ASIGNATURA DE UROLOGÍA



MSc Dra. DAISY MARÍA CONTRERAS DUVERGER

**CÁNCER DE PENE**

**Epidemiología y factores de riesgo**

El carcinoma del pene representa menos de 1% de los cánceres entre hombres en Estados Unidos, y se reportan de 1 a 2 nuevos casos por cada 100 000 hombres. Hay marcada variación entre la incidencia y la ubicación geográfica. En áreas como África y regiones de Sudamérica, el carcinoma peneano puede corresponder a 10 a 20% de todas las lesiones malignas. Este trastorno ocurre con más frecuencia entre los 50 y 60 años de edad, aunque reportes de casos raros han incluido a niños. El factor etiológico que se relaciona más a menudo con el carcinoma peneano es la mala higiene. La enfermedad es casi desconocida en circuncidados cerca del nacimiento. Una teoría postula que la acumulación de esmegma bajo el prepucio fimotico produce inflamación crónica que lleva a carcinoma. También se ha sugerido una causa vírica como resultado de la relación entre este tumor y el carcinoma cervical.

**Patología**

**Lesiones dermatológicas precancerosas**

La leucoplasia es un trastorno raro que ocurre con más frecuencia en diabéticos. Suele verse una placa blanca que afecta al meato. La exploración histológica revela acantosis, hiperqueratosis y paraqueratosis. Esta lesión puede preceder al carcinoma peneano o presentarse de manera simultánea con este.

La balanitis xerótica obliterante es un parche blanco que se origina en el prepucio o el glande y suele afectar al meato.

Se observa con más frecuencia en diabéticos de mediana edad. La exploración microscópica revela epidermis atrófica y anormalidades en el depósito de colágeno.

Los condilomas acuminados gigantes son lesiones con forma de coliflor que surgen del prepucio o el glande. Se cree que la causa es vírica (virus del papiloma humano). Puede ser difícil distinguir estas lesiones del carcinoma epidermoide bien diferenciado.

**Carcinoma in situ (enfermedad de Bowen, eritroplasia de Queyrat)**

La enfermedad de Bowen es un carcinoma epidermoidein situ que suele afectar al tallo del pene. La lesión aparececomo una placa roja con incrustaciones.

La eritroplasia de Queyrat es una lesión aterciopelada, roja, con ulceraciones que suele afectar al glande. La exploración microscópica muestra células hiperplásicas típicas en desorden, con citoplasma vacuolado y mitóticas.

**Carcinoma invasivo del pene**

El carcinoma epidermoiderepresenta la mayoría de los cánceres peneanos. Suele originarse en el glande, y los sitios restantes, en orden de frecuencia, son el prepucio y el tallo.

El aspecto puede ser papilar o ulcerativo.

El carcinoma verrugoso es una variante del epidermoide y representa de 5 a 16% de los carcinomas peneanos. Esta lesión tiene aspecto papilar y, a la exploración histológica, se observa que tiene un margen profundo bien demarcado, a diferencia del margen infiltrante del carcinoma epidermoide típico.

**Patrones de dispersión**

El carcinoma invasivo del pene empieza como una lesión ulcerativa o papilar, que puede crecer de manera gradual para afectar a todo el glande o el tallo del pene. La fascia de Buck representa una barrera a la invasión corporal y la diseminación hematógena. La diseminación primaria es a través de los canales linfáticos hacia los ganglios femorales e iliacos.

La piel del prepucio y el tallo drena en los ganglios inguinales superficiales (superficiales a la fascia lata), mientras el glande y los cuerpos corpóreos drenan en los ganglios inguinales superficiales y profundos (profundos a la fascia lata). Hay muchas intercomunicaciones, de modo que el drenaje linfático peneano es bilateral a ambas áreas inguinales. El drenaje de los ganglios inguinales es a los ganglios pélvicos. La afectación de los ganglios femorales puede producir necrosis e infección de la piel o erosión y hemorragia del vaso femoral.

Las metástasis a distancia son evidentes, desde el punto de vista clínico, en menos de 10% de los casos y pueden afectar a pulmón, hígado, hueso o encéfalo.

**Estadificacion del tumor**

Jackson (1966) propuso el sistema de estadificación que se usa con más frecuencia en Estados Unidos. Las etapas son las siguientes: en la I el tumor está confinado al glande o el prepucio; en la II se afecta el tallo del pene; en la III se tienen metástasis operables en ganglios inguinales; en la IV el tumor se extiende más allá del tallo del pene, con metástasis inoperable inguinal o distante.

**DATOS CLÍNICOS**

**Síntomas**

 La queja más común en la presentación es la propia lesión. Puede aparecer como un área de induración o eritema, una ulceración, un pequeño nódulo o un crecimiento exofítico. La fimosis puede oscurecer la lesión y producir demora en la búsqueda de atención médica. En realidad, 15 a 50% de los pacientes retrasan por lo menos un año la búsqueda de atención médica. Otros síntomas son dolor, secreción, micción irritante y hemorragia.

**Signos**

Las lesiones suelen estar confinadas al pene en la presentación. La lesión primaria debe caracterizarse en tamaño, ubicación y afectación posible del cuerpo corporal. La palpación cuidadosa del área inguinal es obligatoria porque más de 50% de los casos se presenta con adenopatía inguinal. Esta hipertrofia puede ser secundaria a inflamación o dispersión metastásica.

**DATOS DE LABORATORIO**

 La evaluación de laboratorio suele ser normal. Es posible que haya anemia y leucocitosis en pacientes con tumor presente desde tiempo atrás o infección local extensa. La hipercalcemia en ausencia de metástasis ósea puede verse en 20% de los casos y, al parecer, se correlaciona con el volumen del tumor.

**IMAGENOLOGÍA**

El trabajo relacionado con las metástasis debe incluir cxr, gammagrafía ósea y CT de abdomen y pelvis. La metástasis diseminada se encuentra en menos de 10% de los pacientes a la presentación.

**DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Además de las lesiones dermatológicas ya analizadas, el carcinoma del pene debe diferenciarse de varias lesiones infecciosas. El chancro sifilítico puede estar presente como una ulceración indolora. La exploración sexológica y de campo oscuro debe establecer el diagnóstico. Por lo general, el chancroide suele aparecer como una ulceración dolorosa del pene. Los cultivos seleccionados para Haemophilusducreyi deben identificar la causa. Los condilomas acuminados aparecen como lesiones exofíticas, suaves, con forma de “racimo de uvas”, en cualquier lugar del tallo o el glande. La biopsia puede distinguir esta lesión del carcinoma, si hay duda.

**TRATAMIENTO**

**Lesión primaria**

La biopsia de la lesión primaria es obligatoria para establecer el diagnóstico de cáncer. El tratamiento varía, dependiendo de la patología, además de la ubicación de la lesión. CIS puede tratarse de manera conservadora en pacientes confiables. La aplicación de crema de fluorouracilo o el tratamiento con láser de neodimio-yag es eficaz para CIS y preserva el pene. Los afectados deben presentarse para exploraciones de seguimiento frecuentes con el fin de vigilar la respuesta. El objetivo del tratamiento en carcinoma peneano con invasión es la escisión completa con márgenes adecuados. En el caso de lesiones que afectan el prepucio, esto podría completarse mediante la simple circuncisión. En el caso de lesiones que afectan el glande o el tallo distal, se ha sugerido por tradición la penectomía parcial con un margen de 2 cm para reducir la recurrencia local. Resecciones quirúrgicas menos agresivas, como la cirugía micrográfica de Mohs y la escisión local dirigida a la preservación peneana, aunque alcanzando un margen quirúrgico negativo, se han vuelto comunes. En el caso de lesiones que afectan el tallo proximal o cuando la penectomía parcial produce un muñón peneano de longitud insuficiente para la función sexual o para dirigir el chorro urinario, se ha recomendado la penectomía total con uretrostomía perineal.

**Ganglios linfáticos regionales**

Como ya se analizó, el carcinoma peneano se dispersa sobre todo a los ganglios linfáticos inguinales. Sin embargo, la adenopatía inguinal a la presentación no siempre es indicativa de metástasis. En realidad, hasta 50% de las veces esta hipertrofia se debe a inflamación. Por tanto, a los sujetos que se presentan con adenopatía inguinal se les debe someter a tratamiento de la lesión primaria seguida por un curso de 4 a 6 semanas de antibióticos orales de amplio espectro. La adenopatía persistente después del tratamiento con antibióticos debe considerarse metástasis, y tienen que realizarse linfadenectomíasilioinguinales bilaterales secuenciales. Si la linfadenopatía se resuelve con antibióticos, se requiere la observación en tumores primarios de etapa baja (Tis, T1). Sin embargo, si la linfadenopatía se resuelve en tumores en etapa más alta, deben considerarse muestreos más limitados de los ganglios linfáticos, como la biopsia del ganglio centinela descrita por Cabanas (1977) o una disección modificada (limitada) sugerida por Catalona (1988). Si se encuentran ganglios positivos, debe realizarse la linfadenectomíailioinguinal bilateral. Los pacientes que tienen al principio ganglios negativos, en el entorno clínico, pero que luego desarrollan ganglios palpables en este mismo entorno deben someterse a linfadenectomíailioinguinal unilateral. A los pacientes que tienen tumor inoperable y metástasis inguinal voluminosa se les trata con quimioterapia (cisplatino y 5-fluorouracilo). En algunos casos, la radioterapia regional puede proporcionar importante paliación al demorar la ulceración y las complicaciones infecciosas y aliviar el dolor.

**Enfermedad sistémica**

Cuatro antineoplásicos muestran actividad contra carcinoma peneano: bleomicina, metotrexato, cisplatino y 5-fluorouracilo. Sin embargo, no se han reportado respuestas a largo plazo.

**Pronóstico**

La supervivencia en el carcinoma peneano se correlaciona con la presencia o ausencia de metástasis ganglionar. Los índices de supervivencia a cinco años para pacientes sin metástasis ganglionar van de 65 a 90%. En el caso de individuos con afectación ganglionar, este índice disminuye de 30 a 50% y con ganglios ilíacos positivos a menos de 20%. En presencia de metástasis a tejido suave o huesos, no se han reportado sobrevivientes a cinco años.

**Otros tumores peneanos**

El carcinoma epidermoide representa 98% de los cánceres de pene. Se han reportado casos esporádicos de melanoma, carcinoma de células basales y enfermedad de Paget. La incidencia de sarcoma de Kaposi del pene está aumentando por la creciente prevalencia del virus de la inmunodeficiencia humana. Aparece como una pápula dolorosa en el glande y el tallo con decoloración azul-púrpura. Estas lesiones tienden a ser radiosensibles.

**TUMORES DEL ESCROTO**

Los tumores de la piel del escroto son raros. La lesión benigna más común es un quiste sebáceo. El carcinoma epidermoide es el tumor maligno más común del escroto, aunque se han reportado casos raros de melanoma, carcinoma de células basales y sarcoma de Kaposi. En el pasado, el carcinoma epidermoide del escroto se debía con más frecuencia a exposición ambiental a carcinógenos como hollín de las chimeneas, alquitranes, parafina y algunos productos del petróleo. La mayoría de los casos actuales se deben a higiene deficiente e inflamación crónica. Debe realizarse una biopsia de la lesión escrotal para establecer el diagnóstico histológico. Debe realizarse una escisión amplia, con un margen de 2 cm, para tumores malignos. El tejido subcutáneo circundante debe escindirse del tumor primario; sin embargo, pocas veces es necesaria la resección del contenido escrotal. El cierre primario que usa la piel escrotal redundante suele ser posible. El tratamiento de los ganglios inguinales debe ser similar al del cáncer peneano. El pronóstico se correlaciona con la presencia o ausencia de afectación ganglionar. En presencia de metástasis de los ganglios linfáticos inguinales, el índice de supervivencia a cinco años es de casi 25%. Casi no hay sobrevivientes si están afectados los ganglios ilíacos.

BIBLIOGRAFÍA

**1.**-McAninch, JW. y Lue, TF. (2013) .*Tumores genitales* [capítulo 24]. Smith y Thanago*Urología General****.***México. Mc Graw Hill Education LANGE