

Incidencia del Cáncer de Pene en Pacientes del Hospital Escuela durante el Periodo de Enero 2002 a Agosto 2004. The Incidence of patients with Cancer of Penis of Hospital Escuela during the Period of January 2002 to August 2004.

Luis Alberto Ortiz Colindres*, Vicente Ochoa**

Resumen:

Antecedentes. El cáncer de pene es una neoplasia rara, en nuestro país no existen estudios acerca de esta patología.

Objetivo. Determinar la incidencia de Cáncer de Pene en los pacientes que se presentan con una lesión sospechosa en las Salas de Emergencia de Cirugía y Urología del Hospital Escuela, Tegucigalpa.

Metodología. Estudio descriptivo longitudinal. Se aplicó un instrumento de recolección de datos, la fuente de información fue entrevista personal y los registros médicos.

Resultados. De los 20 pacientes nuevos, 11 accedieron participar en el estudio. Durante el período de 31 meses se determinó una incidencia de 13.7 pacientes con Cáncer de Pene x 100,000 atenciones en las Salas ya descritas. El rango de edad de los pacientes fue de 14 a 82 años con un promedio de 49 años. La evolución clínica de la enfermedad correspondió a un rango de 1 mes a 2 años, con un promedio de 10 meses. Los 11 pacientes (100%) presentaron cáncer de pene confirmados por biopsia.

Conclusión. La incidencia de cáncer de pene en el período del estudio fue de 13.7 x 100,000 atenciones.

Los pacientes se presentaron en estadios clínicos avanzados debido probablemente a la poca educación y a la falta de acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Enfermedad del Pene. Neoplasmas del Pene. Pene.

Abstract.

Background. The penis cancer is a rare disease, in our country there are no studies about this pathology. **OBJECTIVE.** To determine the incidence of cancer of penis in the patients who appear with a suspicious lesion at the Emergency room and Urology ward of the Hospital Escuela. **Methods.** There were 20 cases new reported

during the period of January 2002 to August 2004, but only 11 authorized their participation in this descriptive longitudinal study. An instrument of data collection was used to collect the information. The source of information was personal interviews and the medical registries of the Department of Statistic.

Results. The incidence was 13.7 cases by 100,000 patients attended at the Emergency and Urology Wards. The rank of age of the patients was 14 to 82 years, with an average of 49 years. The clinical evolution of the disease corresponded to a rank of 1 month to 2 years with an average of 10 months. The 11 patients (100%) presented cancer of penis confirmed by biopsy.

Conclusion. The penis cancer incidence in the study period it was 13.7 per 100,000 attentions. The patients were in advanced stages maybe because they don not have education or access to health services either.

Key Words: Penile Diseases. Penile Neoplasms. Penis.

Introducción

El cáncer de pene es una neoplasia rara y una patología multifactorial, donde condiciones como el aseo personal, promiscuidad sexual, prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (virus papiloma humano y liquen escamoso) constituyen los principales factores predisponentes ⁽¹⁻³⁾. Se ha asociado también a la presencia de un prepucio redundante y fimótico ⁽⁴⁾. En Estados Unidos ocupa el 1% de todos los canceres en el hombre, en México 12%, Uganda 12%, en Ceilán y Tailandia es del 14% y Brasil 2%. Además es poco común en los musulmanes y desconocido en la población judía, quienes practican la circuncisión ^(1,5). La incidencia de esta

* Medico Residente III Año. Postgrado De Cirugía General. Universidad Autónoma de Honduras. UNAH.

** Especialista Urólogo, Hospital General San Felipe

patología en países industrializados (Norte América, Dinamarca) es de 0.8 a 2 casos x 100,000 habitantes ⁽⁶⁻⁸⁾.

El diagnóstico se realiza con las manifestaciones clínicas, presencia de lesión sospechosa y finalmente biopsia local. Estudios de imagen como radiografía de tórax, tomografía computada de abdomen y pelvis, gammagrafía ósea y ultrasonido son algunas de las técnicas que se utilizan para valorar la presencia de metástasis ⁽¹⁾.

El tratamiento puede ser quirúrgico, radioterápico y quimioterápico. El tratamiento se inicia desde una remoción con láser, incisión microscópica o amputación parcial del pene en la Etapa I. En la Etapa II se puede utilizar el láser, amputación parcial, total o radical y /o radioterapia, lo cual dependerá del grado y ubicación de la neoplasia. En la Etapa III es necesario la amputación total del pene + linfadenectomía bilateral y/o radioterapia en casos de metástasis comprobada. En la Etapa IV el tratamiento es paliativo con cirugía o radioterapia ⁽⁹⁾.

En vista de que no existe información sobre la incidencia y la frecuencia de esta patología en nuestro país, el propósito del presente estudio fue determinar la incidencia del cáncer de pene en pacientes que se presentan al Hospital Escuela con una lesión sospechosa que deformara la anatomía peneana.

Pacientes y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal. Los pacientes con lesiones sospechosas en el pene fueron captados en las salas de Emergencia de Cirugía y Urología. Los criterios de inclusión de este estudio fueron todos los pacientes que presentaron lesiones en pene como ser: ulceradas, verrucosas, nodulares o planas. Se estableció un canal de comunicación con los Residentes de Cirugía de II Año rotando por dichas salas.

Se utilizó un instrumento de recolección de datos donde se incluyeron las principales variables demográficas (edad, lugar de procedencia, profesión), clínicas (evolución, signos y síntomas, clasificación) y tratamiento (estudios de imágenes, biopsias y cirugía, evaluación posterior y pronóstico). La fuente de información fue entrevista personal y los registros médicos del Departamento de Estadística del Hospital Escuela.

Para estimar la incidencia se obtuvo el número de pacientes atendidos en las salas ya descritas durante el período anotado. Los resultados se presentan como frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

Resultados

Se captó un total de 20 pacientes durante el período descrito, de los cuales sólo 11 accedieron a participar en el estudio. Durante este período se atendieron 145,536 personas en las Salas de Urología y Emergencia de Cirugía, lo cual resulta en una incidencia de 13.7 x 100,000 pacientes atendidos

La mayoría de los pacientes fueron jóvenes, el rango de edad de los pacientes fue de 14 a 82 años con un promedio de 49 años. Todos los pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo y procedían de todo el país, con predominio de la región central (45%) (Cuadro No1).

La evolución clínica de la enfermedad correspondió a un rango de 1 mes hasta 2 años, con un promedio de 10 meses. Los signos y síntomas más frecuentes fueron lesión deformante 11 casos (100%), dolor 10 (91%), linfadenopatía 6 (54%), supuración 7 (63%), sangrado 2 (18%) y pérdida de peso 3 (27%) (Cuadro No 1).

Cuadro No. 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS
Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES
CON CÁNCER DE PENE, N=11.

CARACTERÍSTICAS	N= 11 (%)
EDAD (AÑOS)	
14 - 40 años	4 (36.3)
41 - 60 años	3 (27.2)
> 61 años	4 (36.3)
Promedio	49 años
Rango	14 - 82 años
PROCEDENCIA	
Rural	3 (27.2)
Urbana	8 (73.7)
EVOLUCION AL INGRESO	
< 1 Año	9 (81.8)
1-3 Años	2 (18.2)
> 3 Años	0
Promedio	10 meses
Rango	1 mes - 2 años
MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
Lesión Deformante	11 (100.0)
Dolor	10 (90.9)
Linfadenopatía	6 (54.5)
Supuración	7 (63.6)
Sangrado	2 (18.2)
Pérdida de peso	3 (27.0)

No hubo reportes de lesiones premalignas. El área afectada del cuerpo al ingreso del paciente fue glande y prepucio 7 casos (63%), 2/3 distales del pene 2 (18%) y todo el pene 2 (18%). Al clasificarlos por etapas, se determinó que 3 (27%) casos se encontraban en Etapa II, 7 (63%) en Etapa III y 1 (9%) en Etapa IV. Con respecto al tipo de cáncer se demostró por biopsia que los 11 casos (100%) correspondían a cáncer epidermoide (escamoso).

En relación al tratamiento aplicado, se encontró que 6 casos (53%) se les realizó penectomía parcial, 1 (9%) penectomía parcial + linfadenectomía, 1 (9%) penectomía total + meato uretroperineal, 1 (9%) penectomía total + quimioterapia, 1 (9%) limpieza y desbridamiento, 1 se le realizó penectomía total (Cuadro No2).

Todos los pacientes evolucionaron adecuadamente desde el punto de vista quirúrgico y al ser dados de alta, 8 pacientes

(72%) dijeron sentirse mejor, 2 (18%) igual. Hubo un paciente (9%) que se fugó. Solamente 2 (18%) pacientes del estudio se han presentado a su primera cita de control o subsiguientes, encontrándose en ambos una evolución adecuada.

Cuadro No. 2
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES
CON CÁNCER DE PENE, N=11.

TRATAMIENTO APLICADO	Etapa II	Etapa III	Etapa IV
Penectomía Parcial	3	3	0
Penectomía Parcial + Linfadenectomía	0	1	0
Penectomía Total + Quimioterapia	0	1	0
Limpieza y Desbridamiento	0	1	0
Penectomía Total + Meato Uretroperineal	0	0	1
Penectomía Total	0	1	0
TOTAL	3	7	1

Discusión

En este estudio se determinó una incidencia de cáncer de pene en el Hospital Escuela de 13.7 casos x 100,000 atenciones. Aunque estos datos de base hospitalaria no son comparables a los datos de base poblacional, hay un contraste con la incidencia de 1-2 casos x 100,000 habitantes que se presenta en Estados Unidos ^(7,8,10) y 0.8 de Dinamarca ⁽⁶⁾. La importancia de cuantificar el problema del cáncer de pene a nivel poblacional es que nos permitiría informarnos exactamente su número y conocer en que lugar se encuentra entre los cánceres que afectan a nuestra población. Aunque este estudio no tiene un diseño poblacional, los datos que se encontraron permitieron determinar la incidencia en pacientes atendidos en las salas de Urología y Emergencia de Cirugía del Hospital Escuela en un período de 31 meses (Enero 2002 a Agosto 2004).

El cáncer de pene es una enfermedad de pacientes de edad avanzada, su incidencia aumenta a los 60 años y el pico máximo es a

los 80 años ⁽¹⁰⁾. En este estudio, el 63.6% de nuestros pacientes tienen una edad menor a los 60 años. Por lo tanto, es recomendable realizar estudios que permitieran identificar factores de riesgo en nuestra población. Los pacientes se presentaron a este centro hospitalario con una evolución promedio de 10 meses y un rango de 1 mes a 2 años, lo cual concuerda con lo encontrado en otros países ⁽¹⁰⁾.

Al igual como se ha informado en otros estudios ⁽¹⁾, todos nuestros pacientes tenían un nivel socioeconómico bajo con procedencia de zonas cálidas y húmedas. La mitad de nuestros pacientes reportaron haber tenido más de una pareja sexual durante su vida, solamente dos refirieron haber presentado enfermedades de transmisión sexual y a ninguno se le realizó circuncisión; todo esto puede ser causal de esta patología ^(9,11). No pudo establecerse ninguna lesión premaligna ya que la mala educación e higiene de nuestra población no permite descubrir y tratar estas patologías de forma temprana. Como lo demuestra nuestro estudio, todos los pacientes se presentaron en forma avanzada.

Todos nuestros pacientes demostraron una lesión plana, nodular o ulcerada que se extendía en forma gradual y que deformaba el pene ⁽¹⁾. No existen estudios sobre los estadios en que se presentan los pacientes en cada centro asistencial; en nuestro caso se presentaron en forma avanzada. A nuestros pacientes no se les realizó todos los estudios diagnósticos necesarios que se recomiendan para valorar la presencia de metástasis (falta de personal, material, aparatos en mal estado, etc.) y poder definir un tratamiento adecuado individualizado ⁽¹⁾. Las biopsias realizadas reportaron carcinomas de células escamosas igual que se reporta a nivel internacional ⁽¹²⁾.

En la medida que fue posible, el tratamiento que se aplicó a cada paciente fue individualizado, para que no interfiriera en

su vida diaria y sexual. A tres pacientes en Etapa II se les realizó Penectomía Parcial. A tres pacientes en Etapa III se les realizó Penectomía Parcial. A un paciente en Etapa III, únicamente se le realizó limpieza y desbridamiento ya que se fugó. A un paciente en Etapa III se le realizó Penectomía Parcial + Quimioterapia, a un 1 paciente en Etapa III se le realizó Penectomía Parcial + Linfadenectomía por adenopatía inguinal, pero no aceptó la quimioterapia. A un paciente en Etapa IV se le realizó Penectomía Total + Meato Uretroperineal por afectación inguinal y escrotal, en forma paliativa; pero no aceptó el uso de quimioterapia o radioterapia. A todos estos pacientes se les manejó según el esquema del Comité Estadounidense Conjunto Sobre el Cáncer ⁽⁸⁾.

Al momento de ser dados de alta, los pacientes nos refirieron que se sentían mejor ya que muchos fueron ingresados con lesiones infectadas y/o fetidez, dolor y sangrado, que alteraban su estado cotidiano. No podemos dar una sobrevida estimada de los pacientes ya que no se clasificó su etapa en forma recomendada y los pacientes no se presentaron a las citas de controles, exceptuando dos. La sobrevida según datos internacionales para la Etapa I y II la curación es completa, para la Etapa III y IV la sobrevida a los 5 años es menor 50% ⁽⁸⁾.

El cuidado a la intimidad y la poca educación de los pacientes hacen de esta patología un cuadro potencialmente mortal, ya que en su mayoría cuando buscan atención médica presentan estadios avanzados. La detección temprana de lesiones premalignas hace que como todos los cánceres tengan una respuesta apropiada. Se recomienda se realice una campana educativa a nivel de los centros de atención primaria para promover la detección temprana de lesiones neoplásicas, así como la promoción de higiene y educación sexual.

Referencias

1. Sabiston: Tratado de Patología quirúrgica: Beauchamp, Evers, Mattox. México, DF: Mc Graw Interamericana, 16th ed., Vol II, pp 1930-31, 2003.
2. van der Snoek EM; Niesters HG; Mulder PG; van Doornum GJ; Osterhaus AD; van der Meijden WI :Human papillomavirus infection in men who have sex with men participating in a Dutch gay-cohort study. *Sex Transm Dis* 2003; 30 (8): 639-44.
3. Gil AO; Pompeo AC; Goldstein PJ; Saldanha LB; Mesquita JL; Arap S: Analysis of the Association Between Human Papillomavirus with Penile carcinoma. *Braz J Urol* 2001; 27: 461-468.
4. Velazquez EF; Bock A; Soskin A; Coda R; Arbo M; Cubilla AL: Preputial variability and preferential association of long phimotic foreskins with penile cancer: an anatomic comparative study of types of foreskin in a general population and cancer patients. *Am J Surg Pathol* 2003; 27 (7) : 994-8.
5. Neves D; Camara G; Alencor T; Da Cruz MR; Martins CR; Carvalho LG: Prevalence of Human Papillomavirus in Penile Carcinoma. *Braz J Urol* 2002; 28: 221-226.
6. Frisch M; Friis S; Kruger KS: Falling Incidence of penis cancer in on uncircumcised population (Denmark 1943-1990). *BMJ* 1995; 311:1471.
7. Fleiss PM; Hodges F. Neonatal circumcision does not protect against cancer. *BMJ* 1996; 312(7033) :779-780.
8. American Cancer Society. Cancer de Pene. [en línea] 2003 Julio 18 [fecha de acceso 22 de Agosto del 2003]. URL disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/pene/HealthProfessional/page1>.
9. American Joint Comité On Cancer. Penis In: *AJCC Cancer Staging Manual*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., pp 215-17, 1997.
10. eMedicine. Penile Cancer. [en línea] 2004 Julio 10 [fecha de acceso 12 de Julio del 2004]. URL disponible en: <http://www.emedicine.com/med/topic3046.htm>.
11. Sánchez-Ortiz RF; Pettaway CA: Natural history, management, and surveillance of recurrent squamous cell penile carcinoma: a risk-based approach. *Urol Clin North Am* 2003; 30 (4): 853-67.
12. Velazquez EF; Cubilla AL: Lichen sclerosus in 68 patients with squamous cell carcinoma of the penis: frequent atypias and correlation with special carcinoma variants suggests a precancerous role. *Am J Surg Pathol* 2003; 27 (11): 1 448-53.