**NEOPLASIAS METASTÁSICAS DE PENE**
Presentación de un caso**METASTATIC NEOPLASMS OF THE PENIS**
Report of one case**Dres. Speranza, J. C.*; Ares, J. H.*; Nolazco, A. R.*; Magariños, G.****

RESUMEN: Los tumores secundarios del pene son poco habituales. Se originan con mayor frecuencia en los tractos genitourinario y gastrointestinal. Se presenta un paciente con metástasis en pene de un cáncer primitivo prostático.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 1, Pág. 42, 1996)

Palabras clave: Neoplasias peneanas; Neoplasias prostáticas; Carcinoma metastásico.

SUMMARY: Secondary penile tumors are rare. G.U. and G.I. tracts are the most frequent primary sites. We report one case of prostatic cancer with penile metastases.

(Rev. Arg. de Urol., Vol. 61, Nº 1, Pág. 42, 1996)

Key words: Penile neoplasms; Prostatic neoplasms; Metastatic carcinoma.

INTRODUCCIÓN

Las neoplasias metastásicas de pene son raras; han sido publicados menos de 300 casos^(1, 2). Los tumores primarios que las originan se sitúan con mayor frecuencia en la vejiga, la próstata, el recto y el riñón⁽³⁾. De los casos descritos en la literatura aproximadamente 65 corresponden a un primitivo prostático⁽³⁾, el primero de los cuales fue publicado en 1885⁽⁴⁾. Se presenta un paciente portador de un adenocarcinoma de próstata con metástasis peneana.

* Servicio de Urología del Hospital Británico

** Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Británico
Perdriel 74 - (1280) Buenos Aires - Argentina - Tel. 304-1081/2051

Aceptado para su publicación en noviembre de 1995

CASO REPORTADO

Paciente de 66 años, raza blanca, al que se le diagnosticó en mayo de 1993, un adenocarcinoma de próstata, score 5 de Gleason, por medio de una biopsia por punción ecodirigida. En julio de 1993 fue sometido a una linfadenectomía ilioobturatriz estadificadora con resultado negativo para invasión neoplásica; sin embargo, no se realizó la prostatectomía radical por encontrarse progresión tumoral hacia la vejiga y los planos laterales (T4 N0 M0). El paciente fue tratado con radioterapia (acelerador lineal), a una dosis total de 6.580 cGy y flutamida, 750 mg por día.

En octubre de 1994 concurrió a la consulta por presentar en la base del pene un nódulo indoloro, de aproximadamente 2 x 3 cm. Se realizó una biopsia quirúrgica del mismo, que mostró infiltración de los cuerpos

cavernosos por una proliferación glandular cribiforme atípica.

La inmunomarcación para detectar antígeno prostático específico (EPOS-DAKO) resultó positiva (Foto 1).

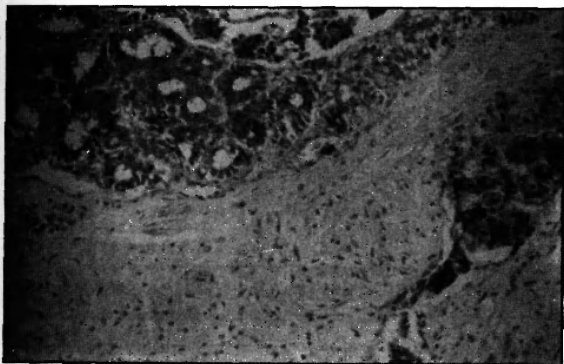


Foto 1: Adenocarcinoma prostático metastásico que infiltra los cuerpos cavernosos. Inmunomarcación para A.P.E. positiva.

DISCUSION

El cáncer metastásico de pene es poco habitual. *Powell* y *col.* han sugerido que esta baja incidencia de casos reportados se debe, en parte, a un deficiente examen genital durante el seguimiento de los tumores primarios y a la falta de realización de exhaustivas necropsias⁽³⁾.

Casi el 70 % de las metástasis peneanas se originan en órganos del tracto genitourinario. La vejiga y la próstata son responsables de aproximadamente el 30 % de los casos, cada una. El riñón (10 %), los testículos y la uretra son sitios menos comunes.

El tracto gastrointestinal, particularmente el colon y el recto (16 %), son responsables del 22 % de las metástasis.

También pueden ocasionar compromiso peneano, pero en forma mucho menos frecuente, los cánceres de pulmón, hueso, nasofaringe, el melanoma y el linfoma de *Burkitt*⁽⁴⁾.

Se han propuesto muchas teorías para explicar los mecanismos de diseminación tumoral al pene: 1) Transporte venoso retrógrado (es la forma más probable). 2) Extensión linfática retrógrada. 3) Embolia arterial. 4) Extensión directa. 5) Implantación. 6) Instrumentación⁽⁵⁾.

El aspecto histológico más comúnmente observado en la invasión peneana metastásica es el reemplazo de uno o ambos cuerpos cavernosos por tejido neoplásico; esto explica que el priapismo sea la forma de presentación clínica más frecuente (40 %)⁽⁴⁾. El glándula, la uretra y el cuerpo esponjoso son afectados en forma menos habitual⁽⁴⁾.

Otras formas de manifestación son: la presencia de nódulos, eritema, tumefacción, edema, dolor y síntomas de uropatía obstructiva^(4, 6).

En los casos en que se presentan las metástasis peneanas suelen aparecer precozmente luego del diagnóstico o tratamiento de la lesión primaria e implican una forma avanzada de la enfermedad; aproximadamente 2 tercios de estos pacientes manifiestan también otras metástasis al tiempo que se determina el compromiso peneano. Por este motivo, esta localización metastásica se relaciona con un pronóstico ominoso.

La mayoría de los pacientes fallecen dentro del primer año del diagnóstico, con una tasa media de supervivencia menor a los 6 meses^(1, 2).

Se han propuesto varios métodos de tratamiento que incluyen: resección local, penectomía, radioterapia, quimioterapia e hipertermia. Ninguno ha demostrado ser de mucha utilidad, excepto la resección local o la penectomía radical para lesiones solitarias y distales⁽⁶⁾. La sección del nervio dorsal del pene y la penectomía se utilizaron para paliar el dolor intratable⁽⁷⁾.

Los carcinomas secundarios del pene son, históricamente, una enfermedad rara; sin embargo, su incidencia parece ir incrementándose juntamente con los progresos logrados en los tratamientos de los tumores primitivos y con el aumento de la edad de la población. Por lo tanto, su diagnóstico debe ser tenido en cuenta toda vez que se descubra una lesión atípica de pene en un adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bellville, W. D. y Cohen, J. A.: Secondary penile malignancies: the spectrum of presentation. *J. Surg. Oncol.*, 51:134, 1992.
2. Ben, Y. y Kapp, D.: Cancer metastatic to the penis: treatment with hyperthermia and radiation therapy and review of the literature. *J. Urol.*, 148:67, 1992.
3. Powell, B. L. y col.: Secondary malignancies of the penis and epididymis; a case report and review of the literature. *J. Clin. Oncol.*, 3:110, 1985.
4. Abeshouse, B. S. y Abeshouse, G. A.: Metastatic tumor of the penis: a review of the literature and a report of two cases. *J. Urol.*, 86:99, 1961.
5. Paquin, A. J. (h.) y Roland, S.: Secondary carcinoma of the penis; a review of the literature and a report of nine new cases. *Cancer*, 9:626, 1956.
6. Bosh, P. C. y col.: Secondary carcinoma of the penis. *J. Urol.*, 132:990, 1984.
7. Mukamel, E. y col.: Metastatic carcinoma to the penis: when is total penectomy indicated? *Urol.*, 29:15, 1985.

COMENTARIO

El trabajo de los doctores *Speranza* y *colaboradores*, resulta de gran interés científico, por cuanto actualiza una forma muy poco frecuente de presentación de Tumores Peneanos.

Las metástasis en el pene de neoplasias habitualmente intrapelvianas⁽¹⁾, se originan a contracorriente de los efluentes venoso y linfático, de allí, su casi nula frecuencia.

No obstante, el presente como la mayoría de los casos publicados tienen un común denominador: El estadio avanzado del tumor primario y la mala evolución a partir del descubrimiento de la lesión genital^(2,3).

Los autores no detallan el tratamiento de la metástasis si la hubo ni la evolución de este paciente, pero resulta fácil aventurar cuál pudo haber sido la misma.

Respecto de las consideraciones etiopatogénicas, clínicas y terapéuticas propuestas por los autores, poco puede agregarse pero sí, enfatizar sobre su búsqueda toda vez que se presente un priapismo⁽²⁾, en ausencia de utilización de drogas vasoactivas, ya que la mayor parte de estas metástasis pueden invadir los cuerpos cavernosos sin tener una expresión clínica mucosocutánea.

La presente publicación me da lugar para acompañar el comentario con la imagen (foto), de un caso similar, acontecido en un paciente de 74 años portador de un cáncer vesical avanzado que presentó al final de su evolución una tumoración no sangrante del glande, que biopsiada resultó ser de iguales características histopatológicas al carcinoma transicional primario de vejiga. En este paciente no se trató la metástasis y falleció dentro de los 60 días del diagnóstico de la misma.



BIBLIOGRAFÍA

1. Abeshouse, B. S.: Primary and secondary melanoma of the genitourinary tract. *South. Med. J.*, 51:994, 1958.
2. Abeshouse, B. S. y Abeshouse, G. A.: Metastatic tumors of the penis: a review of the literature and report of two cases. *J. Urol.*, 86:99, 1961.
3. Hayes, W. T. y Young, J. M.: Metastatic carcinoma of the penis. *J. Chronic Dis.*, 20:891, 1967.

Dr. Oscar Pautasso
Prof. Titular de la Cátedra de Urología del
Hospital San Roque
Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, Argentina