

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA



TESIS

CANCER DE PENE

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Jorge Alberto Colindres Martínez

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1983

616.994

c69

c.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE HONDURAS
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA



TESIS

CANCER DE PENE

PRESENTADA POR EL BACHILLER

Jorge Alberto Colindres Martínez

PREVIA OPCION AL TITULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA

TEGUCIGALPA, D. C.

HONDURAS, C. A.

1 9 8 3

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

R E C T O R :

ABOGADO : OSWALDO RAMOS SOTO .

SECRETARIO GENERAL :

LICENCIADO : ANGEL ANTONIO MEJIA . E .

AUTORIDADES FACULTAD DE MEDICINA

JUNTA DIRECTIVA

DECANO :

DR. RAUL FELIPE CALIX .

VICEDECANO :

DR. VICTOR MANUEL RAMOS .

SECRETARIA :

LIC. EVA LUZ DE ALVARADO .

PRO SECRETARIO :

LIC. RAMON ARTURO DONAIRE U .

VOCAL I :

DR. CARLOS RAMON GARCIA V .

VOCAL II :

DR. GUILLERMO G. CASTELLANOS .

VOCALES :

BR. JULIO A. COLINDRES H .

BR. ALICIA MEJIA MEDINA .

BR. LEMPIRA E. ALMENDAREZ .

BR. ONIX MARGARITA MELZER .

DEDICATORIA

A DIOS TODOPODEROSO, POR HABERME DADO VOCACION E ILUMINARME A TRAVES DE ELLA.

A MIS PADRES:

LIC. MARCO ANTONIO COLINDRES BENDAÑA.

SRA. MARIA CRISTINA M. DE COLINDRES

DIGNOS EJEMPLOS DE TRABAJO Y HONRADEZ, CON AMOR, ADMIRACION Y RESPETO.

A MIS HERMANOS:

ROSAMARIA, TONY, JULIO, LORENA, EDGARDO, ZELMA Y NINFA; CON INFINITO AMOR.

A MI ABUELA:

SANTOS DE J. MARTINEZ

CON AMOR Y AGRADECIMIENTO POR SUS CONSTANTES CONSEJOS Y ORA
CIONES.

A MIS DEMAS FAMILIARES CON CARIÑO.

DEDICATORIA ESPECIAL

AL DOCTOR RIGOBERTO LOPEZ LAGOS, POR HABERME BRINDADO EL
ASESORAMIENTO EN EL DESARROLLO DEL PRESENTE TRABAJO.

A MIS COMPAÑEROS DE PROMOCION. CON ESPECIAL CARIÑO A:

FANNY

CHARLIE

GERA

SERGIO

MARITZA

MANOLO.

C O N T E N I D O

- I.- INTRODUCCION.
- II- PROBLEMA.
- III OBJETIVOS.
- IV- ASPECTOS GENERALES DEL CANCER DE PENE.
- V.- ASPECTOS GENERALES DE LA CIRCUNCISION Y SU RELACION PROFILACTICA SOBRE EL CANCER DE PENE.
- VI- HIPOTESIS.
- VII VARIABLES A UTILIZAR.
- VIII DEFINICION DE VARIABLES Y SU CATEGORIZACION.
- IX- METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS.
- X.- RESULTADOS.
- XI- CONCLUSIONES.
- XII RECOMENDACIONES.
- XIII RESUMEN.
- XIV- RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LAS 25 PERSONAS YA CIRCUNCIDADAS.
- XV- BIBLIOGRAFIA.
- XVI A N E X O S.

CAPITULO No. I

I N T R O D U C C I O N

El cáncer de pene, como un problema significativo en el mundo de la salud, es una de las neoplasias más comunes en cuanto a morbilidad masculina se refiere, ocupando lugares inmediatos después del cáncer de pulmón, de próstata, de estómago y de colon.

No existe hasta la vez una estadística en cuanto a la incidencia de esta patología en nuestro país aunque se estima, con el presente estudio, unos resultados similares o relativos, al compararlos con los del resto del mundo.

Se ha estimado en estadísticas reportadas que la frecuencia de esta patología ocurre en el 3% de los cánceres en el varón; y que la misma va en aumento principalmente en países subdesarrollados, faltos de una educación adecuada tanto sexual como cultural.

El propósito del siguiente trabajo, es, luego de realizar una revisión bibliográfica actualizadas, exponer los puntos mas relevantes sobre la teoría acerca del cáncer de pene y su relación directa con la circuncisión, higiene personal y nivel socioeconómico, para dar a conocer a futuros lectores lo importante de todo este tema, tanto para el Médico así como por las repercusiones que pudiera ocasionar en el paciente; al mismo tiempo dar a conocer la realidad nuestra, el manejo de estos pacientes en nuestro hospital, establecer su incidencia, así como exponer su cuadro clínico, sus manifestaciones y su tratamiento.- También se pretende establecer las ventajas y des

ventajas de una circuncisión profiláctica en nuestro medio, sin dejar apar
te las otras condiciones propiciatorias, que contribuyen de una u otra ma-
nera a la instalación de esta patología y su rango de edad mas frecuente.

Se presentarán una serie de hipótesis, las que se espera comprobarlas al fi
nal del estudio, luego de relacionar el tema consultado con las variables
que se utilizarán para esta investigación.

Se realizará además un estudio estadístico para encontrar relación del cán-
cer de pene con las siguientes variables: Edad, procedencia, ocupación, ni-
vel socioeconómico, religión, antecedentes de circuncisión, antecedentes de
fimosis o de prepucio redundante y otras que enunciare al final con todos
los resultados y sus respectivos análisis, para una conceptualización mas
amplia de nuestra realidad.

Al final del presente trabajo, se darán algunas conclusiones y recomendacio
nes que serán producto de mi experiencia por el estudio del tema que espero
sea beneficioso para todos los lectores e interesados en esta patología.

El diseño metodológico a seguir en el desarrollo de este trabajo de investi-
gación, está implícito en un capítulo aparte que se consignará posteriormen-
te.

P R O B L E M A

En nuestro medio y en particular en nuestro país, el cáncer de pene al igual que en otras regiones de Latinoamérica, Africa y Asia en donde se encuentran países con bajo nivel económico y cultural se observa una frecuencia un tanto marcada en la aparición de esta enfermedad, constituyen según estadísticas extranjeras el 3% de los casos de cáncer en el varón. (9)

Esta patología nos crea un problema y es el de plantear un tratamiento precoz, curativo y un manejo adecuado a lo que el paciente acepte satisfactoriamente sin dañársele su dignidad, ya que esta patología es degradante y humillante para quien la padece.

Con el presente trabajo de tesis se pretende, después de practicar una revisión del problema en el Hospital Escuela de Tegucigalpa, D.C. en los últimos cuatro años, establecer una incidencia actual, esperando encontrar los mismos factores o parámetros que inciden directamente en el desarrollo de este padecimiento, sujetos a la pobreza, al aseo corporal y la no práctica de la circuncisión.- Con la revisión a este problema podremos confirmar que este padecimiento incide en las capas o estratos sociales bajos y económicamente desamparados de la población, manifestándose en estadíos avanzados que, como ya habíamos dicho anteriormente requieren tratamientos agresivos hasta llegar a mutilaciones con lamentables repercusiones anatomofuncionales y psíquicas; producto esto, de parte del paciente, por una actitud negativa ante las manifestaciones y a veces ya evidentes del pa...

decimiento, condicionado por varias razones como la apatía, falso pudor, prejuicios irracionales y algunas veces dificultad o imposibilidad de obtener atención médica a tiempo preciso.

Respecto a la circuncisión, uno de los factores o parámetros que nos sirve como profilaxis en la aparición del cáncer de pene, en nuestro medio se tiene como una práctica que solamente las personas adineradas pueden llevarla a cabo en sus hijos recién nacidos, además que no es un procedimiento de rutina en nuestros hospitales públicos, donde acuden a dar a luz madres de familias desposeídas económica y culturalmente, por lo que la gran mayoría de nuestros habitantes no son circuncidados.

Otro problema que existe es que nuestros varones adultos con fimosis, padecimientos locales, y agregando a esto la falta de aseo, provoca lo que explicaremos posteriormente la acumulación de esmegma, una sustancia con propiedades carcinogénicas.- Estos adultos, quienes están necesitando urgentemente la práctica de la circuncisión, aunque se les comunique no la aceptan debido a que creen que su potencia sexual disminuirá, se sentirán menos viriles, creen que es un procedimiento doloroso; lo que les conlleva según los Psiquiatras y los opositores a este procedimiento a complejos de castración, difícilmente de superar, por lo que estos pacientes prefieren padecer de balanopostitis de por vida que practicársela.- No se pretende que esto nos conlleve a la aparición del cáncer de pene, pero si lo predispone por su falta de aseo local, que es otro problema, producto de la dificultad de llevarla a cabo en una forma adecuada y por una falta de educa-

ción sexual.

Lo anterior explica que en los países económica y culturalmente desarrollados, los pacientes solicitan atención médica ante las primeras manifestaciones del padecimiento y que lo contrario acontece en países o colectividades paupérrimas.

O B J E T I V O S

- 10.- Establecer condiciones socioeconómicas y culturales como causa de la incidencia en el desarrollo del Cáncer del Pene.
- 20.- Establecer una incidencia actual del Cáncer de Pene en el Hospital Escuela.
- 30.- Exponer las condiciones propiciatorias para el desarrollo del Cáncer de Pene.
- 40.- Ventajas de la circuncisión profiláctica en el desarrollo del Cáncer de Pene.
- 50.- Repercusiones de tipo psico-sexual en pacientes circuncidados.
- 60.- Realizar una revisión bibliográfica sobre el Cáncer de Pene.
- 70.- Realizar una revisión bibliográfica sobre la circuncisión y su relación con el Cáncer de Pene.

ASPECTOS GENERALES DEL CANCER DE PENE

El aparato genital del varón comienza a diferenciarse hacia la sexta semana de vida intrauterina, derivándose del pliegue urogenital del epitelio germinativo.- A partir de esta edad el órgano experimenta crecimiento progresivo y maduración respectiva hasta ir originando el falo cilíndrico del que proviene el pene del varón o el clítoris de la mujer.- Así pues, las anomalías en esta etapa incipiente de desarrollo explican los grados intermedios en la anatomía definitiva de la estructura genital del adulto.- Específicamente y hablando del pene, en cuanto a sus aspectos normales diremos que está constituido por tres órganos eréctiles íntimamente unidos: Dos laterales, los cuerpos cavernosos y uno medial, el cuerpo esponjoso a través del cual cursa la uretra en su porción peneana; el glande, que se encuentra en los extremos distales de estos tres órganos longitudinalmente, el prepucio, repliegue que cubre el extremo distal del pene y el cual se haya fijado en todo el surco balano-prepucial y que se puede retraer.- Su riego sanguíneo proviene de la arteria pudenda interna, rama de la arteria ilíaca externa, Su sistema venoso desemboca en el plexo prostático. Los linfáticos desembocan en los ganglios inguinales superficiales y subinguinales, los que ha menudo participan en estados patológicos inflamatorios y neoplásicos del pene.

Este órgano es asiento de muchas anomalías congénitas que incluyen desde la falta congénita y la hipoplasia hasta la hiperplasia, duplicación y otras en cuanto a tamaño y forma.

Existen unas mas frecuentes que otras, las que revisten mayor importancia son: La hipospadias, la epispadias y la fimosis que para nuestro tema es muy importante y factor predisponente, el cual consiste en que el orificio del prepucio es demasiado pequeño para permitir la retracción normal que debe tener.- Además la fimosis también puede resultar de una cicatrización inflamatoria.- Esta situación es importante, pues dificulta el aseo local, permitiendo la acumulación de secreciones y detritus debajo del prepucio lo que facilita que se presenten infecciones bacterianas secundarias y dar predisposición a procesos neoplásicos.- Aparte de ser una situación dolorosa, en ocasiones puede causar estenosis meatal y retención urinaria grave.

En cuanto a inflamaciones locales, diremos que están circunscritas al glande y prepucio, las que incluyen estados patológicos específicos e inespecíficos.- Algunas de las entidades clínicas de importancia son la balanopostitis que generalmente ocurre en pacientes fimóticos o que posean prepucio redundante, que como dijimos antes dificulta la limpieza local y predispone a que las bacterias se desarrollen en las secreciones y el esmegma se acumule (factor carcinogénico).- También de importancia la sífilis, el chancro blando, la blenorragia, el granuloma inguinal, herpes y otras.

Del esmegma se sabe que está formada por la descamación del epitelio prepucial y por el producto de glándulas (glándulas de Tyson), que no acumulan esta sustancia en la luz glandular ni en criptas epiteliales, sino que la vierten en la superficie, por lo que su remoción es fácil.- Además contiene grasas neutras, ésteres de colesterol y colesterol libre.

De su acción carcinogénica varios investigadores han experimentado fricciones con esmegma en animales para tratar de comprobar su acción carcinogénica, revelando que la mayoría ha logrado producir cáncer o cambios metaplásicos en el sitio de aplicación, aunque otros han fracasado.

Estadísticas extranjeras, han reportado que el cáncer de pene constituye un 3% de todas las neoplasias en el varón.

Segun su grado de patogenicidad, los tumores de pene se dividen en: Benignos, malignos y entidades intermedias; denominadas lesiones precancerosas.

Dentro de los tumores benignos mas frecuentes se encuentran: El Papiloma como un proceso neoplásico esporádico, algunas virosis como el condiloma acuminado y la verruga venérea, generalmente transmitidas por contacto sexual; así como también otras entidades pre-neoplásicas como el condiloma acuminado gigante o tumor de Buschke-Lowenstein (epitelioma espinocelular) eritroplasia de Queyrat y Leucoplaquias.(9) Además existen otras entidades benignas como: Lipomas, fibromas, neuromas y angionas absolutamente raras. Hasta donde se sabe, estas lesiones son benignas en toda su evolución y es poco frecuente que experimenten una transformación cancerosa.

En cuanto a tumores malignos se refiere se puede enumerar una lista, entre ellos. Melanocarcinoma, endoteliosarcoma, fibrosarcoma y carcinoma de células escamosas; siendo este último el mas frecuente y los demás excepcionales.- Cuando se está haciendo alusión a este tumor maligno, casi siempre se está refiriendo a carcinoma de pene de células escamosas.

Como ya se había expuesto anteriormente, cuando se hacía alusión al problema que, tanto por sus repercusiones en el paciente, como para la terapia que se ofrece cuando se presente ya en estadios avanzados y tomando en cuenta lo desagradable que esta patología es, generalmente producto de una mala higiene personal, viviendas insalubres, una condición socioeconómica baja, escolaridad deficiente y otras, traducido todo esto en un bajo nivel cultural, se puede decir también que casi exclusivamente es una patología que se presenta en adultos mayores y viejos.- Las estadísticas extranjeras señalan una mayor frecuencia entre la quinta y la séptima década de la vida, disminuyendo ésta antes y después de este rango.- En un estudio realizado en México por el Dr. Velasco y Areel en el año 1969 se notifica un 5.6% de cáncer de pene en pacientes entre los 20 y 29 años de edad; asimismo el Dr. Cooray en 1972 obtiene un 3% de 248 pacientes entre los 15 y 24 años de edad demostrando en esta forma que también se puede presentar en personas jóvenes.

Si agregamos otro factor importante en la predisposición a este cáncer, como es la práctica de la circuncisión y nos acercáramos a las estadísticas mundiales notificadas, veremos que es un factor bien determinante y así observamos que, lugares donde la circuncisión en recién nacidos es la regla, así como regiones donde esta práctica es un procedimiento ritual en los primeros días del nacimiento, como Israel, en donde el cáncer de pene es prácticamente inexistente y raro en los países Islámicos (Musulmanes), así como en grupos de poblaciones inmersos en pueblos asiáticos y africanos, quienes practican también la circuncisión como algo ritual en los pri...

meros años de la vida.- Además estudios reportados en la literatura, especifican que en grupos a quienes se les ha practicado la circuncisión en pe ríodos de recién nacidos o en las primeras etapas de la vida, no han encon trado casos en un número que sea significante, se conoce solamente ocho ca sos de cáncer de pene en pacientes circuncidados: 6 judíos y 2 musulmanes.
(11)

La práctica de este procedimiento ha llegado a una conclusión y es la que dice: si se practica en el período neonatal el cáncer de pene es inexisten te, es raro que aparezca si se practica en la primera o segunda infancia y el riesgo a padecerlo comienza cuando esta práctica ha sido llevada a ca- bo en la pubertad o durante la vida adulta.

Otra situación ya planteada es que en una proporción elevada en pacientes con este padecimiento presentaban antecedentes de fimosis o un prepu cio re dundante y otra es o agregada a estas la falta de higiene personal y local de cada sujeto, dando todo esto lugar a la acumulación de la secreción lla mada esmegma, con propiedades carcinogénicas y que fue explicada anterior- mente.

En cuanto a sus manifestaciones clínicas, estas aparecen de una manera muy temprana y son fáciles de observar, siendo que se presenta en un órgano ex terior el cual está sometido a observación continua y obligada, pero se ha ce tardada su manifestación por dos situaciones:

1.- La presencia de fimosis que oculta las lesiones primarias por tiempo

variable, hasta que éstas crecen y producen abultamiento o dan lugar a salida de secreciones lo que nos está indicando patología interior.

- 2.- La actitud mental negativa del paciente ante las manifestaciones, a veces ya evidentes, condicionado esto por la apatía o indiferencia, ignorancia, falso pudor, prejuicios irracionales y algunas veces dificultad o aún imposibilidad de obtener atención médica por pobre condición económica y que se expone anteriormente en forma de problema para la obtención de una atención adecuada y precoz.

La queja al tiempo de la admisión al hospital se refiere como una masa en el pene, una lesión ulcerosa, dolor en el pene, descarga de secreciones blando amarillentas, también la refieren como una enfermedad venérea, la cual generalmente ha sido tratada como tal por algún facultativo o por el mismo paciente.- Muy raramente el síntoma principal es linfadenopatías inguínales o por alguna tumoración.

El sitio mas común de inicio para el carcinoma de células escamosas de pene es el glande y le continúan en orden de frecuencia el prepucio, surco balano-prepucial y el cuerpo del pene muy ocasionalmente.- Hay dos formas de presentación clínica del cáncer de pene:

- 1.- La proliferativa, vegetante o exofítica, y
- 2.- La ulcerosa o terebrante.

Las cuales en su comienzo se definen claramente, pero ya en estados avanzados pueden aparecer en formas mixtas.

El cáncer de pene tiene un solo rumbo de avance y lo hace hacia el cuerpo y la raíz del órgano, su progresión suele ser lenta, sobre todo la forma vegetante, dando lugar para poder ser advertida y por ende tratada a tiempo. La modalidad ulcerosa, tiene a extenderse y a profundizar y en general su evolución es mas rápida.

La diseminación metastásica se efectúa generalmente por medio de los ganglios inguinales superficiales y profundos a través de la vía linfática y en menor grado por la vía sanguínea, cuando son invadidos los cuerpos cavernosos o el cuerpo esponjoso.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, el diagnóstico se hará con la búsqueda de la lesión sospechosa que pudiera estar oculta por el prepucio redundante o fimótico, practicando generalmente una abertura quirúrgica con un corte longitudinal dorsal, para así exponer a la vista el glande y el surco balano-prepucial y obtener inmediatamente el material para biopsia, único medio que confirma el diagnóstico.- También es importante definir la lesión específica encontrada lo que será base para proporcionar una conducta a seguir en el tratamiento a instaurarse.- Para clasificar respecto a su grado de propagación y su presentación clínica, son importantes los siguientes datos:

- 1.- Su naturaleza vegetante o bien ulcerativa.
- 2.- Lugar que ocupa, extensión y profundidad.
- 3.- La amplitud de la invasión en el glande o el cuerpo del pene.
- 4.- Búsqueda de metastásis inguino-crurales e intra-abdominales.

5.- La posible existencia de metástasis a distancia y a qué lugares.

De acuerdo a las bases anteriores, se han propuesto varios enunciados para clasificar los estadios de presentación clínica, uno de ellos es el aceptado por los Urólogos americanos y que se le denomina: Clasificación de Jackson para el Carcinoma de Pene:

A.- ESTADIO I:

Lesión tumoral confinado al glande, prepucio o ambos únicamente.

B.- ESTADIO II:

Lesión tumoral envolviendo además del glande o el prepucio, a el cuerpo del pene.

C.- ESTADIO III:

Existencia de una masa tumoral en el cuerpo del pene más metástasis a nódulos linfáticos inguinales traducidos en linfadenopatías.

D.- ESTADIO IV:

Tumor extendiéndose más allá del cuerpo del pene, metástasis a nódulos inguinales o metástasis a distancia.

Cabe mencionar que al momento de la primera consulta, existe la dificultad en la clasificación para un estadio clínico, pues usualmente la lesión llega en una presentación mixta.

Referente al pronóstico y tratamiento, el cáncer de pene ofrece muchas oportunidades para advertirlo y obtener auxilio médica tiempo.- Cuando la lesión es inicial, muy pequeña y no infiltrante, casi cualquier método que

se utilice para su destrucción puede ser curativo en un porcentaje cercano al 100%; aunque el tipo de decisión terapéutica debe ser tomada por un Oncólogo competente y aplicada a un enfermo comprensivo y obediente, condiciones que, sobre todo estas últimas, son de difícil concurrencia; de aquí que la mayoría de los casos la decisión debe ser quirúrgica, para tratar de asegurar desde el principio la curación.

Los métodos conservadores no quirúrgicos consisten en la utilización de la acción citolítica de las radiaciones ionizantes, que pueden aplicarse bajo la forma de radioterapia externa, superficial o de contacto en diversas modalidades, o bien en aplicación intersticial.- El uso de estas formas de tratamiento con criterio curativo, se refiere casi exclusivamente a la lesión primaria, peneal, ya que parece haber acuerdo entre Oncólogos, Radioterapeutas y Urólogos; en que no deben usarse sobre las metástasis, excepto en casos considerados inoperables y sólo con intención paliativa.

El manejo quirúrgico puede consistir en:

- 1.- Amputación parcial a 2 cms del borde de la lesión, en caso de que ésta no abarque más del tercio inicial del órgano y no presente metástasis ganglionares.
- 2.- Amputación total con disección inguinal, uni o bilateral, con extirpación de una sola pieza de todo el espécimen, cuando la lesión abarca hasta el tercio medio o más del órgano y existe sospecha o se tiene la confirmación por medio de la biopsia por aspiración o trans-operatoria

(excisional), de la existencia de metástasis inguinales.

- 3.- Emasculación, o sea la ablación del pene y las bolsas escrotales con su contenido, cuando existe invasión de la base del pene e infiltración hacia la piel escrotal.- Esto incluye la extirpación de una sola pieza, con suficiente margen, de piel abdómino-inguinales.- En procesos tan avanzados es frecuente que haya metástasis a ganglios intraabdominales, ilíacos; los cuales serán incluidos en la extirpación.

Dos puntos capitales a tomar en cuenta en estas dos últimas modalidades quirúrgicas son:

- 1.- Cubrir lo mas adecuadamente posible el defecto de piel y grasa que que da, así como los vasos femorales denudados, para lo cual se puede usar la piel escrotal en caso de que no se incluya en la extirpación, o bien colgajos pediculados o libres de piel y el músculo sartorio que se sobrepone a los vasos mencionados.
- 2.- El tratamiento cuidadoso del meato uretral, que siempre se abocará al perineo y que debe dejarse suficientemente largo.- Esto último es importante para no añadir sufrimientos ulteriores a los ya excesivos que tendrá el paciente.

Los grados mayores de invasión, aquellos que involucran la uretra bulbar o perineal o que presentan ²ulceración de metástasis y difusión tumoral a la piel abdominal, ya no son subsidiarios de cirugía, sino de métodos pa-

liativos, entre los cuales cuenta la radioterapia.

ASPECTOS GENERALES DE LA CIRCUNCISION Y SU
RELACION PROFILACTICA, SOBRE EL CANCER DE PENE

Circuncisión, uno de los procedimientos quirúrgicos mas antiguos que se co
noce, desde el inicio de la humanidad, instalándose para unos como un rito
religioso como es el caso de los judíos y musulmanes y para otros se con-
vierte en consideraciones médicas para la higiene o corrección de ciertas
anormalidades.

Una circuncisión, es la resección del prepucio completo y mucosa suficien-
te, de tal modo que el glande quede al descubierto y siempre expuesto.

La mayoría de los padres de familia, requieren que sus hijos varones sean
circuncidados antes de salir del hospital, en países desarrollados este
procedimie to ha venido practicándose muy frecuentemente casi siempre por
exigencia de estos padres, quienes aún sin saber de sus beneficios lo de-
sean de una u otra manera.

Generalmente es practicada en el curso de las primeras 24 horas de vida,
dando lugar a una ligera adaptación del recién nacido al ambiente extrae-
terino.- La circuncisión puede ser practicada, aún en los prematuros o re-
cien nacidos comprometidos, estando contraindicada en los recién nacidos
con presencia de malformaciones congénitas, especialmente del tracto geni-
tourinario y las discrasias sanguíneas.

Hasta la fecha, este procedimiento continúa siendo controversial, en tér-

minos de riesgos y beneficios.

Se tiene conocimiento, que desde su inicio, ha tenido opositores a tal procedimiento, arguyendo que es un potencial para complicaciones futuras. Entre los muchos puntos de vista en este debate, está el protegido valor de la operación contra el cáncer de pene versus la morbilidad del proceso.

La Academia Americana de Pediatría(11) dice, que, la circuncisión es un método efectivo de prevención del cáncer de pene, pero ha mantenido a la vez, que si bien su efecto protector es bueno, la incidencia de cáncer de pene es tan baja que no justifica los riesgos que nos puede ocasionar la circuncisión. A medida que la práctica de la circuncisión se ha hecho frecuente, la población que corre el riesgo de padecer cáncer de pene son los varones no circuncidados; esto basado en la casi nula incidencia de esta patología sobre los judíos y musulmanes, que la practican en una forma ritual, de ahí la conclusión que se tome como una medida profiláctica, para el desarrollo de este cáncer.

La gran mayoría de quienes se han ocupado y preocupado por el doloroso problema que plantea el cáncer de pene, Oncólogos, Urólogos e investigadores, proponen la circuncisión del recién nacido como protección prácticamente segura contra el cáncer de pene.- El grado de su insistencia y convicción sobre ello depende, lógicamente, de la importancia de este padecimiento en sus respectivos países, por eso los más convencidos son los autores Vietnamicos, Hindúes, Africanos y Latinoamericanos.

Hay sin embargo, opositores a la circuncisión rutinaria postnatal, algunos casi a cualquier modalidad de circuncisión; generalmente no son Oncólogos ni Urólogos y muchos de ellos manifiestan esta oposición frecuentemente con exaltada emotividad por este procedimiento.

Finalmente, hay quienes, aceptando el papel profiláctico de la circuncisión, asumen el criterio de esperar para practicarla hasta los tres o cuatro años de edad, que es cuando se hace evidente la fimosis como verdadera anomalía congénita.- En los demás casos piensan que sería suficiente con una buena educación de higiene genital.- Casi todos ellos, por supuesto, radican y ejercen en países de elevado nivel económico, social y cultural.

Si bien es cierto, que el riesgo de complicación existente, ante este proceso, las estadísticas lo confirman y es reportado un 2% post circuncisión, entre las que cuentan: Infección local, hemorragia, herida de glande y su proceso cicatricial, úlceras meatales y estenosis meatal.

Casi nunca estas complicaciones, nos llevan a muerte, en tal caso, las reportadas, indican a la sepsis como su causa, producto usualmente por una mala técnica quirúrgica o falta de asepsia.

En resumen, la circuncisión en recién nacidos es practicada únicamente por dos razones:

- 1.- Religiosas.
- 2.- Por conveniencia y protección del recién nacido, pues le facilitará

una mayor higiene en todos sus aspectos.- Otras por indicaciones médicas a diferente edad, por padecer el paciente de ciertas dolencias o malformaciones como la balanitis, la fimosis y la parafimosis como ejemplos.

Existen ciertos argumentos en pro y en contra de la circuncisión neonatal, los que han sido recopilados de la literatura internacional, y que a continuación se exponen:

A.- Argumentos a favor de circuncisión inmediata postnatal:

- 1.- En circuncidados recién nacidos no se presenta el cáncer de pene. Hay ocho excepciones (6 Judíos y 2 Musulmanes). En circuncidados adultos no parecer proteger; pero sí se presenta cáncer es más fácil advertirlo.
- 2.- Se advierte una frecuencia de cáncer de pene, en relación con circuncisión temprana, frecuencia de relaciones sexuales e higiene de genitales.
- 3.- En la cavidad subprepuical se retienen irritantes, posiblemente carcinógenos, asociados a descomposición esmegmática.
- 4.- Aumenta la resistencia local al frotamiento y la abrasión durante el coito, y consecuentemente, disminuye la posibilidad de infecciones, contagiosas o no.
- 5.- Se puede hacer fácil limpieza genital.
- 6.- En no circuncidados es mucho mayor la frecuencia de infecciones

venéreas o no y de sífilis, y puede acontecer parafimosis.

- 7.- En 365 hospitales de E.U.A y Canadá (1963-64) el prepucio redundante y la fimosis estuvieron en el sexto lugar de frecuencia entre 50 padecimientos urológicos por lo que los pacientes pidieron atención, la gran mayoría entre uno y nueve años de edad.- Son pues más frecuentes que el cáncer de próstata y el de vejiga.
 - 8.- La fimosis o en su ausencia la falta de aseo subprepuccial es una amenaza más seria para la mujer que para el hombre, por el cáncer cérvico uterino.
 - 9.- Usando el anillo de Hollister (de plástico) para realizar la circuncisión, no hay complicaciones.
 - 10- 30,000 ircuncisiones practicadas rutinariamente por 250 médicos no tuvieron complicaciones.
 - 11- Millones de judíos circuncidados, desde Abraham, sin que se hayan rebelado contra esta práctica.
 - 12- Porque no hacer profilaxis del cáncer de pene con la circuncisión, como se hace la profilaxis de infecciones oculares en el recién nacido.
 - 13- La posición anticircuncionista apoyada en una sobre valoración de los genitales masculinos tiene orígenes psicológicos oscuros.
- B.- Argumentos en contra de circuncisión inmediata postnatal:
- 1.- El prepucio protege el glande de lesiones por fricción, químicas o bacterianas y de la humedad.
 - 2.- La circuncisión tiene complicaciones, ha habido ocho muertes por

esta operación.

- 3.- Puede dar lugar a infección, sangrado y estrechez del meato uretral.
- 4.- Es efectivamente profilática de cáncer de pene, pero ésta enfermedad es rara.
- 5.- Experimentalmente no se ha comprobado de modo incontrovertible o fehaciente la acción carcinógena del esmegma.
- 6.- Puede el niño ser hemofílico.
- 7.- Puede existir hipospadias u otro defecto peneano en los que el prepucio sería aprovechable en cirugía reconstructiva.
- 8.- El jabón y el agua son eficaces y suficientes para la higiene genital.
- 9.- Es una operación bárbara e innecesaria.
- 10- Constituye una falta de respeto a la integridad y muy probable sensibilidad del niño, del cual se violan sus derechos porque no puede protestar.
- 11- La circuncisión no protege del cáncer de pene, ya que éste se inicia en el curso balano-prepucial y lo que se quita con la circuncisión es el prepucio.
- 12- Posiblemente produzca trastornos psiquiátricos.
- 13- La circuncisión no tiene significancia médica o higiénica; se practica ritualmente para cumplir un convenio religioso.

H I P O T E S I S

- 1o.- El cáncer de pene se presenta casi específicamente en adultos mayores o viejos con deficiente posición socioeconómica y cultural; muy ocasionalmente en personas jóvenes.
- 2o.- El cáncer de pene se presenta exclusivamente en personas no circunc dad s. En nuestro medio esta práctica no es usada como método profiláctico, ni como procedimiento rutinario.
- 3o.- La mayoría de los pacientes con cáncer de pene en nuestro medio son obreros y campesinos, procedentes del Area Rural.
- 4o.- Los pacientes que llegan a la atención médica lo hacen tan tarde, que casi todos los tratamientos que se les propone repercute en ellos ocasionando alteraciones anatómicas, funcionales y psíquicas.
- 5o.- No existen efectos indeseados órganicos, funcionales o psíquicos pos teriores a la práctica de la circuncisión.
- 6o.- Se espera que los resultados de la investigación estadística a reali zar sean similares a los ya reportados en la literatura.

VARIABLES A UTILIZAR

I.- Variable Dependiente:

Cáncer de pene (su relación con la circuncisión, su frecuencia, resultados, etc).

II- Variables Independientes:

a.- Edad.

b.- Estado civil.

c.- Procedencia.

d.- Religión.

e.- Nivel educativo.

f.- Antecedentes patológicos previos a la instalación del cáncer de pene.

g.- Lugar de aparición de la primera lesión.

h.- Tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la consulta al hospital.

i.- Tratamiento recibido intrahospitalariamente.

DEFINICION DE VARIABLES Y SUS CATEGORIAS

Las variables que se analizaron en el desarrollo del presente trabajo incluyen las que a continuación expongo con sus respectivas categorías por medir:

1.- E d a d:

Es un parámetro que se tomó como variable con características de medición cuantitativa.- Se tomó en cuenta ya que existe una incidencia bien marcada en la aparición del cáncer de pene, estableciendo un tiempo de edad ya definido.

El estudio se basó, dividiendo para la medición de esta variable, tres rangos de edades de acuerdo a la escala siguiente:

- a.- Pacientes menores de 40 años.
- b.- Pacientes comprendidos entre 41 a 74 años.
- c.- Pacientes mayores de 75 años.

2.- Estado Civil:

VARIABLES con características cualitativas. Importante para nuestro estudio ya que por medio de él pudimos establecer que el cáncer de pene no es influenciado en su desarrollo, por condiciones como varones solteros promiscuos o varones casados con relaciones monógamas, Se midieron de acuerdo a los siguientes estados civiles:

- 2 -
- a.- Solteros
 - b.- Casados
 - c.- Viudos
 - d.- Divorciados
 - e.- Unión libre.

3.- Procedencia:

Se analizaron como una variable con características cuantitativas, debido a que en nuestro estudio es importante, puesto que estadísticamente, está comprobado que ésta patología la padecen con mayor incidencia obreros y campesinos, procedentes del área rural y en menor escala los del Area Urbana.

Se midieron de acuerdo al esquema siguiente:

- a.- Area rural.
- b.- Area urbana.

4.- Religión:

Variable con características cualitativas. Es importante para nuestro estudio, pues la práctica de la circuncisión en algunos grupos religiosos es un procedimiento rutinario y ritual, aunque en nuestra población el 99% son cristianos católicos-protestantes, es probable que tengamos más de algún caso no especificado, al mismo tiempo que nos servirá para comprobar la incidencia en personas que no practi-

can este procedimiento en una forma rutinaria, así como también tenerla como un método profiláctico.- Se midieron en la forma siguiente:

- a.- Cristianos (católicos y protestantes).
- b.- No cristianos.

5.- Nivel Educativo:

Variable con características cualitativas. Se tomaron en cuenta, debido a lo que anteriormente está expuesto, factor que participa en la predisposición del cáncer de pene, por ser una patología que se presenta casi exclusivamente en personas con bajo nivel educativo o nulo.- Se midieron de acuerdo al siguiente esquema:

- a.- Analfabetas.
- b.- Nivel educativo primario: Incompleto, completo.
- c.- Nivel educativo medio: Incompleto, completo.
- d.- Nivel educativo superior: Incompleto, completo.

6.- Antecedentes patológicos previos a la instalación del Cáncer de Pene:

Variable con características cuantitativas. Se estudió esta variable en este trabajo, por la relación existente entre el carcinoma de pene y estados patológicos previos, que de una u otra manera hayan podido tener una causal en su desarrollo.- Los más comunes son los siguientes:

- a.- Fimosis
- b.- Prepucio redundante
- c.- Balanopostitis
- d.- Blenorragia
- e.- Chancro sifilítico
- f.- Chancro blando.

7.- Lugar de aparición de la primera lesión.

Variable con características cuantitativas. Con esta medición se pretendió establecer, la frecuencia de lugar de aparición de la lesión inicial, para comprobar con estadísticas extranjeras en cuanto a que el glande es el lugar que usualmente se afecta primero.- Los lugares que se tomaron en esta medición de variable fueron los siguientes:

- a.- Glande
- b.- Prepucio
- c.- Surco balano-prepucial
- d.- Cuerpo del pens.

8.- Tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la consulta al Hospital:

Variable con características cuantitativas. Importante en nuestro estudio debido a que generalmente, el paciente que padece esta enfermedad acude al Hospital en tiempo avanzado, haciéndose la lesión difícil de tratarla en forma médica, y ofrecer mas que todo un trata-

miento quirúrgico o paliativo en muchos casos.- El tiempo lo tenemos en meses de acuerdo a la siguiente escala:

- a.- 0 - 12 meses
- b.- 13 - 24 meses
- c.- 25 - 36 meses
- d.- 37 - 48 meses
- e.- 49 meses o más
- f.- No se sabe.

9.- Tratamiento recibido intrahospitalariamente:

*Variable con características cuantitativas. Importante pues va en relación directa con el tiempo que toma el paciente, al realizar su primera visita al Hospital, en busca de manejo que se le ofrezca. Se tomaron los siguientes esquemas de tratamiento:

- a.- Quimioterapia
- b.- Cirugía conservadora (penectomía parcial)
- c.- Cirugía radical (penectomía total)
- d.- Radioterapia
- e.- Combinados
- f.- Ninguno.

METODO, MATERIAL Y PROCEDIMIENTOS

A.- Tipo de Estudio:

Para el desarrollo del presente trabajo de tesis se empleó un diseño tipo descriptivo-retrospectivo.

Se aplicó este tipo de estudio, pues el objetivo fue realizar una revisión bibliográfica, donde se exauso una síntesis del tema y con éste se hizo comparaciones con el estudio estadístico llevado a cabo en el Hospital Escuela, el cual fue la fuente de información.

B.- Descripción del Area de Estudio:

Realicé mi estudio limitándome al Archivo Estadístico del Hospital Escuela, debido a que es un establecimiento en donde acuden la mayoría de nuestra población principalmente los provenientes del Area Rural.

Además se llevó a cabo una encuesta, con el objetivo de buscar repercusiones funcionales, anatómicas y psíquicas posteriores a la práctica de la circuncisión, esto lo realicé en un grupo de pacientes escogidos o sea ya circuncidados, limitándome a esta Ciudad Únicamente que tengan el requisito de haber sido circuncidados en cualquier etapa de su vida independientemente de sus edades y tiempo post-operatorio.- Para esto conté con una lista de 25 pacientes que reunirán

dicha característica con sus respectivas direcciones para su encuesta oportuna.

C.- Población y muestra de estudio:

Como se trata de comprobar estadísticamente, los parámetros que predisponen las condiciones propiciatorias al cáncer de pene y en quienes es más frecuente, para luego realizar una comparación con la revisión bibliográfica, se establecieron como universo el número de expedientes que se encontraban archivados en el Hospital Escuel en los últimos cuatro años, siendo cada expediente una muestra del universo a quien ya hemos definido.- Esta conclusión que obtuvimos, fué de tipo generalizada, puesto que a este establecimiento acude la mayoría de nuestra población.

La otra población a estudiar, es acerca de pacientes ya circuncidados que se seleccionaron con sólo este requisito y se les practicó una encuesta ya formulada; con el fin de poder encontrar entre ellos una incidencia significativa en las repercusiones post-circuncisión y obtener una conclusión positiva o negativa en cuanto a la práctica de la circuncisión, sus ventajas profilácticas o sus desventajas y riesgos.

D.- Método de Recolección de Datos.

Una vez definido el universo y establecidas ya las variables a investigar, así como la forma en que se fueron seleccionando los expe-

dientes, se procedió a la recolección de los datos en base a un esquema que diseñé, en el cual incluí todos los aspectos a investigar, siempre teniendo como fuente de información el Archivo del Hospital Escuela.

Verificamos todos los expedientes que estuvieran comprendidos en los últimos cuatro años, que es el tiempo que tiene el Hospital de funcionar.

E.- Procedimientos.

Los pasos que se tomaron en la recolección de los datos, una vez hecho el esquema de tabulación para la utilización de ellos, fue luego de solicitar los expedientes al Archivo, revisar cada uno de ellos y tomar los datos que necesitábamos; los que ya estaban consignados en cada unidad y que se les tomó como válidos, confiables, precisos y objetivos.- Los datos que no estaban consignados se prescindí de ellos.

Se estimó un tiempo pertinente en dicha recolección de unos quince días y lo realicé únicamente con mis recursos, tanto humanos como materiales; contando con la coordinación y el asesoramiento del Doctor Rigoberto López Lagos.- Luego una vez terminada la recolección, procedí a la tabulación y sumario del estudio.

F.- Plan de Análisis.

Luego de obtener los datos, los resultados y habiendo hecho las comparaciones pertinentes, procedí a exponer mis conclusiones, utilizando un análisis estadístico y comparativo con sus respectivas especificaciones.

R E S U L T O S

CUADRO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL POR EDADES
DE LOS CASOS DE CANCER DE PENE.

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Pacientes menores de 40 años	4	10.3
Pacientes entre 41-74 años	32	82.3
Pacientes mayores de 75 años	3	7.7
	<u>39</u>	<u>100.0</u>

Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C.

Servicio de Urología 1979-1982.

Con los resultados anteriores, se concluye que, sí existe una tendencia bien marcada respecto a un determinado rango de edad, en el que el cáncer de pene hace su aparición y observamos que en nuestro estudio, el 82% de la muestra corresponden a ese rango de edad que reportan las estadísticas extranjeras; lo que viene a confirmar y a determinar un rango específico de edad en su aparición, siendo menos frecuente en sus extremos.

CUADRO 2

RELACION PORCENTUAL DE PACIENTES
POR ESTADO CIVIL Y APARICION DEL
CANCER DE PENE

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Solteros (viudos, divorcia dos, unión libre).	23	55,9
Casado	15	41,1
	<u>39</u>	<u>100,0</u>

Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología 1979-1982.

Con los datos obtenidos en este cuadro, se concluye que no existe ninguna relación entre el cáncer de pene y el estado civil del paciente, no siendo por lo tanto un factor predisponente.

Cabe mencionar que, la mayoría de nuestros campesinos y obreros vi. vida matrimonial de hecho, que es tomado como una soltería, por lo tanto por otras razones ya expuestas las que predisponen a este cáncer.

CUADRO 3

RELACION PORCENTUAL ENTRE LA PROCEDENCIA DEL PACIENTE CON CÁNCER DE PENE

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Area Rural	37	94,8
Area Urbana	2	5,2
	<u>39</u>	<u>100,0</u>

Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología 1979-1982.

Al igual que el resto del mundo, el cáncer de pene es una patología que, eminentemente se presenta en obreros y campesinos procedentes de las Areas rurales, lo que nos comprueba el 94.8% encontrado en nuestro estudio.- El 5.2% restante corresponde a las zonas marginadas del Area urbana, poblaciones que presentan las mismas características de las comunidades rurales que generalmente son poblados provenientes de esas mismas Areas.

CUADRO 4

CANCER DE PENE Y SU RELACION
CON LAS RELIGIONES

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Cristianos:		
Católicos	16	41.02
Protestantes	2	5.12
No Cristianos	0	0.00
No Consignados	21	53.80
	<u>39</u>	<u>100.00</u>

Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C.
 Servicio de Urología 1979-1982.

Realmente para nuestro medio, esta medición, no es un tanto práctica, dando un resultado ya esperado y poco contribuyente.- Aparte que es el dato que en su mayoría no fue consignar en los expedientes; se logró obtener una conclusión mas que todo comparativa, en el sentido que hay que tomarlo en cuenta y tener presente que, se han hecho estudios en países desarrollados, donde la diversidad de religiones es grande lo que implica en ellas, actos rituales, costumbres, tradiciones, medidas de salud e higiene y otros; lo que lleva en sí viene a formar de una u otra manera medidas profilácticas que contribuyen a salvaguardar la salud de muchas poblaciones; en cuanto a Cáncer de Pene se refiere, y así las estadísticas reporta

comparan comunidades de este tipo y otras sin estas características, encontrando una frecuencia mayor en éstas últimas; no así en comunidades religiosas.

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL QUE RELACIONA EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EL CANCER DE PENE

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Analfabetas	31	79.5
Primaria:		
Incompleta	8	20.5
Completa	0	0.0
Secundaria	0	0.0
Superior	0	0.0
	<u>39</u>	<u>100.0</u>

Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología 1979-1982.

De lo anterior se deduce que el nivel educativo es un factor predisponente para el desarrollo del cáncer de pene, en el sentido de poseer una educación tan deficiente que no permita un conocimiento básico sobre educación sexual y aspectos de higiene de genitales.

Se puede decir con los resultados obtenidos que 79.5% de la muestra sin

analfabetas y no solo en el sentido de no saber leer y escribir, sino sumergidos en una ignorancia extrema, tal que no les permite tener un pensamiento lógico para analizar el inicio de esta patología, buscan atención médica y posteriormente aceptan tratamientos instaurados.- Todo esto conlleva a una desorientación de parte del paciente a un proceso tan agresivo como es el Cáncer de Pene.

CUADRO 6

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ANTECEDENTES PREVIOS A LA INSTALACION DEL CANCER DE PENE

	<u>C A S O S</u>
Fimosis	6
Prepucio Redundante	4
Circuncidados	0
Balano Postitis	2
Blenorragia	3
Chancre Sifilítico	1
Chancre Blando	0
Ninguno	<u>12</u>
	39

Hospital-Escuela Tegucigalpa, D.C. Servicio de Urología, 1979-1982.
--

Como se expuso en Capítulo anterior, el cáncer de pene conlleva en sí cierta predisposición local en su apareamiento; de los resultados en cuanto a su relación con antecedentes patológicos locales previos, concluimos que, en la mayoría de los casos la Fimosis, el Prepuccio Redundante y la Balano-Postitis secundaria, casi siempre a los primeros procesos ya mencionados, son los responsables en la mayoría de los casos de la acumulación del esmegma y de su contacto continuo con el glande, y que a la vez, no permite que el paciente lleve a cabo diariamente limpieza higiénica adecuada. Todo esto se podía evitar, si los pacientes tuvieran conciencia de las ventajas que nos dá la circuncisión en cuanto a las facilidades para llevar a cabo tal limpieza.- De los pacientes estudiados llama la atención que ninguno de ellos había sido circuncidado anteriormente, por lo que se dice, que toda persona que no ha sido circuncidado y con pésimas medidas higiénicas, es un potencial para el desarrollo de este Cáncer.

Las otras patologías previas en lista, de una u otra manera tuvieron que ver en la aparición del cáncer en cada uno de estos pacientes.

CUADRO 7

RELACION PORCENTUAL EN CUANTO A
LUGAR DE APARICION DEL CANCER
DE PENE

	<u>C A S O S</u>	<u>PORCENTAJE</u>
Glánde	33	84,6
Prepucio	4	10,2
Surco Balano-Prepucial	2	5,2
Cuerpo del Pene	0	0,0
	<u>39</u>	<u>100,0</u>

Hospital-Escuela Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología 1979-1982.

El Cáncer de Pene tiene varios lugares de aparición, estando escrito en estadísticas anteriores un orden de frecuencia, que comparándolas con los resultados de nuestro estudio es el mismo, el cual es:

Primer lugar el Glánde

Segundo lugar el Prepucio

Tercer lugar el surco balanoprepucial

Cuarto lugar el Pene.

El 84% de los pacientes estudiados presentaron una primera lesión, una localización en el glánde.- Siendo el cuerpo del pene el lugar donde no se

inició ningún caso.- Se dice que es muy infrecuente y que si sucede es mas agresivo y maligno desde su comienzo.

CUADRO B

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PRIMER
SINTOMA Y LA PRIMERA CONSULTA AL
HOSPITAL EN LOS CASOS DE CANCER DE
PENIS

<u>M e s e s</u>	<u>C A S O S</u>
0 - 12	25
13 - 24	8
25 - 36	4
37 - 48	1
49 y Más	4
No se sabe	-
	<hr/>
	39

Hospital Escuela Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología, 1975-1982.

Con los siguientes resultados, ya esperados, antes de iniciar este estudio confirmamos lo que en el Marco Teórico se expuso, en cuanto a que la mayoría de los pacientes que inician el diagnóstico en menoscabo, buscan atención médica en un tiempo tardío, tal es el caso de los como la mayoría de

bién presentan edad avanzadas, no tomando el debido interés que implica lo que hace al mismo tiempo tomar medidas terapéuticas un tanto agresivas por parte del médico.- Dabe mencionar o aclarar en cierta forma, que si bien es cierto, el porcentaje de los pacientes estudiados se agrupan en el primer inciso o sea de 0-12 meses, no quiere decir esto, que llegaron al Hospital en una etapa temprana de la enfermedad, pues entran aquí la mayoría que se presentan al Hospital por primera vez, en un rango de 6-12 meses después de que apareció la primera lesión.- Este tiempo, que aparentemente no parece tener importancia, sí la tiene pues ya se considera que el Cáncer ha avanzado mucho por su carácter agresivo.- Además cabe mencionar, que no solo es parte del paciente es que se llega a un estado avanzado, esto también porque según datos consignados en las Historias Clínicas algunos pacientes fueron tratados por mucho tiempo con diagnósticos equivocados como ser Chancros sifilíticos u otras enfermedades venéreas lo que hizo que este padecimiento avanzara en perjuicio del mismo paciente.- Todo esto influye, como se dijo antes en la instalación de conductas radicales, reconstruyéndose en nuevas ocasiones por el mismo paciente.

CUADRO 9

CANCER DE PENE. TRATAMIENTO
EN 39 CASOS

<u>TRATAMIENTO</u>	<u>C A S O S</u>
Quimioterapia	0
Cirugía Conservadora (Penectomía Parcial)	10
Cirugía radical (Penectomía total)	25
Radioterapia	1
Combinados	0
Ninguno (fugados)	3
	39

Hospital-Escuela Tegucigalpa, D.C.
Servicio de Urología, 1979-1982.

Se ha planteado en muchas ocasiones, las condiciones en que llegan los pacientes al Hospital, los estadíos avanzados que son diagnosticados por parte médica, las biopsias reportadas como Cáncer de Pene, los tratamientos agresivos-radicales que se les ofrecen y la forma en que los aceptan unos y los rechazan otros.- El presente cuadro nos confirma que de los 39 casos estudiados, a 35 de ellos se les ofreció Penectomía total o parcial como único tratamiento a veces aceptando y a veces rechazando el tratamiento conservador sumando los 3 fugados del Hospital, no se reportó el tratamiento de Penectomía

y el de radioterapia que a la vez se les practicó Penectomía parcial, concluimos que a todos se les indicó de una u otra manera el mismo tratamiento, todo esto producto del estado en que llegaron al Hospital, a la vez por la misma actitud negativa del paciente hacia su sintomatología; falta de un buen diagnóstico primario y falta de conocimientos básicos que permitan al paciente buscar atención médica oportuna.

En estas situaciones la quimioterapia no tiene ninguna indicación precisa que nos permita un tratamiento adecuado y eficaz que aún en estadíos tempranos es controversial.

C O N C L U S I O N E S

- 1a.- El Cáncer de Pene es un grave padecimiento, raro en los países de alto nivel económico en los cuales sin embargo, se presenta en sus áreas rurales y urbanas más pobres, formando parte de lo que se ha hecho llamar patología de la pobreza.
- 2a.- El Cáncer de Pene, es frecuente en los países de más bajo nivel económico y en estos es raro entre los grupos que practican en forma ritual la circuncisión.
- 3a.- Prácticamente no se presenta en los circuncidados en los primeros días del nacimiento, es raro en los que se han hecho la circuncisión en los primeros años hasta la pubertad y protege en menor medida contra este Cáncer cuando se realiza después.
- 4a.- No ha sido aún demostrado experimentalmente en animales, de modo incontrovertible, el factor directo, carcinogénico del esmegma; pero la abundante observación clínica es muy significativa.
- 5a.- En Honduras, el Cáncer de Pene se puede calificar de frecuente, sabiendo que un porcentaje mínimo es el que acude al Hospital de todo el país. Se presenta en grupos humanos con características similares a los otros países.
- 6a.- Existen situaciones predisponentes para el desarrollo del Cáncer de

Pene, ellas son: Nivel socioeconómico bajo, la falta de circuncisión y la higiene personal.

- 7o.- Existen procesos patológicos o de malformación que también nos dan cierta predisposición para su desarrollo como ser: Fimosis, Parafimosis, Prepucio redundante y las Balanopostitis.
- 8o.- No existe ninguna relación entre el Cáncer de Pene y Enfermedades Venéreas previas o anteriores.
- 9o.- Existe un rango de edad, ya definido, en el que el Cáncer de Pene encausa todos sus casos, siendo este rango de la quinta a la octava década de la vida.
- 10.- Los pacientes llegan al Hospital en estadios ya avanzados de la enfermedad, lo que hace al médico, ofrecerles tratamientos radicales a veces no aceptados por el mismo paciente.

R E C O M E N D A C I O N E S

- 6.- Es recomendable que cada Médico, informe sobre la Circuncisión, en cuanto a ventajas y en lo que consiste el procedimiento a los padres de futuros hijos por nacer, para que ellos tengan una mejor claridad en cuanto a este concepto.
- 2.- Una orientación sexual bien orientada, que conlleve a la conceptualización basada en aspectos normales y en procesos patológicos relacionados con nuestros órganos genitales y la manera en que podemos hacer cierta prevención.
- 3.- Es recomendable una circuncisión rutinaria, postnatal en nuestros Hospitales Públicos y Privados.
- 4.- Empezar campañas sobre higiene personal, haciendo énfasis en la higiene de nuestros órganos genitales, ya que la mayoría de nuestra población pertenece al Area Rural, sin ser circuncidados y donde la higiene personal es deficiente y de poca importancia.
- 5.- Dar a conocer lo que es el Cáncer de Pene a toda nuestra población masculina y los parámetros que influyen en su aparición, así como las repercusiones que posteriormente dá.
- 6.- Recomendaciones e instrucciones sobre la presencia de procesos patológicos como fimosis, prepucio redundante, que puedan predisponer a

otras patologías más serias.

70.- Elevar el nivel de escolaridad para así las futuras generaciones ten gan una conciencia mayor de estas situaciones y el acceso a libros de enseñanza sean mayores.

R E S U M E N

Se ha descrito en una forma resumida, clara y precisa una revisión bibliográfica en el Marco Teórico sobre Anatomía del Pene, manifestaciones clínicas, tipos de Cáncer de pene, su diagnóstico y su tratamiento, al igual los factores predisponentes a esta patología y su manejo de acuerdo a sus estadios clínicos.- Esto presupone disponer de buenos conocimientos básicos para pensar que el nivel socioeconómico bajo, la falta de circuncisión e higiene local; son los factores que más influyen en la aparición de esta patología tan agresiva, indigna y humillante.- A este respecto quisiera enfatizar la especial importancia que reviste las características que unen en sí a todos los pacientes con Cáncer de Pene del cual hemos sacado ya nuestras propias conclusiones.

Los recursos señalados en párrafos anteriores también implican disponer de ciertas medidas necesarias, y con frecuencia las comunidades más altamente afectadas por esta causa, como ser Area Rural y Urbana marginadas; carecen no sólo de servicios médicos básicos, sino a veces hasta de la falta de medios para mantener una buena higiene.- Estas carencias hacen que a veces estos enfermos sean manejados de una manera tan radical que no son precisamente los óptimos.

Los análisis bajo los cuadros, nos dan una idea de lo que es en sí el Cáncer de Pene relacionado con cada una de las variables, obteniendo resultados iguales a estadísticas extranjeras lo que indica que no son otras las

causas predisponentes, sino las que ya han sido mencionadas anteriormente.

RESULTADOS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LAS
25 PERSONAS YA CIRCUNCIDADAS

1o.- Se llevó a cabo la encuesta previa selección de las personas con el único requisito de haber sido circuncidados en alguna etapa de su vida. De las 25 personas resultaron ser:

a) Menores de 14 años 9

b) Mayores de 15 años 16

25

2o.- Todos pertenecientes a una clase media alta, con buen nivel socioeconómico y cultural, buena escolaridad y con buenos hábitos de higiene.

3o.- Todos ellos provienen de Areas Urbanas como ser:

Tegucigalpa 18

Sn. Pedro S. 6

Danlí 1.

4o.- De las 25 personas encuestadas:

Universitarios 17

Secundaria 2

Primaria 4

Edad Preescolar 2.

- 50.- Solamente 5 de ellos están actualmente casados, llevando una vida marital adecuada y normal.
- 60.- Todos ellos fueron circuncidados en alguna etapa de su vida, unos recientos nacidos y otros por algún motivo como los que a continuación se detallan.
- 70.- Los motivos por los cuales se les llevó a cabo una circuncisión fueron:
- | | |
|--|---------|
| a) A petición de los padres en recién nacidos..... | 9 casos |
| b) Por presencia de Fimosis..... | 3 casos |
| c) Por Prepucio redundante..... | 2 casos |
| d) Por indicación médica..... | 7 casos |
| e) Por iniciativa propia..... | 3 casos |
| f) Otros (rutina intrahospitalaria en Marruecos, afr.....) | 1 caso. |
- 80.- Ninguno de ellos comunica sobre efectos secundarios en sus personas después de practicado el procedimiento tales como efectos físicos, psicológicos o sexuales; y de ninguna índole, ni en la etapa de recién circuncidados ni posteriormente. Así también problemas de infección local post cirugía o hemorragias o formación de cicatrices defectuosas o retracciones.
- 90.- Todos exponen buenas observaciones en pro de las ventajas, las cuales fueron discutidas con los ya mayores, basándonos en los argumen-

tos del Pro y el Contra de la circuncisión que anteriormente se expusieron, no estando de acuerdo en muchos de ellos.

Por lo tanto se deduce que:

- 1o.- La circuncisión no conlleva a ningún riesgo inmediato o posterior que pueda perjudicar personalidad ni organismos ni funciones.
- 2o.- Es adecuado practicarla en la etapa de recién nacidos previa información a los padres.
- 3o.- La circuncisión en nuestro medio, es practicada únicamente en hijos de familias privilegiadas tanto económica como culturalmente; siendo raro en familias desposeídas o marginadas o de las áreas rurales.
- 4o.- Se comprueba una vez más, los parámetros que influyen directamente en la aparición del Cáncer de Pene como ser: La falta de la circunción, la higiene personal deficiente, nivel socioeconómico bajo.
- 5o.- Es recomendable practicar la circuncisión y hacer énfasis en sus ventajas profilácticas que nos dá.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Bender M.E., et al. " Carcinoma in situ of the genitalic ". JAMA 243 (2): 145-6, Jan. 11, 1980.
- 2.- Boczko S, et al. " Penile carcinoma in circuncised males " N.Y.State J. Med. 79(12): 1903-4, Nov, 1979.
- 3.- Cartwright RA, et al. " Carcinoma of penis and cervix ". LANCET 1, (1859), 97, Jan 12, 1980.
- 4.- Cleary TG et al. " Overwhelming infection with group B Betahemolitic streptococcus associated with circuncisión " Pediatrics 64 (3): 301-3, Sept. 1979.
- 5.- Fleiss P.M. et al. " The case against neonatal circuncisió " Br.Med J. 2 (6189): 554, Sept 1, 1979.
- 6.- Glossman E. et al. " Surgical circuncisión of neonatales " Obstet Gynecol. 58(2): 241-6, Aug, 1981.
- 7.- Golberg HM, et al. " Concurrent squamous cell carcinoma of the cervix and penis in a married couple ". Br. J. Obstet Gyaocol. 86(7): 585-6, Jul, 1979.
- 8.- Herrera AJ. et al. " Routine neonatal circuncisions ". Am J. Dis. Child. 133(12): 1060-70, Oct. 1979.

- 9.- Hoppmann HJ. et al. " Squamous cell carcinoma of the penis ", J. Urology. 120 (4): 393-8, Oct. 1978.
- 10- Jaime Woolrich. " Carcinoma de pene ". Introducción a la sexología. Academia Nacional de Medicina, p: 425-438, México, 1980.
- 11- Kochen M., et al. " Circuncisión and the risk of cáncer ". Am Journal Dis Child. 134(5): 484-6 May, 1980.
- 12- Lubchenco LO. " Routine neonatal circuncisión a surgical anachronion Clin Obstet Gynecol. Dic, 1980.
- 13- Macnad JC. "Carcinoma of penis and cervix ". LANCET 2 (8198):805, Oct, 11 1980.
- 14- Poma PA. " Painless neonatal circuncisión ". Int. J. Gynecol Obstet. 18(4):308-9, 1980.
- 15- Raghavaiah NV. "Corpus cavernosogram in the evaluation of carcinoma of the penis ". J. Urologu. 120(4): 423-4, Octub, 1978.
- 16- Woodside J.R. " Circuncisión disasters ". Pediatrics 65(5):1053-4, May 1980.
- 17- Woodside J.R. " Necrotizing fasciitis afthe neonatal circuncisión ". Am. J. Dis. Child. 134(3): 301-2, Mar, 1980.

CAPITULO No. XVI

A N E X O S

PAUTA DE MODELO DE ENCUESTA A PACIENTES

CIRCUNCIDADOS

- 1.- Nombre del paciente encuestado.
- 2.- Edad.
- 3.- Profesión u Ocupación.
- 4.- Religión.
- 5.- Estado civil.
- 6.- Procedencia.
- 7.- Es circuncidado? Si _____ No _____.
- 8.- A qué edad fue circuncidado?
- 9.- Motivo por el cual fue circuncidado?
- 10.- Qué efectos secundarios persisten o estuvieron presentes en usted por tal procedimiento?
 - a- Físicos
 - b- Psicológicos
 - c- Sexuales.
- 11.- Alguna observación sobre la circuncisión?

FICHA DE VARIABLES PARA RECOLECCION DE DATOS OBTENIDOS DE LOS EXPEDIENTES
DEL ARCHIVO DEL HOSPITAL ESCUELA. AÑOS: 1979-1982. CODIGO #. 187.

- 1.- Nombre del paciente (siglas).
- 2.- Número del expediente.
- 3.- Edad del paciente (a su primera visita al Hospital).
- 4.- Procedencia.
- 5.- Estado civil.
- 6.- Religión.
- 7.- Nivel de escolaridad.
- 8.- Antecedentes de circuncisión previa.
- 9.- Antecedentes patológicos locales previos.
- 10.- Lugar de aparición de la primera lesión.
- 11.- Tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la consulta al Hospital.
- 12.- Diagnóstico primario hecho en su primera consulta.
- 13.- Estadío clínico clasificado.
- 14.- Tratamiento previo al diagnóstico correcto.
- 15.- Tratamiento intrahospitalariamente.

- 16- Si se practicó o no biopsia diagnóstica.
- 17- Presencia de metástasis clínicamente.
- 18- Tratamiento posterior o de sostén.

CATEGORIAS DE LAS VARIABLES A USAR EN LA TABULACION DE

DATOS OBTENIDOS

- 1.- Edad:
 - a.- Pacientes menores de 40 años.
 - b.- Pacientes comprendidos entre 41 a 74 años.
 - c.- Pacientes mayores de 75 años.

- 2.- Estado civil:
 - a.- Solteros (divorciados, viudos, unión libre).
 - b.- Casados.

- 3.- Procedencia:
 - a.- Area rural.
 - b.- Area Urbana.

- 4.- Religión:
 - a.- Cristianos:
 - a.1 Católicos
 - a.2 Protestantes.

- 5.- Nivel de escolaridad:
 - a.- Analfabetas.
 - b.- Nivel educativo primario: Incompleto-Completo.
 - c.- Nivel educativo medio: Incompleto-Completo.

d.- Nivel educativo superior: Incompleto-Completo.

6.- Antecedentes patológicos previos a la instalación del Cáncer de Pene:

a.- Fimosis

b.- Prepucio redundante

c.- Balanopostitis

d.- Blenorragia

e.- Chancro sífilítico

f.- Chancro blando.

7.- Lugar de aparición de la primera lesión:

a.- Glande

b.- Prepucio

c.- Surco balano-prepucial

d.- Cuerpo del pene.

8.- Tiempo transcurrido entre el primer síntoma y la consulta al hospital:

a.- 0 - 12 meses.

b.- 13 - 24 meses.

c.- 25 - 36 meses.

d.- 37 - 48 meses

e.- 49 meses o más

f.- No se sabe.

Tratamiento recibido Intrahospitalariamente:

a.- Quimioterapia

b.- Cirugía conservadora (penectomía parcial)

c.- Cirugía radical (penectomía total)

d.- Radioterapia

e.- Combinados

f.- Ninguno.