

**Versión Electrónica. Enero 2007**

## **GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CANCER DEL PENE**

### **Colectivo de Autores:**

- **Cirugía: Dr. Antonio Bouzo Lopez, Dr. Celestino Labori Cardas , Dr. Jorge Gonzalez Hernandez,**
- **Radioterapia: Dr. Jorge Rodríguez Machado**
- **Oncología Médica: Dr. Fernando Areces Delgado**

### **INTRODUCCION:**

El cáncer del pene es poco común en la mayoría de las naciones desarrolladas, incluyendo a los Estados Unidos, donde la tasa es menor de 1 por cada 100,000 hombres por año. Algunos estudios indican un vínculo entre la infección por el virus del papiloma humano (HPV, por sus siglas en inglés) y el cáncer del pene. Igualmente, existen estudios observacionales que han mostrado una incidencia menor de HPV del pene en hombres a los que se les ha practicado la circuncisión (coeficientes impares = 0,37; 95% intervalo de confianza 0,16 a 0,85) mientras otros sugieren que la circuncisión masculina en recién nacidos está relacionada con un descenso en el riesgo de cáncer del pene. Siguiendo la evidencia publicada, si la relación es casual, seria necesario realizar alrededor de 900 circuncisiones para prevenir un solo caso de cáncer invasivo del pene.

### **Clasificación celular:**

Carcinoma verrugoso.  
Carcinoma condilomatoso (verruciforme).  
Carcinoma basaloide.

## **SISTEMATICA DIAGNOSTICA Y ESTADIAMIENTO**

### **A. Anamnesis:**

1. Antecedentes de fimosis congénita o adquirida
2. Prepuccio redundante
3. Infección por Virus del Papiloma Humano

### **B. Examen Físico:**

1. Examen del pene en busca de lesión tumoral de extensión variable localizada en el glande, prepuccio o cuerpo del mismo.
2. Examen de regiones inguinales en busca de adenopatías.

### **C. Estudios Imagenológicos:**

1. Rayos X de tórax
2. Ultrasonido abdominal

### **D. Estudios de Anatomía Patológica:**

1. Biopsia de la lesión
2. CAAF de posibles adenopatías detectadas al examen físico.

## **ESTADIAMIENTO: Ver Anexo**

### **TERAPEUTICA**

Entre las opciones de tratamiento están la excisión quirúrgica, la aplicación tópica de la crema de 5- Fluorouracilo, eficaz en casos de eritroplasia de Queyrat y de enfermedad de Bowen, la terapia láser y la criocirugía.

#### **Estadio I**

1. Lesión limitada al prepucio: Circuncisión
2. Lesión infiltrando el glande:
  - Amputación del pene
  - Radioterapia externa y braquiterapia
  - Cirugía controlada microscópicamente

#### **Estadio II**

1. Amputación del pene para obtener control local. Que la amputación sea parcial, total o radical dependerá del grado y ubicación de la neoplasia
2. Radioterapia.
3. Láser terapia.

#### **Estadio III**

1. Amputación del pene para obtener control local.
2. Vaciamiento ganglionar inguinal , o inguino- pelvico, según extensión.
3. Radioterapia post vaciamiento.
4. Radioterapia en sustitución del vaciamiento.
5. Quimioterapia(como radiosensibilizador o citotoxicos): Poli quimioterapia (Vincristina, Metotrexate, Bleomicina, Cisplatino, 5-Fu).

#### **Estadio IV**

1. La cirugía paliativa puede considerarse para controlar la lesión del pene localmente y también para prevenir necrosis, infección y hemorragia que pueden producirse en las adenopatías regionales.
2. La radioterapia puede ser paliativa para el tumor primario, para la adenopatía regional y para las metástasis óseas.
3. Quimioterapia (Similar a la descrita en el Estadio III ).

#### **Tratamiento de la enfermedad recurrente:**

1. La enfermedad local recidivante puede ser tratada con cirugía o radioterapia.
2. Los pacientes que no obtienen resultados con la radioterapia pueden recuperarse por medio de amputación del pene.
3. Los pacientes con recidivas ganglionares que no son controlables por medidas locales son candidatos para ensayos clínicos en fase I y fase II que evalúan nuevos productos biológicos y agentes quimioterapéuticos.

### **SEGUIMIENTO**

- Se realizara en la consulta de urología con una frecuencia trimestral en los primeros dos años, luego se extenderán las consultas a 6 meses

- Se examinará el pene y las regiones inguinales
- US pélvico en busca de adenopatías anualmente.

En los casos que así lo requieran el período de consulta se puede ajustar según las necesidades.

### **Bibliografía:**

- 1-Del Mistro A, Chieco Bianchi L: HPV-related neoplasias in HIV-infected individuals. *Eur J Cancer* 37 (10): 1227-35, 2001.
- 2- Castellsagué X, Bosch FX, Muñoz N, et al.: Male circumcision, penile human papillomavirus infection, and cervical cancer in female partners. *N Engl J Med* 346 (15): 1105-12, 2002.
- 3- Christakis DA, Harvey E, Zerr DM, et al.: A trade-off analysis of routine newborn circumcision. *Pediatrics* 105 (1 Pt 3): 246-9, 2000.
- 4- Bezerra AL, Lopes A, Landman G, et al.: Clinicopathologic features and human papillomavirus dna prevalence of warty and squamous cell carcinoma of the penis. *Am J Surg Pathol* 25 (5): 673-8, 2001.
- 5- Razdan S, Gomella LG: Cancer of the urethra and penis. In: DeVita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2005, pp 1260-7.
- 6- Penis. In: American Joint Committee on Cancer.: *AJCC Cancer Staging Manual*. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 303-8.
- 7- Micali G, Nasca MR, Tedeschi A: Topical treatment of intraepithelial penile carcinoma with imiquimod. *Clin Exp Dermatol* 28 (Suppl 1): 4-6, 2003.
- 8- Michelman FA, Filho AC, Moraes AM: Verrucous carcinoma of the penis treated with cryosurgery. *J Urol* 168 (3): 1096-7, 2002.
- 9- Harty JI, Catalona WJ: Carcinoma of the penis. In: Javadpour N, ed.: *Principles and Management of Urologic Cancer*. 2nd ed. Baltimore, Md: Williams and Wilkins, 1983, pp 581.
- 10 Theodorescu D, Russo P, Zhang ZF, et al.: Outcomes of initial surveillance of invasive squamous cell carcinoma of the penis and negative nodes. *J Urol* 155 (5): 1626-31, 1998.
- 11- Fisher HA, Barada JH, Horton J, et al.: Neoadjuvant therapy with cisplatin and 5-fluorouracil for stage III squamous cell carcinoma of the penis. [Abstract] *J Urol* 143(4 Suppl): A-653, 352A, 1990.

### **ANEXO I : Clasificación TNM para el Estadiamiento.**

#### **Tumor primario (T)**

TX: No puede evaluarse el tumor primario

T0: No hay evidencia de tumor primario

Tis: Carcinoma in situ

Ta: Carcinoma verrugoso no invasor

T1: Tumor invade tejido conectivo subepitelial

T2: Tumor invade cuerpo esponjoso o cavernoso

T3: Tumor invade uretra o próstata

T4: Tumor invade otras estructuras adyacentes

### **Ganglios linfáticos regionales (N)**

NX: No pueden evaluarse los ganglios linfáticos regionales

N0: No hay metástasis a los ganglios linfáticos regionales

N1: Metástasis en un solo ganglio linfático superficial inguinal

N2: Metástasis en ganglios linfáticos inguinales superficiales múltiples o bilaterales

N3: Metástasis en ganglio(s) linfático(s) profundo(s) inguinal(es) o pélvico(s) unilateral(es) o bilateral(es)

### **Metástasis a distancia (M)**

MX: No puede evaluarse la metástasis a distancia

M0: No hay metástasis a distancia

M1: Metástasis a distancia

### **Agrupación por Estadios del AJCC**

#### **Estadio 0**

Tis, N0, M0

Ta, N0, M0

#### **Estadio I**

T1, N0, M0

#### **Estadio II**

T1, N1, M0

T2, N0, M0

T2, N1, M0

#### **Estadio III**

T1, N2, M0

T2, N2, M0

T3, N0, M0

T3, N1, M0

T3, N2, M0

#### **Estadio IV**

T4, cualquier N, M0

Cualquier T, N3, M0

Cualquier T, cualquier N, M1