

Cátedra de Clínica Génito-Urinarias
Prof. Dr. Rodolfo González

TRATAMIENTO RADICAL DEL CARCINOMA AVANZADO DEL PENE

Por el Dr. M. FIRSTATER

Durante los varios años en que estuvimos a cargo de la parte quirúrgica en la Cátedra de Dermatología nos tocó tratar numerosos casos de carcinoma de pene. En todos ellos nos esforzamos por aplicar una terapéutica conservadora, efectuando amputaciones parciales e indicando radioterapia, pero el resultado final y de conjunto fué poco alentador y algunas veces metástasis ganglionares observamos frecuentes recidivas locales y algunas veces metástasis ganglionares que exigieron intervenciones posteriores más amplias.

Esa experiencia nos orientó en todos los casos de lesiones neoplásicas de pene que desbordaban el glande, hacia la terapéutica radical: la penectomía total con meato perineal y el vaciamiento ganglionar ínguino-crural bilateral. Presentamos seis casos de carcinoma avanzado de pene tratados de esta manera, uno de los cuales lleva ya tres años de evolución favorable, incluyendo un carcinoma localizado en la uretra peneana por haber sido sometido a idéntico tratamiento:

Caso 1. — (H. Clínica 656). J. E., argentino, 49 años, jornalero, casado. A. P.: Hemorragia en la juventud.

A. E. A.: Ingresó al Servicio en octubre de 1944, relatando que hacía un año notó una pequeña lesión ulcerosa en glande, indolora, que determinó un proceso tumoral úlcero-vegetante, de crecimiento lento, sin producir mayores molestias, hasta adquirir el tamaño actual.

E. A.: Examen clínico general normal. Buen estado del enfermo. Aparatos circulatorio y respiratorio normales.

Pene: engrosado y deformado por una masa tumoral vegetante que engloba glande, prepucio y tercio distal de pene. Cuerpos cavernosos duros e infiltrados hasta dos centímetros por delante del pubis.

Regiones inguino-crurales: se palpan varios ganglios duros, pequeños y poco movilizables.

Biopsia del tumor: carcinoma espino-celular.

Operación: penectomía total con meato perineal. Vaciamiento ganglionar bilateral un mes más tarde. El informe anatómopatológico de los ganglios no muestra la existencia de lesiones metastásicas.

Caso 2. — (H. Clínica 797). J. C., argentino, 45 años, casado, 12 hijos. Ingresó al Servicio en agosto de 1945.

A. P. Niega venéreas. Fimosis congénita.

A. E. A.: Refiere el enfermo que comienza su afección hace aproximadamente un año y medio con secreción y un proceso inflamatorio localizado a glánde y prepucio. Se lo trata como un blenorragico con sulfamidoterapia. En vista de que no mejora concurre a un hospital donde se le descubre el glánde por una incisión dorsal del prepucio, comprobándose lesiones ulcerosas que son interpretadas de naturaleza banal. El enfermo nota posteriormente en glánde la presencia de un proceso tumoral que se extiende rápidamente, aunque sin ocasionarle molestias.

E. A.: Paciente en buen estado de nutrición. Aparatos circulatorio y respiratorio clínicamente normales. Abdomen normal.

Genitales: Pene en forma de badajo de campana por la deformación de sus dos tercios distales por un proceso tumoral que es duro, irregular, vegetante, que sangra con facilidad y poco sensible. Cuerpos cavernosos infiltrados y duros hasta la vecindad del pubis.

Bolsas: testículos, epidídimos y deferentes normales.

Región inguino-crural izquierda: existen ganglios duros, uno de ellos de mayor volumen y adherido a los planos profundos. Región inguino-crural derecha: varios ganglios duros y móviles, algo sensibles.

Biopsia del tumor: carcinoma espino-celular.

Operación: penectomía total (agosto de 1945). Vaciamiento ganglionar bilateral (setiembre 1945). Los ganglios de la región inguino-crural izquierda muestran extensas metástasis correspondientes a un carcinoma de epitelio plano espino-celular corneificante. En los ganglios inguinales derechos no hay lesiones metastásicas.

Caso 3. — (H. Clínica 976). E. V., argentino, casado, de 42 años. Ingresó al Servicio en setiembre de 1946.

A. P.: Hace quince años fué intervenido por un proceso ganglionar agudo purulento en ingle izquierda. Poco tiempo después presentó la lesión ulcerosa en glánde que fué tratada con cáusticos y que se reconoció como luética por lo que se le practicó tratamiento específico.

A. E. A.: El enfermo refiere el comienzo de su afección a ocho meses antes de su ingreso, en que nota en el glánde, cerca del meato, una pequeña excrecencia que se ulcera y que origina una lesión tumoral rápidamente progresiva, sin producir disuria ni dolor.

E. A.: Regular estado general. Piel y mucosas pálidas. Aparato respiratorio clínicamente normal. Aparato circulatorio: corazón normal. T. A.: 10/6.

Genitales: Pene: los dos tercios distales están reemplazados por una masa tumoral úlcero-vegetante, con abundante secreción maloliente. El tumor es duro, infiltrando cuerpo esponjoso y cuerpos cavernosos hasta la raíz del pene. Bolsas y su contenido normal.

Regiones inguino-crurales: Existen varios ganglios duros, no adheridos a los planos superficiales ni profundos.

Biopsia del tumor: carcinoma de epitelio plano espinocelular corneificante.

Operación: Amputación total del pene (setiembre 1946) con meato perineal.

Vaciamiento ganglionar (octubre 1946). El estudio anatómopatológico de los ganglios no revela lesiones metastásicas.

Caso 4. — (H. Clínica 1775). P. V. V., argentino, 80 años, casado. Fecha de ingreso: marzo de 1947.

A. P.: niega venéreas.

A. E. A.: Hace seis meses el enfermo nota la aparición de pequeñas excrescencias carnosas en la vecindad del meato que crecen paulatinamente hasta deformar por completo la mitad anterior del pene que sangraba con facilidad y despedía una secreción saniosa y maloliente, sin trastornos disúricos.

E. A.: Enfermo de regular estado general.

Aparato respiratorio: manifestaciones de bronquitis crónica. Aparato circulatorio: clínicamente normal.

Genitales: La mitad anterior del pene se encuentra deformada por un tumor vegetante de tamaño algo inferior al de una mandarina que sangra fácilmente. Los cuerpos cavernosos se hallan infiltrados hasta un través de dedo de la raíz del pene. Bolsas y su contenido normal.

Regiones ínguino-crurales: se palpan algunos ganglios duros.

Biopsia del tumor: carcinoma de epitelio plano espinocelular con abundante corneificación.

Operación: Penetomía total (marzo 1947). Vaciamiento ganglionar (abril 1947). No se observan lesiones metastásicas.

Caso 5. — (H. Clínica 997). J. L., argentino, 35 años, casado, 7 hijos. Ingreso al Servicio: julio de 1947.

A. P.: Niega venéreas. Hace cuatro años y medio nefrectomía izquierda por tumor de riñón.

A. E. A.: El enfermo refiere que desde hace un año presenta ardor miccional en uretra peneana. Al mismo tiempo nota la aparición de un nódulo doloroso a la presión, a dos centímetros del meato, que se extiende paulatinamente en dirección al mismo.

E. A.: Buenas condiciones generales. Aparatos circulatorio y respiratorio clínicamente normales.

Genitales: existe en uretra una zona infiltrada, irregular, dolorosa, desde el meato a cinco centímetros por detrás y que adhiere a los planos vecinos. Calibre uretral número 10.

Regiones ínguino-crurales: En lado derecho existe un ganglio duro, indoloro, de tamaño algo mayor al de una aceituna. Además se palpan pequeños ganglios libres indoloros.

Biopsia: (por vía endouretral) carcinoma de epitelio plano mixto, espino y basocelular.

Operación: penectomía total (julio 1947). Vaciamiento ganglionar bilateral (setiembre 1947). En los ganglios no se observan metástasis neoplásicas.

Cas 6. — D. S., argentino, 64 años, soltero. Internado actualmente en el Servicio.

A. P.: Blenorragia a repetición.

A. E. A.: El proceso se inicia hace cinco años con una infiltración dura localizada a glánde y prepucio, sin molestias dolorosas. Desde esa misma fecha disuria total progresiva, siendo su chorro muy fino e irregular.

E. A.: Buen estado general. Aparatos circulatorio y respiratorio clínicamente normales.

Genitales: Pene aumentado de volumen y deformado en sus dos tercios anteriores. Prepucio infiltrado y formando una sola masa con el glánde que es de dureza neoplásica. La piel del pene es de aspecto inflamatorio. Cuerpos cavernosos infiltrados hasta la vecindad del pubis. Bolsas y su contenido normal.

Regiones inguino-crurales: Se palpan ganglios duros e indoloros.

Informe histo-patológico del material de piel de prepucio: carcinoma de epitelio plano espinocelular con corneificación; marcada atipía celular y numerosas figuras de mitosis.

Operación: penectomía total (octubre 1947). En la próxima semana practicaremos al enfermo el vaciamiento ganglionar.

A propósito de estos casos nos referiremos a algunas consideraciones generales que fundamentan el tratamiento de carcinoma de pene.

La mayoría de las veces se trata de una neoplasia de tipo epidermoide a células escamosas. El carcinoma basocelular es excepcional. Otro tanto puede decirse del adenocarcinoma originado en las glándulas prepuciales o sudoríparas del dermis del pene.

Su crecimiento suele ser lento y su grado de malignidad poco elevado. La extensión del tumor se hace por vía linfática, cuya primera estación ganglionar quirúrgica lo constituye la correspondiente a la región inguino-crural, que es alcanzada por embolismo o migración neoplásica. La participación ganglionar dependería más del grado de malignidad de la lesión primaria que de la extensión y duración del proceso tumoral. Así no es raro ver metástasis precoces en lesiones neoplásicas pequeñas, mientras que otras veces grandes lesiones avanzadas no producen metástasis, no obstante su largo tiempo de evolución. Al parecer, la participación extensa de los cuerpos cavernosos no aumenta la frecuencia en las metástasis. La metástasis a órganos distantes es poco frecuente y ocurre como un fenómeno embólico por vía sanguínea.

La terapéutica del carcinoma avanzado de pene es quirúrgica, y al decir carcinoma avanzado nos referimos a procesos tumorales que han desbordado el glande, invadido la fascia de Buck y los cuerpos cavernosos. Las pequeñas lesiones, menores de dos centímetros, superficiales, suelen ser bien controladas por los medios físicos. En el carcinoma avanzado de pene las amputaciones parciales presentan, además del riesgo de dejar tejido tumoral en los cuerpos cavernosos, el inconveniente de un muñón peneano que se hace aún más corto por retracción cicatricial; ello trae aparejado, en no pocas oportunidades, dificultades en la micción y eczemas crónicos sumamente rebeldes por la maseración local de la orina que moja la piel circundante.

La amputación total de pene, ya sea con la técnica de Lowsley y Kirwin, de Huggins y Curtis o de Roger Graves, que nosotros practicamos, no sólo asegura la extirpación amplia de la lesión, seccionando los cuerpos cavernosos cerca de su inserción ósea, sino que ofrece también todas las ventajas del meato perineal.

La conducta respecto a los ganglios inguino-crurales será siempre la extirpación quirúrgica. Aconsejamos la intervención alrededor de un mes después

de la amputación del pene por las razones siguientes: Disminuye los riesgos infecciosos del vaciamiento, ya que los ganglios participan de la infección generalmente virulenta de la lesión tumoral, que cede paulatinamente después de su extirpación y, facilita además la intervención al reducirse el tamaño de los ganglios, asiento de procesos inflamatorios.

Creemos que la biopsia ganglionar no es un elemento satisfactorio como guía terapéutica ya que pueden estar presentes simultáneamente ganglios inflamatorios y carcinomatosos y que justamente el nódulo extirpado no sea de los neoplásicos.

No necesitamos insistir sobre la poca eficacia curativa de la radioterapia en los ganglios metastásicos, generalmente invadidos por células neoplásicas bien diferenciados, poco sensibles a los rayos.

RESUMEN

Presentamos seis casos de carcinoma de pene tratados por la amputación total, con neo-meato uretral perineal y vaciamiento ganglionar bilateral.

Los resultados obtenidos son excelentes, teniendo ya uno de los enfermos una sobrevida de tres años y medio.

Creemos que es la mejor conducta en los casos de carcinoma avanzado donde las amputaciones parciales son riesgosas y exponen a complicaciones de estrechez y a lesiones cutáneas,