

SOBRE UN CASO DE METASTASIS EN CUERPO CAVERNOSO

Dr. Rebaudi, Sergio - Dr. Rebaudi, Diego - Dr. Rebaudi, Andrés - Dr. de Loyola, Martín

Resumen

Se presenta un caso de tumor metastásico de pene, siendo el primitivo un tumor vesical. Se hacen consideraciones sobre la rareza de esta patología, pasando revista a los casos presentados, su sintomatología, diagnóstico, diagnóstico diferencial y de certeza, promedio de sobrevida y tratamientos realizados.

Se describen sobre las vías seguidas, aceptando como la más probable la vía de diseminación de las células cancerosas a través de la vía venosa retrógrada.

Esta patología es rara, lo demuestra la publicación de sólo 271 casos en la literatura mundial.

Los primeros casos fueron publicados por Eberth en 1870 y Tuffier en 1885, siendo el tumor primitivo de recto.

En nuestro país, por los doctores Pagliere y Schiappapietra en 1928, en la revista de la A.M.A. fue la primera comunicación; le siguieron Díaz y Pazienc, Bernardi y Tinelli, Iacapraro y Carreño, Rochi Pagliere y Scorticati, Bernardi Guidice.

Los tumores primitivos que dan metástasis más frecuentemente en el pene son: vejiga, próstata, recto sigmoide y riñón izquierdo. Corresponde a 70 % de los casos descritos al aparato urinario.

La edad promedio de estos enfermos varía entre 62 y 83 años; nuestro paciente tenía sólo 44 años.

El intervalo entre el diagnóstico de la enfermedad primitiva y la metástasis en pene varía entre 9 y 41 meses.

Noventa por ciento de los pacientes tienen enfermedad diseminada cuando se diagnostica la metástasis peniana, falleciendo el enfermo dentro del año.

El principal síntoma de estas metástasis es el priapismo; está presente en 40 % de los casos, llamado priapismo maligno por Peacock. Es la resultante del bloqueo venoso de los cuerpos cavernosos producidos por el tumor.

Continúan en orden de frecuencia la hematuria, disuria, poliuria, generalmente por el tumor peniano; edema del pene difuso, dolor en periné y pene, con incurvación.

La retención aguda de orina es menos frecuente, porque la uretra y el cuerpo esponjoso no están invadidos.

La piel del pene es normal y desliza.

Los cuerpos cavernosos están indurados, palpándose nodulos duros, algunos dolorosos de forma y tamaño variable.

El diagnóstico diferencial debe efectuarse con: el tumor primario, chancro, priapismo, TBC, inflamaciones no específicas, enfermedad de Peyronie, traumatismos.

El diagnóstico se hace por: la sintomatología, la existencia del tumor primitivo, por la palpación de los nodulos en los cuerpos cavernosos.

La cavernografía pone de manifiesto la existencia de zonas con defecto de relleno o deformaciones en la estructura de los cuerpos cavernosos; puede observarse la zona de obstrucción venosa y la relación con la próstata, vejiga y recto.

El diagnóstico de localización del tumor primitivo puede hacerse por: los estudios urológicos y proctológicos, el antígeno carcinoembrionario y el antígeno inmunoperoxidasa. El diagnóstico de certeza se hace por biopsia a cielo abierto o por punción aspiración con aguja fina.

Llegan al pene las células neoplásicas provenientes del tumor original por distintas vías; en un extenso trabajo son descritas por Benjamín y George Abeshause. Estas vías son:

- 1) Invasión directa.
- 2) Implantación.
- 3) Maniobras instrumentales.

4) Diseminación a través del torrente sanguíneo:

- a) diseminación arterial;
- b) diseminación venosa retrógrada;
- c) diseminación linfática y vascular a través del conducto torácico;
- d) embolismo: secundario, terciario o paradójico.

5) Diseminación linfática:

- a) directa;
- b) retrógrada;

las más comúnmente aceptadas son:

I. Invasión directa

Se producen en las neoplasias de gran agresividad y de gran tamaño, que rápidamente invaden la base del pene, pero no explica los nodulos alargados. Es aceptable esta vía en los tumores vesicales, prostáticos y el carcinoma del recto, pero no en los de recto sigma.

II. Diseminación venosa retrógrada

Al no existir metástasis en otros órganos, hace suponer que ésta es la vía seguida por las células neoplásicas hacia el pene debido a:

- al ser obstruidas las venas por el tumor se produciría una circulación retrógrada permanente;
- por una circulación retrógrada momentánea, por aumento en la presión intratorácica al toser, estornudar o aumento de la presión abdominal al vomitar, orinar o defecar.

III. Diseminación linfática retrógrada

Es posible cuando los vasos linfáticos de la próstata y vejiga son obstruidos por el tumor.

Generalmente los linfáticos drenan en la región inguinal.

Sólo unos pocos siguen la vena dorsal profunda del pene y la comunican con la próstata y el tercio inferior de la vejiga.

Tratamiento

Sólo podrán ofrecerse terapias paliativas, considerando que generalmente todos mueren dentro del año de efectuado el diagnóstico. El tratamiento puede estar influenciado:

A) Por el tumor peniano en cuanto:

- el tamaño;
- localización;
- velocidad de crecimiento.

B) Por el tumor primario:

- naturaleza;
- pronóstico;
- localización;
- invasión;
- diseminación.

En ausencia de diseminación e invasión directa, la amputación parcial o total del pene puede prolongar la vida.

La hormonoterapia en los casos de tumor primitivo de la próstata, podría dar algunos resultados; la radioterapia y quimioterapia no han producido resultados satisfactorios.

Presentación del paciente

Hospital J. A. Fernández, División Urología

H. C. 277887, cama 5110, N. N.

Cuarenta y cuatro años, casado, argentino, profesión artesano de marroquinería, fumador de 40 cigarrillos diarios, alcohólico.

Ingresa por guardia el 14/11/87 y es derivado a la División de Urología con diagnóstico de tumor vesical, insuficiencia renal y retención aguda de orina por hematuria con coágulos.

Enfermo en mal estado general, lúcido, excitado, pálido, deshidratado, disneico, temperatura axilar 39 grados, enterocolitis, sonda Foley permanente, orinas hematuricas con coágulos que tapan la sonda y uretritis de color amarillento.

Antecedentes personales. El enfermo relata que hace un año comienza con hematuria con coágulos intermitente: consulta a un médico que le indica Prostagur, antibióticos y dieta hiposódica. . . Pasado 6 meses, consulta a un urólogo porque continúa con hematuria; se lo estudia con urograma excretor.

Urograma del 27/2/87. Riñones normales, buena función renal bilateral, uréteres que se visualizan en toda su extensión con ligera dilatación; vejiga a los 30 min. desplazada hacia la derecha, con elevación y amputación de la base izquierda que hace suponer la existencia de un tumor infiltrante.

El urólogo tratante efectúa una cistoscopia, donde certifica el diagnóstico y aconseja efectuar un Papanicolaou de vejiga, cuyo informe del 31/3/87, protocolo 126356, dice: material con células neoplásicas de extirpe epitelial, aisladas y en colgajos, mostrando marcado pleomorfismo.

Diagnostico. Carcinoma a células transicionales.

A continuación, el 1/6/87 se le efectúa una biopsia vesical, protocolo 31916, diagnosticando carcinoma transicional de vejiga grado III histológico, con infiltración de la capa muscular profunda.

El urólogo le indica la cistectomía radical a la que el enfermo se niega; se inició en tratamiento con cobaltoterapia, que se realizó durante 28 días con un total de 4.900 rads.

Se le vuelve a indicar la cistectomía radical, a la que nuevamente se niega.

Dice que al comenzar la cobaltoterapia, nota erección permanente del pene y dolor.

Urograma del 28/7/87. A los 5 min., riñón izquierdo anulado, riñón derecho, buena función con stop ureteral al llegar a vejiga; a los 30 min., misma imagen con algo de sustancia en vejiga.

Análisis de sangre del 8/10/87. Eritrocitos: 4.120.000 mm³; leucocitos: 7.800 mm³; eritrosedimentación: 66/106 mm; uremia: 0,19 g %; glucemia: 0,95 g %; creatininemia: 0,9 g %.

Tomografía computada del 23/10/87. En vejiga se visualiza en su interior una masa con un diámetro de 61 mm, de densidad sólida, enmarcada por sustancia de contraste. Estructuras pel-

vianas normales; retroperitoneo y los demás órganos, normales. Riñón derecho con uronefrosis y dilatación ureteral con buena eliminación de la sustancia de contraste. Riñón izquierdo con uronefrosis y dilatación ureteral sin eliminación de sustancia de contraste.

Según relata el enfermo el día 9/11/87, se había intentado en otro hospital realizar una resección endoscópica. Según el informe del urólogo tratante, no la pudo realizar porque el priapismo que presentaba el enfermo le impidió llegar a la vejiga.

Al ingreso en el Hospital Fernández el 14/11/87, presentó al examen físico: palpación renal negativa, puntos renoureterales negativos; palpación hipogástrica dolorosa, no se palpa globo vesical, testículos y epidídimos normales, cordón inguinal sin particularidades. Presenta sonda uretral Foley, por la que sale orina hematurica con coágulos, uretritis purulenta. Pene en semierección con deformación visible, se palpa glándula y cuerpo esponjoso blando, uretra normal, cuerpos cavernosos indurados, donde se palpan dos zonas de mayor dureza y consistencia en el cuerpo cavernoso izquierdo y una en el cuerpo cavernoso derecho, en su interior sin adherencias a piel y dolorosos a la palpación.

Tacto rectal: hipotonía de esfínter, ampolla vacía, próstata normal, vejiga dolorosa y ocupada por tumoración móvil en su interior.

Análisis del 15/11/87. Hematócrito: 14 %; eritrosedimentación: 135 mm; uremia: 5,50 g %; ionograma sérico: Na/K 130/6,6 mEq/l, respectivamente.

Con el enfermo en anuria se consulta con el Servicio de Nefrología, indicándose diálisis y transfusión con glóbulos desplamatisados.

Continúa en control y tratamiento por nefrología hasta el 25/11/87, con hematócrito: 30 %; uremia: 2,82 g %; creatininemia: 17,41 g %; leucocitos: 8.900 por mm³; glucemia: 86 g %; ionograma sérico: Na/K 134/3,3 mEq/l, respectivamente.

Se plantea la nefrostomía por punción, que fracasa, por lo que se decide efectuar ureterostomía cutánea bilateral y punción biopsia aspirativa de pene.

El día 26/11/87, fecha de operación, durante la inducción anestésica el enfermo hace un paro cardiorrespiratorio, con maniobras de resucitación se recupera. Se efectúa la biopsia por punción aspirativa del pene con aguja fina. Se suspende la derivación urinaria y pasa a terapia intensiva y control con diálisis.

La citología n° 1067, realizada por la Dra. Gamboni, informa: se observan colgajos de células epiteliales con marcado atipismo grado IV, positivo para malignidad compatible con implante tumoral.

El enfermo continúa con mal estado general, sin recuperación, y el 29/11/87 fallece.

Bibliografía nacional

1. Pagliere, Luis, y Schiappapietra, T.: Revista de especialidad A.M.A. n° 11, pág. 192, año 1928.
2. Bernardi, Ricardo, y Tinelli, José: Revista Argentina de Urología, tomo XXIV, pág. 266, 1955.
3. Bernardi, R., y Giudice, Carlos: Revista Argentina de Urología, tomo XXXVIII, pág. 262.

Bibliografía extranjera

1. Abeshause, Benjamin y George: Journal of Urology, vol. 86, n° 1, pág. 99.
2. Escribano, G.: Journal of Urology, vol. 138, pág. 117.
3. Robin, Edwin: Journal of Urology, vol. 132, pág. 992, 1982.