

MELANOMA DE PENE: CASO CLÍNICO

A. BLANCO DÍEZ, M. MONTES COUCEIRO, L. ÁLVAREZ CASTELO,
G. SUÁREZ PASCUAL, I. RODRÍGUEZ GÓMEZ, E. FERNÁNDEZ ROSADO,
M. GONZÁLEZ MARTÍN

Servicio de Urología. Hospital "Juan Canalejo". La Coruña.

PALABRAS CLAVE:

Cáncer de pene. Melanoma maligno.

KEY WORDS:

Penile cancer. Malignant melanoma.

Actas Urol Esp. 26 (2): 143-146, 2002

RESUMEN

El melanoma de pene es un tumor muy poco frecuente del que apenas se han reportado 60 casos hasta la fecha. Aún así plantea no pocas dudas en cuanto a su diagnóstico y tratamiento, y en estadios avanzados representa un reto para el futuro ya que su pronóstico es malo a corto plazo. En el presente artículo presentamos un melanoma de glande diagnosticado y tratado en nuestro servicio, y realizamos una revisión de la literatura y de algunos conceptos básicos en el manejo de esta entidad cuando está localizada en pene, ya que los casos en que se extiende más allá de este órgano es campo de la oncología.

ABSTRACT

Penile melanoma is a very uncommon neoplasm, being reported less than 60 cases. Event yet it outlines not few doubts about its diagnosis and treatment, and in advanced stages represents a challenge for the future since its prognosis is awful at short time. In the present article, its presented a glans melanoma diagnosed and treated at our Service. We make a brief revision of the literature and some basic issues on the management of this entity when it's localized in penis, since in the cases in which it extends far from this organ is yet oncological field.

Presentamos un caso de melanoma de pene. Incidimos en su clínica, dificultad diagnóstica, histología y posibilidades terapéuticas según estadio. Dados los pocos casos reportados, nos parece interesante aportar uno más para hacer referencia a una entidad clínica que, si bien poco frecuente, entraña no pocas dudas diagnósticas y terapéuticas así como un pésimo pronóstico para el paciente.

CASO CLÍNICO

Varón, 83 años. Sin antecedentes de interés. Consulta con el dermatólogo, en noviembre de 1996 por unas lesiones maculares pigmentadas

en el pene desde hace años, a las que no le dio importancia hasta que dos meses antes empezó a notar sangrado uretral.

A la exploración física se observa una lesión nodular, indurada y pigmentada en el glande perirectal (Fig. 1a). Asimismo existen otras lesiones pigmentadas en glande (Fig. 1b). Se establece el diagnóstico diferencial entre: melanoma, carcinoma basocelular, y carcinoma uretral, realizándose biopsia de la lesión yuxtameatal y de otra lesión en el cuerpo del glande. El resultado histológico es de melanoma maligno, confirmándose con técnicas inmunohistoquímicas, S-100 y HMB-45.

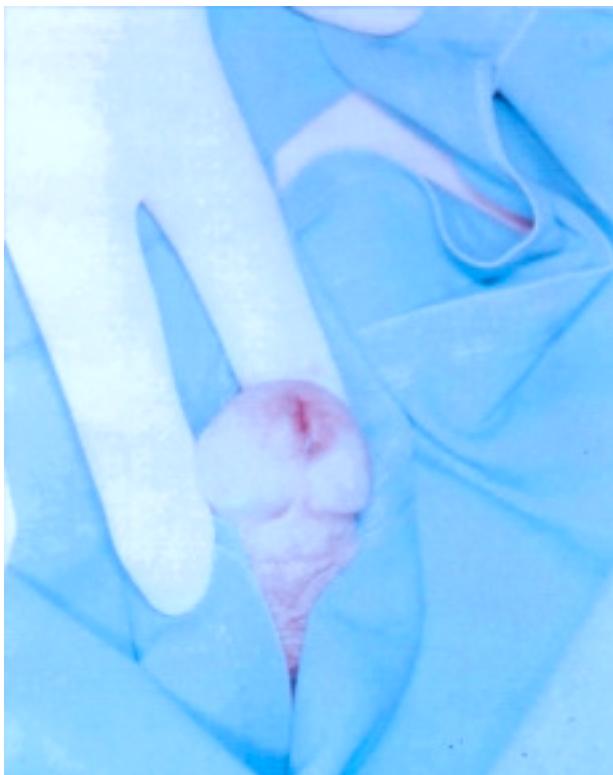
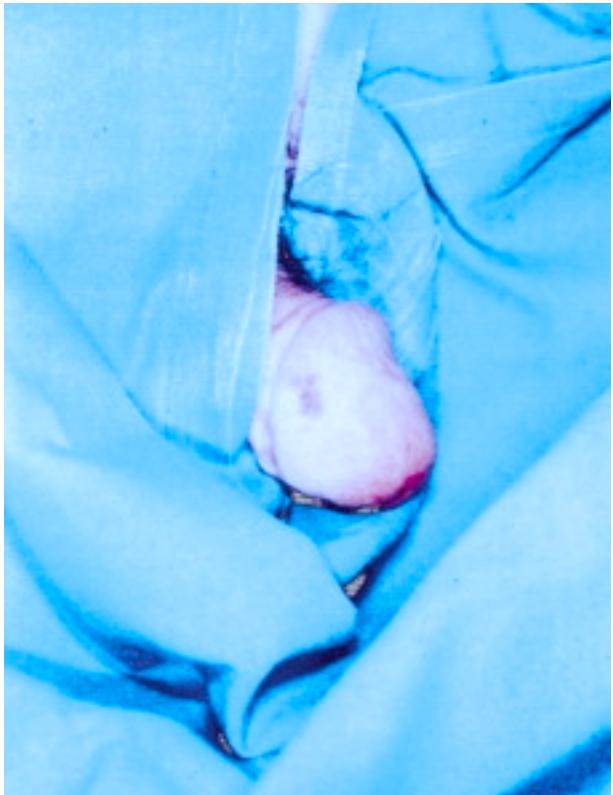


FIGURA 1A. Lesión pigmentada en glande periuretral.



FIGUR 1B. Lesión nodular pigmentada en glande. Aspecto característico de melanoma.

Tras realización de estudio de extensión, que es negativo, con T.A.C., Ecografía, y Gammagrafía, se procede en diciembre de 1996 a la penectomía parcial a 2 cm. del surco balanoprepucial.

El análisis histológico definitivo de la pieza es: melanoma maligno de extensión superficial en glande con masiva infiltración de tejidos periuretrales. Nivel II del Clark. Bordes quirúrgicos libres (Figs. 2 a y b). Actualmente, transcurridos 4 años de la cirugía, el paciente está siendo seguido en consultas de oncología con pruebas de imagen y exploración física, y en nuestras consultas por su prostatismo, no existiendo evidencia de recidiva local ni a distancia de su enfermedad.

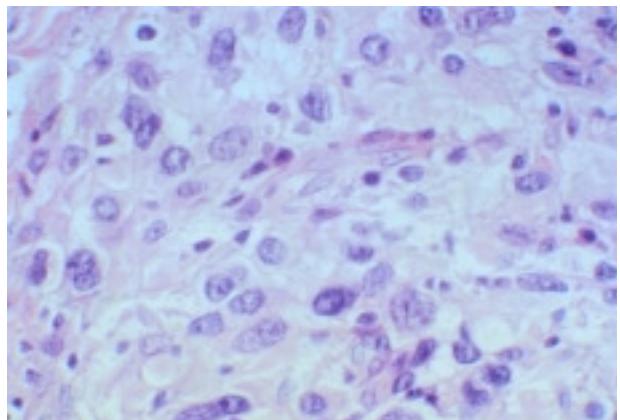


FIGURA 2A. Anatomía patológica: aspecto típico de melanoma con melanina en citoplasma celular y nucleolos prominentes como característica de malignidad.

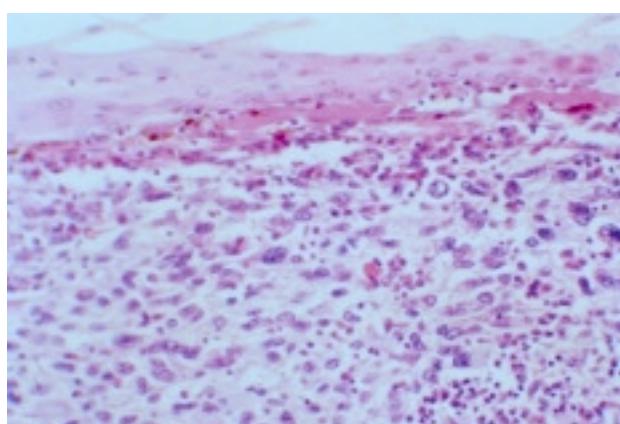


FIGURA 2B. Anatomía patológica: se observan las células tumorales en la dermis superficial en contacto estrecho con la epidermis.

DISCUSIÓN

El melanoma primario de pene es un tumor raro, existiendo menos de 60 casos publicados. Representa menos del 1% de los tumores peneanos y menos del 1% de todos los melanomas. La localización más frecuente es el glande (aprox. 70%), pero también puede aparecer en prepucio, meato y tallo del pene (esto último lo más infrecuente)^{1,2,4-6}. Su incidencia es superior en la raza blanca (como el resto de melanomas en otras localizaciones). La diferencia más importante con los que aparecen en otros lugares de la anatomía es la edad de aparición. El de pene tiene su pico de incidencia entre la quinta y la séptima décadas de la vida a diferencia de los de otras localizaciones, que aparecen en edades más tempranas^{2,4,5,7,8}. La forma de presentación es como una lesión nodular o aplanada, pigmentada, a veces ulcerada, de bastante tiempo de evolución, que comienza a sangrar al roce y que a veces produce dolor, prurito o dificultad miccional, (si se encuentra en el meato).

Hay que tener en cuenta que esta rara entidad puede inducir confusiones diagnósticas, sobre todo en aquellos melanomas amelanocíticos en los que el aspecto externo puede hacernos pensar en otros procesos. Por otra parte es necesario recordar que el diagnóstico histológico no siempre es sencillo requiriendo en ocasiones confirmación con técnicas inmunohistoquímicas, como fue nuestro caso³.

El estadiaje, y el tratamiento para cada estadio, son cuestiones en las que existe controversia. La clasificación más usada es la de Bracken y Diokno⁷:

- Estadio I: enfermedad limitada al pene.
- Estadio II: afectación de ganglios linfáticos inguinales.
- Estadio III: afectación a distancia.

Es evidente su simplicidad, y su insuficiencia, sobre todo para el Estadio I. Esto es debido a que para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de cualquier melanoma tiene importancia fundamental la profundidad de la lesión, lo cual no es tenido en cuenta en dicha clasificación. La profundidad se relaciona inversamente con la supervivencia a los 5 años^{1,2}. Por lo tanto parecen mucho más adecuadas las clasificaciones de Clark, y sobre todo de Breslow, para el estadiaje local⁹.

Niveles anatómicos de invasión del melanoma.

Clasificación de Clark.

- Nivel I: Epidermis (melanoma *in situ*).
- Nivel II: Dermis papilar.
- Nivel III: Dermis reticular.
- Nivel IV: Toda la dermis reticular.
- Nivel V: Hipodermis y tejido graso.

Grosor de la lesión en milímetros (Breslow)

- Menor de 0,75 mm.
- Entre 0,76-1,49 mm.
- Entre 1,50-2,49 mm.
- Entre 2,50-3,99 mm.
- Más de 4,00 mm.

La supervivencia a los 5 años de una lesión con un grosor menor de 0,75 mm es mayor del 95%, mientras que cuanto más gruesas sean el pronóstico empeora, especialmente en las más profundas de 1,5 mm¹. De esto se deduce que podemos tener un melanoma estadio I de Bracken, y sin embargo un pronóstico pésimo debido a su grosor. La única implicación pronóstica de la clasificación de Bracken y Diokno viene definida porque los estadios II y III, implican una evolución ominosa a corto plazo^{1,2}.

La forma de extensión es local, hacia cuerpos cavernosos, por invasión linfática hacia ganglios regionales, y hematógena a distancia⁵.

Como bien podremos suponer, las alternativas terapéuticas con intención curativa, se aplican a los tumores en Estadio I. El tratamiento de estas lesiones es fundamentalmente quirúrgico, es decir amputación parcial con margen amplio de seguridad. Dicho margen puede variar según la profundidad de la lesión, de 1 a 5 cm. Aquí observamos un principio importante: la individualización del tratamiento. Un margen de 3-5 cm ha probado un escaso índice de recurrencia local, y para tumores menores de 1 mm suele ser suficiente con margen de 1-3 cm.

La cuestión más controvertida en el abordaje terapéutico del Estadio I, es cuando hacer linfadenectomía profiláctica. Podemos no palpar ganglios linfáticos inguinales y sin embargo éstos estar afectados microscópicamente. Sin embargo, diversos estudios han demostrado que no existe un beneficio ni aumento de supervivencia en hacer linfadenectomía profiláctica comparado con aquellos pacientes a los que se le hace por tener una

sospecha clínica (ganglios palpables), lo que ya correspondería a un Estadio II². El beneficio que se obtiene es menor cuanto menor sea la profundidad de la lesión. Por tanto lo inicialmente correcto es hacer linfadenectomía sólo en pacientes con ganglios palpables.

En lesiones más profundas (más de 1,5 cm), en las que el riesgo de metástasis es mayor, puede ser deseable la disección ganglionar. Aún así la opción más aconsejable parece ser la linfadenectomía inguinal superficial bilateral, que nos ofrece estadiaje local con escasa morbilidad. En los enfermos en los cuales se demuestre afectación de estos ganglios se plantearía una linfadenectomía inguinal profunda e ilíaca, aunque el beneficio obtenido va a ser escaso o nulo ya que estos pacientes tendrán un pésimo pronóstico².

En nuestro caso planteamos una cirugía conservadora dejando amplio margen. Con ésto mantenemos un pene funcionante, con las ventajas no sólo físicas sino también psicológicas que ésto conlleva, sin olvidar los criterios oncológicos. En la anatomía patológica de la pieza se observa un nivel I de Clark lo que se corresponde con Índice de Breslow < 0,75 mm, por lo cual no realizamos linfadenectomía (lógicamente tampoco tenía ganglios palpables). Se cumple el % comentado de que en tumores con Breslow < 0,75 la supervivencia a los 5 años es mayor del 95%.

Como conclusión recordar que estas conjeturas en cuanto al tratamiento quirúrgico, se dan solamente en el Estadio I, ya que en los casos en los que hay afectación ganglionar o a distancia, las terapéuticas actuales, inmunoterapia, interferón,

o quimioterapia ofrecen resultados decepcionantes y la evolución es inexcusablemente mala. Nosotros aportamos este caso debido no sólo a su rareza sino también con deseo de recordar algunos aspectos en cuanto al manejo de la misma.

REFERENCIAS

1. MYSKOW MW, GOING JJ, MCLAREN KM, INGLIS JA: Malignant melanoma of penis. *J Urol* 1988; **139**: 817-818.
2. STILLWELL TJ, ZINCKE H, GAFFEY TA, WOODS JE: Malignant melanoma of the penis. *J Urol* 1988; **140**: 72-75.
3. RASHID AMH, WILLIAMS RM, HORTON LWL: Malignant melanoma of penis and male uretra. Is it a difficult tumor to diagnose?. *Urology* 1993; **41**: 470-471.
4. BUNDRECK WS, CULKIN DJ, MATA JA, GONZÁLEZ E, ZITMAN R, VENABLE DD: Penile malignant melanoma in association with squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol* 1991; **146**: 1.364-1.365.
5. KHEZRI AA, DOUNIS A, ROBERTS JBM: Primary malignant melanoma of the penis. Two cases and a review of the literature. *Br J Urol* 1979; **51**: 147-150.
6. CHABANNES E, WALLERAND H, BERNARDINI S, DEBIERE F, ALLOUC H, BITTARD H: Malignant penile melanoma. *Prog Urol* 2000; **10**: 101-105.
7. BRACKEN RB, DIOKNO AC: Melanoma of the penis and uretra. *J Urol* 1974; **11**: 198-200.
8. DAS GUPTA T, GRABSTALD H: Melanoma of the genitourinary tract. *J Urol* 1965; **93**: 607-614.
9. LÁZARO OCHAITA P: Dermatología. Texto y Atlas. 2^a Edición, 1993. Editorial Luzán.

Dr. A. Blanco Díez
Plza. Maestro Mateo, 9 - 2^º izda
15004 La Coruña

(Trabajo recibido el 3 septiembre de 2001)