

Visión actual del tratamiento del cáncer de pene

Current View of Penis Cancer Treatment

Aldo Samaniego

Servicio de Urología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HCIPS), Asunción, Paraguay.

El cáncer de pene es un trastorno con un diagnóstico desfavorable y claramente relacionado con la pobreza. La cirugía es fundamental para intentar la curación del paciente con invasión linfática, mejora el pronóstico, alcanzando una supervivencia de 5 años mayor al 60% y en el 20% de los casos de invasión a ganglios pélvicos.

La linfadenectomía inguinal radical es la vía más efectiva para erradicar pequeños depósitos metastásicos. Debería realizarse tan temprano como fuera posible, en forma bilateral y de preferencia antes de que la invasión ganglionar sea clínicamente detectable. Sin embargo, las complicaciones posoperatorias representan una desventaja considerable; teniendo en cuenta la linfadenectomía en todos los pacientes con cáncer de pene, poniendo el énfasis en evitar linfadenectomías innecesarias.

Existen puntos de controversia en relación con el tratamiento de los ganglios, acerca del momento y la extensión de la cirugía. El área de mayor polémica se presenta en los pacientes con un examen de la ingle clínicamente negativo al momento de tratar el tumor primario.

En nuestro servicio, la linfadenectomía es efectuada de manera temprana, asincrónica con respecto a la falectomía, en forma bilateral y de preferencia antes de que la invasión ganglionar sea clínicamente detectable, tal como lo he explicado anteriormente. Si el examen de la ingle es clínicamente positivo, la realizamos sin preámbulos, sin utilizar el viejo esquema de antibioticoterapia por un mes, ya que consideramos que solo retrasa el tratamiento oportuno y acelera la progresión de la enfermedad. Si el examen de la ingle es clínicamente negativo, nos manejamos dependiendo de

los datos ofrecidos por nuestros patólogos del hospital, empleando dos criterios: la evaluación del tumor primario y el índice pronóstico del Dr. Cubilla.

Realizamos linfadenectomía inguinal radical bilateral a todo paciente con informe anatomopatológico con tumor primario que invada el cuerpo esponjoso o cavernoso (pT2) o estadios superiores; también efectuamos linfadenectomía inguinal radical bilateral a todo paciente con índice pronóstico del Dr. Cubilla de riesgo intermedio o alto, ya que, según el índice pronóstico, la presencia de ganglios metastásicos se relaciona fundamentalmente con el grado histológico, la infiltración anatómica profunda, la invasión perineural y la invasión vascular. Cuando la invasión del tumor primario se corresponde con un pT1 o el índice pronóstico es de riesgo bajo, procedemos al control periódico del paciente por el período de 2 años.

Otro punto a referirnos es el siguiente: ¿qué hacemos con los resultados anatomopatológicos de estos ganglios? Si no hay ganglios en la muestra o existe afectación de menos de 2 ganglios en cada lado, también procedemos al control periódico de dichos pacientes. Si existen más de 2 ganglios afectados en cada lado, procedemos a una linfadenectomía pelviana, con la realización de una linfadenectomía ampliada bilateral.

Numerosos reportes han correlacionado la información clínica del tumor primario con la probabilidad de compromiso ganglionar. Hallaron relación entre el tamaño e invasión de tumores más voluminosos con la probabilidad de metástasis ganglionares. En nuestra casuística, los tumores pT2 o mayores presentaron invasión ganglionar con frecuencia elocuentemente mayor que aquellos tumores pT1. Los tumores

pobremente diferenciados (G3) mostraron compromiso ganglionar en el 100% de los casos, en contraste con el 25% en los de G1 y G2.

El factor pronóstico más importante en el cáncer de pene es la presencia de metástasis linfáticas; se detectan en el 28% al 64% de los casos. La linfadenectomía es curativa en el 75% de los pacientes con uno o 2 ganglios positivos y en el 20% en invasión pélvica, por lo que es el tratamiento más eficaz para erradicar las metástasis ganglionares en pacientes seleccionados, ya que la linfadenectomía inguinal radical es una técnica oncológicamente segura y reproducible, si bien presenta una alta morbilidad respecto de la herida quirúrgica, siendo frecuente la linforrea y el desarrollo de linfocele como complicaciones asociadas.

Esto es muy importante en nuestra región, ya que en Paraguay representa hasta un 10% a un 20% de las neoplasias en varones, con una incidencia de 2-2,5 en 100.000 habitantes, contrastando con la incidencia en los Estados Unidos, que es de 0,5-1 en 100.000 habitantes. Por lo tanto, concluimos que a medida que el estadio T aumenta, se deben realizar cirugías más agresivas para aumentar la tasa de sobrevida a 5 años.

Pese a la mejoría en las técnicas quirúrgicas y los adelantos tecnológicos, la linfadenectomía inguinal radical conlleva una morbilidad elevada, por lo que son los métodos diagnósticos los que pueden lograr evitar un "sobretatamiento" y brindarnos seguridad en el sujeto en vigilancia, siendo indispensables

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernardo N, Scorticati C, Holst P, Soldano M, De Lasa T, Suárez P, y cols. Tratamiento de los ganglios regionales en el carcinoma escamoso de pene. *Rev. Arg. de Urol.* 1995; 60 (1): 30.
2. Chaux A, Caballero C, Soares F, Guimarães GC, Cunha IW, Reuter V, y cols. The prognostic index: a useful pathologic guide for prediction of nodal metastases and survival in penile squamous cell carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 2009 Jul; 33 (7): 1049-57.
3. Álvarez P, Scorticati C, Herrera JM, Juárez M, García Kamermann F, Cabral C, Bellotti M. Factores pronósticos histopatológicos en el cáncer de pene. *Rev. Arg. de Urol.* 2011; 76 (3): 108-17.
4. Cabanas RM. Anatomy and biopsy of sentinel lymph nodes. *Urol Clin North Am.* 1992 May; 19 (2): 267-76.
5. Lima Pompeo AC, Wroclawski ER, Sadi MV. Algoritmos en uro-oncología. Elsevier Editora, Río de Janeiro, Brasil, 2007.