



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
República de Guatemala, Centro América.

**PROBLEMA DE DIAGNOSTICO
Y TRATAMIENTO DEL CANCER
DEL PENE**

**EXPERIENCIA DE LA SALA DE UROLOGÍA, SECCION "B"
DEL HOSPITAL GENERAL.**

TESIS

**PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA**

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR**

IGNACIO ENRIQUE FORTUNY NANNE

Ex-interno de la Sala de Infecto-contagioso del Hospital San José;
Ex-interno de la Cuarta Sala de Medicina de Mujeres; Tercera Sala
de Cirugía de Hombres; y Ex-asistente de Residente de la Emergencia
del Hospital General.

**EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO**

GUATEMALA, MAYO DE 1957

Tip. "SANCHEZ & DE GUISE"
8ª AVENIDA NÚMERO 12-58. — TELÉFONO 2707

PLAN DE TESIS

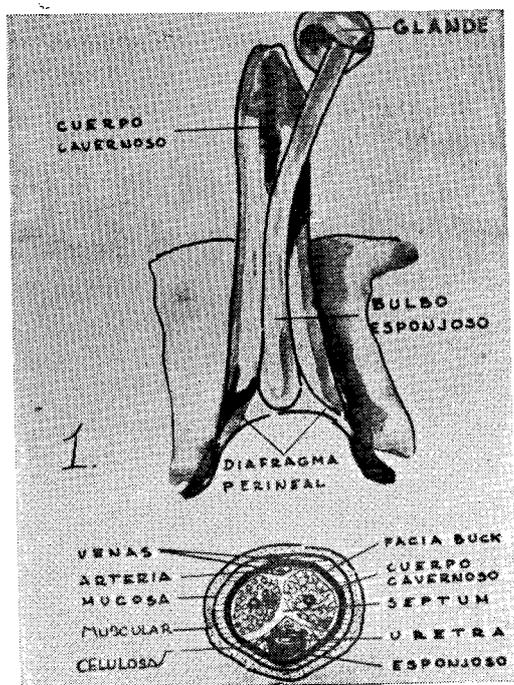
- I.—ANATOMIA.
- II.—ETIOPATOGENIA.
- III.—INCIDENCIA.
- IV.—ANATOMIA PATOLOGICA.
- V.—DISEMINACION.
- VI.—CUADRO CLINICO.
- VII.—DIAGNOSTICO.
- VIII.—PROFILAXIA.
- IX.—TRATAMIENTO.
- X.—PRESENTACION DE CASOS
- XI.—CONCLUSIONES.
- XII.—BIBLIOGRAFIA.

I.---ANATOMIA

El pene es el órgano masculino de la copulación. Se compone de tres partes: la raíz, el cuerpo y el glande.

La raíz es la parte profunda y se inserta en el arco del pubis; el cuerpo forma el pene propiamente dicho y contiene la mayor parte de la uretra; el glande constituye la extremidad distal, libre del órgano.

El cuerpo del pene se compone de tres masas cilíndricas de tejido cavernoso, unidas entre sí por la fascia de Buck. Dos de ellas son laterales y se denominan cuerpos cavernosos del pene; la tercera es mediana y posterior, denominada cuerpo esponjoso de la uretra. El cuerpo esponjoso contiene la uretra peneana y se compone de: el bulbo uretral, la parte media o cuerpo y el glande en el extremo distal.—(Fig. 1).



Las cubiertas del cuerpo del pene son cuatro, yendo de lo superficial a lo profundo, encontramos: la cubierta tegumentaria, piel; túnica muscular; túnica celulosa; cubierta elástica.

La piel es continuación de la del prepucio, por arriba se continúa con la del escroto y pubis.

La capa muscular es una continuación del dartos. La túnica celulosa consta de una capa de tejido celular laxo, rica en fibras elásticas casi desprovista de grasa; por ella discurren los vasos, nervios y linfáticos superficiales. Le da gran movilidad a la piel del pene.—(Fig. 2).

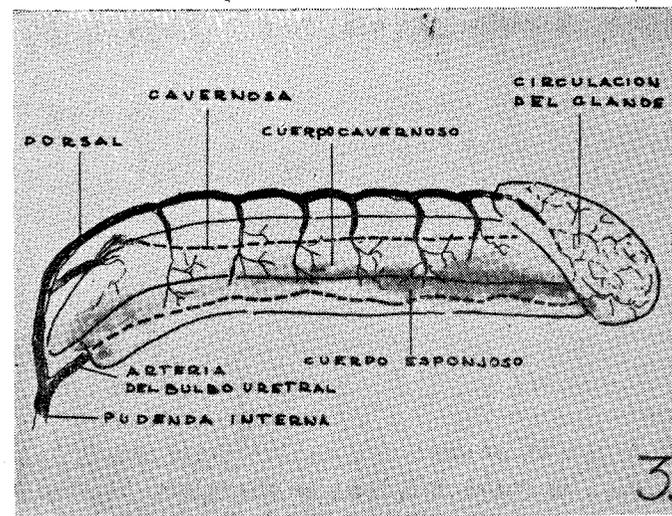
La cubierta profunda, elástica, llamada también *facia penis* o *facia de Buck*, descansa directamente sobre los órganos eréctiles y se adhiere a ellos firmemente formándoles una vaina; es sobre esta capa elástica que las anteriores capas se deslizan. La *facia penis* se continúa por detrás con el ligamento suspensorio del pene y con la aponeurosis perineal superficial. Por delante se fija a la base del glande y al fondo de saco circular que forma la mucosa del prepucio al reflejarse sobre la corona del glande.

En el prepucio encontramos que las dos capas superficiales se reflejan sobre sí mismas al llegar a la corona, de tal manera que la capa tegumentaria al reflejarse se convierte en la mucosa del prepucio.

El pene está suspendido por los siguientes ligamentos: el ligamento fundiforme que es continuación de la *facia de Scarpa*; el ligamento suspensorio que lo fija al pubis, al ligamento arciforme y a la línea alba; es además sostenido por la inserción de la uretra bulbar al diafragma perineal.

Arterias.—Las arterias del pene son superficiales y profundas, las primeras o de las cubiertas proceden de las pudendas externas, de la perineal superficial y de la dorsal del pene (ramas de la pudenda interna). Las profundas o arterias de los cuerpos eréctiles son todas ramas procedentes de la pudenda interna.—(Fig. 3).

Venas.—También divididas en superficiales y profundas. Las primeras todas convergen hacia la cara dorsal del órgano y forman la vena dorsal superficial, la cual desemboca en la vena safena



interna. El sistema profundo procedente de los órganos eréctiles está formado por las ramas que convergen hacia la cara dorsal para constituir la vena dorsal profunda que desemboca ya sea en el Plexo de Santorini o bien en la pudenda interna.

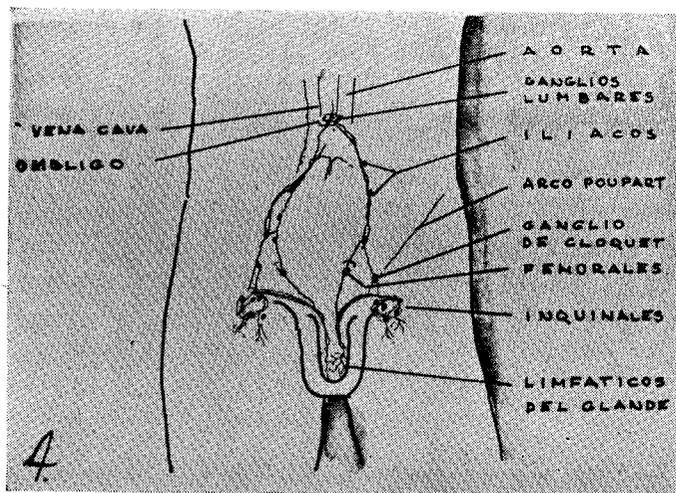
Linfáticos.—Los superficiales proceden de los tegumentos, y forman dos redes principales: una sobre el prepucio (red prepucial); la otra sobre el rafe medio (red del Rafe). De la primera parten un número de pequeños troncos que luego se reúnen para formar el tronco común, llamado linfático dorsal superficial, el cual llegado a la raíz del pene se bifurca a derecha e izquierda para desembocar en el ganglio más elevado del grupo súper-interno de la ingle. La red del rafe da igualmente origen a varios tronquitos que contornean el cuerpo y se unen para desembocar en el colector dorsal; otros siguen independientes para desembocar en los ganglios inguinales internos más elevados.

Los linfáticos profundos tienen dos redes de origen después de su nacimiento en el glande: una red superficial mucosa y otra profunda situada por debajo de la primera, la red submucosa; estas dos redes comunican ampliamente, a nivel del meato, con la red de la uretra; entran además en relación con la red de la

corona, de la mucosa del prepucio por medio de la cual se ponen en relación con la red superficial. Los plexos del frenillo se originan de la red submucosa.

Estos dos plexos, mucoso y submucoso, se dirigen hacia arriba y atrás, siguiendo a derecha e izquierda el surco balano-prepucial, al llegar al dorso del pene desembocan en un tronco común, el tronco dorsal medio profundo, o bien lo hacen en varios troncos colectores, cuyo número varía de 2 a 4, éstos son los linfáticos dorsales profundos. Estos linfáticos profundos llegan por debajo del pubis y forman el plexo presinfisario.

Los troncos eferentes de la red presinfisaria van a parar todos a los ganglios profundos, dividiéndose según su terminación, en: a) Troncos erurales, los que se dirigen al conducto crural; b) Troncos inguinales, los que se introducen en el conducto inguinal. Los primeros en número de tres a cuatro terminan así: tronco inferior un ganglio inguinal profundo situado en el lado externo de la vena femoral; el tronco medio se dirige al ganglio de Cloquet; y el superior hacia el más interno de los ganglios ilíacos externos (el ganglio retrocrural interno).—(Fig. 4).



Los troncos inguinales (casi siempre único) penetran en el conducto inguinal, caminando por debajo del cordón, llegan al abdo-

men y terminan en el más externo de los ganglios ilíacos externos (ganglio retrocrural externo), es decir, en el ganglio situado sobre la arteria ilíaca externa.

Nervios.—Son numerosos y de diversos orígenes. Los de las cubiertas proceden de: el genito-crural, los abdominogenitales, otras ramas del plexo lumbar y del pudendo interno.

Los de los órganos eréctiles son sensitivos y motores, proceden de: el simpático y del sistema cerebro-espinal. Los primeros se originan del plexo hipogástrico; los segundos emanan del nervio dorsal del pene y del perineal superficial, ambos ramas del pudendo interno.

II.--ETIOPATOGENIA

Muchos han sido los factores inculcados como causantes del carcinoma del pene, pero como en otros carcinomas la verdadera causa no se conoce. Las causas más invocadas, son: 1.—Implantación de un carcinoma del cervix; 2.—Ocupación; 3.—Higiene; 4.—Herencia; 5.—Enfermedades constitucionales; 6.—Enfermedades venéreas; 7.—Traumatismos; 8.—Fimosis o prepucio redundante; 9.—Raza; 10.—Cicatrices.

Como se puede ver las hay de mucha posibilidad como las hay remotas, las más aceptadas hoy día, son: la higiénica, ya que es más frecuente en hombres sucios; fimosis o prepucio redundante, pues debido a ellos se acumula esmegma con producción de infección secundaria; además, se ha observado que el carcinoma es poco frecuente en los circuncidados al nacimiento (poco frecuente en los judíos). Cicatrices, ya que se han informado abundantes casos en circuncidados después de los diez años de la vida, aún en niños circuncidados después de un año, la razón invocada para la producción del carcinoma en estos casos es que el material de sutura sirve como excitador de la proliferación celular.

III.--INCIDENCIA

Las estadísticas norteamericanas han demostrado una incidencia promedio de 0.2 por cada cien mil hombres; el 0.1% de todos los cánceres del sexo masculino; el 2% de todos los tumores genito-urinarios.

Edad.—Más frecuente entre la 5ª y 6ª décadas de la vida; presentándose un aumento de la frecuencia desde los 35 años en adelante. Se han informado casos de cáncer del pene desde la edad de 2 años. La frecuencia y los límites de la edad parecen ser los mismos para los casados como para los solteros.

IV.--ANATOMIA PATOLOGICA

La lesión inicial puede presentarse como eczema, verruga, un nódulo, una úlcera, una mancha roja o leucoplasia; siendo el frenillo el sitio más frecuente de localización, siguiéndole en orden de frecuencia: la superficie interna del prepucio, el surco coronario, la superficie del glande y la unión del meato con el glande. Raramente principia sobre la cara externa del prepucio o sobre la piel del cuerpo del pene.

Clasificación.—Macroscópicamente son clasificados cuando la lesión ya es franca en: papilar o fungoide; infiltrante; ulcerado.

El tipo fungoide corrientemente comienza como una verruga o un nódulo; pudiendo ser único o múltiple. Se generaliza por extensión directa o bien las lesiones coalescen hasta formar áreas mayores. En el caso avanzado es un crecimiento en excrecencia, irregular, blanco grisáceo, superficialmente ulcerado y frecuentemente cubierto de secreción purulenta, fétida; es muy friable y está adherido a los planos profundos.—(Fig. 5).

El tipo infiltrante por lo general principia como una lesión saborreica, eczematosa o leucoplásica. Es nodular, irregular de 1-2 cm. de diámetro, no redundante, no altera en gran parte la



morfología normal del órgano; se encuentra cubierto de exudado purulento o hemorrágico, es muy firme, profundamente infiltrado, de un color parduzco sucio, no se aprecian límites precisos con el tejido sano.—(Fig. 6).

El tipo ulcerativo puede presentarse inicialmente como una úlcera o bien una lesión infiltrante secundariamente ulcerada. La úlcera es un cráter nítido de bordes netos y elevados, la circunferencia del tumor es irregular, el fondo de la úlcera es blanco sucio y cubierto de material purulento.—(Fig. 7).

Microscópicamente.—Es un carcinoma epidermoide que puede ser de dos tipos: a) De células escamosas; b) De células basales. Descriptivamente se clasifican en: carcinoma in situ, carcinoma papilar y carcinoma infiltrante.

El carcinoma in situ llamado también enfermedad de Bowen es de células escamosas que invaden solamente la capa basal del epitelio. El infiltrante es también de la variedad de células esca-



mosas, mientras que el papilar es de la variedad de células basales que se proyectan a la superficie y además invaden las estructuras subyacentes. De los tipos descritos el más frecuente es el papilar (55%); siguiéndole en frecuencia el infiltrante (23%). La mayoría de estos tumores son de grado II de malignidad, muy raramente de grado III.

Otros tumores malignos que se presentan muy raramente son: el malenoma, el sarcoma de Kaposi y el endotelioma. Todos éstos son más malignos que el carcinoma.

V.---DISEMINACION

La diseminación directa ocurre precozmente; una vez la epidermis y el tejido conectivo subyacente han sido infiltrados. La fascia de Buck ofrece una barrera a la penetración de los tejidos profundos, por esta razón existe una fuerte tendencia del tumor

a extenderse a lo largo del cuerpo del pene por la capa de tejido subcutáneo. Al avanzar la enfermedad llega el momento en que la fascia es penetrada y entonces el tumor se extiende rápidamente a lo largo de los cuerpos cavernosos, siendo el cuerpo esponjoso de la uretra el último en ser invadido. Debido a la extensión tumoral y a la ulceración, el miembro se va mutilando, pudiendo llegar a la formación de fístulas y llegar a la destrucción total.



Diseminación linfática.—Debida a la invasión tumoral a lo largo de los linfáticos o bien por embolias tumorales dentro de la luz de los vasos linfáticos. Los grupos ganglionares más comúnmente afectados son los inguinales, menos frecuentemente los femorales profundos y los perirectales. Una característica digna de mención es la poca hipertrofia que sufren los ganglios atacados por metástasis; la hipertrofia está en relación con el grado y duración de la infección secundaria.

Diseminación hematológica.—Este tipo es poco frecuente, y cuando se produce da metástasis precoces que comúnmente afectan: hígado, pulmón, corazón, pleura y peritoneo. En raras ocasiones se han encontrado metástasis a: próstata, costillas, vesículas seminales y testículo.

VI.—CUADRO CLINICO

El cáncer del pene por lo general comienza como una lesión pequeña, pero bien definida; la atención prestada por el paciente a la lesión depende del grado de fimosis presente.

Si se trata de un prepucio retráctil, el paciente se quejará de: una ulceración, una verruga, un barro, o simplemente un punto rojo; esta lesión puede ser pequeña, superficial y de apariencia insignificante, pudiendo curarse temporalmente para luego reaparecer más extendida y más profunda.

Si el prepucio es poco retráctil, redundante o fimótico, el paciente se quejará de: escozor, picazón, dolor urente, secreción purulenta o hemorrágica que se escapa debajo del prepucio enrojecido y tumefacto; éstos son todos síntomas de enfermedad más avanzada. Al examen puede ser que se palpe un nódulo duro en el extremo del pene. El dolor es a menudo severo, la hemorragia raramente es copiosa. Cuando la fimosis es exagerada, la irritación producida sobre el tumor a menudo causa para fimosis que puede llegar hasta cerrar el meato uretral.

El dolor cuando se presenta al principio del padecimiento es de carácter intermitente y lo produce la erección o el frote con las ropas; puede hacerse constante y llegar a ser intratable.

La hemorragia como síntoma precoz ocurre raramente, lo común es la secreción sanguinolenta que se presenta con mayor frecuencia por la mañana al levantarse, ya sea a causa de la erección nocturna o del coito.

Ocasionalmente la lesión puede dificultar en grado variable la micción debido a su proximidad al meato o a la tumefacción de un prepucio fimótico.

La linfadenopatía inguinal se produce en un 50-80% de los casos y generalmente es debida más a la infección secundaria que a la extensión tumoral.

Los síntomas como la picazón, el escozor, la secreción, etc., son debidos a la infección secundaria. El dolor causado por presión tumoral es raro. Las hemorragias son debidas a la ulceración y erosión de un vaso afectado.

La duración promedio de los síntomas antes de la consulta es de 4 a 14 meses; se relatan casos hasta de cinco años de evolución.

VII.—DIAGNOSTICO

Al examinar cualquier lesión del pene debe pensarse principalmente en cáncer y recordar que la lesión cancerosa es frecuente debajo de los 40 años de edad.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con: la sífilis, el chancro, el chancroide, tuberculosis, linfogranuloma venéreo, papilomatosis, úlceras químicas, etc. Teniendo en cuenta que el cáncer raramente coexiste con dichas afecciones.

El diagnóstico definitivo de cualquier lesión del pene debe ser hecho por biopsia; la cual hecha con técnica cuidadosa no produce diseminación del tumor en caso de malignidad. Simultáneamente debe hacerse un estudio serológico: cardiolipina y Frei; frotos de la secreción investigando bacilo de Ducrei.

Si el prepucio es redundante y fijo, se palpará el tumor y bajo anestesia local se hacen incisiones longitudinales evitando herir el tumor y exponiéndolo para una buena biopsia.

Una vez terminado el examen cuidadoso del tumor, se buscan ganglios inguinales y por tacto rectal los ilíacos y para rectales. Los ganglios afectados generalmente están poco hipertrofiados, son duros, movibles e indoloros; cuando la cápsula es invadida se fijan a los tejidos vecinos.

Cuando el tumor invade los tejidos vecinos la muerte generalmente sobreviene por invasión y ruptura de un vaso femoral. Las metástasis precoces son difíciles de reconocer y cuando están presentes el pronóstico es fatal.

Se deben hacer biopsias a todos los ganglios, ya sean dudosos o francamente infartados, para tener una buena guía al decidir la disección radical.

VIII.---PROFILAXIA

La mayoría de los autores están de acuerdo en recomendar la circuncisión de todos los niños en la primera semana de la vida; recomendando también el mantenimiento de buena higiene sexual durante toda la vida, tanto en los circuncidados como en los que poseen un prepucio retráctil.

IX.---TRATAMIENTO

El tratamiento se hace por dos métodos: la Radiación y la Cirugía.

Radiación.—Hay quienes aconsejan la Radiación como primera medida en las lesiones superficiales del glande; como hemos visto este tipo de lesión raramente lleva a la consulta temprana.

Los que aconsejan este tipo de tratamiento lo hacen con la idea de conservar el órgano, pero la experiencia demuestra que las molestias producidas por la radiación, a menudo, no justifican su empleo, ya que producen estrecheces uretrales y muy frecuentemente dolor intenso que hace al paciente pedir el alivio de la amputación.

Cirugía.—Es el tipo de tratamiento más ampliamente usado y el que parece dar los mejores resultados; existen varias combinaciones de tratamiento que enunciaremos a continuación:

- 1.—Radiumterapia y vaciamiento ganglionar;
- 2.—Amputación parcial con disección ganglionar o sin ella;
- 3.—Amputación total con disección ganglionar;
- 4.—Amputación total con castración;
- 5.—Combinación de todos los anteriores con irradiación.

Para ilustrar y defender las recomendaciones de tratamiento recomendado en esta tesis, presentaremos los datos estadísticos de Sauer, Dean y Leighton, que ofrecen el mayor número de casos de nosotros conocido. El resultado de las experiencias de estos autores es como sigue:

- 1.—Radiumterapia sola, 10 casos; 60% de fracasos.
- 2.—Amputación parcial, 6 casos; dos con sobrevida mayor de cinco años.
- 3.—Amputación parcial y adenectomía inguinal, 10 casos; cinco con sobrevida mayor de cinco años, 50%.
- 4.—Amputación amplia con vaciamiento ganglionar bilateral, 31 casos; resultados:
 - 2 muertes post-operatorias,
 - 9 muertes diferentes de carcinoma,
 - 19 casos con sobrevida mayor de cinco años,
 - 1 caso con sobrevida de 16 años,
 - Exito: 61.3%.
- 5.—Amputación total, castración y vaciamiento ganglionar, 20 casos:
 - 5 muertes post-operatorias,
 - 2 muertes por recurrencia,
 - 2 muertes por causa no informada,
 - 2 muertes por causa diferente de carcinoma,
 - 9 casos con sobrevida mayor de 5 años y sin recurrencia; 45% de éxito.

Guiados por los resultados de la presente estadística creemos que el tratamiento del carcinoma del pene debe ser dirigido y enfocado en dos sentidos igualmente importantes, a saber:

- 1.—*Tratamiento de la lesión local.*—Amputación conservadora; en casos de lesión muy amplia: amputación total, trasplante de uretra.
- 2.—*Tratamiento de las vías de diseminación.*—Vaciamiento ganglionar ilíaco e inguino crural.

X.---PRESENTACION DE CASOS

TRATADOS EN LA SALA DE UROLOGIA, SECCION "B" DEL HOSPITAL GENERAL, DESDE ABRIL DE 1955

Caso N° 1.—N. D. P. 39 años. Soltero. Obrero. Ladino.

Historia.—Paciente que ingresa a un Servicio de Dermatología con el diagnóstico de infección venérea. Evolución de dos meses previo a la consulta. Aparición de una pequeña verruga en el glande con anestesia del mismo. Actualmente la lesión invade todo el pene y la parte superior del escroto.

Examen.—Tumoración dura, irregular, con infección secundaria. Cardiolipina y Frei, positivos; se le da tratamiento de antibióticos. Es trasladado a un Servicio de Urología.

Examen.—Tumor de iguales características a las anteriormente descritas, se encuentra adenopatía inguinal izquierda indolora.

Diagnóstico provisional.—Carcinoma del pene.

Biopsia.—Carcinoma epidermoide de células escamosas, grado II. Ganglio inguinal, presenta reacción inflamatoria crónica, no hay señas de metástasis.

Tratamiento.—Amputación total del pene, castración y trasplante de uretra a periné.

Anatomía Patológica.—Carcinoma de células escamosas grado II, que invade glande, prepucio y parte superior del escroto. Después de 17 días, vaciamiento de los ganglios inguino ilíacos y femorales derechos.

Patología.—Ganglios libres de metástasis.

Veinte días después se procede al vaciamiento de los ganglios del lado izquierdo,

Anatomía Patológica.—Demuestra adenitis crónica.

Control 18 meses después.—Cicatriz satisfactoria; no hay recurrencia. Rayos X de pulmones, normales.

Caso N° 2.—J. H. 59 años. Casado. Agricultor.

Historia.—Evolución anterior a la consulta aproximadamente un año. Prepucio redundante, escozor, secreción purulenta fétida, pequeña ulceración que se cubre de costra y se descama.

Examen.—Ulceración que cubre casi toda la superficie del glande, dura, irregular, grisácea. No se palpan ganglios inguinales. Tacto rectal, negativo. Cardiolipina, negativa.

Biopsia.—Carcinoma de células escamosas, grado II.

Tratamiento.—Amputación parcial del pene. La Anatomía Patológica demostró un carcinoma escamoso, I a II, que sólo abarca glande y prepucio. El extremo proximal de sección quirúrgica no demuestra malignidad. El paciente no regresó a control.

Caso N° 3.—J. M. 64 años. Casado. Comerciante.

Historia.—Evolución de 3 meses anterior a la consulta. Refiere traumatismo del glande, seguido de ulceración; nuevo traumatismo que aumenta la extensión de la ulceración. Escozor, prurito, secreción serosanguinolenta, glande de color pardo negrusco.

Examen.—Glande con úlcera de 12 cm. de bordes necrosados, prepucio fimótico con mucosa ulcerada, tumefacción del cuerpo del pene. Adenitis inguinal derecha, dura, no dolorosa.

Biopsia.—Carcinoma de células escamosas grado II. Cardiolipina cualitativa, positiva; cuantitativa, negativa. Rayos X de pulmones, negativos.

El enfermo solicita su salida; regresa 2 meses después.

Reexamen.—Pene presenta una ulceración extensa que le hace perder su morfología. Tumor en coliflor, duro, extremadamente sensible, cubierto de secreción purulenta fétida. Adenopatía inguinal bilateral; ganglios duros, adheridos, no dolorosos.

Tratamiento.—Amputación total, castración, trasplante de uretra al periné.

Anatomía Patológica.—Demostró invasión total del órgano por carcinoma epidermoide de células escamosas, de malignidad grado II a III. Escroto totalmente invadido.

Un mes después, roentgenterapia inguinal que produjo ulceración; vaciamiento ganglionar del lado izquierdo.

Anatomía Patológica.—Demuestra invasión de carcinoma de células escamosas de grado III.

Rayos X.—Metástasis pulmonares.

En vista de las metástasis pulmonares se recomendó tratamiento de aplicaciones de Radium a la ingle izquierda; este tratamiento es seguido de ulceración sangrante, dolor intenso y dificultad a la micción, por lo cual se suspendió.

El paciente murió 15 días más tarde.

Caso N° 4.—J. B. 36 años. Casado. Panadero.

Historia.—Evolución de 6 meses anterior a la consulta. Pequeña ulceración en el frenillo, prepucio redundante; escozor y secreción serosa.

Examen.—Ulceración que abarca todo el frenillo y mucosa del prepucio. Prepucio redundante con abundante esmegma, tumefacto; cardiolipina, negativa.

Biopsia.—Carcinoma de células escamosas de grado I.

Tratamiento.—Amputación del tercio anterior del pene. El examen microscópico demostró un carcinoma escamoso que invade la mucosa del frenillo y prepucio; el extremo proximal de la sección quirúrgica libre de malignidad.

El paciente pidió su alta y no regresó a control.

Caso N° 5.—A. E. 55 años. Soltero.

Historia.—Evolución aproximada de 16 meses antes de la consulta. Prepucio redundante, poco retráctil; en la parte interna de la cara dorsal del prepucio notó una pequeña verruga que creció progresivamente al tamaño de una “pepita de ciruela”, escozor, secreción purulenta y edema que le impedía retraer el prepucio.

Examen.—Prepucio tumefacto, no se retrae; en la cara dorsal se palpa una tumefacción de unos 5 cm. dura, adherida no dolorosa; cubierta de secreción purulenta. Adenopatía inguinal derecha. Cardiolipina y Frei, negativos.

Biopsia.—Carcinoma de células basales grado II. Ganglio linfático presenta carcinoma basal.

Rayos X.—Pulmones, negativos.

Tratamiento.—Amputación total y trasplante de la uretra al escroto.

El enfermo rehusó disección ganglionar y se le dió alta; no regresó a control.

Caso N° 6.—L. C. 55 años. Casado.

Historia.—Evolución de 2 años anteriores a la consulta. Refiere la aparición de una mancha blanquecina sobre el glande que posteriormente se volvió roja, ulcerándose, pruriginosa, acompañada de dolor constante desde hace 5 meses. Hace un mes apareció una tumefacción redonda en la ingle derecha. Hace diez días

tumefacción del prepucio, secreción seropurulenta, a veces sanguinolenta.

Examen.—Pene tumefacto, fimótico, glande parcialmente destruido por ulceración irregular de fondo sucio y granuloso; secreción fétida purulenta. Sangra a la presión. Cardiolipina, negativa.

Biopsia.—Carcinoma de células escamosas, grado II. Ganglios con metástasis del mismo tumor.

Tratamiento.—Amputación total del pene con trasplante de la uretra a la piel del escroto. Patología demostró un carcinoma escamoso grado II a III.

Un mes después roentgenterapia; el radioterapista sugiere vaciamiento ganglionar, pero el paciente lo rehusa y pide su alta.

Reingresó: 2 meses después, quejándose de edema de los miembros inferiores y tumefacción inguinal bilateral.

Tratamiento.—Diseción bilateral de ganglios inguinales. Patología demuestra un carcinoma escamoso grado II.

El paciente muy mejorado es dado de alta y no ha regresado a consulta.

XI.--CONCLUSIONES

- 1ª—Debe procederse a la circuncisión de todo niño en la primera semana de nacido, como medida profiláctica más importante.
- 2ª—A pesar de haber algunas publicaciones de casos de carcinoma del pene en pacientes circuncidados al nacimiento, es innegable la fuerte predominancia de la enfermedad en los no circuncidados.
- 3ª—Está indicada la circuncisión en el adulto en los casos de fimosis y parafimosis, ya que el factor de irritación causado por el esmegma y la infección crónica, desempeñan el principal papel cancerígeno.
- 4ª—Debe hacerse biopsia de toda lesión del pene, sospechosa de malignidad.
- 5ª—El tratamiento debe ser dirigido hacia la eliminación de la lesión y al control de las metástasis por la disección ganglionar.
- 6ª—En los casos de implantación amplia del tumor, recurrir a la amputación total con implantación de la uretra al periné.
- 7ª—Tratar de que la amputación sea lo más conservadora posible.

8ª—La irradiación, de acuerdo con las estadísticas consultadas, ha demostrado poco valor. En nuestros casos no consideramos que haya sido beneficiosa; por lo tanto creemos que debe quedar reducida a lesiones descubiertas tempranamente, pequeñas y en paciente joven.

IGNACIO ENRIQUE FORTUNY NANNE.

Vº Bº,

DR. ALEJANDRO PALOMO M.

Imprimase,
DR. JOSÉ FAJARDO,
Decano.

XII.—BIBLIOGRAFIA

Testut y Latarjet.—Tratado de Anatomía Humana.

Campbell.—Urology.

Herbut.—Urological Pathology.

Sauer, Dean and Leighton.—Carcinoma of the penis; Surgical Clinics of North America, 24, 1211, 1954.

Zausner, J.—Penile carcinoma; Radiology, 50, 786, 1950.