

Cáncer de pene *Trabajo Multicéntrico*

Penis cancer *Multicentric study*

Asociación Argentina de
Médicos Residentes de
Urología. AAMRU

Introducción: El carcinoma peneano es una patología fuertemente relacionada con los hábitos higiénicos y culturales del paciente. El objetivo fue realizar un relevamiento del cáncer de pene en nuestro país en los últimos 10 años.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo con casos aportados por 7 residencias de Urología. Se analizaron las historias clínicas de 110 pacientes entre enero 1990 y diciembre 2000.

Resultados: Se dividió a los casos en región noreste 38 y región centro 72. La edad promedio fue 59 años (29 - 89) con mayor incidencia en el grupo de 61 a 70 años. El 100% fue carcinoma epidermoide. El tercio distal del pene fue afectado en el 90 % de los casos. Las adenopatías inguinales fueron detectadas al examen clínico en 36,4% y 13,6% por tomografía computada. Se realizó penectomía parcial en 70 casos. Se encontraban en el estadio I de Jackson 42 pacientes, 19 en estadio II, 46 en estadio III y 3 en estadio IV. Sólo 60 % las historias clínicas tenían datos sobre brevida.

Conclusiones: El cáncer de pene es una patología que continúa presentándose en la Argentina. En nuestro estudio el Centro que mayor cantidad de casos aportó fue la residencia del Hospital Perrando de la Provincia del Chaco.

PALABRAS CLAVES: Cáncer de pene; Epidemiología

Introduction: Penis cancer is a pathology strongly related to the patient's hygienic and cultural habits. The objective was to carry out a report of the penis cancer in our country in the last 10 years.

Materials and methods: We made a retrospective study with cases contributed by 7 residences of Urology. The clinical histories of 110 patients were analyzed among January 1990 and December 2000.

Results: It was divided to the cases in northeast region 38 and region center 72. The age average was 59 years (29 - 89) with more incidence in the group of 61 to 70 years. 100% was squamous cell carcinoma. The third distal of the penis was affected in 90% of the cases. The inguinal nodes were detected to the clinical exam in 36.4% and 13.6% for computed tomography. Partial penectomy was carried out in 70 cases. There were in Jackson I stage 42 patients, 19 in stage II, 46 in stage III and 3 in stage IV. Only 60% of the clinical histories had data about survive.

Conclusions: The penis cancer is a pathology that continuous being presented in Argentina. In our study the center that more quantity of cases contributed was the residence of the Hospital Perrando of Chaco.

KEY WORDS: Penis Cancer; Epidemiology

Trabajo multicéntrico coordinado por la Residencia de Urología del Hospital Julio C. Perrando. Resistencia, Chaco.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma peneano es una patología fuertemente relacionada con los hábitos higiénicos y culturales del paciente.

La relación de esta patología con la fimosis, falta de un correcto hábito higiénico, infección por HPV, promiscuidad, tabaco y otros factores ha sido ampliamente descrita en la literatura^{1,2,3,4}.

En Africa, algunos países asiáticos y América del Sur el cáncer de pene continúa siendo una enfermedad prevalente^{5,6,7}. En nuestro país se han publicado diversos trabajos en los cuales se hace hincapié sobre las características socioculturales de esta patología^{8,9}.

A pesar de la circuncisión prepupal se ha relacionado con una menor incidencia de cáncer de pene, la misma no ha sido adoptada en forma regular en muchos países, incluida la Argentina^{10,11}.

El objetivo de este trabajo fue realizar un relevamiento de los casos de cáncer de pene diagnosticados en nuestro país en los últimos 10 años, sus características regionales y los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y descriptivo con casos aportados por 7 residencias de Urología, de Centros públicos y privados de todo el país. Se analizaron las historias clínicas de 110 pacientes con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de pene realizado en enero de 1990 y diciembre de 2000 y los mismos volcados a una ficha creada especialmente.

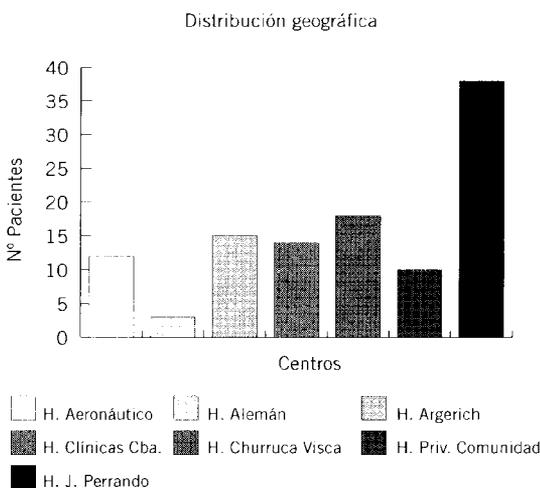


Gráfico 1. Casos aportados por las diferentes residencias.

Las variables analizadas fueron: procedencia, edad, lesiones preexistentes, localización del tumor, tamaño de la lesión, estirpe celular, tiempo de evolución, compromiso ganglionar regional, metodología de estadificación. Asimismo se indagó acerca del tratamiento del tumor primario y las adenopatías inguinales.

RESULTADOS

En el Gráfico 1 se observan la cantidad de casos aportados por las residencias participantes y la distribución geográfica de los centros hospitalarios (Gráfico 2): región noreste 38 casos (34,55 %); región centro 72 casos (65,45%).

Analizando los centros aislados observamos que la residencia del Chaco fue la que más casos aportó (38 casos).

El promedio de edad fue de 59 años, en un rango comprendido entre los 29 y 89 años; observando que el promedio de edad desciende a 55 años si evaluamos por separado el grupo de pacientes de la región noreste, respecto del grupo centro 61,5 años. La mayor incidencia corresponde al grupo etáreo de 61 a 70 años, con 31 pacientes 28,18 % (Tabla 1 y Gráfico 3).

Analizando el área de procedencia el 25 pacientes, 22,7%, habitaban áreas rurales y 85 pacientes, 72,3%, áreas urbanas. Si evaluamos estos datos según las distintas regiones geográficas; en la región noreste el 65,7% proviene de áreas rurales y en la región central solo el 18%. Notamos también que el grupo de pacientes que pertenecen a áreas urbanas presentaban menor incidencia de fimosis y/o patologías inflamatorias crónicas y al momento del diagnóstico lesiones más pequeñas y estadios tumorales menos avanzados.

Evaluando la estirpe celular de los casos analizados, el 100% fue carcinoma epidermoide. Los tumores más frecuentes fueron los moderadamente diferenciados 40

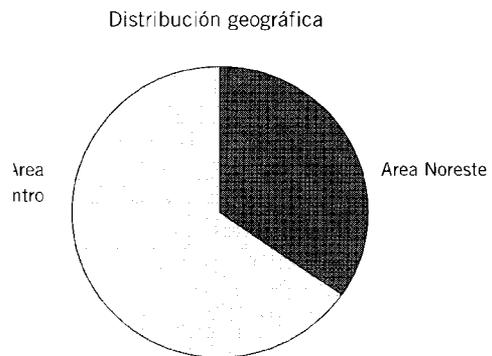


Gráfico 2. Región de origen.

Grupos etarios	Nº de casos	Porcentaje
21 a 30 años	1	1,90
31 a 40 años	9	8,18
41 a 50 años	11	10,00
51 a 60 años	25	22,72
61 a 70 años	31	28,18
71 a 80 años	21	19,09
81 a 90 años	12	10,90

Tabla 1. Distribución según edad

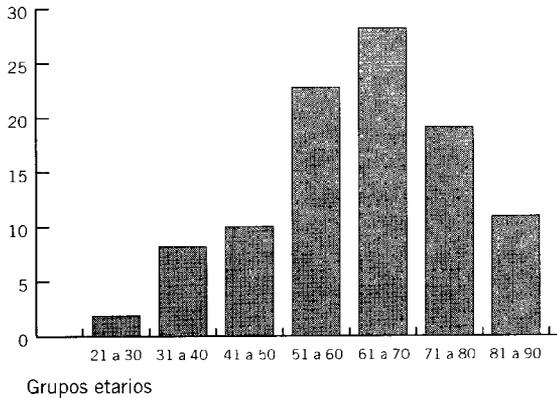


Gráfico 3. Distribución según edad.

casos, (36,36%). En la Tabla 2 y Gráfico 4 podemos observar como se distribuyeron el total de los casos.

Si analizamos la ubicación de la lesión, el sitio más comúnmente afectado fue el glánde 64 casos, y luego el surco balano prepucial 21 casos, prepucio 15 casos, faltando este dato en 10 casos. (Tabla 3)

Al momento del diagnóstico 62,7% presentaban lesiones de menos de cuatro centímetros. (Tabla 4)

Las adenopatías inguinales, al momento del diagnóstico del tumor peneano, fueron detectadas en el 36,4% de los casos al examen clínico (40 casos), y en 15

Ubicación tumoral	Nº de casos	Porcentaje
Glánde	64	58,1
Surco balano-prepucial	21	19,1
Prepucio	15	15
No determinados	10	9,1

Tabla 3. Localización de la lesión

Grado de diferenciación celular	Nº de casos	Porcentaje
Bien diferenciado	31	28,18
Moderadamente diferenciado	40	36,36
Poco diferenciado	15	13,63
No consignados	18	16,36
Carcinoma in situ	6	5,45

Tabla 2. Diferenciación celular

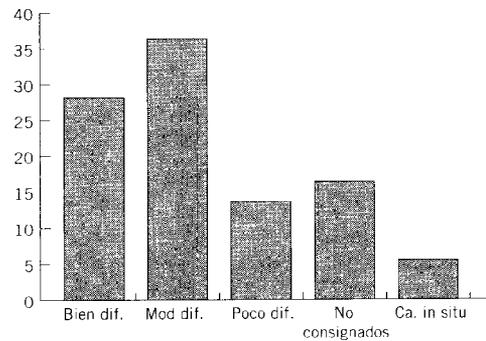


Gráfico 4. Diferenciación celular

casos a través de tomografía computada. Es decir que el 50% de los pacientes de nuestra serie, tenían al momento del diagnóstico adenopatías inguinales.

En cuanto al tratamiento quirúrgico del tumor peneano, se dividió de la siguiente forma (Tabla 5 y Gráfico 5); siendo la penectomía parcial la cirugía que se realizó en el mayor número de casos, 70 pacientes (63,6%).

Evaluando la estadificación de la serie según la clasificación de Jackson, se observó que el mayor número de casos (42 pacientes) 38,3%, se encontraban en el estadio I, 19 casos en estadio II, 46 casos en estadio III y 3 casos en estadio IV.

Tamaño de la lesión	Nº de casos	Porcentaje
Mayor de 4 cm.	33	30
Menor de 4 cm.	69	62,7
Sin determinar	8	7,2

Tabla 4. Tamaño tumoral al momento del diagnóstico.

Cirugía Realizada	Nº de casos	Porcentaje	Grupo
Postectomía	8	7,3	A
Penectomía parcial	70	63,6	B
Penectomía total	26	23,6	C
Emasculación	3	2,7	D
Tto desconocido	3	2,7	E

Tabla 5. Tipo de cirugía realizada

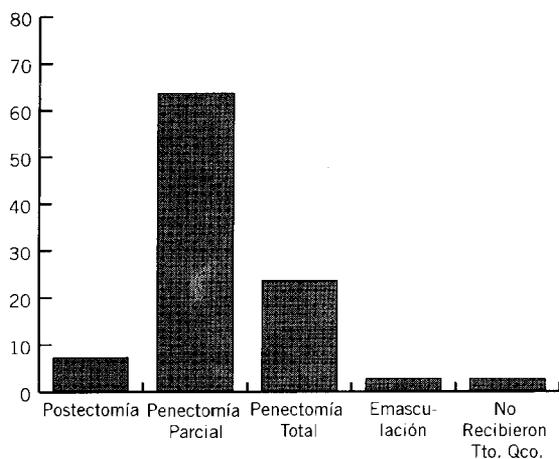


Gráfico 6. Tipo de cirugía realizada

Presentaron tumor epidermoide pobremente diferenciado, 15 casos, 86,6%, 13 de los cuales presentaban un estadio tumoral III o IV. (Tabla 6).

Los datos sobre evolución de los pacientes sólo estaban presentes en el 60 % las historias clínicas. De esos casos se obtuvieron los siguientes resultados:

-fallecidos durante 1º año:	9 casos	(13,6%)
-fallecidos durante 2º año:	15 casos	(22,7%)
-vivos a los 2 años:	42 casos	(63,6%)

Grado de Jackson	Nº de casos	Porcentaje
Jackson I	42	38,2
Jackson II	19	17,3
Jackson III	46	41,8
Jackson IV	3	2,7

Tabla 6. Estadificación de los tumores peneanos

DISCUSIÓN

Este es el primer trabajo publicado por la Asociación Argentina de Médicos Residentes de Urología. Elegimos el tema cáncer de pene porque si bien es una patología poco frecuente en los países desarrollados continúa siendo prevalente en los países en vías de desarrollo y fue nuestro objetivo obtener datos de nuestro país.

Realizamos una recopilación de los casos de cáncer de pene que consultaron en los Hospitales participantes en los últimos 10 años. Como todo trabajo retrospectivo tiene limitaciones en cuanto a la recolección de los datos y no fue posible conocer con claridad variables de gran importancia como el tiempo de evolución de la lesión, sobrevida y establecer claramente tratamiento de las adenopatías. Sobre la base de los datos obtenidos estamos diseñando futuros estudios que abarquen estas variables. De cualquier manera creemos que es una experiencia importante, ya que hasta la fecha, según nuestros conocimientos, es el mayor número de casos de cáncer de pene publicado en nuestro país.

Creemos que la metodología de realizar estudios multicéntricos es la mejor manera para poder estudiar grandes volúmenes de pacientes y obtener conclusiones valederas.

Los datos referidos a edad de los pacientes son similares a los proporcionados por la bibliografía nacional e internacional^{8,9,12}. El hallazgo de un mayor número de casos y una edad de presentación menor en los pacientes del noreste puede tener diversas explicaciones. Creemos que la cercanía del noreste argentino con Paraguay y Brasil, países en los que existe una muy alta incidencia de cáncer de pene^{6,13} puede explicar en parte este hallazgo.

Existen evidencias que relacionan la fimosis y los procesos inflamatorios crónicos con la aparición de cáncer de pene¹⁴. En nuestro país Cordini en 1958 y Sánchez Sañudo en 1969 hallaron en sus respectivas series de 18 y 25 casos la presencia fimosis en aproximadamente el 60 % de los pacientes. En nuestra serie 40 % de los pacientes presentaban fimosis o procesos inflamatorios crónicos, siendo este porcentaje mayor en la población rural, 65 %. Si bien no fue evaluada la condición sociocultural de los pacientes el déficit de atención primaria de la salud en pacientes alejados de los centros urbanos puede explicar este hallazgo.

No hemos hallado en nuestra serie sarcomas o tumores metastásicos en el estudio anatomopatológico. El grado de diferenciación celular y la localización concuerdan con literatura^{9,15,16} siendo el tercio distal del pene el sitio de asiento más frecuente del tumor (90%). Relacionado con lo anterior y con respecto al trata-

miento quirúrgico del tumor, hallamos que la penectomía parcial fue la cirugía más frecuentemente realizada. Fue excepcional la emasculación o la radioterapia peneana, procedimientos referidos en publicaciones nacionales de la década del 50 (*Trabucco 1953; Cordini 1958*).

No fue posible evaluar con claridad el tipo de tratamiento realizado a los pacientes con adenopatías ya que dichos datos no estaban debidamente aclarados en las historias clínicas. De cualquier manera es importante resaltar que 26 pacientes (23,63 %) fueron sometidos a terapia radiante, hecho que llama la atención ya que desde hace varios años, dicho tratamiento sólo estaría indicado en pacientes con ganglios inguinales profundos y/o pelvianos comprometidos. Lamentablemente no podemos dar mayores precisiones sobre este hecho debido a la escasez de datos.

Si bien la estadificación de *Jackson* ha sido reemplazada en la actualidad por el sistema TNM, en 51 % de nuestros pacientes se utilizó el viejo sistema de estadificación por lo cual lo extrapolamos al resto de nuestra casuística. En relación con la sobrevida no creemos prudente realizar mayores consideraciones, ya que el seguimiento de los casos no fue bueno y los datos constaban sólo en el 60 % de las historias clínicas.

Creemos que el cáncer de pene es una patología a tener en cuenta, principalmente si el urólogo trabaja o recibe derivaciones de zonas con una densidad mayor de casos (noreste de nuestro país). Será responsabilidad de las autoridades mejorar la calidad de vida y promover la atención primaria de la salud, ya que ésta es una patología con fuertes implicancias higiénicas y culturales. La circuncisión es una medida profiláctica con adherentes y detractores, no es el objetivo de este trabajo emitir una opinión sobre su indicación, pero debemos resaltar que en nuestra serie la fimosis y los trastornos inflamatorios crónicos se hallaban en el 40% de los casos.

CONCLUSIONES

Se analizaron los datos de 110 casos de cáncer de pene obtenidos de siete instituciones de todo el país. La provincia del Chaco aportó el mayor número de casos. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 59 años. La fimosis y/o los trastornos inflamatorios crónicos estaban presentes en el 40 % de los casos, siendo esto más frecuente en la población rural. El tercio distal del pene fue afectado en el 90 % de los casos y las lesiones menores de 4 cm se observaron en el 64 %. Sólo se observaron carcinomas epidermoides en nuestra serie.

Al momento del diagnóstico 50 % de los casos pre-

sentaban adenopatías. El tratamiento realizado con mayor frecuencia fue la penectomía parcial. No se pudo establecer con claridad el tratamiento de las adenopatías.

Creemos que el cáncer de pene es una patología que debe continuar teniéndose en cuenta, especialmente si el urólogo trabaja o recibe derivaciones de zonas con una densidad mayor de casos (noreste de nuestro país).

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrasso R., DeBrux J., Croissant O., Orth G.: High prevalence of papillomavirus-associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *N. Engl. J. Med.* 317:916-923; 1987.
2. Maden C., Sherman K.J., Beckman A.M., y col.: History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *J. Natl. Cancer Inst.* 85:19-24; 1993.
3. Histological grading of squamous cell carcinoma of the penis: A new scoring system. *Br. J. Urol.* 67:522-526, 1991.
4. Hellberg D., Valentin J., Eklund T., Nilsson S.: Penile cancer: Is there an epidemiological role for smoking and sexual behavior? *BMJ* 295:1306-1308; 1987.
5. Lynch H. T., Krush A. J. : Delay factors in detection of cancer of the penis. *Nebr. State Med. J.* 54:360; 1969.
6. Ornellas A. A., Seixas A. L. C., Marota A., y col.: Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: Retrospective analysis of 350 cases. *J. Urol.* 151: 1244- 1249; 1994.
7. Paymaster J. C., Gangadharan P.: Cancer of the penis in India. *J. Urol.* 97:110-113, 1967.
8. Cordini, A.; González, B.: Cáncer de pene. *Revista Argentina de Urología.* Vol 27; 1-3: 5-12; 1957.
9. Sánchez Sañudo, L. y colaboradores: *Revista Argentina de Urología,* Vol 38; 1-5: 73-74; 1969.
10. American Academy of Pediatrics Policy Statements on Circumcision and Urinary Tract Infection. *Rev. Urol.:*1: 154- 156; 1999.
11. Dagher R., Selzer M.L., Lapidés J.: Carcinoma of the penis and the anti-circumcision crusade. *J. Urol.* 110:79-80; 1973.
12. Gloecker-Ries L.A., Hankey B.F., Edwards B.K. (eds): Cancer Statistics Review 1973-1987. In National Cancer Institute, *National Institutes of Health Publication No. 90-2789.* Bethesda, MD, National Institutes of Health, 1990.
13. Lynch H.T., Krush A.J.: Delay factors in detection of cancer of the penis. *Nebr. State Med. J.* 54:360; 1969.
14. Walsh, Retik, Vaughan, Wein: *Campbell's Urology.* Capítulo 83. 8va Edición. Saunders 2002
15. Skinner D.G., Leadbetter W.F., Kelley S.B.: The surgical management of squamous cell carcinoma of the penis. *J. Urol.* 107:273-277; 1972.
16. Lineamientos básicos en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de pene. *Rev. Argentina de Urología,* 62 Sup. 1:1-5; 1997.

COMENTARIO EDITORIAL

Es una de las más completas revisiones retrospectivas publicadas en nuestro país. Tal lo expuesto en el apartado discusión, la estadística presentada de 110 pacientes es la más nutrida desde la publicación de *Astral-di e Iacapraro* en 1936 (volumen 1 de nuestra revista): Es el primer trabajo multicéntrico realizado precisamente en una patología dispersa, pero creciente en vista de los índices de atraso y marginación de nuestra población, donde la mayor prevalencia aflora en la zona mesopotámica (área del grupo médico coordinador del trabajo - Hospital Julio Perrando del Chaco).

Esta revisión además de los datos aportados para el conocimiento de la patología en nuestro ámbito, traza líneas de integración y coordinación de esfuerzos para lograr una casuística relevante y competitiva en oncología. Finalmente, cabe destacar que la desarrollada revisión de la bibliografía nacional en el tema, así como la rica discusión apoyada en la misma, es infrecuente en la mayoría de nuestros trabajos, profusos y minuciosos en cuanto a bibliografía extranjera y escasos y olvidados de las comunicaciones nacionales.

DR. OSVALDO MAZZA
Profesor Titular de Urología