

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INVASION GANGLIONAR EN EL CARCINOMA DE PENE

Dr. Mazza, Osvaldo N. - Dr. Perli, Gustavo - Dr. Montes de Oca, Luis - Dr. Coimbra, Franz
Dr. Ghirlanda, Juan - Dr. Sáenz, Carlos

Resumen

Se analiza el manejo de la invasión ganglionar en 16 de 30 pacientes con carcinoma de pene, con el "N" histológicamente corroborado en 12 (75%). Once carecían de invasión ganglionar (11-16: 68,8%: NO), 8 de los cuales permanecían libres de enfermedad entre los 2 y 4 años de seguimiento (72,7%). Los casos con escasa enfermedad ganglionar (N1) presentaron una mejor evolución, destacándose sin embargo la sobrevida de 10 años en un paciente estadio pT3-pN3-M0. La modalidad en la indicación de los vaciamentos ganglionares fue a demanda en los "T" superficiales y de rutina en los más infiltrantes.

Introducción

El progreso experimentado en el manejo del carcinoma de pene se debería al mejor conocimiento de: 1) las lesiones pre-neoplásicas; 2) de las vías y modos de diseminación, y 3) de las posibilidades de terapia adyuvante química o radiante.

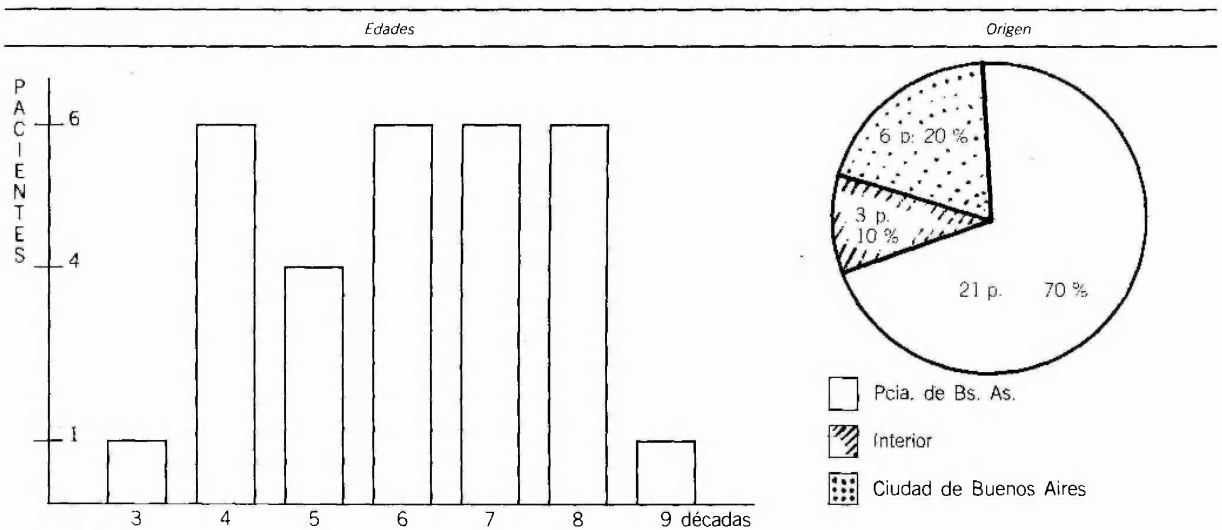
Estos puntos generan en ocasiones controversias tales como el tipo de tratamiento en las lesiones premalignas, la oportunidad y extensión de las disecciones ganglionares o la indicación y/o modalidad de las adyuvancias. En este trabajo comunicamos la

experiencia de la Sección Oncología en el manejo de la invasión ganglionar del carcinoma de pene.

Material y métodos

Entre 1974 y 1986 se atendieron 30 pacientes con carcinoma de pene, recibiendo 26 de ellos algún tipo de tratamiento. Las edades oscilaron entre 23 y 82 años (media: 55,2 años). La mayoría (21: 70%) eran habitantes de la provincia de Buenos Aires, dedicados a oficios o tareas rurales. Sólo 6 pacientes residían en la ciudad de Buenos Aires (20%) y los 3 restantes (10%) provenían del interior del país (cuadro I).

CUADRO I
Distribución de los pacientes por edad y lugar de origen
Epidemiología del carcinoma de pene



Media: 55,2 años

Cátedra de Urología: 1974-1987.

En 24 casos se pudo determinar el período existente entre la percepción de la lesión por parte del paciente y el momento de la consulta; se observó que sólo la cuarta parte lo hacía antes de los 6 meses (6/24: 25%); en el resto la consulta fue tardía y errática, la mitad consultó entre los 6 y 30 meses (13/24: 54%) y los restantes en períodos aún mayores (5/24: 21%).

El diagnóstico histopatológico se determinó en su mayoría por biopsias previas al tratamiento de la lesión primaria, hallándose carcinomas epidermoides de diverso grado en 21 pacientes, carcinomas verrugosos en 3 y ambas lesiones en otros 3, care-

ciéndose de la verificación en 3 carcinomas epiteliales tratados en otros centros, excluyéndolos del posterior análisis. Se destaca que 10 pacientes presentaron fimosis (33%) y 3 (10%) balanitis xerótica.

El tratamiento de la lesión primaria (tratamiento del "T"), fue quirúrgico en 24 casos, 18 de ellos sometidos a penectomía parcial (16 estadios T1-T2 y 2 estadios T3); un tumor *in situ* fue solucionado con postectomía y los estadios más avanzados requirieron penectomías totales (2), emasculación (2) y "toilette" quirúrgica (1) (cuadro II). De los 6 pacientes sin tratamiento

quirúrgico, 4 lo fueron por renuencia a cualquier terapia, un estadio T4 recibió quimioterapia y el restante inmunoterapia en otro centro, falleciendo ambos por progresión de la enfermedad.

CUADRO II

Tratamiento quirúrgico de la lesión primaria "T" en la población estudiada

Operaciones	N.	Tis	T1-2	T3	T4
Postectomía	1	1			
Penectomía parcial	18		16	2	
Penectomía total	2			2	
Emasculación	2				2
Toilette	1				1
TOTAL	24	1	16	4	3

Manejo de la patología ganglionar

Se obtuvo una información confiable del "N" en 16 pacientes, todos carcinomas epidermoides evaluados histológicamente, 12 de ellos también tuvieron confirmación de su invasión ganglionar mediante biopsias inguinales dirigidas en 4 casos y vaciamientos ganglionares en 8 (linfadenectomías inguinales bilaterales: 3; inguinoiliaca bilateral: 4; inguinoiliaca unilateral: 1). La determinación semiológica de las adenomegalias se efectuó en los 16 pacientes antes y después de la cirugía peniana; los ganglios inguinales palpables fueron medicados con 2 gramos de ampicilina durante 4 a 6 semanas luego de la cirugía del "T" para luego ser reevaluados.

Se efectuaron 6 linfografías podálicas bilaterales, en un caso se determinó un estadio N4 (adenopatías pericavo aórticas), 4 indicaron adenopatías inguinales (2 reales y 2 falsos positivos), y la restante fue un falso resultado negativo (pN1); con lo cual la exactitud del método fue de 50 %.

Cuatro pacientes con estadios N1 a y N2 a experimentaron la desaparición de las adenopatías palpables luego de la antibioterapia. No se efectuó corroboración histopatológica, pero controlados entre 2 y 4 años, no presentaron signos de progresión. Doce pacientes permanecieron con ganglios palpables (2 abscedados y 1 con fístula tumoral); en todos ellos se certificó o corrigió el estadio mediante la examinación histológica de los ganglios obtenidos por biopsias dirigidas o vaciamientos (cuadro III).

CUADRO III

Evaluación clínica de la invasión ganglionar "N"

Estadios	Número de casos	
N1-2 a	13,32 %	4
N1-2 b	29,97 %	9
N3 b	6,66 %	2
N4 b	3,33 %	1
NX	46,66 %	14

La correlación del Nc con el pN (Nc: adenopatía clínica, y pN: adenopatía tumoral comprobada) fue correcta en los estadios N4: 1, N3: 1 (el restante N3 correspondió a un pN0). Los estadios N1 b y N2 b fueron agrupados debido a la dificultad de discriminar entre ambos; de los 9 N1-2 b el pN fue positivo en 3 y negativo en 6; por lo tanto la correlación Nc/pN fue de 5/12: 41,6 %, y falsa en 7/12: 58,3 % de sobreestadificación, la cual

se magnifica en los bajos estadios (N1-2 b: 3/9: 33,3 % de certeza, y 66,6 % de sobreestadificación). Los 7 pN0 de este grupo fueron 5 determinados por linfadenectomías y 2 por biopsias inguinales dirigidas (cuadro IV).

CUADRO IV

Correlación entre la evaluación clínica "Nc" y patológica "pN" de la invasión tumoral ganglionar

Método	N	Método	pN+	pN0
Clín./Linf.	N4: 1	(Biop.)	1	
Clín.	N3: 2	(Biop./Cir.)	1	1
Clín./Linf.	N1-2: 9	(B: 1 C: 2) (B: 1 C: 5)	3	6

Se intentó correlacionar el pT con el pN quirúrgicamente confirmado en 12 pacientes, evidenciándose invasión ganglionar en 2/6 pT2 (33,3 %), 2/4 pT3 (50 %) y 1/2 pT4 (50 %).

La evolución de los 11 pacientes sin invasión ganglionar (pN0: 7, y Nc0: 4) se presentaron libres de enfermedad en un seguimiento mayor de 4 años, 2 casos; mayor de 3 años, otros 2, y más de 2 años, 4 pacientes (media: 34,2 meses). Tomados como estadísticamente perdidos los 3 restantes que desertaron antes del año, se puede considerar una sobrevida comprobada a los 2 años de 72,7 % (8/11 pacientes) (cuadro V).

CUADRO V

Evolución de los pacientes sin enfermedad ganglionar y su correlación con la infiltración peniana

Tiempo de evolución	Número	Localización		
		T2	T3	T4
Más de 4 años	2	1	1	
Más de 3 años	2	1	1	
Más de 2 años	4	3	1	
Sin seguimiento	3	2		1

En los 5 pacientes con ganglios tumorales se pudo efectuar un seguimiento de 1 a 10 años (cuadro VI), 3 de ellos se encuentran libres de enfermedad (3/5: 60 %), 2 estadios pN1 con un seguimiento promedio de 42,5 meses y un pN3 (con ganglios fistulizados, penectomía total y linfadenectomía bilateral) que a los 10 años se encuentra sin tumor.

Fallecieron por progresión tumoral los 2 restantes (pN4: 1 solo biopsiado y pN2: 1 con vaciamiento inguinal bilateral).

CUADRO VI

Evolución de los pacientes con invasión tumoral ganglionar

Estadio	Vivo	Fallec.	S/seg.
pN1: 2	4 años >3 años		
pN2: 1		<1 año	
pN3: 1	10 años		
pN4: 1		<1 año	

Discusión

Analizamos una población de pacientes con carcinoma de pene en la cual predominaron en forma pareja los grupos de 4 a 8 décadas de la vida y de residencia suburbana y rural. El diagnóstico y el tratamiento del tumor peniano "T" fue abordado con una metodología clásica, de igual forma el manejo de las adenopatías, que se encuentra descrito en nuestro protocolo para carcinoma de pene vigente desde 1982.^(6, 8)

La evaluación clínica de las adenopatías "Nc" la efectuamos de acuerdo con los parámetros recomendados por la UICC, limitando el uso de la linfografía a sólo 6 casos, en los cuales la exactitud del método fue sensiblemente menor que la esperada, abun-

dando en falsos resultados positivos. Pudimos efectuar la estadiificación ganglionar en sólo 53 % de los pacientes (16/30) por deserción o violación del protocolo en el resto; constituyendo los pacientes con cáncer de pene una población de difícil control una vez instituido el tratamiento de la lesión primaria. La mayoría de los "N" evaluados fueron quirúrgicamente corroborados (12/16: 75 %), los restantes N1-2 a o N0 correspondieron a tumores con escasa invasividad en su lesión peniana y siguiendo los criterios, entre otros, de Catalona,⁽¹⁾ Ekstrom,⁽³⁾ Grabstald⁽⁴⁾ y Withmore,⁽¹¹⁾ sólo indicamos la linfadenectomía ante la presencia clínica de las adenopatías persistentes. Estos autores comunicaron una sobrevida a 5 años similar con linfadenectomía temprana y tardía; criterio revisado por Johnson,⁽⁵⁾ para quien las linfadenectomías tempranas brindan una mejor sobrevida que las efectuadas en el momento del diagnóstico de las adenopatías (71 vs. 50 % de sobrevida a 3 años y 57 vs. 13 % a los 5 años). Esta modalidad constituiría una opción razonable por los mejores resultados comunicados y en nuestro medio por el alto índice de deserción posterior a la penectomía, no obstante en nuestro grupo la evolución promediando los 3 años de los 4 N1-2 a que no demandaron linfadenectomía fue favorable, sobre todo teniendo en cuenta que los pT1 y pT2 presentaron sólo 33 % de invasión ganglionar.

Si bien los reparos anatómicos y detalles de técnica de las linfadenectomías no serán incluidos en esta comunicación, destacamos que actualmente nuestra tendencia consiste en efectuar la linfadenectomía inguinoilíaca independientemente del estado en que se encuentre el llamado "ganglio centinela", el

cual sí fue tenido en cuenta en las primeras disecciones de nuestra serie. La disección inguinoilíaca bilateral está avalada a partir del estadio pT2 por la posibilidad de drenaje directo hacia los ganglios ilíacos; Ueling⁽¹⁰⁾ preconiza la exploración de cadenas ganglionares pelvianas y biopsias selectivas antes de proceder a la disección inguinal.

Observamos una marcada tendencia a la sobreestadificación, 7/12: 58,3 % de falsos resultados positivos en la corroboración quirúrgica del N (relación Nc/pN), en su mayoría los catalogados como N1-2 b resultaron ser hiperplasias sinusoidales o histiocitarias, sumándose a ello una menor tendencia que la esperada de invasión ganglionar en tumores penianos infiltrantes, siendo ésta de 50 % (3/6 en pT3: 4 y pT4: 2).

Las sobrevidas de los pacientes N0 fue aceptable con un 72,7 % entre 2 y 4 años, logrado sólo por bajas estadísticas (falta de seguimiento) y no con bajas por progresión, comparables con la de Srinivas, 70 % a 5 años y menor que la de Ekstrom,⁽³⁾ de 90 % en igual lapso.

Con respecto a la sobrevida de los pacientes con ganglios invadidos fue la esperada en los pN1, no pudiendo ser rescatados con radioterapia ni bleomicina los 2 que entraron en progresión, destacándose la llamativa buena evolución de un estadio pT3 pN3 M0 a los 10 años de penectomía total con vaciamiento inguinal bilateral. Finalmente la perspectiva general para este grupo está uniformemente reconocida como de mal pronóstico, esperando sobrevidas a los 3 años que sólo oscilan entre el 16 y el 48 % en las mejores estadísticas [Persky:⁽⁷⁾ 29 %; Srinivas: 16 a 48 %; Dekernion:⁽²⁾ 29 %, y Ekstrom:⁽³⁾ 37 %].

Bibliografía

1. Catalona, W. J.: "Role of lymphadenectomy in carcinoma of the penis". *Urol. Clin. North Am.*, 7:785, 1980.
2. Dekernion, J. B.; Tynbery, P.; Persky, L., y Yarbrough, W.: "Epidermoid carcinoma of the penis: computer analysis of 87 cases". *J. Urol.*, 110:303, 1973.
3. Ekstrom, T., y Edsmyr, F.: "Cancer of the penis: a clinical study of 229 cases". *Acta Chir. Scand.*, 115:25.
4. Grabstald, H., y Kelley, C. D.: "Radiation therapy of penile cancer". *Urology*, 15:575, 1980.
5. Johnson, D.: *Urology*, octubre 1984.
6. Mazza, O. N., y Sáenz, C. A.: "Protocolo de diagnóstico y tratamiento en el carcinoma de pene". *Actas del curso Oncología Urológica. Hospital de Clínicas*, 1986.
7. Persky, D.: En Campbell, M. F., y col.
8. Signore, H., y col.: *Comité de pautas oncológicas de la Sociedad Argentina de Urología. Actas*, 1986.
9. Ueling, D. T.: "Staging laparotomy for carcinoma of penis". *J. Urol.*, 110:213, 1973.
10. Withmore, W. J.: "Tumors of the penis, urethra, scrotum and testes". En Campbell, M. F., y Harrison, H. H. (eds.): *Urology*, 3ª ed. Filadelfia, W. B. Saunders Co., 1970, pág. 1190-1229.