro deseo de presentarlo ante esta Sociedad.

Conocida es la excepcional rareza de los sarcomas primitivos de pene. En la verga los carcinomas, ya sean vegetantes o infiltrantes, constituyen la enorme mayoría en distintas estadísticas. Algo menos raro es la observación de tumores secundarios, metastásicos a tumores de origen genital, predominantemente de localización vesical y prostática.

Lebron, presenta en 1965, 123 tumores de pene, de los cuales 119 eran carcinomas espinocelulares (98 %); uno era un melánoma pigmentado y dos eran sarcomas fusocelulares. En su serie solo dos eran metastásicos, a un tumor melánico de margen del ano y a un carcinoma embrionario de testículo.

Bernardi y Budich presentaron en 1963 un caso en esta Sociedad.

Abeshouse en 1961, recopiló 140 casos en la literatura mundial.

En julio de 1966, concurre a la consulta el paciente J. G. de 72 años, HC N° 4328, por presentar nódulo tamaño 2 x 2 x 3 cm, aproximadamente, en la región ventral del pene, por encima del ángulo penoescrotal; la tumoración era consistente, de superficie nodulosa irregular, indolora, libre, no adherida a piel ni uretra, y no le ocasionaba al paciente ningún tipo de sintomatología dolorosa o obstructiva. No había adenopatías inguinales ni crurales. Escroto y contenido sin particularidades. El chorro miccional y la frecuencia no estaban modificados. El tacto rectal denotaba solamente un ligero agrandamiento de la próstata con caracteres restantes sin relación aparente con la tumoración. Las orinas eran claras y había un pequeño residuo. Vale decir, que lo único positivo del estudio clínico era la palpación de la tumoración.

Los antecedentes eran intrascendentes, y el resto del estudio clínico general no aportaba datos destacables. Rx de torax y laboratorio sin particularidades. Ante este cuadro, decidimos efectuar biopsia, informando la Dra. Nélida Andrade lo siguiente:

Fibrosarcoma que presenta células fusocelulares, donde por campo microscópico se observan 2 ó 3 células anaplásicas, estroma con intensa reacción fibrosa. Diagnóstico: fibrosarcoma de pene a forma fusocelular (Fig. 1 y 2).

Se decidió, considerando distintos hechos que luego analizaremos, controlar periódicamente al paciente. Así se hizo cada tres meses, con análisis generales, búsqueda de propagación regional y radiografía de tórax. Al año de la consulta, presentaba un estado general muy bueno, con análisis y tórax normal. No había signos de obstrucción urinaria, y la tumoración mantenía los caracteres apuntados.

Se lo medica con Mitomycin a la dosis de 2 mg endovenosos diarios, durante un mes. Observado posteriormente, se mantiene las mismas condiciones previas.

El paciente regresa a la consulta en julio de 1968 por haber notado tumoración abdominal en fosa iliaca izquierda y parte del flanco del mismo lado, llegando hasta la línea media, la cual se continuaba a través del cordón

\* Humberto I° 1531 - Capital.



Figura 1



Figura 2

espermático hasta el anillo inguinal superficial, zona en que parecía continuarse hacia la profundidad. El cordón espermático engrosado, disminuía progresivamente de calibre hacia la parte inferior del trayecto inguinal.

La palpación de la tumoración demostraba su fijeza a planos posteriores, y su independencia de la pared abdominal; era indolora, de consistencia fibrosa. Ante estas características, se pensó inmediatamente en tumor retroperitoneal secundario por propagación.

Internado en el Servicio, se completó estudio: colon por enema, urograma excretor, radiografía de tórax y estudio clínico, etc.

El colon por enema mostró el gran desplazamiento hacia la línea media del colon sigmoide. El urograma reforzado, presentaba anulación funcional del riñón izquierdo y ureteropielocaliectasia evidente del lado derecho.

Radiografía de tórax normal. Urea, 0.45; Creatinina, 1.2 mg hemograma; ligera leucocitosis. Reunidos estos elementos de juicio, decidimos tratamiento conservador, ante la imposibilidad de una terapéutica activa con cirugía y radioterapia. Actualmente el paciente denota desmejoramiento de su estado general, con insuficiencia renal progresiva y adelgazamiento.

*Comentario:* Dada la rareza de este tipo de tumor, poca o ninguna es la experiencia publicada al respecto. Se tiende a aceptar la ineficacia de los citotáticos y antitumorales y la poca o nula acción de los agentes actínicos.

Desde el punto doctrinario oncológico estricto, hecho el diagnóstico hace más de dos años, debimos haber intervenido quirúrgicamente al paciente, y realizar una extirpación total de pene y/o bolsas y testículos, con meato perineal.

El porque se decidió una conducta expectante, se explica por distintos factores que es necesario analizar. El paciente provenía de una región rural, con escasa formación cultural, no aceptando nuestro ofrecimiento de intentar una cirugía menos drástica. Por otra parte, el informe anatomopatológico, señalaba la poca malignidad de la formación y características de baja agresividad. El estado general del paciente era excelente, y su actividad era normal en todo sentido.

Los controles sucesivos enumerados, no demostraron progresión objetiva, hecho que convencía al paciente a no someterse a intervención alguna. Pese a todos estos hechos, debemos expresar nuestras dudas ante la evolución alejada del caso, y nuestra falta de total convicción interior al proponer la intervención en un principio. Cuando el paciente presentó la tumoración abdominal, comentamos el caso al Comité de Tumores del Hospital Argerich, donde analizado el aspecto terapéutico quirúrgico, radiante y quimioterápico, se resolvió una conducta pasiva.

*Conclusión:* Se presenta un caso de sarcoma primitivo de pene, ubicado en la región penoescrotal de los cuerpos cavernosos, que luego de dos años se propaga a retroperitoneo provocando anulación funcional de un riñón e hidronefrosis en el otro. Se analiza su evolución y hacen consideraciones sobre la conducta pasiva adoptada.

## BIBLIOGRAFIA

- Laval M.:* Tumeurs de le verge. Enciclopedia Medica Francese. 18375 A10.  
*Bernardi R. y Budich M.:* Sarcoma de pene. Rev. Arg. de Urol. 89: 185, 1963.  
*Kovacs J. y Crouch R.:* Sarcoma de pene. Journal Urology 80: 43, 1958.  
*Lebrón R.:* Cáncer primitivo de pene. 9º Congreso Arg. de Urol. 316, 1966.  
*Lebrón R. y Boggino D.:* Tumores malignos metastásicos de pene. 9º Congreso Arg. de Urol., 376, 1966.