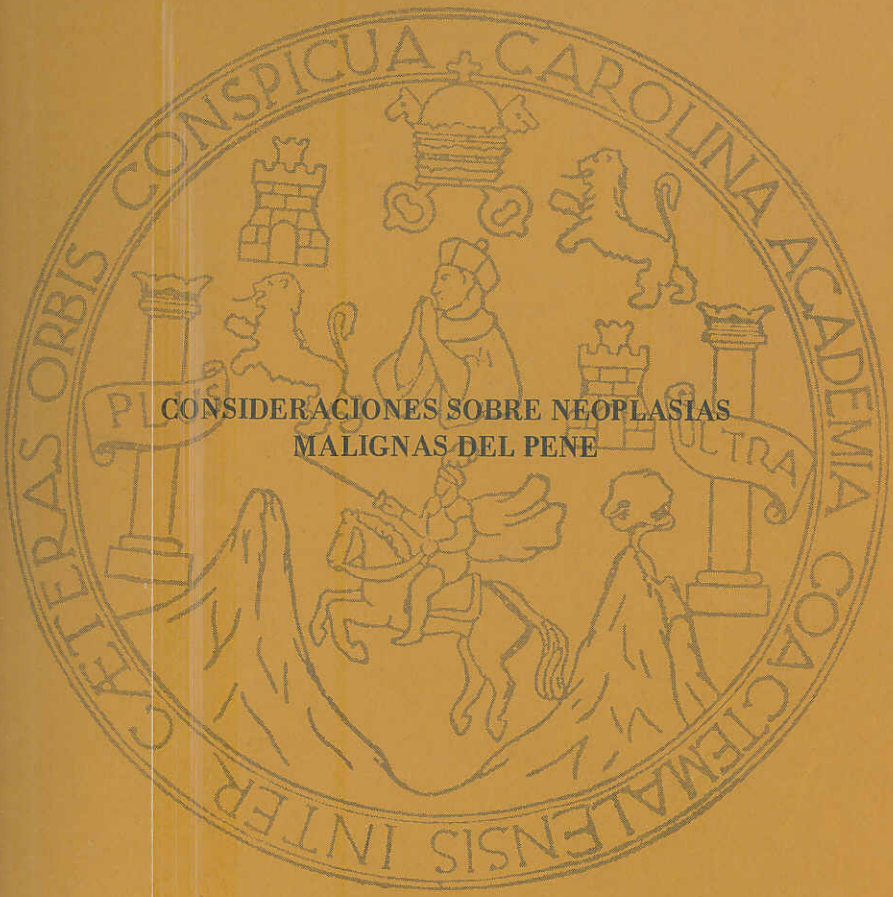
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CONSIDERACIONES SOBRE NEOPLASIAS MALIGNAS DEL PENE

CESAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA

Guatemala, abril de 1977

SUMARIO

		Pág.
I	INTRODUCCION	1
II	OBJETIVOS	3
III	MATERIAL Y METODOS	5
IV	INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA	7
	Generalidades	7
	Localización	7
	Incidencia	8
	Factores Predisponentes	8
	Inmunología	9
	Cuadro Clínico	10
	Curso Clínico	13
	Datos de Laboratorio	15
	Diagnóstico	15
	Diagnóstico Diferencial	16
	Histología	16
	Complicaciones	17
	Tratamiento	17
	Pronóstico	20
	Prevención	20
V	PRESENTACION DE CASOS CLINICOS	21
VI	CONCLUSIONES	31
VII	BIBLIOGRAFIA	33

I
INTRODUCCION

El trabajo que realizo no lleva como objetivo primordial darnos los últimos adelantos sobre el origen de la neoplasia, ya que sigue siempre ignorado ni tampoco tratamiento el cual no ha variado mucho actualmente, sino darnos ciertas consideraciones de la realidad sobre incidencia de ésta enfermedad en nuestro medio, tomando una muestra representativa en un hospital nacional como lo es el Hospital San Juan de Dios.

Así mismo poder evaluar ciertos parámetros como:

Lugar de orígen del paciente afectado.
Sintomatología y hallazgos clínicos.
Clase de tratamiento ofrecido.
Histopatología más frecuente.
Condición de Egreso.

Este trabajo además llevará una parte bibliográfica, así como comentarios sobre algunos artículos publicados en revistas en los últimos años lo cual considero básico, ya que sin el conocimiento científico, sería inútil efectuar un buen trabajo de campo.

EL AUTOR

II
OBJETIVOS

1. Evaluar la incidencia de carcinoma del pene en Guatemala.

2. Analizar ciertos datos del paciente que presenta este problema:

   a. Lugar de orígen
   b. Edad.
   c. Sintomatología
   d. Hallazgos clínicos.

3. Analizar la conducta seguida en estos pacientes.

4. Revisar bibliografía sobre el tema.

III
MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

1. Departamento de Estadística del Hospital San Juan de Dios.

2. Archivo de Urología del Hospital San Juan de Dios.

3. Papelerías de pacientes que estuvieron hospitalizados en el Departamento de Cirugía, especialidad de Urología.

4. Tesis efectuadas en Guatemala.

   a. Consideraciones sobre Cáncer del pene en Guatemala.
   Alonzo. R. J. Francisco 1955 VI

   b. Problema de Diagnóstico y tratamiento del Cáncer del pene.
   Fortuny N. I. Enrique 1957 VI

   c. Postectomía y Cáncer del pene.
   Mazariegos S. Oswaldo Luis. 1967 V3M

   d. Cáncer del pene en el Hospital Roosevelt. 1953-1973
   Mora Rossoto, Edgar Guillermo. 1974

5. Bibliografía.

6. Protocolo de Investigación.

METODO

1. Investigación bibliográfica en la cual se revisa:

   1. Definición
   2. Sinonimias.
   3. Etiología (Factor predisponente; Inmunología)
   4. Patogenia.
   5. Sintomatología.
   6. Diagnóstico.
      6.1 Clínico
      6.2 Laboratorio (Histopatología)
   7. Diagnóstico Diferencial.
   8. Pronóstico.
   9. Tratamiento.

2. Revisión de Registros Médicos en el Departamento de Estadística del Hospital San Juan de Dios.

3. Revisión de papelerías de pacientes que estuvieron hospitalizados en el Departamento de Cirugía, especialidad de Urología, tomando en consideración:

   Edad.
   Procedencia.
   Evolución.
   Localización.
   Sintomatología y laboratorio.
   Curso Clínico.
   Tratamiento.
   Condición de egreso.

IV
INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA

TUMORES DEL PENE

En general los tumores malignos del pene son poco frecuentes; menos aún los tumores benignos, aunque existen las formas llamadas precancerosas o premalignas que la constituyen formas no bien definidas entre tumor maligno y benigno, es decir; lesiones intermedias.

TUMORES BENIGNOS

Son tan raros que suelen ser curiosidades médicas, en el pene se pueden encontrar Lipomas, Neuromas, Fibromas y Angiomas.

TUMORES MALIGNOS

Regularmente cuando se habla de tumor maligno del pene, se refiere a carcinoma de Células Escamosas, conocido también como Epitelioma Espinocelular o Epitelioma Epidermoide, aunque además de éste puede encontrarse otras variedades muy raras las cuales se numeran a continuación:

a. Melanocarcinoma o Melanoma Maligno.
b. Epitelioma Basocelular o Carcinoma Basocelular.

LOCALIZACION

El Carcinoma de Célular Escamosas ocurre donde hay epitelio escamoso o de transición; la localización de la lesión primaria del Melanocarcinoma tiene importancia clínica, ya que guarda relación con la supervivencia.

En el pene casi siempre afectan al prepucio o al glande; los tumores del cuerpo del pene son muy raros.

INCIDENCIA

Al Carcinoma de Células Escamosas del pene le corresponde de 1 a 3 o/o de los casos de Carcinoma en el varón de EE.UU.

En China, Africa y en la parte Suroriental de Asia del 10 a 15 o/o de todos los tumores, son del pene.(8)

Hay mayor incidencia en sujetos de capa socio-económica baja, con poca higiene; de bajo cociente intelectual; personas de piel blanca, rubios o pelirrojos,(1) en la raza negra es muy raro el Carcinoma Basocelular.

Puede aparecer en cualquier edad, pero más frecuente en adultos y viejos, aunque algunos autores indican que la edad más frecuente es de 40 a 70 años.(6)

FACTORES PREDISPONENTES

Los tumores malignos se desarrollan frecuentemente en zonas de cambios dérmicos previos; Ejem:

a. Cicatrices.
b. Queloides.
c. Fimosis
d. Balanopostitis.
e. Irritaciones Crónicas.

Aunque para el Melanocarcinoma se describen además como factores predisponentes:

a. Nevo intradérmico.
b. Nevo azul.
c. Nevo zona de unión.
d. Nevo compuesto.

Muchos autores consideran que los melanomas provienen de un Nevo de zona de unión.

En regiones donde la circunsición no es una costumbre como en oriente, el carcinoma del pene se presenta en un 18 o/o de los tumores malignos.(6)

La mayor parte de estos pacientes, tienen una deformidad del prepucio, que hace que la retracción sea difícil o imposible.(5)

INMUNOLOGIA

El melanoma es un tumor de cuya conducta clínica pudiera hacer pensar que está influído por factores inmunológicos.

Observaciones clínicas que quizá indiquen la importancia de la inmunidad del huésped son:

1. Una frecuencia inesperadamente elevada de regrésio-espontáneas.

2. Observaciones de que transfusiones de sangre de pacientes con regresión espontánea a veces provocan regresión del melanoma en receptores de las transfusiones.

3. Informes indicando que el transplante terapéutico cruzado de tumores y de leucocitos sensibilizados a veces da buen resultado.

La demostración experimental directa de factores inmunológicos en el Melanoma Maligno la proporcionaron Morton y Malmgren, quienes demostraron un antígeno tumoral común en el Melanoma, que era inmunógeno en pacientes con esta enfermedad.

Estos estudios se han ampliado con diversas técnicas inmunológicas como la inhibición de colonias, la citotoxidad inmune y la fijación de complementos. Estudios de inmunofluorescencia demostraron que este antígeno era intracitoplasmátic pero reacciones cruzadas observadas con la prueba de inmunofluorescencia de membrana y de citólisis inmune indicaron que también se descubría un antígeno conún a nivel de la superficie celular.

Parece existir correlación entre el estado clínico del paciente con melanoma y la frecuencia de anticuerpos antimelanoma en el suero. Los pacientes con un melanoma localizado tenían mayor tendencia a contener un anticuerpo en sus sueros que los pacientes con enfermedad diseminada.

CUADRO CLINICO

Los primeros cambios en el Carcinoma Escamoso son los siguientes en orden de evolución:

a. Una zona de engrosameinto epitelial de color gris y formación de grietas en la superficie mucosa.

b. Al progresar se produce una pápula elevada de leucoplaquia, que se ulcera al alcanzar un diámetro de un centímetro o un pequeño nódulo esferoide o plano.

c. Más tarde crece en poco tiempo y se transforma mas en un verdadero tumor, de forma variable, sésil y bordes definidos, infiltrados y queratósicos con superficie lisa y color rojo salmón.

d. Luego se presentan grandes úlceras malignas características con base necrótica, infectada secundariamente, con bordes irregulares, desgarrados y afilados.

e. Al progresar la enfermedad úlcero-invasora puede destruir toda la punta del pene y grandes zonas del cuerpo mismo.

Otra variante macroscópica es el tumor papilar que comienza como un condiloma y aumenta de volumen progresivamente hasta formar una masa fungiforme parecida a una coliflor, con ulceración central y la cual se recubre de costras bien adheridas que al desprenderse dejan una superficie cruenta, excavada, mal oliente.

El melanocarcinoma principia por ligera elevación del Nevo preexistente, con escaso dolor y presencia de halo pigmentado en el rededor de su base, luego se transforma en una lesión tumoral franca, pediculada o sésil, esferoidea y elevada sobre el nivel cutáneo, de forma y tamaño variables, con bordes definidos y superficie lisa, lustrosa y de color azul obscuro (pavón) o negro. Su consistencia es dura, con infiltración en los planos superficiales y profundos observándose en las formas avanzadas, la superficie fungoide y ulcerada con tejido granuloso exuberante que sangra con facilidad.

El carcinoma Basocelular se caracteriza

a. Por ser un nódulo o pápula plana, de color rosado salmón.

b. Por tener superficie brillante y ausencia de las capas superficiales de la epidermis.

c. Por ser de consistencia dura, con infiltración en los tejidos subyacentes y ausencia de aparente proceso inflamatorio.

d. Crecimiento lento y persistente de éste aspecto clínico por un tiempo variable.

La neoplasia puede conservar las características anteriores o bien perderlas como consecuencia de agentes mecánicos que producen erosión en la superficie, con hemorragia secundaria y formación de costras, pero al progresar tiende a invadir tejidos vecinos y profundos, extendiéndose en forma superficial o proliferante y puede crecer con las variantes clínicas siguientes:

1. La lesión inicial se aplana e involuciona a su vez, aparecen en su rededor o vecindad, numerosos y pequeños nódulos de "aspecto nacarado", sésiles y afilados, que forman en su rededor una especie como "collar de perlas".

2. Que los nuevos nódulos al crecer se vuelvan coalescendentes y formen un marco o anillo alrededor de la lesión primaria y deprimida. Esta forma se ha llamado Carcinoma Basocelular de "Incendio de Campo", suele ser una lesión extensa, plana, con borde activo que rodea una zona central cicatrizada o serpingonosa, la forma de propagación se ha comparado a la de un incendio de campo.

3. Que la lesión inicial crezca en forma proliferante

y fungoide en todas direcciones, formando un nódulo de tipo globular con involución en el centro y diseminación invasora en la periferia.
Esta forma es llama Ulcera Corrosiva (Ulcus Rodent) muy invasora. Es la más difícil de eliminar y en consecuencia, una de las más peligrosas.

CURSO CLINICO

El carcinoma escamoso del pene es un tumor de crecimiento lento con metástasis locales, las que ocurren por los vasos linfáticos que drenan a los ganglios inguinales superficiales y a los subinguinales superficiales y profundos, pudiendo llegar a afectar los ganglios ilíacos; no es común la diseminación extensa de metástasis por vía venosa.(8)

Suele el paciente visitar al médico hasta los dos años más o menos de evolución.

Las lesiones son indoloras hasta que experimentan úlceración y/o infección secundaria; a menudo sangran.

Cuando suele hacerse el diagnóstico, los pacientes ya presentan metástasis a los ganglios linfáticos inguinales. La etapa insipiente se caracteriza por metástasis a los ganglios locales; la diseminación extensa es muy rara antes que la lesión esté avanzada.

Persky y Col. Proponen la siguiente clasificación de períodos clínicos:

ETAPA I: proceso limitado al glande o al prepucio.

ETAPA II: Invasión de los cuerpos sin metástasis.

ETAPA III: Carcinoma invasor con metástasis a ganglios regionales.

ETAPA IV: Metástasis a distancia.

El melanocarcinoma se inicia en forma silenciosa y sin pódromos, aunque lo más usual es que su evolución sea rápida y explosiva, del 30 o/o al 80 o/o de pacientes con melanomase presentan al médico explicando que una lesión pigmentada que hasta entonces había sido estable cambió; el aumento de pigmentación, la hemorragia, el prurito, la ulceración y el crecimiento progresivo de la lesión son las quejas más frecuentes.

Este tumor se caracteriza por su gran tendencia a formar metástasis, al grado de que aún tumores de pequeño tamaño y poco tiempo de evolución, ya han hecho metástasis no aparecidas y a distancia.

Se ha hecho la siguiente clasificación de períodos clínicos:

ETAPA I: El melanoma está limitado a la localización primaria.

ETAPA II: Existe la localización primaria y ha hecho metástasis a ganglios linfáticos regionales.

ETAPA III: Representa el melanoma que se ha diseminado a zonas más allá de ganglios regionales.

El aspecto de la lesión del carcinoma basocelular es bastante característica, puede guardar semejanza con un botón intracutáneo, con un borde firme y algo elevado que quizá rodee el botón en forma parcial o completa.

Se inicia en forma silenciosa, no hay dolor ni molestias, sigue un curso progresivo que puede durar años, creciendo en superficie por propagación en las regiones vecinas y en profundidad por invasión de los tejidos subyacentes, pudiendo llegar a extensas zonas y en algunos casos, produce deformidad de tipo mutilante.

Su malignidad es local y no se disemina a distancia ni forma metástasis.

Si bien la regla son el crecimiento y progreso lentos, puede suceder lo contrario, es decir crecimiento rápido, lo cual parece indicar transformación de una lesión de célula basal a carcinoma basoescamoso o de células escamosas puras.

DATOS DE LABORATORIO

En etapas tardías del padecimiento puede ser evidente la anemia. La leucocitosis puede ser consecutiva a infección local. La orina que baña el prepucio que no puede retraerse, mostrará bacterias y a menudo eritrocitos.

Un linfagiograma puede mostrar metástasis a los ganglios linfáticos ilíacos.

DIAGNOSTICO

Para el carcinoma escamoso y basocelular se hace el diagnóstico por biopsia.

Para el melanocarcinoma, el diagnóstico es clínico, no se aconseja practicar biopsia del tumor, ya que esa maniobra acelera el proceso evolutivo, aunque en última instancia depende del examen anatomopatológico del tejido extirpado.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Sarcoma, Bromodermia, Micosis Profundas, lesiones de sífilis tardía activa, Chancro blando condilomas acuminados.

HISTOLOGIA

Los carcinomas escamosos invaden la dermis en etapa temprana en forma de cordones macizos de células epiteliales o bien las células escamosas pueden invadir con más lentitud la dermis y disponerse en forma concéntrica como "nidos celulares" o "perlas epiteliales" que sin son bastante características del carcinoma.

Estos cordones o "nidos celulares" están formados por variados grupos de células indiferenciadas (anaplásticas o atípicas) que se caracterizan por lo variado de su forma y tamaño, por la ausencia de uniones protoplasmáticas, hipercromía de su núcleo. Una característica es la infiltración de la dermis por células inflamatorias crónicas, en particular células plasmáticas, inmediatamente por debajo del epitelio neoplásico. (7)

El tejido conjuntivo tiene aspecto inflamatorio o fibroso con predominio de hiperplasia.

En el carcinoma se observa gran actividad celular en la unión dermoepidérmica, representada por células névicas atípicas, grandes, reunidas en forma de nidos y distribuídas en el espesor de la epidermis, así como infiltrado inflamatorio con células cromatóforas en el corium superior.

En el carcinoma basocelular se observa predominio de células muy semejantes a las células de la capa basal con núcleo grande, oval o arriñonado, muy basófilo y escaso protoplasma.

Estas se reúnen en masas que adquieren la forma de "palizada" o "cordones" parenquimatosos, delgados y con prolongaciones tubulares que descienden hacia el corium en forma como las hojas de trébol; en otras áreas, se observan dichos elementos bajo la forma de masas libres y sin conexión aparente con el epitelio de donde proceden, con una distribución geográfica que pudiera compararse a bahías, cabos y promontorios, extendiéndose por el tejido dérmico y conectivo, pero conservando su revestimiento epitelial intacto, es decir no está roto; las divisiones mitósicas son escasas y a ello se agrega a veces, proceso inflamatorio subdérmico, crónico y de intensidad variable.

COMPLICACIONES

Entre las complicaciones más frecuentes están: infección del tumor, adenitis inguinal, rara vez, la invasión de la uretra con obstrucción urinaria.

La muerte puede sobrevenir en los casos muy avanzados, por hemorragias profusas o por infección piógena secundaria.

TRATAMIENTO

El tratamiento es en realidad un problema tanto de carácter científico como psíquico y social; ya que debe tenerse en cuenta la edad, grado de cultura, estado general del paciente, grado de invasión etc.

a— QUIMIOTERAPIA: En el carcinoma escamoso es infructuoso; en el melanocarcinoma se utiliza cuando la enfermedad ha progresado más allá de los límites de un tratamiento quirúrgico razonable, se ha utilizado vinblastina, ciclofosfamida, hidroxiurea y mostaza de fenilalanina. En el carcinoma basocelular se ha utilizado una variedad de qui-

miocirugía llamado de MOHS, que consiste en la aplicación de una pasta de cloruro de Zinc al 34 o/o en la región enferma, se deja 24 horas y luego resecar quirúrgicamente el tejido necrosado por la pasta; está indicado solo cuando el tumor es pequeño; la desventaja es que es un procedimiento doloroso y complicado, además deja cicatrices discrómicas.

b— QUIRURGICO: Extirpación parcial o completa del pene, las amputaciones por melanoma raramente están indicadas, conviene dejar un borde proximal libre de por lo menos 1.5 Cms. a 2 Cms.

Knutson comprobó que los ganglios linfáticos regionales considerados clínicamente positivos en realidad eran microscópicamente negativos en 30 a 40 o/o de los casos.

En consecuencia, si para extirpar ganglios linfáticos regionales se eligen solamente, los que son clínicamente positivos, quedará un número apreciable de pacientes con ganglios no palpables y enfermedad residual. A la inversa, si se extirpan ganglios linfáticos regionales sistemáticamente al tiempo de suprimir la lesión primaria, la mayor parte de pacientes con ganglios no palpables, sufrirán linfadenectomías innecesarias, es decir lo anterior se encuentra en discusión. La linfadenopatía puede resultar de infección recurrente (7) o ser solamente inflamatoria.

c— INMUNOTERAPIA:

1— Inmunoterapia no específica; la estimulación no específica del sistema inmune intentando aumentar la respuesta del paciente contra su propio tumor.

2— Inmunoterapia activa; inmunización activa con vacunas de células tumorales intentando provocar autoinmunización específica.

3— Inmunoterapia pasiva; administración de células linfoides o antisuero de otro huésped que ha sido inmunizado específicamente contra los tejidos cancerosos del paciente, intentando aumentar el nivel de inmunidad.

d— RADIOTERAPIA:

En el carcinoma de células escamosas es casi infructuoso debido a la radio-resistencia, pero en caso de usarse debe darse dosis arriba de 5,000 Rads. El Radium y el Cobalto radioactivo deben usarse pero en tumores pequeños, aunque puede emplearse en la enfermedad metástásica inguinal comprobada.

En el carcinoma basocelular la más usada es la variedad superficial o de contacto de los aparatos de rayos X y los éxitos obtenidos son tan buenos como el tratamiento quirúrgico. Su uso terapéutico se basa en la acción tumoricida de los rayos X y en la radiosensibilidad del tumor; la dosis dependiendo del tamaño del tumor varía de 2,000 a 4,000 r.; administrándola en varias sesiones y poniendo especial cuidado que la zona irradiada sobrepase con amplitud el borde activo de la lesión. Tiene la ventaja este tratamiento que es método indoloro, que puede usarse en los ancianos, mal estado general, etc.

Ultimamente se ha experimentado además un tratamiento con rayo lasser, utilizando anestesia local y tinta de zapatos para absorber más los rayos, pero no con muy buenos resultados ya que uno de los principales problemas técnicos, es que el área de impacto del rayo lasser es muy dispersa, y en las áreas donde no llegó siguió proliferando el tumor, en cambio en las áreas irradiadas por el rayo el tumor desapareció.

El problema será resuelto con un gas lasser, que tenga una distribución uniforme; este procedimiento ya se está experimentando, con lo cual se cree, será innecesaria la amputación. (5)

PRONOSTICO

En el carcinoma escamoso, la amputación quirúrgica y la disección de los ganglios regionales logran supervivencia de 3 a 5 años en 50 o/o de los pacientes. (6)

El carcinoma basocelular cuando se diagnostica en sus formas jóvenes y se instituye un tratamiento precoz se puede llegar a obtener un 100 o/o de curación. El coito puede ser totalmente satisfactorio a pesar que se haya amputado la mitad del pene.

PREVENCION

La circunsición durante la infancia brinda inmunidad casi completa, aunque se ha reportado casos de carcinoma peneal en personas circuncisas.

PRESENTACION DE CASOS CLINICOS

En la revisión efectuada durante 5 años, de Enero de 1972 a Diciembre de 1976, en el Hospital San Juan de Dios, se reportaron 21 casos de pacientes con diagnóstico de egreso de Carcinoma del pene. De estos, no se encontraron los expedientes clínicos de 3 pacientes, uno de los cuales su condición de egreso fue fallecido.

A continuación se presentan los 18 casos restantes con los datos más importantes de su historia clínica; tratando de dar al lector una imagen general sobre el curso de esta enfermedad en cada uno de ellos.

CASO No. 1

R.C. 5856-67
EDAD: 25 años
ORIGINARIO: Guatemala (capital)
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor, prurito en el pene.
HALLAZGOS CLINICOS: Masa ulcerada en el pene.
EXAMENES POSITIVOS: Hematología 120 mm de V.S.
Orina: Hb positivo.
Biopsia prepucio.
TRATAMIENTO: Amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. Escamoso.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 2

R.C. 10276-76
EDAD: 67 años.
ORIGINARIO: Escuintla.
SINTOMAS PRINCIPALES: Prurito, disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Lesión ulcerada, región anterior y dorsal del pene, secreción fétida.
EXAMENES POSITIVOS: Frote y cultivo de secreción, biopsia del prepucio y glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína
Lincomicina.
Amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas invasivo.
CONDICION DE EGRESO: Fallecido.
CAUSA DE LA MUERTE: Aspiración de vómito.

CASO No. 3

R.C. 1182-75
EDAD: 53 años
ORIGINARIO: Escuintla.
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor en pene, secreción fétida.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración en tercio medio del pene, que sangra con facilidad. Adenopatía inguinal bilateral.
EXAMENES POSITIVOS: Hematología con V.S. 70 mm.,frote y cultivo de secreción, biopsia prepucio y pene.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína, amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas.
CONDICION DE EGRESO: Vivo

CASO No. 4

R.C. 10181-74
EDAD: 72 años
ORIGINARIO: Sanarate
SINTOMAS PRINCIPALES: Prurito, disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Glande deformado por masa de aspecto de "coliflor" dolorosa a la palpación, secreción purulenta.
EXAMENES POSITIVOS: Hematología con V.S. 96 mm.
Orina: Leucocitos 15-20 por campo, bacterias móviles escasas, fosfatasa alcalina elevada, biopsia glande.
TRATAMIENTO: Rehuzó tratamiento
TRATAMIENTO DE REINGRESO: Amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. escamoso bien diferenciado invasivo.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 5

R.C. 5506-75
EDAD: 65 años.
ORIGINARIO: Guatemala (capital)
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración pene, dolorosa a la palpación.
EXAMENES POSITIVOS: Hematología con V.S. 70 mm.
Orina: Leucocitos 34-40 por campo.
Biopsia prepucio.
TRATAMIENTO: Tetraciclina, amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 6

R.C. 6506-75
EDAD: 45 años.
ORIGINARIO: Guatemala (capital)
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor, prurito.
HALLAZGOS CLINICOS: Pene completamente ulcerado, secreción fétida.
EXAMENES PREVIOS: Biopsia prepucio: Hiperplasia epiteliomatosa, inflamación crónica y fibrosis, no evidencia malignidad.
EXAMENES POSITIVOS: Frote y cultivo secreción, biopsia pene.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína, amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

A este paciente se reintervino quirúrgicamente ya que histopatológicamente los márgenes del corte estaban invadidos.

CASO No. 7

R.C. 12911-75
EDAD: 55 años
ORIGINARIO: Sanarate.
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor, disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración glande.
EXAMENES PREVIOS: Biopsia prepucio y glande; inflamación crónica y fibrosis.
EXAMENES POSITIVOS: Biopsia glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína
Amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas bien diferenciado, invasivo.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 8

R.C. 10886-75
EDAD: 74 años.
ORIGINARIO: Guatemala (capital)
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración pene, secreción fétida, adenopatía inguinal bilateral.
EXAMENES POSITIVOS: Biopsia prepucio y glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína, amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas, bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 9

R.C. 11008-74
EDAD: 22 años.
ORIGINARIO: Jutiapa.
SINTOMAS PRINCIPALES: Disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Tumefacción en prepucio y glande.
EXAMENES POSITIVOS: Biopsia prepucio, biopsia ganglio inguinal izquierdo, biopsia ganglio inguinal derecho.
TRATAMIENTO: Referido al INCAN.
HISTOPATOLOGIA: Ca. escamoso metastásico.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 10

R.C. 11722-74
EDAD: 49 años.
ORIGINARIO: Huehuetenango.
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor en pene.
HALLAZGOS CLINICOS: Lesión granulomatosa en glande con fetidez.
EXAMENES PREVIOS: Biopsia glande; inflamacion crónica, posiblemente lesión luetica. Biopsia prepucio; disqueratosis, inflamacion crónica y fibrosa.
EXAMENES POSITIVOS: Orina leucocitos 6 a 8 por campo, biopsia glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaina. Amputacion parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. escamoso bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 11

R.C. 2226-74
EDAD: 42 años
ORIGINARIO: Santa Lucia Cotzumalguapa.
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor en pene, disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Prepucio edematizado, glande deformado, fetidez.
EXAMENES POSITIVOS: Orina; leucocitos 6-8 por campo, Hematies ≠ ≠, biopsia prepucio.
TRATAMIENTO: Penicilina procaina. Amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 12

R.C. 12954-72
EDAD: 55 años.
ORIGINARIO: Escuintla.
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor pene, prurito.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración glande con aspecto "coliflor".
EXAMENES POSITIVOS: Frote y cultivo secreción. Orina; leucocitos 20 por campo, Hematíes ≠, Hb débil. Biopsia pene. Rx. Tórax; posibilidad de enfermedad metastática.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína, Cloranfenicol, tetraciclina, Kanamicina, amputación parcial pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 13

R.C. 12426-73
EDAD: 91 años
ORIGINARIO: Baja Verapaz.
SINTOMAS PRINCIPALES: Ninguno.
HALLAZGOS CLINICOS: Pequeña erosión glande.
EXAMENES POSITIVOS: Papanicolau de lesión.
TRATAMIENTO: Paciente rehuzó.
HISTOPATOLOGIA: El examen de papanicolau reportó positivo de cáncer, no determinó tipo histológico.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 14

R.C. 1042-73
EDAD: 67 años.
ORIGINARIO: Jutiapa.
SINTOMAS PRINCIPALES: Mancha en glande.
HALLAZGOS CLINICOS: Mácula en glande, adenopatía inguinal bilateral.
EXAMENES POSITIVOS: Hematología con V.S. 30 mm, glóbulos blancos 15,050, biopsia glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína
Clorafenicol
Amputación total pene.
Referido al INCAN.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 15

R.C. 7144-63
EDAD: 77 años
ORIGINARIO: Santa Rosa
SINTOMAS PRINCIPALES: Dolor en pene, disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Ulceración de pene en parte posterior, secreción fétida.
EXAMENES POSITIVOS: Orina; leucocitos 40-50 por campo, Hb, positivo.
Hematología con V.S. 21 mm, glóbulos blancos 13,450.
TRATAMIENTO: Dietilestilbestrol.
Referido a INCAN.
HISTOPATOLOGIA: No se efectuó.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 16

R. C. 14995-67
EDAD: 67 años
ORIGINARIO: Guatemala (capital)
SINTOMAS PRINCIPALES: Secreción uretral fétida.
HALLAZGOS CLINICOS: Glande edematoso, doloroso a la palpación, secreción fétida.
EXAMENES POSITIVOS: Orina; leucocitos 8 a 10 por campo. Hb, positivo, hematíes positivo, hematología con V. S. 47 mm.
Biopsia glande.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína.
amputación parcial del pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas invasivo.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 17

R. C. 11189-72
EDAD: 56 años.
ORIGINARIO: Alta Verapaz
SINTOMAS PRINCIPALES: Pápula pene.
HALLAZGOS CLINICOS: Masa aspecto de "coliflor" en todo el glande, secreción purulenta.
EXAMENES POSITIVOS: Orina; Hb positivo
Hematología con V.S. 66 mm.
Biopsia de pene.
TRATAMIENTO: Penicilina procaína.
Amputación parcial pene.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas bien diferenciado.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

CASO No. 18

R. C. 18276-71
EDAD: 72 años
ORIGINARIO: Jalapa
SINTOMAS PRINCIPALES: Disuria.
HALLAZGOS CLINICOS: Masa de apariencia de "coliflor" glande, secreción fétida
EXAMENES POSITIVOS: Orina; leucocitos 40 por campo, Hb positivo, Hematies positivos. Frote y cultivo.
Biopsia tejido papilomatoso de pene.
TRATAMIENTO: Penicilina Procaïna, Estreptomicina,
Amputacion total pene.
Paciente a los 8 meses de su egreso, presentó aparecimiento de masa en tronco del pene, por lo que se refirió al INCAN.
HISTOPATOLOGIA: Ca. células escamosas invasivo.
CONDICION DE EGRESO: Vivo.

VI
CONCLUSIONES

1. La incidencia de casos de pacientes con Carcinoma del pene, se ha mantenido sin mayores variaciones; promedio 4 casos por año.

2. No hubo una marcada diferencia según el lugar de origen, por lo tanto no se hizo la relación origen-enfermedad.

3. El promedio de tiempo de hospitalización del paciente, desde su ingreso a su egreso es de 34 días.

4. La edad promedio en que se presenta mayor incidencia de ésta enfermedad es de 63 años; siendo la edad menor de 22 años y la mayor de 91 años.

5. La sintomatología más frecuentemente presentada fue: dolor en el pene, prurito en pene y disuria.

6. El hallazgo clínico más frecuente fue "ulceración en el pene de aspecto de "coliflor", acompañado de secreción uretral, purulenta fétida.

7. El medio para confirmar el diagnóstico clínico más utilizado y seguro fue la biopsia.

8. De los 18 casos analizados al 83.33 o/o se le ofreció tratamiento quirúrgico, al 11.11 o/o médico y el 5.56 o/o rehusó tratamiento.

9. De los casos que se les ofreció tratamiento quirúrgico, al 73.33 o/o se le efectuó amputación parcial del pene y al 26.67 o/o se les efectuó amputación total.

10. Del total de casos se refirieron al INCAN el 16.67 o/o para efectuarles radioterapia.

11. El antibiótico más utilizado para tratar la infección sobreagregada, que presentaba la lesión peneana fue penicilina Procaína.

12. Histológicamente se encontró Carcinoma de Células Escamosas en el 88.89 o/o y al 11.11 o/o restante no se determinó.

13. Unicamente el 11.11 o/o presentaron enfermedad metastática.

14. La mortalidad que causó esta enfermedad fue del 5.56 o/o.

VII
BIBLIOGRAFIA

1. Cordero Fernando. Tumores Malignos Dermatología, Primera Edición 299-304

2. Farreras Valenti. Diagnóstico Diferencial del Cáncer. Medicina Interna. Sexta Edición. 606. 1961.

3. Fegen P., and Persky L. Squamous cell carcinoma of the penis. Arch. surg. 99: 117 1969.

4. Hellstron K.E. and Hellstrom I. Inmunological enchancement as studied by cell culture. Techniques. Ann. Rev. Microbiol. 24: 373, 1970

5. Parson Roberth L. Campel James Cáncer del pene tratado con rayo lasser, Journal of urology. 120. 38-39. 1973

6. Robbins Stanley Aparato Genital Masculino Cap. 26 Tratado de Patología. Tercera Edición. 978-980 1968

7. Sabinston D. Jr. — Enfermedades Malignas del Pene.
Cap. 47 Tomo II, Inmunología de las Enfermedades Neoplásicas.
Cap. 20 Tomo I.
Décima Edición. 1972

8. Smith Donald R. — Tumores del aparato Genitourinario.
Cap., 17, Urología General.
Tercera Edición. 271-272.
1972.

César Augusto Lambour Lizama

Dr. Antonio Berríos L.
Asesor

Dr. Rigoberto Fong C.
Revisor

Dr. Julio De León
Director de Fase III

Dr. Mariano Guerrero R.
Secretario

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto Gómez
Decano