

Leiomiosarcoma de pene. *Reporte de un caso*

Penile Leiomyosarcoma. *Case report*

Dres. Marzari, A;
Linares G.;;
Verdaguer J.;;
Wolf T.;;
Amprino M.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de pene presentan una incidencia baja, en EUA es aproximadamente al 1%. En otras regiones donde no se practica sistemáticamente la circuncisión la incidencia es mayor, tales como en oriente y América del sur llegando al 18%.¹ La gran parte de estos tumores son derivados de epitelio de superficie tipo epidermoide siendo el tipo histológico el más frecuente.² Los tumores originados en tejidos mesenquimales son excepcionales,³ siendo los más comunes los de origen vascular como los angiosarcomas, hemangioendotelomas epiteloides, sarcoma de *Kaposi*. El Leiomiosarcoma constituye un caso raro de tumor existiendo tan sólo 28 casos en la literatura.⁴

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 79 años que consulta por tumoración de pene de varios meses de evolución no dolorosa ni sangrante. No consulta con anterioridad por pudor.

El examen físico mostraba una tumoración limitada a la porción distal del pene que comprometía totalmente el glande, pero con cuerpos cavernosos y esponjosos aparentemente libres de lesión. No se reconocieron adenomegalias inguinales. Por negativa del paciente a resecciones oncológicas amplias se le realiza penectomía parcial.

ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO

Descripción macroscópica:

Se recibe pene que mide 10 x 4,5 cm. A nivel del glande se observa tumoración vegetante e infiltrante de 4,5 x 4 cm de consistencia firme, lobulada de color blanco amarillento, localizada adyacente a la uretra, a la cual comprime. Cuerpos cavernosos congestivos. (Fotos 1 y 2)

Descripción microscópica:

Los cortes histológicos examinados pertenecientes a la lesión descrita muestran una proliferación neoplásica fusocelular con frecuentes focos de necrosis, constituida por células de núcleos ovoideos, voluminosos, vesiculosos con macronucleolo, que se disponen en haces entrelazados con escaso estroma ricamente vascularizado. Se reconocen además frecuentes figuras de mitosis (12 en diez campos de alto poder). La lesión ulcerada la uretra e infiltra los cuerpos cavernosos. Márgenes de resección libres de lesión muestran dos fragmentos tisulares constituidos por ejes conectivo vasculares, tapizados por epitelio pavimentoso acantótico que muestra hiperparaqueratosis, hiperplasia de las células basales y coilocitos en los estratos intermedios y superiores. (Foto 3)

CETEU (Centro de Estudios y
Tratamientos de Enfermedades
Urológicas)
Autor responsable:
Marzari Alfonso, Rivadavia 452 PB
Dto 23 ciudad Mendoza. Cp. 5500
Telefax 0261- 4236306- 4236205
Amarzari@hotmail.com

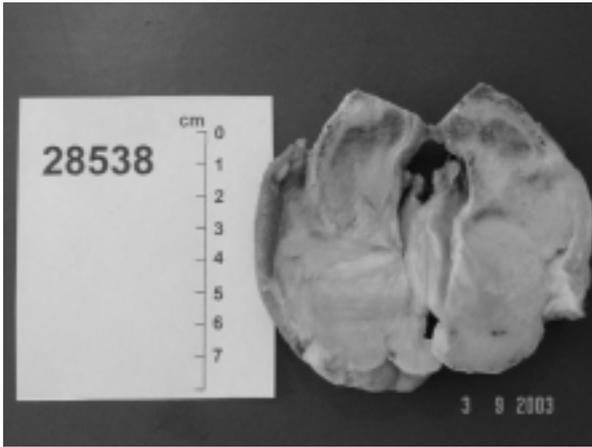


Foto 1

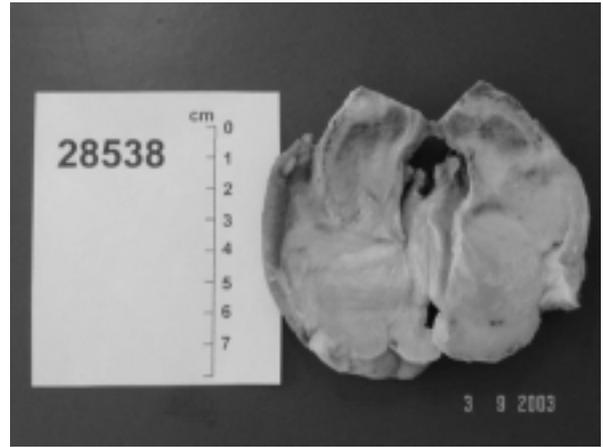


Foto 2

Estudio inmunohistoquímico:

Para este estudio se emplearon cortes histológicos de material fijado e incluido en parafina.

Se realiza técnica de inmunohistoquímica según el método: DAKO *Envision System universal immunostaining*, anticuerpos monoclonales. Se utilizan testigos. Se efectúa recuperación antigénica con solución citratada en microondas.

- Anticuerpo monoclonal contra citoq. AE1/AE3: No muestra marcación en las células de la proliferación neoplásica. (Foto 4)
- Anticuerpo monoclonal contra CD45 - LCA (Clone 2B11+PD7/26): No muestra marcación en las células de la proliferación neoplásica.
- Anticuerpo monoclonal contra vimentina (Clone V9): Se observa marcación positiva en los citoplasmas de las células de la proliferación neoplásica. (Foto 5)

- Anticuerpo monoclonal contra actina (Clone HHF35): Se observa marcación positiva en las células de la proliferación neoplásica. (Foto 6)
- Anticuerpo monoclonal contra synaptofisina (Policlonal): No muestra marcación en las células de la proliferación neoplásica.
- Anticuerpo monoclonal contra cromogranina A (DAK - A3): No muestra marcación en las células de la proliferación neoplásica.
- Anticuerpo monoclonal contra desmina (D33): No muestra marcación en las células de la proliferación neoplásica.

INTERPRETACIÓN: Son positivas generalizadas para vimentina y actina. El cuadro inmunohistoquímico es compatible con el diagnóstico de leiomioma.

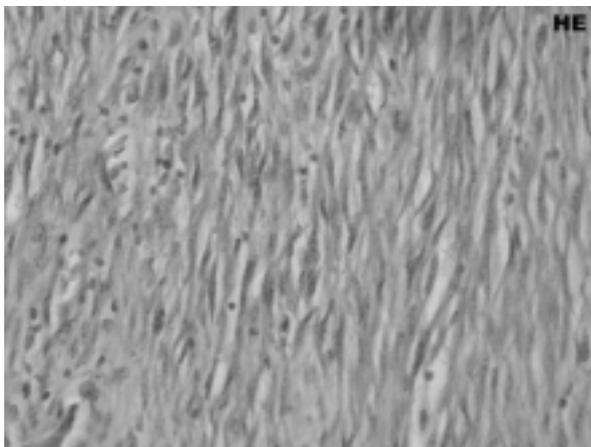


Foto 3

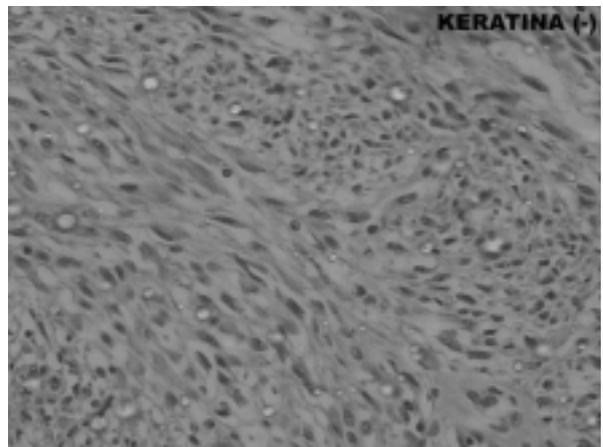


Foto 4

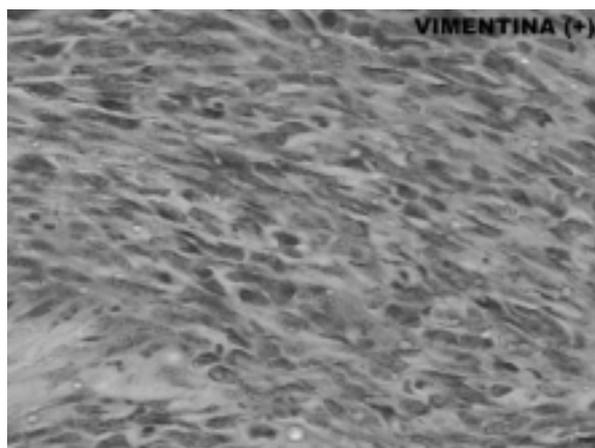


Foto 5

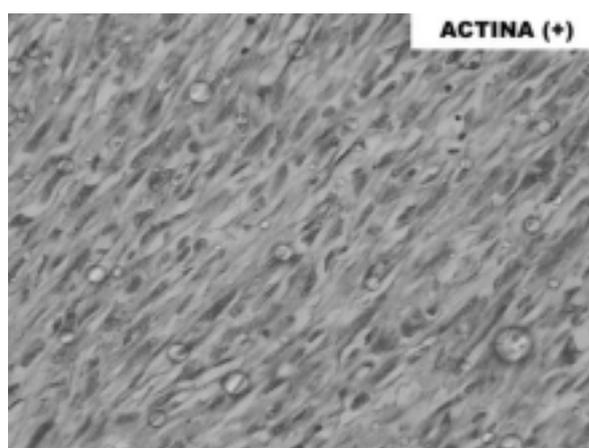


Foto 6

DISCUSIÓN

Los síntomas de presentación así como la edad son diferentes en los casos descriptos. En el caso de nuestro el paciente no concurre en forma temprana por la lesión en sí por pudor, la que evoluciona empeorando por muchos meses, sólo cuando presenta trastornos miccionales concurre a la consulta.

Por otra parte este tumor a diferencia de la evolución en otros casos de evolución rápida y con diseminación, se comporta como un tumor localizado sin presencia de recidiva local ni inguinal a dos años de operado (el paciente se negó a realizar la penectomía total y linfadenectomía).

En el pene los leiomiomas se han clasificado en profundos, superficiales y del prepucio. Estos últimos y los superficiales se originan en el músculo liso del glande, de la dermis, del prepucio o del cuerpo peneano, y usualmente forman nódulos subcutáneos que crecen lentamente como los existentes en otras localizaciones.⁵

El factor pronóstico está ligado a la forma de pre-

sentación inicial, siendo la variedad profunda la de peor pronóstico.

En nuestro caso a pesar de tener infiltración neoplásica de cuerpos cavernosos y esponjosos su comportamiento con cirugía conservadora (penectomía parcial) ha sido buena como los superficiales, cabría preguntarse si es un superficial que invade cuerpos cavernosos u uretra o un profundo originalmente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robbins SL: Patología estructural y funcional 1987 Nueva editorial sudamericana.
2. Lucía MS, Miller GJ.: Histopathology of the malignant lesions of the penis: Crawford ED, Das S (eds). The urologics Clinics of North America. W.B. Saunders, Philadelphia 1992; 19: 227-238
3. Mostofi FK, Price EB: Tumors of the male genital system. Atlas of tumor pathology. Second series. Fascicle. AFIP. Washington D.C. 1973; 291-294
4. Escudero C y col.: Revista Española Patología 2000; vol 33 n3: 221-225
5. Pow-Sangm y col.: Leiomyosarcoma of the penis. *J Urol* 1994; 151: 1643-1645.