

11246

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO**

**“CANCER DE PENE EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DEL PERIODO DE MARZO 1993 A MARZO DEL 2003”**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**MEDICO ESPECIALISTA
CIRUJANO UROLOGO**

PRESENTA

Dr. Jorge Alejandro Hernández Hurtado

DIRECTOR DE TESIS

Académico Dr. Carlos Viveros Contreras

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA



Dr. Jorge Alberto Del Castillo Medina
Jefe del Departamento de enseñanza e investigación
Hospital Juárez de México

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

Académico Dr. Carlos Viveros Contreras
Titular curso de postgrado de urología
Hospital Juárez de México
UNAM

Académico Dr. Carlos Viveros Contreras
Director de tesis

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Juan Hernandez Hernandez
FECHA: 16/07/04
FIRMA:

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

Por su gran ejemplo, amor y apoyo incondicional que me brindaron en estos años de preparación. Ya que sin ellos no estaría donde estoy. GRACIAS.

A MI ESPOSA

Por la paciencia y amor que me has brindado

A MI HIJO JORGE

Por ser la fuerza que me impulsa para seguir adelante

A MIS MAESTROS

Dr. Carlos Viveros Contreras y Dr. Juan Antonio Lugo García, por la paciencia, enseñanza y quienes han influido en forma importante en mi formación como especialista.

INDICE

Justificación	5
Marco Teórico	6
Objetivos generales	13
Objetivos específicos	13
Universo de Trabajo	13
Tipo de estudio	14
Material y métodos	14
Procesamiento datos	14
Consideraciones éticas	15
Resultados	15
Conclusiones	17
Concentrado de información	19
Tablas	20
Imágenes	27
Bibliografía	33

JUSTIFICACION

En este estudio retrospectivo consideramos la necesidad de realizar un análisis de los últimos 10 años de los pacientes que se presentaron en el servicio de urología con el diagnóstico de cáncer de pene. Tomando en cuenta sus antecedentes personales de importancia, la edad, su tiempo de evolución así como otras características propias de las lesiones como su sitio de ubicación, el tipo de lesión y finalmente el diagnóstico histopatológico. Dentro de este estudio retrospectivo se analiza el estadio clínico y el tratamiento ofrecido a estos pacientes. Consideramos que la realización de estudios retrospectivos para conocer el comportamiento, la incidencia y prevalencia de la enfermedad.

MARCO TEORICO

El cáncer de pene es una tumoración rara pero devastadora para los pacientes con este problema. En estados unidos como en Europa es rara su presentación no así en otros continentes como Centroamérica, Africa y algunos países de Asia. Algunas lesiones de pene son estrictamente benignas sin embargo algunas de ellas tienen todo el potencial para convertirse en una lesión maligna. Dentro de la urología se tiene el deber de conocer las características anatómicas, etiología y las relaciones histopatológicas de estas lesiones benignas con los carcinomas de células escamosas siendo este tumor el más común de todas las lesiones malignas que afectan el pene.(1)

Varios reportes confirman la importancia de identificar el grado de tumor, la profundidad de la invasión y la configuración del tumor con respecto a la planeación del tratamiento y pronóstico del mismo. Algunos otros autores consideran importante para la estadificación inicial de estos pacientes la biopsia del ganglio centinela. (2, 3, 4) Dentro de las lesiones consideradas inicialmente benignas pero que presentan un potencial importante para el desarrollo de carcinoma de células escamosas algunas de las series demuestran que estas lesiones tienen hasta un 42% de desarrollar carcinoma escamoso.(5) Los cuernos cutáneos es una rara lesión la cual aparece posterior a una lesión previa del pene este tipo de lesiones puede convertirse en cancerosa y no por lo cual se recomienda su estudio histológico adecuado de la base y el adecuado seguimiento de este tipo de lesiones.(6, 7, 8) La balanitis xerótica obliterante es otro tipo de lesión que se localiza en la mayoría a nivel de glande e involucra el meato y fosa navicular existen reportes donde la asociación con carcinoma y el desarrollo de este tiempo después de tratada la balanitis. (9, 10, 11) Otra lesión mencionada con menor importancia es la leucoplaquia.(12) Una de las lesiones que en este tiempo toma una mayor importancia son las lesiones por condiloma acuminado, estas lesiones ocurren con mayor frecuencia a nivel del surco balanoprepucial, prepucio y cuerpo del pene.(13) aproximadamente un 5% de estos pacientes las lesiones involucran la uretra y en ocasiones hasta la uretra prostática.(14, 15) El tratamiento de estas lesiones con Podofilina puede inducir cambios histológicos sugestivos de carcinoma por lo cual, antes de todo

tratamiento en lesiones mayores por condiloma deben ser sometidas a biopsia para evitar este tipo de confusión.⁽¹⁶⁾ Se estima que existe que anualmente se presentan de 500 mil a un millón de nuevos casos de VPH.⁽¹⁷⁾ Se tiene considerado como la principal agente etiológico para la displasia cervical y el cáncer cervical.⁽¹⁸⁾ Existen múltiples subtipos de VPH los cuales de acuerdo a las características de las lesiones se tienen identificados, los tipo 6, 11 y 42 al 44 esta relacionado con lesiones grandes y con un grado bajo de displasia. Los tipo 16, 18, 31, 33, 35 y 39 tienen una alta asociación con malignidad. Recientes reportes sugieren que las proteínas transformadoras de tumor del VPH del tipo 16 y 18 particularmente la proteína E6 y E7 pueden atacar los genes supresores de tumor pRb y P53 y tal vez estos agentes puedan condicionar algún subtipo de cáncer de pene.^(19, 20) La etapa subclínica de esta enfermedad puede ser detectada con la aplicación de ácido acético al 5% y la posterior visualización con lentes de aumento.⁽²¹⁾ Otro tipo de lesiones bien identificadas como lesiones premalignas y por algunos autores como etapas iniciales del carcinoma escamoso dentro de ellas las más conocidas son la Papulosis Bowenoide, Tumor de Buschke-Lowenstein principalmente.^(22, 23, 24, 25, 26)

El carcinoma in situ del pene es llamada eritroplasia de Queyrat, si la lesión invade el glande, prepucio y cuerpo del pene. Y es llamada enfermedad de Bowens si esta invade el resto de los genitales o la región de perine.⁽²⁷⁾

El carcinoma de pene ocurre en Estados Unidos y Europa con una incidencia de 0.4% a 0.6% dentro de las lesiones malignas que afecta a los hombres de estas naciones. En nuestro país no hay una estadística confiable que nos pueda orientar sobre la realidad del número de casos de cáncer de pene. En otros países la incidencia aumenta hasta en un 10% de todas las lesiones malignas dentro de estos están; Asia, Africa y América del Sur. Una de los países con un mayor índice se encuentra Paraguay donde es la lesión maligna más frecuente. y Brasil donde alcanza hasta el 18 % de todas las lesiones malignas que afecta al hombre ^(28, 29, 30, 31)

Es una enfermedad que afecta a hombres adultos mayores presentándose dos picos uno que inicia en la sexta década y la segunda a los 80 años de edad, este tumor no es común en hombres jóvenes, sin embargo hay series que reportan en hombres menores de 30 años y se tiene dos reportes en niños en 1944 y 1985. No hay una predisposición racial, entre blancos y negros en estados unidos es de 0.8 de 100.000 en blancos en comparación de 0.7 de 100.000 negros. ^(32, 33, 34)

La etiología se encuentra asociada con la práctica de la circuncisión, hábitos higiénicos, la presencia de fimosis, el número de parejas sexuales, la infección por VPH, la exposición al tabaco así como a múltiples factores asociados con el cáncer de pene. La realización de la circuncisión neonatal elimina en forma virtual la ocurrencia de carcinoma de pene un ejemplo de esto es la incidencia de cáncer en algunos países donde por cuestiones religiosas los recién nacidos son sometidos a esta practica. Esto se encuentra basado en la menor exposición del glande por sustancias irritantes donde el periodo mas critico es la pubertad y adultos jóvenes por lo cual la practica de la circuncisión en estas edades no tienen el mismo efecto que en la infancia. La fimosis se encuentra entre un 25% a 75% de los pacientes con diagnostico de cáncer de pene. La incidencia de infección por VPH es directamente correlacionada con el número de parejas y este con el desarrollo de cáncer de pene. (35, 36, 37, 38)

La prevención del cáncer de pene se puede encontrar en realizar en forma rutinaria la circuncisión a todos los recién nacidos sin embargo esta aun no cuenta con los datos y estudios necesarios que apoyen esta practica, ya que algunas autores demostraron la misma incidencia cuando se tiene una adecuada higiene y finalmente aumentando la educación sexual en la población en general. (39, 40, 41, 42)

La presentación clínica puede ser identificada en una etapa temprana cuando el paciente es alertado por la presencia de cambios o aparición de alguna lesión a nivel de glande, prepucio o cuerpo del pene desde una induración o pequeña excrescencia, papula, pústula o hasta la formación de grandes lesiones ulcerativas. El 48% de las lesiones se presenta inicialmente en el glande, prepucio en el 21%, otros invaden glande y prepucio 9%, surco coronal 6% y menos del 2% en el cuerpo del pene, esta distribución se encuentra asociada con los sitios de mayor exposición a elementos irritativos.(43) Dentro de los síntomas el dolor no se encuentra en relación al grado de destrucción que se puede presentar en las diferentes tipos de lesiones siendo el dolor un síntoma poco común en ellos. La perdida de peso, fatiga y el malestar general son uno de los más comunes. Otros síntomas se encuentran relacionados a la existencia de enfermedad metastásica y la perdida de tejido a nivel del pene.

El diagnostico de esta patología se encuentra con un retraso de hasta un año en un 15% a 50 % de los pacientes, encontrándose múltiples factores que determinan que el paciente no acuda a los servicios médicos. (44, 45)

La exploración es un pilar importante en el diagnóstico, seguido de la biopsia para confirmación del tipo de lesión que afecta al pene, con la cual en caso de confirmarse carcinoma se reporta la profundidad de la lesión, la presencia de invasión vascular, el grado histológico.⁽⁴⁶⁾ La biopsia es mandataria antes de iniciar alguna terapia. Una modalidad es la utilización de cortes en frío en el transoperatorio seguido de penectomía parcial o total. Estudios de laboratorio pueden demostrar la existencia de anemia, leucocitosis, hipoalbuminemia esto en pacientes con lesiones crónicas, desnutridos y zonas extensas de supuración, algunos pueden debutar con la existencia de hiperazoemia secundaria a invasión y obstrucción uretral. La hipercalcemia sin lesiones óseas metastásicas está bien demostrado.^(47, 48, 49)

La utilización de estudios radiográficos como tomografía, resonancia magnética y ultrasonido no agregan información adicional útil para el diagnóstico de estos pacientes. Sin embargo la estadificación es necesaria la realización de tomografía abdominopélvica, radiografía de tórax así como series óseas metastásicas, tomando en cuenta que los sitios distantes de metástasis son pulmón, hueso e hígado. ^(50, 51, 52)

No existe una clasificación universalmente aceptada para el carcinoma de pene, existen diversas clasificaciones las cuales son modificadas con el paso del tiempo. Uno de los más antiguos es la clasificación de Jackson en 1966 el cual fue popular y de fácil aplicación con limitación para ofrecer factor pronóstico. El sistema TNM es en la actualidad uno de los más utilizados existen diversas versiones modificadas cada una de ellas de acuerdo a las modificaciones del tamaño, profundidad, extensión a ganglios linfáticos, unilateral, bilateral y el tamaño de los mismos. La última revisión en conjunto de TNM/AJCC/UICC fue en 1997 donde se incluye en estadio del tumor por medio de biopsia el cual representa un valor pronóstico distinto no asignado en los TNM anteriores. ⁽¹⁾

TUMOR PRIMARIO	
Tx	TUMORE PRIMARIO NO IDENTIFICADO
T0	SIN EVIDENCIA DE TUMOR PRIMARIA
Tis	CARCINOMA IN SITU
Ta	CARCINOMA VERRUCOSO NO INVASIVO
T1	TUMOR INVADE TEJIDO CONECTIVO SUB/EPITELIAL
T2	TUMOR INVADE CUERPO ESPONJOSO Y CUERPO CAVERNOSO
T3	TUMOR INVADE URETRA O PROSTATA
T4	TUMOR INVADE ESTRUCTURAS ADYACENTES
NODULOS LINFATICOS	
Nx	NODULOS REGIONALES NO IDENTIFICADOS
N0	NO METASTASIS A GANGLIOS REGIONALES
N1	METASTASIS A UN NODULOS LINFATICO REGIONAL
N2	METASTASIS A GANGLIOS UNILATERALES O BILATERALES SUPERFICIALES
N3	METASTASIS A GANGLIOS PROFUNDOS PELVICOS UNILATERAL O BILATERAL
METASTASIS A DISTANCIA	
Mx	NO SE IDENTIFICAN METASTASIS A DISTANCIA
M0	METASTASIS REGIONALES
M1	METASTASIS A DISTANCIA

AJCC/ American Joint Comité on cancer. Data from Fleming ID, Cooper JS Henson DE, Staging Manual. Philadelphia, JB Lippincott. 1997

CLASIFICACION DE JACKSON PARA CARCINOMA DE PENE

ESTADIO 1	A	TUMOR CONFINADO A GLANDE, PREPUCIO O LAS DOS ESTRUCTURAS
ESTADIO 2	B	EL TUMOR SE EXTIENDE AL CUERPO DEL PENE
ESTADIO 3	C	TUMOR CON GANGLIOS POSITIVOS OPERABLES
ESTADIO 4	D	EL TUMOR SE ENCUENTRA CON INVACION DE ESTRUCTURAS ADYACENTES Y CON GANGLIOS INGUINALES INOPERABLES ASI COMO METASTASIS A DISTANCIA

Data From Jackson SM: The treatment of carcinomas of the penis. Br Journal Surg, 1966, 53: 66

Los diagnósticos diferenciales que se presentan y deben ser considerados como se mencionó anteriormente las lesiones con condilomas, lesiones por Buschke – Lowenstein, balanitis, además de lesiones por infecciones como son herpes, tuberculosis, amibiasis, sífilis. Las cuales deben de establecerse

el diagnóstico por los diferentes métodos diagnósticos antes de ofrecer un tratamiento médico o quirúrgico definitivo. (1)

La presencia y extensión de las metástasis a ganglios de la región inguinal es uno de los más importantes factores pronóstico en la supervivencia de los pacientes con diagnóstico de carcinoma escamoso. La presencia de este hallazgo afecta más el pronóstico que el grado del tumor, la apariencia microscópica como microscópica del tumor. Los criterios asociados para la realización de linfadenectomía inguinal con una supervivencia importante posterior al procedimiento se deben incluir mínima enfermedad metastásica inguinal, invasión unilateral, no evidencia de enfermedad extranodal de cáncer y finalmente la ausencia de metástasis a ganglios pélvicos. La persistencia de adenopatía posterior al tratamiento primario de la lesión de 4 a 6 semanas con tratamiento a base de antibiótico orienta a la persistencia de enfermedad metastásica. Sin embargo todos los pacientes deben de ser sometidos a tratamiento inicial con antibiótico antes de someterse a linfadenectomía inguinal. Aun continúa la controversia sobre si el tratamiento de la linfadenectomía debe ser inmediata o tardía las cuales defienden su propósito de acuerdo a la experiencia de cada centro de investigación como cada autor. (53, 54, 55)

Dentro de la terapia de estos pacientes se encuentra la radioterapia. La cual en estadios iniciales permite la preservación de la estructura y funcionalidad del pene, en paciente adecuadamente seleccionados, el número de pacientes sometidos a este tipo de tratamiento hasta la actualidad son pocos. Hay desventajas significativas sobre el uso de la radioterapia, el carcinoma de células escamosas es característicamente radio resistente y la cantidad de radiación que se necesita para esterilizar el tumor (aproximadamente 6000 rad) puede condicionar fístulas uretrales, estenosis, necrosis de pene, dolor y edema en forma importante hasta el grado que en algunas condiciones se requiere de realizar penectomía total. La radioterapia debe ser aplicado en un grupo seleccionado de paciente bajo las siguientes consideraciones; pacientes jóvenes con lesiones pequeñas, superficiales, exofíticas, no invasivas de glándula, o surco coronal, paciente que no acepten la cirugía como tratamiento inicial y pacientes con inoperables tumores o metástasis a distancia que requieren tratamiento primario local pero que se desea conservar el pene. (56, 57)

La utilización de la radioterapia para la región inguinal no es efectiva como tratamiento como la realización de una disección del área inguinal, pero

puede ser utilizada en situaciones donde la cirugía no se encuentra indicada (nódulos inoperables) (58, 59)

La utilización de la quimioterapia es limitada por la poca cantidad de estudios a largo plazo así como lo poco efectiva que resulta esta. Se encuentra inicialmente la utilización tópica de 5-Fluorouracilo donde sus resultados continúan siendo controversiales como tratamiento para tumores superficiales limitados. Otras drogas como el Metotrexate presentan una parcial respuesta hasta del 60% a 5 años. La combinación de vincristina, bleomicina y metotrexate tiene una respuesta del 82% en una serie de 25 pacientes a un tiempo de 5 años. En un futuro tratamientos óptimos basados en un grupo multidisciplinario basado en la quimioterapia, radioterapia y un tratamiento quirúrgico pueden llegar a mejorar la sobrevivida de los pacientes. (60, 61, 62, 63, 64) Antes de iniciar cualquier tratamiento definitivo en estos paciente como anteriormente se menciona debe de someterse a un estudio histopatológico por medio de biopsia. La cual proporcionara información sobre el tipo histológico de la lesión, el grado de profundidad de la invasión. La utilización de Láser en lesiones premalignas como en lesiones Ta y T1 tiene adecuados resultados similares al tratamiento quirúrgico. Los pacientes sometidos a penectomía parcial deben de tener un margen libre como mínimo de 2 centímetros, sin embargo algunos autores recomiendan hasta 1 centímetro en pacientes que tiene un grado bajo histológico bien diferenciado, además de preservar una porción suficiente de pene para favorecer una adecuada micción del paciente de pie. Evitándose dejar penes demasiados cortos. La penectomía total se encuentra reservada en las lesiones donde por su tamaño y localización del tumor la excisión conservadora no ofrece una adecuada funcionalidad y adecuados márgenes que favorezcan un pronóstico mejor en estos pacientes. (1, 65, 66)

OBJETIVOS

GENERALES:

- Realizar una revisión de los últimos 10 años de los pacientes que fueron manejados en el servicio de urología del Hospital Juárez de México con diagnóstico de cáncer de pene tomándose en cuenta diversos puntos con los cuales se tendrá un panorama actual sobre el manejo del cáncer de pene dentro de nuestra institución.

ESPECIFICOS:

Dentro del estudio analizaremos específicamente los siguientes puntos:

- Edad
- Tiempo de evolución
- Antecedentes clínicos
- localización de la lesión
- Tipo de lesión
- Estadio clínico
- Reporte histopatológico
- Realización linfadenectomía

UNIVERSO DE TRABAJO

- Se analizarán los expedientes de los pacientes que se tengan registrados en el Hospital Juárez de México asignados al servicio de Urología con el diagnóstico de cáncer de pene, en el periodo comprendido de marzo de 1993 a marzo del 2003

TIPO DE ESTUDIO

- Retrospectivo y descriptivo

Material y Métodos

Se realizara un estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de pacientes con cáncer de pene que se presentaron en el servicio de urologia del Hospital Juárez de México en el periodo mencionado anteriormente. Tomándose en cuenta la edad de los pacientes, tiempo de evolución del padecimiento, antecedentes de importancia relacionados, la localización de la lesión inicial dividiéndose en tres zonas en general (surco balanoprepucial, prepucio, tercio medio y distal del cuerpo del pené) las características de las lesiones, tipo ulcerada, exofítica verrugosa y exofítica ulcerada, el estadio clínico de los pacientes y finalmente se analizara las características histopatológicas de las piezas quirúrgicas además que pacientes fueron sometidos a linfadenectomia inguinal superficial o profunda. Datos que se tomaran de los expedientes de cada uno de los pacientes mencionados anteriormente.

TECNICA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Se realizara una revisión minuciosa de los registros del Hospital Juárez de México, tomándose los datos mencionados y registrándose en una sabana de datos, una vez obtenida la información se someterá a análisis de medidas de tendencia central.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio no requiere consideraciones éticas específicas más que las aplicables al manejo de información de expedientes del Hospital Juárez de México

RESULTADOS

En la revisión realizada en el periodo de marzo de 1993 a marzo del 2003 se encontraron un total de 32 pacientes con diagnóstico de cáncer manejados en el servicio de urología, por lo cual el análisis incluyó a los 32 pacientes. El tiempo de evolución con el cual se presentaron los pacientes fue variable ya que algunos solo referían 2 meses sin embargo algunos otros con evoluciones de hasta 24 meses (tabla 1) el tiempo de evolución promedio fue de 8 meses. La edad que presentaron los pacientes igualmente fue variada caso de una persona joven de 36 años hasta personas de 87 años de edad, con una edad promedio de 67 años (tabla 2)

Los antecedentes que fueron tomados en cuenta esta la presencia de lesión previa por condiloma la cual se presentó en 14 pacientes que corresponde al 44%, la existencia de antecedentes heredo familiares de cáncer de otro tipo fue en 6 pacientes (18%), la promiscuidad sexual fue referida por 19 pacientes (59%) sin embargo la cifra no es confiable por las características sociales y culturales de nuestra sociedad, La existencia de toxicomanías del tipo de alcoholismo y tabaquismo fue positiva en 15 pacientes y 19 pacientes respectivamente lo que representa el 46% y 59%. la existencia de lesión previa como tal fue de 18 pacientes sumándose los casos por condiloma acuminado (56%) la presencia de pacientes con fimosis fue menor a la esperada y a la reportada en la literatura ya que solo fueron 5 pacientes (15%) como dato extra se encontró la asociación de dolor como parte de la sintomatología los cuales solo refieren el 22% de los 32 pacientes.

Los datos obtenidos en cuanto la localización de la lesión es similar a los reportes en la literatura (tabla 3) en el surco balanoprepucial 12 pacientes (37%), lesiones que se localizaron en el prepucio 16 (50%) y finalmente lesiones que invadieron el tercio medio y distal del cuerpo del pené 4 (12%). El tipo de lesión fue similar (tabla 4) lesiones ulceradas 3 (9%), lesiones tipo exofítica verrucosa 16 (50%) y lesiones exofíticas ulcerada 13 pacientes (40%) los resultados histopatológicos (tabla 5) reportados por el servicio de patología fueron los siguientes lesiones epidermoides bien diferenciadas 10 (31%), lesiones moderadamente diferenciadas 22 (69%)

El tratamiento quirúrgico de inicio fue penectomía parcial en 1 solo paciente(3%), penectomía total en 31 pacientes (97%) El numero de pacientes que fueron sometidos a linfadenectomía inguinal un total de 9 pacientes en este periodo, los cuales por diversos factores algunos no fueron sometidos por falta de asistencia del paciente como el fallecimiento del mismo. (tabla 6)

De acuerdo a la clasificación de Jackson los pacientes se presentaron de la siguiente forma (tabla 7) Jackson 1 solo un paciente que corresponde al 3%, Jackson 2 se reportaron 9 pacientes (28%), en estadio Jackson 3 existieron 18 pacientes (56%) y en estadio Jackson 4 se presentaron 4 pacientes (12%)

CONCLUSIONES

El Hospital Juárez de México es un hospital, de concentración que atiende población abierta de bajos recursos del DF, área metropolitana y de otras entidades federativas. Por lo cual el número de pacientes está elevado en comparación al número de pacientes con cáncer de pene que se registra en otros hospitales, aun así no se tiene el número exacto de casos a nivel nacional ni por entidad federativa por lo cual implica tener un vacío en este segmento por lo cual no se puede establecer una diferencia con otros países como Uruguay o Brasil que cuentan con las incidencias mayores de cáncer de pene.

Los pacientes que acudieron a este hospital tienen antecedentes de importancia que se encuentran asociados como factores de riesgo para cáncer de pene; el nivel socioeconómico bajo, la promiscuidad sexual, la existencia de infecciones por VPH, sin embargo el número de casos que presentaron fimosis fue menor al reportado en la literatura ya que en nuestro estudio solo se reportaron 5 (15%). La edad fue similar a la incidencia de la mayoría de los estudios, llamando la atención la existencia de 2 pacientes de 38 años de edad. El tiempo de evolución continúa siendo un dilema el hecho de que pacientes presentes tiempos de hasta 24 meses, secundario a la ignorancia, falta de servicios médicos y educación. La gran mayoría de los pacientes fueron multitratados empíricamente y el 100% de ellos ya habían consultado por lo menos un médico sin recibir un tratamiento y orientación adecuada.

Al momento de la estadificación la mayoría se presentó en estadio Jackson 3 (56%) reflejo del tiempo de evolución. El seguimiento y en ocasiones el tratamiento no fue posible completarlo ya que los pacientes no acudieron al seguimiento, no siendo posible identificar la supervivencia de los pacientes, la relación con el reporte histopatológico y el tratamiento ofrecido.

Nuestros resultados referidos al sitio donde se presenta la lesión son similares a los reportados ya que el 50% fue en glande y prepucio en comparación al 48% reportado en la literatura.

El tratamiento se encuentra encaminado 100% al aspecto quirúrgico (penectomía total) excepto por un caso, menos de 9% fue sometido a linfadenectomía ya que varios pacientes no acudieron al seguimiento, algunos por decisión propia no aceptaron continuar con el tratamiento y no se ofrecieron otros tratamientos alternativos(quimioterapia, radioterapia). En cuanto a los resultados histopatológicos fueron similares en relación al tipo mas frecuente reportado en la literatura (carcinoma epidermoide) existen reportadas algunas variantes las cuales no fueron demostradas en nuestro estudio.

El presente estudio refleja la existencia en nuestro país de grupos con alto riesgo para cáncer de pene, con barreras naturales como la ignorancia, la falta de recursos económico y de atención medica oportuna para el diagnostico y seguimiento. Es primordial recordar que el paciente con cáncer de pené requiere de un tratamiento multidisciplinario, con un grupo medico que incluya un medico familiar, oncólogo medico, cirujano plástico, psiquiatras, psicólogos y trabajadoras sociales, donde el Urólogo debe de coordinar las acciones y definir el papel y el tiempo en que se requiere cada uno.

**CONCENTRADO DE CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES CON
CANCER DE PENE EN EL PERIODO DE 1993 AL 2003**

NUMERO PACIENTES		32		
EDAD PROMEDIO		67 a	36 - 87	
TIEMPO EVOLUCION		8 meses	2 a 24 meses	
ANTECEDENTES				
	CONDILOMA PREVIO	14	44%	
	FAMILIAR CON CANCER	6	18%	
	PROMISCUIDAD SEXUAL	19	59%	
	TABAQUISMO POSITIVO	19	59%	
	ALCOHOLISMO POSITIVO	15	46%	
	LESION PREVIA	18	56%	
	FIMOSIS	5	15%	
	ULCERA DOLOROSA	8	22%	
LOCALIZACION LESION				
	SURCO BALANOPREPUCIAL	12	37%	
	PREPUCIO	16	50%	
	TERCIO MEDIO Y DISTAL	4	12%	
TIPO DE LESION				
	ULCERADA	3	9%	
	EXOFITICA VERRUCOSA	16	50%	
	EXOFITICA ULCERADA	13	40%	
REPORTE HISTOLOGICO				
	EPIDERMOIDE BIEN DIFERENCIADO	10	31%	
	EPIDERMOIDE MODERADAMENTE DIFERENCIADO	22	69%	

TABLA NUM. 1

Distribución por Tiempo de Evolución

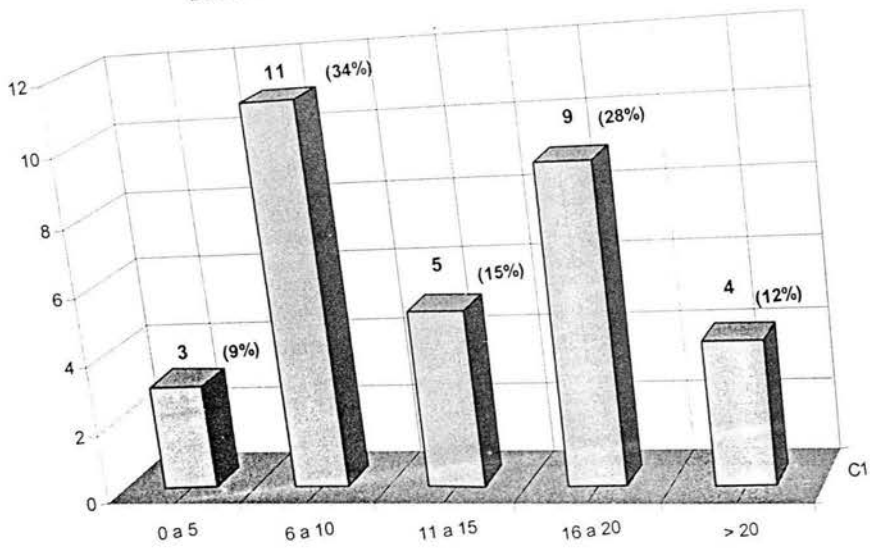


TABLA NUM. 2

Distribución por Edad

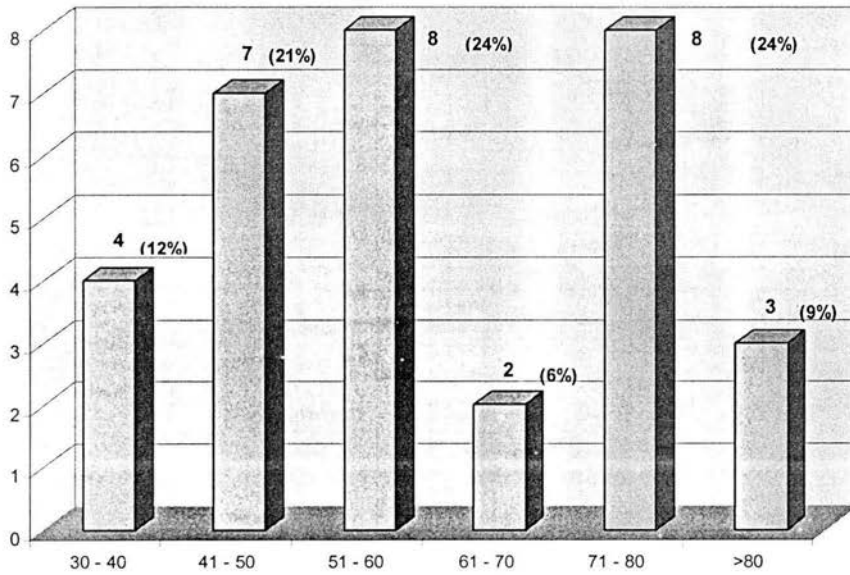


TABLA NUM. 3

Localización de la Lesión

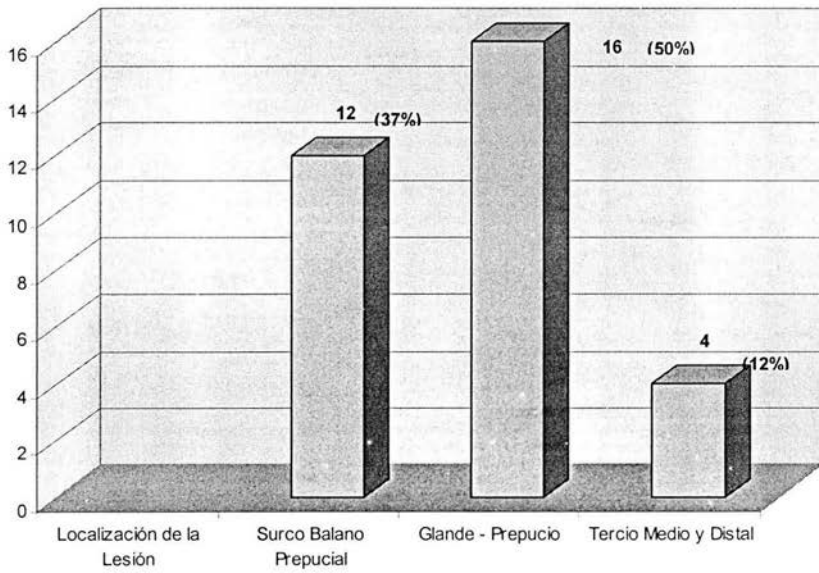


TABLA NUM. 4

Tipo de Lesión

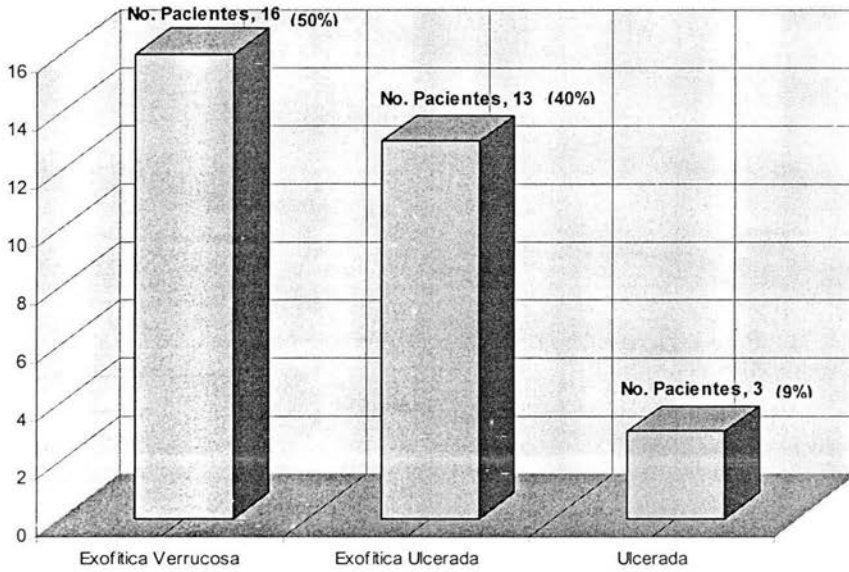


TABLA NUM. 5

Reporte Histopatológico

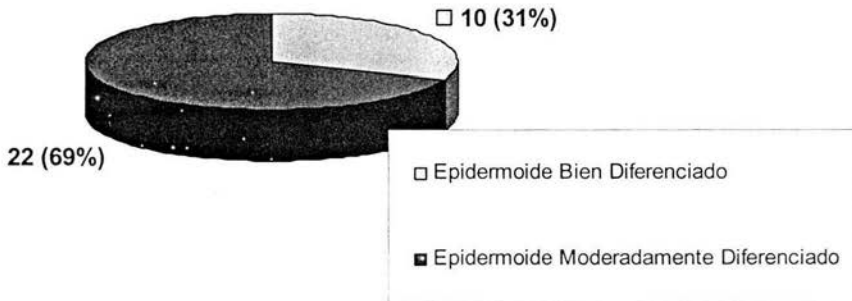


TABLA NUM. 6

Linfadenectomía Inguinal

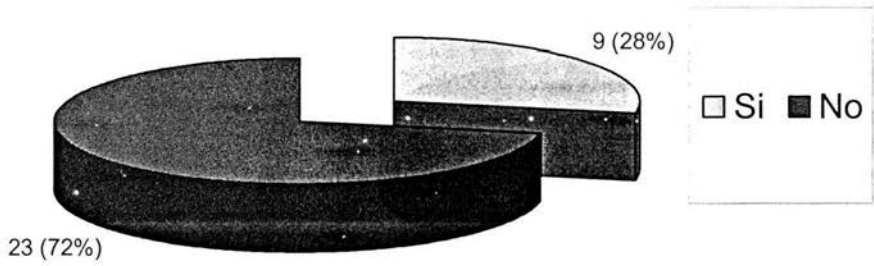
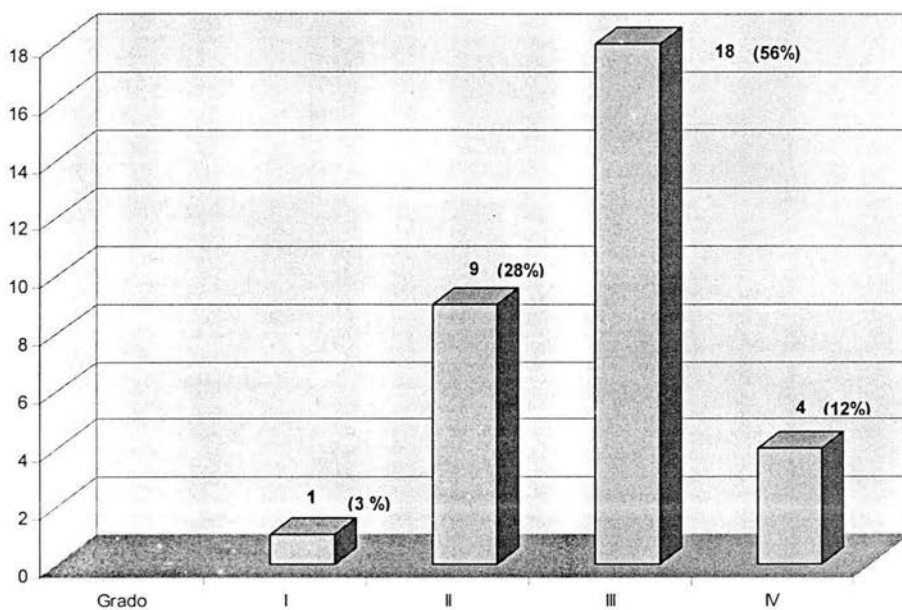


TABLA NUM. 7

Clasificación de Jackson



IMAGENES

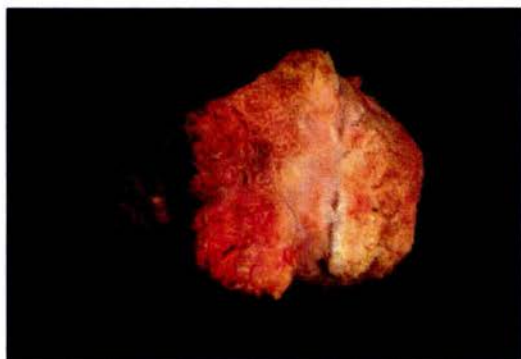


IMAGEN MACROSCOPICA DE PIEZA QUIRURGICA DE PENECTOMIA CON DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE ERITROPLASIA DE QUEYRAT

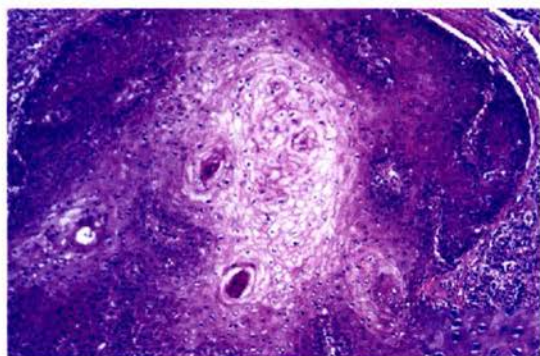


FOTOGRAFIA DE IMAGEN CLASICA DE UNA LESION POR ENFERMEDAD DE BOWEN.

IMAGENES



FOTOGRAFIA MACROSCOPICA DE PIEZA QUIRURGICA DE PENECTOMIA DE CARCINOMA VERRUCOSO

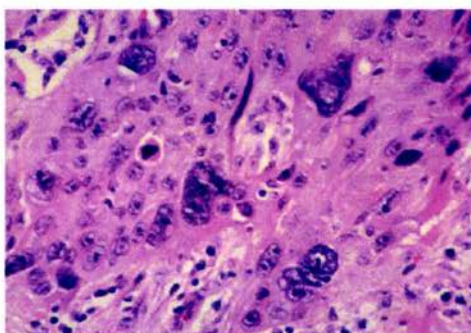


MICROFOTOGRAFIA DE CARCINOMA VERRUCOSO DE PIEZA QUIRURGICA ANTERIOR

IMAGENES



IMAGEN MACROSCOPICA DE LESION POR CARCINOMA ESCAMOSO EXOFITICO EN PACIENTE MASCULINO DE SEXTA DECADA



MICROFOTOGRAFIA DE CASO ANTERIOR DONDE SE VISUALIZA CARCINOMA POCO DIFERENCIADO DONDE EL PLEOMORFISMO NUCLEAR COMO LAS FIGURAS MITOTICAS SON MARCADAS Y LA POCA CANTIDAD DE ZONAS DE QUERATINA

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

IMÁGENES



**LESION DE PACIENTE MASCULINO DE LA QUINTA DECADA DE VIDA
CON LESION EN PENE POR CARCINOMA EPIDERMÓIDE**



ACERCAMIENTO DE LESION DE MISMO PACIENTE DE IMAGEN ANTERIOR

IMAGENES



PROCEDIMIENTO QUIRURGICO CON LIGADURA DE CUERPOS CAVERNOSOS

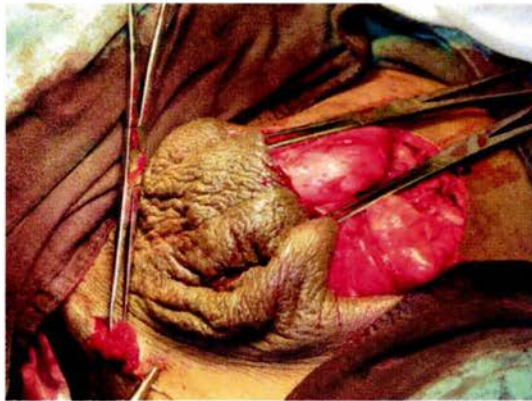


IMAGEN DONDE SE DEMUESTRA LA ZONA QUIRURGICA POSTERIOR AL RETIRO DE PENE Y LA REALIZACION DE URETROSTOMIA PERINEAL

IMAGENES



**IMAGEN FINAL VISUALIZAMOS EL PROCEDIMIENTO DE
PENECTOMIA TOTAL MÁS REALIZACION DE URETROSTOMIA PERINEAL**

BIBLIOGRAFIA

1. Campbell Urology. Eight Edition, Patrick C. Walsh Volume 4, 2002, pp 2945-2991. SAUNDERS.
2. Mcdouglas WS: carcinoma of the penis: improved survival by early regional lymphadenectomy based on the histological grade and depth of invasion of the primary lesion. J Urol 1995, 154, 1364-1366
3. Theodorescu D Fair WR, Herr HW: expectant management of patients with T1-4NoMo penile cancer. J Urol, 1995: 153, 247-A
4. Pizzocaro G. Piva L.: Up-to- date management of carcinoma of the penis. Eur Urology, 1997, 32,5-15
5. Bouchot O. Auvigne J. Peuvrel P. :Management of regional lymph nodes in carcinoma of the penis. Eur Urol 1989, 16, 410-415
6. Fields T. Dryle D. WilsonJ. : Malignant evolution of penile horn. Urol, 1987, 30, 65-66
7. Pressman D: Rolnick D. Turbow B: Penile horn, AM J Surg 1962, 104, 640-641
8. Hassan AA. Orteza AM, Milan DF: penile horn, review of literature with 3 cases reports. J Urol 1967, 97, 315-317.
9. Mckay DL Jr, Fuqua F. Weinberg AG, Balanitis xerotica obliterans in children. J Urol 1975, 114, 773-775
10. Simonart T. Noel JC, De Dobbeleer G. Simonart, carcinoma of the glans penis arising 20 years after lichen sclerosis. Dermatology 1998,196, 337-338
11. Dore B Irani J, Aubert J: carcinoma of the penis in lichen sclerosis atrophicus: A case report. Eur Urol, 1990, 18, 153-155
12. Bain L Geronemus R: The association of lichen planus of the penis with squamous cell carcinoma in situ and with verrucous squamous carcinoma, J Dermatol Surg Oncol 1989, 15, 413-417.
13. Copulsky J Whitehead ED, Orkin LA, condyloma acuminata in a three year old boy, Urology, 1975, 5, 372-373
14. Culps OS Magid MA, Kaplan IWN Podophyllin treatment of condylomata acuminata, J Urol, 1944: 51: 655-659
15. Feneley MR Liu S, Miller PD, Kirby RS, Urethroplasty for condylomata acuminata throughout the uretra, Br J Urol, 1992, 69, 218-219

16. King LS Sullivan M: Effects of podophyllin and of colchicine on normal skin, on condilimata acuminatum and on verruca vulgaris. Arch Patol, 1994, 43, 374-386
17. Stone KMÑ Epidermologic aspects of genital HPV infection. Clini Obstet-Gynecol, 1989, 32, 112-116
18. Alani RM , Munger K: Human papillomaviruses and associated malignancies. J clin Oncol, 1998, 16, 330-337.
19. Smotkin D: Virology of human papillomavirus. Clin Obstet Gynecol. 1989, 32, 117-126
20. Levi JE, Rahal P. Sarkis AS. Human papillomavirus DNA and p53 status in penile carcinomas. Int J Cancer, 1998, 76, 779-783.
21. Krebs HB, Schneider V: Human Papillomavirus – associated lesions of the penis : colposcopy, cytology and hustology. Obstet Gynecol, 1987, 70, 299-304
22. Su CK, Shipley WU: Bowenoid papulosis, A benign lesion of the shaft of the penis misdiagnosed as squamous carcinoma. J Urol, 1997, 157, 1361-1362.
23. Jaffe HW, Pallet PeÑ Human herpesvirus 8 and Kaposi sarcoma, some answers , more questions. N Engl J Med, 1999, 340, 1912-1913
24. Sitas F Carrara H, Beral V. : Antibodies against human herpesvirus-8 in black south african patients with cancer. N Engl J Med, 1999, 340, 1863-1871
25. Ubben K, Kryzek R. Ostrow R: Human papilloma virus DNA, detected in two verrucous carcinomas. J Invest Dermatol, 1979, 22, 195-210
26. Davies SW: Gigant condyloma acuminata, incidence among cases diagnosed as carcinoma of the penis. J Clin Pathol, 1965, 18, 142-149
27. aragona F, Serretta V, Marconi A.: Queyrat erythroplasia of the prepuce: A case – report. Act Chir Belg, 1985, 85, 303-304
28. Maiche AG, Pyrhonen S. Karkinem M: Histological grading of squamous cell carcinoma of the penis: A new scoring system. B R J urol, 1991, 67, 522-526
29. Frisch M, Friis S, Kjaer SK, Melbye KM. Falling incidence of penis cancer in an uncircumcised population. BMJ, 1995, 311:1471
30. Yeole BB, Jussawalla DJ, Descriptive epidemiology of the cancer of malr genital organs in greater bombay. India J Cancer, 1997, 34, 30-39

31. Gloecker-Ries LA, Hankey BF, Edwards BK: Cancer Statistics review 1973-1987. In National Cancer Institute, National Institutes of Health Publication No 90-2789. Bethesda, MD, National Institutes of Health 1990.
32. Vatanasapt V, Martin N, Sriplung MH: Cancer incidence in Thailand, 1998-1991. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 1995, 4, 475-483
33. Persky L: Epidemiology of cancer of the penis. *Recent results cancer Res*, 1977, 60, 97-109
34. Dean AL Jr: Epithelioma of the penis *J Urol*, 1935, 33, 252-283
35. Maden C, Sherman KJ, Beckman AM: History of circumcision medical conditions and sexual activity and risk of penile cancer. *J Natl Cancer Inst*. 1993, 85, 19-24
36. Barrasso R, Debrux J, Croissant O.: high prevalence of papillomavirus associated penile intraepithelial neoplasia in sexual partners of women with cervical intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*, 1987, 317, 916-923.
37. Licklider S: Jewish penile carcinoma. *J Urol*, 1961, 86, 98
38. Thomas JA, Small CS: Carcinoma of the penis in southern Indian. *J Urol*, 1968, 100, 520-526
39. Shoen EJ, Anderson G. Task force on circumcision report of the task force on circumcision. *Pediatrics*, 1989, 84, 388-391
40. Shapiro E. American Academy Of Pediatrics Policy Statements on circumcision and Urinary Tract Infection. *Rev Urol*, 1999, 1, 154-156
41. Munger K, Phelps WC, Bubb V. The E6 and E7 genes of the human papillomavirus type 16 together are necessary and sufficient for transformation of primary human keratinocytes. *J Virol*, 1989, 63, 4417-4421
42. Griffiths TR, Mellon JK: human papillomavirus and urological tumours. Basic Science and role in penile cancer. *BJU Internat*, 1999, 84, 579-586.
43. Sufrin G, Huben R: Benign and malignant lesions of the penis. In Guillen water JY, *Adult and pediatric Urology*, 2nd ed. Chicago. Year Book, 1991, pp 1997-2042
44. Buddington WT, Kickham CJ, Smith WE. An assessment of malignant disease of the penis. *J Urol*. 1963, 89, 442-449
45. Hardner GJ, Bhanalaph T, Murphy GP. Carcinoma of the penis, analysis of therapy in 100 consecutive cases. *J Urol*, 1972, 108, 428-430

46. McDougal WS, carcinoma of the penis, improved survival by early regional lymphadenectomy based on the histological grade and depth of invasion of the primary lesion. *J Urol*, 1995, 154, 1364-1366
47. Anderson EE, Glenn JF, Penile malignancy and hypercalcemia. *JAMA*, 1965, 192, 328-329
48. sklaroff RB. Yagoda A: Penile cancer. Natural History and therapy, In *Chemotherapy and urological malignancy*. New York, Springer-Verlag, 1982, pp 98-105.
49. Malakoff Af, Schmidt JD, Metastatic carcinoma of the penis complicated by hypercalcemia . *Urology*, 1975. 5, 510-513
50. Vapnek JM, Hricak H. : Recent advances in imaging studies for staging of penile and urethral carcinoma. *Urol Clin North Am*, 1992, 19, 257-266
51. Yamashita T. Ogawa A: Ultrasound in penile cancer. *Urol Radiol*, 1989, 11, 174-187
52. Dorack AC, Ozkan GA, Tamac NI: Ultrasonography in the recognition of the penile cancer , *J Clin Ultrasound*, 1992, 20, 624-626
53. Ravi R: Correlations between the extent of nodal involvement and survival following groin dissection for carcinoma of the penis. *Br. J Urol*. 1993, 72, 817-819
54. Srinivas V Morse Mj: Penile cancer, relation of extent of nodal metastasis of survival. *J Urol*, 1987, 137, 880-882
55. Ornellas AA. Seixas ALC, Marota A. : Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis : retrospective analysis of 350 cases. *J Urol*, 1994, 151, 1244-1249.
56. Kelley CD, Arthur K: Radiation Therapy of penile cancer. *Urology* 1974, 4 571-573.
57. duncan W. Jackson SM : the treatment of early cancer of the penis with megavoltage x-ray, *Clin Radiol*, 1972, 23, 246-248.
58. Harlin HC, carcinoma of the penis. *J Urol*, 1952, 67, 326-337
59. horenblas S. Jansen L. Meinhardt W. : Detection of occult metastasis in squamous cell carcinoma of the penis using a dynamic sentinel node procedure. *J Urol*, 2000, 163, 100-104.
60. Ahmed T. Sharloff R. Yagoda A. Sequential trials of methotrexate, cisplatin, bleomycin for penile cancer. *J Urol* 1984, 132, 465-468
61. Gagliano RG, Blumenstein BA, Crawford ED: cis-diamminedichloroplatinum in treatment of advanced epidermoid carcinoma of the penis. A Southwest Oncology Group Study. *J Urol*, 1989. 141. 66-67

62. Ichikawa T. Nakano I. Hirokawa I.: Bleomycin treatment of the tumors of the penis and scrotum. *J Urol*. 1969, 102, 699-709
63. Pizzocaro G. Piva L. Nicolai N. Improved management of nodal metastases of squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol*, 1995, 153, 246A
64. Abratt RP : The treatment of bilateral ulcerated lymph node metastases from carcinoma of the penis. A case report. *Cancer* 1984, 54, 1720-1722
65. Von Eschenbach AC , Johnson DE, Wishow KI, : Result of laser therapy for carcinoma of the penis. *Organ Preservation. Prog Clin Biol Res*, 1991, 370, 407-412.
66. Rosenberg SK, Jacobs H. Fuller, T: Some guidelines in the treatment of urethral condylomata with carbon dioxide laser, *J Urol*, 1982, 127, 906-908.