

*Nota clínica***Metástasis peneana como primera manifestación de un carcinoma esofágico**

Miguel A. López-Aramburu\*, Amparo Viguri Díaz\*\*, José Rosa Arias\* y Pablo Peña Pérez\*\*\*

*Servicios de Urología\*, Anatomía Patológica\*\* y Unidad de Enfermería Urológica\*\*\*. Hospital Santiago Apóstol. Miranda de Ebro (Burgos). España.***Resumen**

Presentamos un nuevo caso de enfermedad metastásica en pene. El tumor primitivo se originó en el esófago, lo que es una rareza clínica. Pero lo que hace excepcional a nuestro caso clínico es que fue la metástasis peneana el primer síntoma de la enfermedad, ya que hasta entonces el tumor primitivo permanecía silente. Como en la mayoría de casos similares el pronóstico fue pésimo y el paciente falleció a los pocos meses del inicio clínico de la enfermedad metastásica peneana.

Palabras clave: Metástasis. Carcinoma. Pene. Esófago.

**Penile metastasis like first sign of esophagus carcinoma****Abstract**

We present a new case of penile metastatic disease. The original tumour has been situated in the esophagus, which is a rare clinical situation. But what becomes exceptional in our clinical case is that the penile metastasis was the first disease symptom, since until this moment the original tumour has been silent. Like the majority of these cases the prognosis was gloomy and the patient died in few months after the clinical beginning of the disease.

Keywords: Metastasis. Carcinoma. Penis. Esophagus.

El pene es muy rara vez un órgano donde aparezcan metástasis. Se pueden estimar en unos 300 casos los que han sido comunicados<sup>1</sup>. Dos teorías se han postulado para explicar esta baja frecuencia del pene como órgano asiento de metástasis, ya que su rica vascularización propiciaría la situación contraria: un mecanismo intrínseco de defensa y una poca atención a la exploración y valoración del pene en pacientes atendidos en estadios avanzados de enfermedad neoplásica diseminada, donde un nódulo en pene puede ser obviado fácilmente<sup>2,3</sup>.

Cuando aparecen lo que es indudable es el pésimo pronóstico que se cierne sobre los pacientes, ya que este momento marca la presencia de enfermedad en estadio muy avanzado<sup>4-6</sup>.

Presentamos un caso de metástasis en pene de un carcinoma escamoso de esófago (segundo caso comunicado en la literatura con este origen) que si de por sí es una rareza, se convierte en una excepcionalidad si tenemos en cuenta que la metástasis en pene fue la manifestación inicial de una enfermedad que permanecía silente desde el punto de vista clínico (quinto caso comunicado con esta forma de presentación)<sup>3,7</sup>.

**CASO CLINICO**

Paciente de 57 años de edad remitido a urgencias de nuestro hospital por su médico de cabecera por presentar desde hace una semana dolor en glándula, con progresiva aparición de una lesión enrojecida que afecta su porción distal, recubierta de fibrina, aspecto necrótico, con gran componente exudativo y que impresiona de proceso trombotico. Entre sus antecedentes personales destaca una insuficiencia venosa con alteraciones tróficas en extremidades inferiores. Fumador de 40 cigarrillos diarios desde hace muchos años ha sido diagnosticado en el servicio de urología, hace tres meses, de hiperplasia prostática benigna subsidiaria de tratamiento médico. Durante el balance diagnóstico de la HPB se procedió a TR, determinación de PSA, realización de ecografías etc. sin aportar estos estudios anomalías dignas de mención.

A la exploración actual se observa que los dos tercios anteriores del glándula se encuentran tumefactos, endurecidos, con aspecto necrótico y abundante exudado y fibrina que recubre la zona (Fig. 1).

Ante la normalidad de los estudios urológicos y la total desorientación sobre el proceso mórbido se procede a una toma de biopsia mínima de la lesión. Se



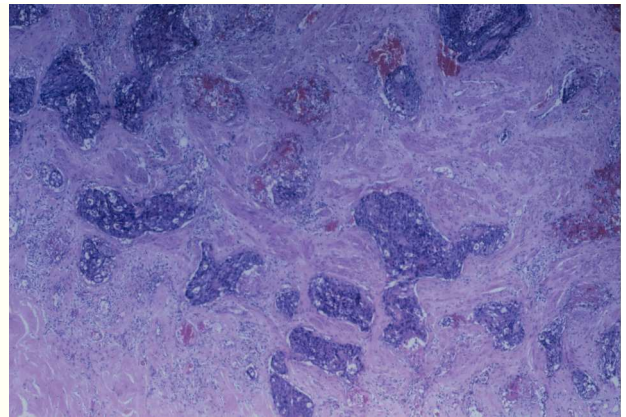
**FIGURA 1. Aspecto de la lesión peneana.**

nos informa de fenómenos de necrosis, denso infiltrado inflamatorio agudo y crónico y trombosis de la dermis. Ante esta situación de desconocimiento del proceso mórbido, pero ante un proceso necrótico que no mejora con los tratamientos sintomáticos instaurados, se indica amputación parcial de pene. Se extirpa glándula con una pequeña porción de cuerpos cavernosos. El servicio de anatomía patológica nos informa de la presencia de una trombosis tumoral de cuerpos cavernosos compatible con metástasis por un carcinoma epidermoide (Fig. 2 y 3).

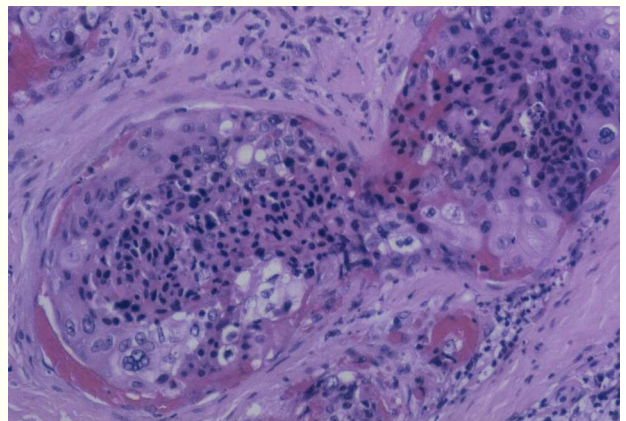
Ante esta inusual situación procedemos a la localización del tumor primitivo y estudio de extensión.

El TAC abdominal descubre a nivel retroperitoneal pequeñas adenopatías subcentimétricas paraaórticas, interaorto-cava y en raíz de mesenterio. Resto dentro de límites de la normalidad.

Se prosiguen estudios complementarios en busca de la neoplasia primitiva, al mismo tiempo que se solicita valoración por parte del Servicio de Traumatología de un dolor en hombro de súbita aparición y severa intensidad. El dolor referido se explica por la existencia de una fractura patológica a nivel del tercio superior de húmero derecho por lesión radiología típica de metástasis ósea. La gammagrafía ósea corrobora el diagnóstico de metástasis ósea a nivel del tercio proximal humeral, sin



**FIGURA 2. Cuerpos cavernosos infiltrados por carcinoma escamoso. HE x 40.**



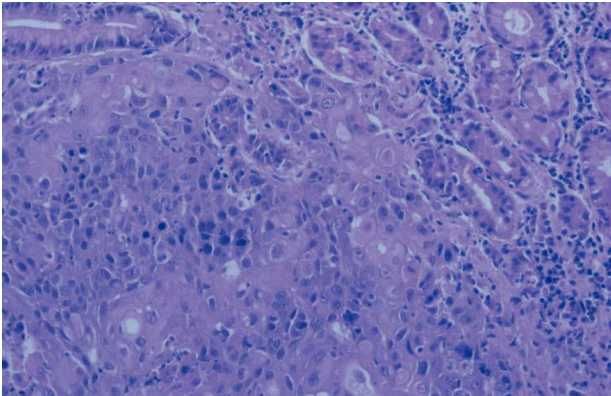
**FIGURA 3. Detalle del carcinoma escamoso infiltrando los vasos del cuerpo cavernosos. HE x 200.**

otros depósitos patológicos a distancia. Los estudios se suceden y la valoración por parte del Servicio de Otorrinolaringología es absolutamente normal. Entra en liza el Servicio de Digestivo que realiza estudio endoscópico y descubre a nivel del cardias masa mamelonada y ulcerada de 3 centímetros de diámetro que se corresponde con infiltración gástrica por un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de esófago (Fig. 4).

Se inicia tratamiento poliquimioterápico pero el estado del paciente empeora progresivamente falleciendo a los pocos meses.

### DISCUSIÓN

Los tumores metastásicos en pene son raros<sup>1,3,7,8</sup>. No se sabe exactamente la causa que justifique esta excepcionalidad, más si tenemos en cuenta su rica vascularización y la cercanía a estructuras que potencialmente son fuente de neoplasias con fuerte poder metastatizante: vejiga, próstata, recto-sigma etc.



**FIGURA 4. Carcinoma escamoso esofágico (primario) en contigüidad con la mucosa gástrica. HE x 100.**

Se han invocado tanto mecanismos de defensa propios de órgano como la falta de atención al pene, en el contexto de enfermedades sistémicas graves que comprometen rápidamente la vida del paciente, y donde un nódulo peneano puede pasar inadvertido a la exploración si ésta no es minuciosa<sup>2,37</sup>.

Las vías de diseminación por las que las células llegan al pene son muy diversas. Se han considerado las siguientes: directa, arterial, venosa, linfática, instrumental y nerviosa. Según la mayoría de los autores se considera a la venosa retrógrada la más importante<sup>1-3,6</sup>.

Los tumores primitivos suelen asentar frecuentemente en el aparato urinario (80%), seguidos del sistema digestivo y respiratorio. El resto de las localizaciones que se han comunicado (óseo y piel) son casos únicos<sup>3,7</sup>.

La forma de presentación típica es como nódulo (solitario en el 50% de los casos y múltiple en el 34%) que afecta a cuerpo del pene (66%) siendo mucho menos frecuente la afectación del cuerpo esponjoso-glande (12%)<sup>1-3,7</sup>.

La clínica se resume en el priapismo "maligno" (ocupación de los cuerpos cavernosos por la metástasis) y el dolor (ambos con una frecuencia del 30%) seguidos de edema, inflamación, obstrucción urinaria<sup>1,2,9</sup>.

El diagnóstico de presunción se basa en la presencia de enfermedad neoplásica previa y el de seguridad lo proporciona la biopsia. El intervalo entre el diagnóstico del tumor primitivo y la metástasis, que constituye la secuencia normal diagnóstica, puede oscilar entre semanas y años<sup>2</sup>. Sólo hemos encontrado en la revisión efectuada referencias indirectas sobre cuatro casos en que la metástasis fuese clínicamente el inicio de la enfermedad<sup>3</sup>.

En la literatura nacional Herrera Puerto et al. presentan un caso en el que el diagnóstico se realizó al unísono, pero en el caso referido, las manifestaciones del tumor primario (renal) dominaban el cuadro clínico y sólo un minucioso y detallado estudio del paciente evidenció un nódulo en pene, que constituía la lesión metastásica<sup>4</sup>.

El tratamiento más que nunca exige un detallado estudio de cada caso y un diseño individualizado sobre las estrategias a tomar en cuenta. La exéresis, en la variedad de penectomía (normalmente parcial), es mayoritariamente empleada para manejo de priapismo maligno, dolor u obstrucción urinaria<sup>7-9</sup>.

Los regímenes de poliquimioterapia y terapia radiante que se han comunicado ofrecen malos resultados.

El pronóstico de estos pacientes es sombrío y normalmente inferior a 12 meses tras el diagnóstico de la metástasis<sup>1-9</sup>.

## REFERENCIAS

1. Muro Bidaurre I, Azpiazu Arnaiz P, Recarte Barriola JA, Iñaki Hernaez Manrique E. Carcinoma metastásico de pene: evaluación clínica, tratamiento y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 1999 Nov;52(9):994-998.
2. Puyol M, Franco A, Bielsa O, Mallofre C, Talbot-Wright R, Mallafré JM, Gutiérrez R, Carretero P. Tumores metastásicos de pene de origen vesical. A propósito de 5 casos. Revisión de la literatura. Actas Urol Esp 1988 12(4): 351-359.
3. Alonso Gorrea M, Guillén Navarro M, Tramoyeres Celma A, Rodríguez Hernández JH, Ferrutxe Frau J, Puig Giró R. Tumores metastásicos de pene. Arch Esp Urol. 1980, 33(2): 131-142.
4. Herrera Puerto J, Herrera Flores J, López Elzaurdia C, Cermeño Giles F, Pierna Manzano J, Isusquiza Garro I, Hoyos Fitto C. Metástasis peneana de un carcinoma de células renales. Actas Urol Esp. 2002 Sep;26(8):589-591.
5. Romero Selas E, Lamas Meilán C, Barbagelata López A, Ponce Díaz-Reixa JL, Fernández Rosado E, Álvarez Castelo L, Rey Fraga D, Montes Coucedo M, Ruibal Moldes M, Novás Castro S, Chantada Abal V, González Martín M. Metástasis de carcinoma renal en cuerpo cavernosos A propósito de un caso y revisión de la literatura. Arch Esp Urol. 2006 Jun;59(5):530-532.
6. Rodrigues Netto N Jr, de Almeida Claro JF, Balthazar Saldanha L. Transitional cell carcinoma of the prostate metastatic to penis as cause of priapism. Arch Esp Urol. 1990 Apr;43(3):321-322.
7. Pellicé i Villalta C. Secundarismos metastásicos peneanos. Sucinta revisión de la literatura urológica española (periodo 1980-2005). Actas Urol Esp. 2006; 30(9):962-964.
8. Cortés González JR, Garza R, Martínez R, Gómez L. Adenocarcinoma de próstata metastásico a pene. Actas Urol Esp. 2006; 30(8):832-834.
9. Romero Pérez P, Amat Cecilia M, Andradá Becerra E. Metástasis en glándula de adenocarcinoma prostático. A propósito de un caso. Actas Urol Esp. 1991;15(3): 284-287.

Correspondencia autor: Dr. Miguel Ángel López Aramburu  
Servicio de Urología. Hospital Santiago Apóstol  
Ctra. de Orón, s/n - 09200 Miranda de Ebro. Burgos  
Tel.: 947 349 000

E-mail autor: malaramburu@yahoo.es

Información artículo: Nota clínica

Trabajo recibido: junio 2007

Trabajo aceptado: julio 2007