

CRITERIO GENERAL DE MANEJO DEL CANCER DEL PENE

DR. HORACIO ZALCE, *Jefe de Cirugía de la Unidad de Oncología del Hospital General de la Ciudad de México.*

Los puntos de vista que se expresan en esta presentación constituyen el cartabón general de elementos de juicio que se emplean en la Unidad de Oncología del Hospital General de la Ciudad de México, y son el fruto de la experiencia combinada y el pensamiento terapéutico del Hospital Memorial de la Ciudad de Nueva York y la adquirida en la Unidad de Cancerología de esta ciudad durante los últimos 20 años, con el cariz muy particular que el elemento humano que concurre a nuestro hospital le imprime. Esto es, se presenta una experiencia estrechamente relacionada con el perfil socio-económico y, por ende, educativo de un determinado estrato del país.

Teniendo en cuenta que entre los tumores malignos penianos observados los de estirpe mesenquimatosos representan una fracción mínima, de verdadera excepción, y que entre los ectodérmicos y los epiteliales el melanoma y el adenocarcinoma, sea este de glándula anexa a la piel, sea de mucosa de uretra, constituyen un escaso 3% de todos los tumores malignos del pene, las afirmaciones siguientes se referirán en forma casi exclusiva al carcinoma espinocelular o epidermoide.

Mi primera afirmación es quizás demasiado categórica, pero me parece válida como un hecho general: el tratamiento curativo primordial del cáncer del pene es quirúrgico. Si bien hay lesiones muy pequeñas y circunscritas, nada infiltrantes y sin metástasis, susceptibles de curación por radiación suave y hasta por electrodesecación o aun por la primitiva cauterización, esto constituye la excepción, tanto por la poca frecuencia con que se reúnen las condiciones clínicas enumeradas, como por lo poco aconsejable que es abrir fácilmente una puerta por la que se escape —o cuele— un mal juicio clínico entre personas de poca experiencia. Y esto, que es cierto para el manejo del primario, es incontrovertible en el tratamiento curativo de las metástasis ganglionares, que representan la inmensa mayoría dentro de los mecanismos de diseminación del cáncer del pene.

La radiación, sin embargo, puede ser excelente arma de paliación en los casos inoperables.

Es evidente que la naturaleza del tratamiento quirúrgico, su amplitud y el tipo de operación, estarán condicionados por el grado de extensión clínica o estadio clínico del padecimiento.

Se presentan varias posibilidades:

a) Tumor limitado al tercio anterior del pene, sin metástasis ganglionares inguinales. Basta la amputación parcial, con meato peniano, bien usando el procedimiento circular, bien el de colgajo largo ventral con construcción de meato al través de la base del colgajo.

b) Tumor que ha invadido el tercio medio o que, originándose en éste, se extiende en profundidad a cuerpos cavernosos, pero aún sin metástasis ganglionares: debe hacerse amputación total del pene construyendo meato perineal. Es nuestro sentir que el meato escrotal es poco aconsejable en vista de la considerable irritación que produce la orina retenida en una piel tan anfractuosa anatómica y fisiológicamente (contracciones de dartos y cremaster que fácilmente desvían el chorro urinario). El trauma psicológico que impone al varón el no poder orinar de pie con la implicación de afeminamiento involucrada en la necesidad de sentarse durante la micción debe ser tenido en cuenta para que, con argumentos razonables y adecuados al nivel intelectual y educacional de cada enfermo, se ayude a éste a superarlo. "Sólo los árboles mueren de pie".

c) Misma situación de b), pero con metástasis inguinales unilaterales concomitantes: se hace entonces división de bolsas en la línea media, se prepara en primer término el meato perineal, y se hace luego amputación total de pene con disección radical de la ingle que contiene las metástasis en bloque y en continuidad.

En una región tan altamente expuesta a la injuria infecciosa, el aumento de volumen de los ganglios inguinales es de difícil valoración clínica. Desde este punto de vista distinguimos tres posibilidades: ganglio palpable, ganglio sospechoso y ganglio clínicamente metastático. Los caracteres organolépticos de ellos, más evidentes en función de la mayor experiencia clínica, hacen imperativo comprobar su naturaleza en los grupos II y III. La biopsia por aspiración, en manos adiestradas, da un porcentaje alto de seguridad. Por otra parte, es esta quizás la única área linfoportadora en la que no vacilamos en recurrir a la biopsia escisional TRANSOPERATORIA, para establecer el diagnóstico en forma definitiva. El alto porcentaje, que casi llega al 50 de casos en que el examen histopatológico muestra exclusivamente linfadenopatía hiperplásica inflamatoria, nos ha convencido de la sensatez de esta línea de conducta.

d) Si en condiciones semejantes —aunque habitualmente haya mayor avance local— hay metástasis ganglionares bilaterales, habitualmente deberá recurrirse a la emasculación, construcción de meato perineal y disección radical de ingle bilateral. Frecuentemente es posible salvar la piel del escroto, que se usará entonces como verdadero colgajo pediculado para ayudar a cubrir sin, o con menor tensión, el amplio defecto operatorio. Esta gran intervención determina con frecuencia intenso shock, por lo que es aconsejable, para abreviar la duración del acto

quirúrgico, que dos equipos de cirujanos trabajen simultáneamente.

e) El primario puede estar controlado y las metástasis hacer su aparición semanas después, uni o bilateralmente. Debe hacerse disección radical inguinoilíaca uni o bilateral según el caso, y habitualmente en dos sesiones operatorias.

f) Las metástasis ganglionares concomitantes o subsecuentes al control del primario se han ulcerado. Esta situación requiere que, en la disección de ingle, se sacrifiquen grandes extensiones de piel, lo que obliga a recurrir a injertos, en ocasiones libres, las más de las veces pediculados, a fin de evitar la exposición tardía y la consecuente necrosis de los vasos femorales. Además de la movilización del músculo sartorio, y en vista de los buenos resultados obtenidos en el cuello para proteger la carótida, pensamos recurrir en estos casos al empleo de injertos dérmicos totales para envolver los vasos femorales.

g) Si hay invasión de los cuerpos cavernosos —factor de agravamiento pronóstico— y ésta llega hasta uretra perineal, el caso lo declaramos inoperable en el sentido de que sea curable por medios quirúrgicos, y se hace solamente cistostomía suprapúbica y radioterapia con miras por regla general meramente paliativas.

h) Si hay permeación cutánea suprapúbica o alrededor de metástasis ganglionares ulceradas se considera el caso asimismo inoperable y se administra radiación que, bien manejada, proporciona a veces muy aceptable paliación.

i) Por último, y para cerrar con una nota optimista este cuadro no muy halagüeño, debo mencionar que hay casos en que, estando circunscrito el cáncer a un prepucio largo y libre, la simple circuncisión puede determinar su completa curación.

Para terminar esta presentación sucinta, y tras de agradecer cumplidamente la distinción que la Unión Internacional Contra el Cáncer me ha hecho al permitirme participar en esta interesante Sección de Patología Geográfica, quisiera repetir la vieja frase de que el mejor tratamiento de cualquier enfermedad es su prevención y que, si estadísticamente se ha establecido la ecuación: "Circuncisión temprana, igual a profilaxis de cáncer del pene", debemos luchar, dentro de nuestros respectivos países, porque, en la misma forma en que es obligatorio para los obstetras el cuidado de los ojos del recién nacido, se les convenza, así como a los padres de los niños, de la trascendencia enorme que desde el punto de vista de la salud personal y el futuro de la sociedad,

tiene el prácticamente inocuo acto de la circuncisión, durante los primeros días de la vida, en la prevención del padecimiento tan mutilante desde todos los puntos de vista que es el carcinoma del pene.

SUMMARY

The author explains the therapeutical criteria of penis cancer of the Cancerology Unit of the General Hospital of Mexico City, which were obtained combining own experiences and that of the Memorial Hospital of New York.

The therapeutical method explained in this paper refers to the epidermoidal or spine cellular carcinoma, given the high incidence of this tumor in relation to others.

The main treatment of the penis cancer is a surgical intervention: treatments of defined lesions through any form of radiation are exceptional. But this method can be an excellent palliative treatment in inoperable cases.

The author considers that the type of surgical intervention and its amplitude depend on the clinical condition of the disease.

Several clinical conditions are analyzed:

Tumor limited to the anterior third of the penis without inguinal ganglionic metastasis; tumor that has invaded the middle third, or which, appearing in this part, penetrates cavernous bodies without ganglionic metastasis or with accompanying unilateral inguinal metastasis, uni or bilateral metastasis with controled primary; concomitant or subsequent ganglionic metastasis to the control of the primary which have ulcerated; for all these cases special techniques and cares are mentioned, as well as surgical data of great value, like the transoperative excisional biopsy in the cases of inguinal adenopathy, which is difficult to assess clinically.

On the other hand, for inoperable cases in which the tumor has invaded the cavernous bodies or those of suprapubic cutaneous permeation or around of ulcerated ganglionic metastasis, a well applied radiotherapy generally offers an acceptable palliation.

Finally the author considers that circumcision determines the treatment, since cancer is defined to a long and free prepuce.

He ends his paper with the request, that all countries should introduce circumcision as a prophylactic measure for penis cancer.