



# Tumores del pene: técnicas e indicaciones

O. Bouchot, L. Marconnet, I. Souillac, J. Rigaud

*El carcinoma epidermoide del pene es un tumor relativamente infrecuente, pero debe diagnosticarse y tratarse de forma precoz para evitar una cirugía mutilante y a veces asociada a morbilidad. Es fundamental conocer la epidemiología para evitar la evolución de un tumor subyacente (higiene nula o insuficiente, fimosis congénita o adquirida, lesiones preepiteliomatosas como la enfermedad de Bowen o la eritroplasia de Queyrat). Respecto al tumor primario, en los últimos años varios autores han demostrado que el riesgo de recidiva podría ser bajo con márgenes quirúrgicos de 5 mm, tras lo que se han desarrollado las técnicas quirúrgicas conservadoras del pene, que permiten tratar tumores del glande y/o del prepucio de un diámetro inferior o igual a 30 mm, siempre que se realice una circuncisión sistemática. En todos los demás casos, es necesaria la amputación parcial o incluso total del pene. El carcinoma epidermoide del pene se difunde básicamente por vía linfática. Si no hay ganglios inguinales palpables, en los tumores del pene se han definido varios grupos con riesgo de metástasis subclínicas en los que se proponen diversas técnicas diagnósticas. Si hay metástasis inguinales palpables, la linfadenectomía inguinal total puede ser curativa, con la condición de que la extensión ganglionar sea limitada. La extensión ganglionar se evalúa mejor mediante tomografía por emisión de positrones (PET-TC) con 18-fluorodesoxiglucosa (18-FDG). Para los demás casos, se están evaluando tratamientos multimodales (quimioterapia neoadyuvante y cirugía).*

© 2012 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Pene; Cáncer; Cirugía conservadora; Técnica quirúrgica

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1	■ <b>Tratamiento de las áreas inguinales en los pacientes con adenopatías palpables cN+</b>	7
Tratamiento del tumor primario	2	Técnica de la citología ganglionar	7
■ <b>Técnicas convencionales</b>	2	Evaluación de la extensión en presencia de adenopatías inguinales	8
Circuncisión por tumores del prepucio	2	Estrategias terapéuticas en los pacientes cN+	8
Braquiterapia	2	Linfadenectomía inguinal superficial y profunda	8
Amputación parcial del pene	2	Linfadenectomía ilioinguinal	10
Amputación total del pene	3	Papel de la quimioterapia	11
Técnicas conservadoras: clasificación por estadio y localización	5		
■ <b>Evaluación de las cadenas ganglionares inguinales</b>	5		
■ <b>Tratamiento de las áreas inguinales en los pacientes sin adenopatía palpable cN0</b>	6		
Técnicas quirúrgicas	6		
Elección de la técnica prioritaria	7		

## ■ Introducción

El cáncer primario del pene es una enfermedad infrecuente, pero su incidencia varía según las poblaciones. En los países industrializados, la incidencia es de 0,3-1,8/100.000 personas, dependiendo de la edad<sup>[1]</sup>. La incidencia es más elevada en Uganda (2,8/100.000) y en algunas regiones de Brasil (1,5-3,7/100.000).

El cáncer de pene se diagnostica en varones de 50-70 años, pero en el 19% de los casos se observa en menores de 40 años y en el 7%, en menores de 30 años [2,3].

El tumor primario más frecuente es el carcinoma epidermoide, de evolución local prolongada y, después, locorregional. La relativa lentitud de la evolución local explica a menudo el retraso diagnóstico, que supera los 12 meses. Sin embargo, permite recurrir a tratamientos curativos, incluso en el estadio de metástasis ganglionares.

- En la última década, ha habido avances terapéuticos en:
- la cirugía conservadora para el tumor primario;
  - la detección de las metástasis ganglionares subclínicas para los tumores localmente avanzados;
  - la estandarización del estudio de extensión de la enfermedad;
  - la elaboración de protocolos de quimioterapia sistémica neoadyuvante o adyuvante.

## Tratamiento del tumor primario

El tratamiento quirúrgico de un tumor maligno del pene depende del grado y del estadio de la enfermedad.

Aunque nadie discute la indicación de amputación del pene en los tumores T4, T3 de alto grado o T2 del cuerpo peneano (clasificación tumor, ganglios, metástasis [TNM] de la Unión Internacional contra el Cáncer [UICC], 2009), se plantean interrogantes sobre la necesidad de emplearla en los tumores más localizados y en los casos de pronóstico histológico más favorable.

Varios estudios relativamente recientes han demostrado que un margen quirúrgico de 20 mm no era necesario para lograr un control oncológico:

- en un estudio no hubo recidivas, con un seguimiento de 33 meses, en 14 pacientes con un margen quirúrgico de menos de 10 mm según Hoffman [4];
- en otro estudio, hubo dos recidivas en 49 casos con un seguimiento de 26 meses según Minhas [5].

Estos trabajos han alentado el empleo de técnicas quirúrgicas conservadoras, de modo que las recidivas pueden controlarse con técnicas convencionales sin comprometer la supervivencia a largo plazo. El uso más frecuente de estas técnicas conservadoras ha permitido disminuir de manera significativa las amputaciones peneanas. Sin embargo, la elección de la técnica conservadora depende, en primer lugar, del estadio y de la localización del tumor primario.

## ■ Técnicas convencionales

### Circuncisión por tumores del prepucio

#### Tumores distales del prepucio, a distancia del cuello del pene

La circuncisión suele ser suficiente para obtener márgenes quirúrgicos negativos.

#### Tumores proximales del prepucio

La circuncisión es obligatoria para evaluar la extensión tumoral a nivel de la corona del glande.

Aunque permite obtener márgenes quirúrgicos negativos, la vigilancia dermatológica es necesaria para detectar una posible recidiva.

Si los márgenes son positivos, la circuncisión debe completarse con una cirugía conservadora del glande y de la cubierta cutánea del pene.

## Braquiterapia

Uno de los límites de la braquiterapia es la infección, que disminuye la eficacia de la radioterapia y aumenta el

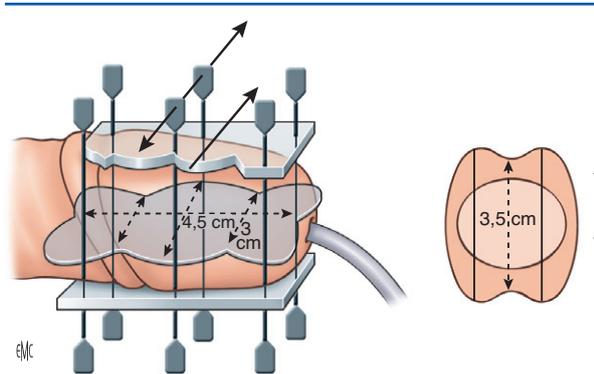


Figura 1. Braquiterapia con seis agujas por cáncer de pene.

riesgo de complicaciones. Requiere la realización obligatoria de una circuncisión previa.

Pierquin describió en 1962 la técnica de tratamiento más corriente. Hoy en día, la miniaturización de las fuentes radiactivas permite usar agujas flexibles de 0,3-5 mm de diámetro. Las técnicas de carga diferida (*after loading*) han contribuido a la elaboración de esquemas de implantación más precisos y rigurosos en condiciones de máxima seguridad.

Esta técnica consta de (Fig. 1):

- una fase quirúrgica no radiactiva para la colocación de las agujas vectorales. Bajo anestesia general (AG) o raquianestesia, tras la colocación de una sonda vesical, se evalúa la extensión tumoral para determinar el volumen diana (es decir, el volumen tumoral más la capa de tejido sano de seguridad). A continuación, las agujas vectorales se implantan en perpendicular al eje del pene. El paralelismo y la equidistancia (15-18 mm) entre las agujas se controlan con placas externas perforadas que forman la celda radiactiva. El número de agujas varía según el volumen diana, con una mediana de 6 [6,7];
- una fase radiactiva de colocación de las agujas de iridio 192 en los vectores. La dosis radiactiva necesaria es de 60-65 Gy en la isodosis de referencia (85%). La duración del tratamiento es de 4-8 días.

## Indicaciones

Se emplea en los tumores limitados al glande, inferiores o iguales a T2, sin invasión de la albugínea de los cuerpos cavernosos ni infiltración del meato uretral y cuyo diámetro mayor sea inferior a 40 mm [7].

## Complicaciones

Las complicaciones dependen sobre todo de la dosis. Por encima de 60 Gy, existe un riesgo real de complicaciones precoces y tardías:

- las telangiectasias y las modificaciones de la pigmentación son frecuentes, pero no influyen sobre la calidad de vida;
- la estenosis de la uretra distal (30%) se trata mediante dilatación;
- la radionecrosis requiere una escisión o una amputación parcial;
- más infrecuente es la esclerosis del glande, responsable de la pérdida de sensibilidad de éste (glande muerto).

## Amputación parcial del pene

### Indicaciones

La amputación parcial del pene debe indicarse para todos los tumores del glande que infiltran la albugínea de los cuerpos cavernosos ( $\geq T2$ ), aunque puede ser necesaria para los tumores del glande cuyo diámetro mayor sea superior a 40 mm.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268744>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268744>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)