

CASO CLÍNICO

Glandectomía con injerto cutáneo de muslo

Roberto Molina Escudero^{a,b,*}, Ignacio Moncada Iribarren^b y Álvaro Páez Borda^a

^a Servicio de Urología, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid, España

^b Servicio Urología, Hospital Universitario Sanitas la Zarzuela, Madrid, España

Recibido el 24 de diciembre de 2018; aceptado el 22 de septiembre de 2019

Disponible en Internet el 30 de diciembre de 2019



PALABRAS CLAVE

Glandectomía;
Cáncer de pene;
Injerto cutáneo

KEYWORDS

Glandectomy;
Penile cancer;
Cutaneous graft

Resumen El cáncer de pene es una neoplasia que afecta predominantemente a varones en la sexta década de la vida, con una incidencia de 0,3-1 por 100.000 habitantes.

Tradicionalmente, el tratamiento de la lesión primaria ha consistido en la amputación total o parcial del pene. Sin embargo, el impacto psicológico y funcional ha influido en el desarrollo de técnicas de preservación.

Presentamos a 2 pacientes con lesiones localizadas en el glándulo, diagnosticados mediante biopsia de carcinoma epidermoide. Ambos pacientes fueron tratados mediante glandectomía y reconstrucción con injerto libre de piel de muslo.

La anatomía patológica fue de carcinoma epidermoide superficial. Seis meses después los pacientes se encuentran libres de enfermedad y satisfechos con el resultado de la intervención.

En nuestra opinión, esta técnica permite obtener un adecuado resultado cosmético y funcional, sin perjuicio del control oncológico, y sin incrementar la morbilidad ni el tiempo operatorio.

© 2019 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Glandectomy with cutaneous thigh graft

Abstract Penile cancer is a neoplasm that predominantly affects males in the sixth decade of life, with an incidence of .3-1 per 100,000.

Traditionally, the treatment of the primary lesion has consisted of total or partial amputation of the penis. However, the psychological and functional impact has influenced the development of preservation techniques

We present 2 males with lesions on the glans diagnosed by biopsy of squamous cell carcinoma. The patients underwent glandectomy and reconstruction with free thigh skin graft.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: robersescu@hotmail.com (R. Molina Escudero).

The pathological anatomy was superficial squamous cell carcinoma. 6 months later the patients are free of disease and satisfied with the result of the intervention

In our opinion, this technique enables an adequate cosmetic and functional result without affecting oncological control and without increasing morbidity or operative time.

© 2019 Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El cáncer de pene es una neoplasia poco frecuente que afecta predominantemente a varones en la sexta década de la vida. Constituye el 10% de los tumores malignos en África, Asia y América del Sur, con una incidencia de 4,2 casos por 100.000 habitantes. En Europa y Estados Unidos representa el 0,4-0,6% de todos los tumores, con una incidencia de 0,3-1 por 100.000 habitantes. Estas variaciones geográficas están relacionadas con diferencias socioculturales y religiosas¹.

Tradicionalmente, el tratamiento de la lesión primaria ha consistido en la amputación total o parcial del pene. Sin embargo, el impacto psicológico y sobre la vida sexual de los pacientes ha influido en el desarrollo de estrategias de preservación peneana como la escisión local con láser, la radioterapia externa o intersticial y la quimioterapia tópica con 5-fluorouracilo al 5%. De forma general, estos tratamientos solamente son útiles en lesiones de bajo grado no invasivas, presentan tasas de recurrencia local de hasta el 45% y pueden conducir a reacciones locales que provoquen alteraciones estéticas relevantes, implicando la necesidad de una amputación².

Desde la descripción de las técnicas de glandectomía y reconstrucción de Austoni et al.³, la tendencia actual es a la realización de cirugías de preservación de órgano con reconstrucción mediante injertos con el objetivo de preservar el pene sin menoscabar el control oncológico.

El objetivo de nuestro trabajo es describir la técnica de glandectomía y reconstrucción con injerto cutáneo de muslo para el tratamiento del cáncer de pene localizado.

Pacientes y métodos

Presentamos a 2 varones de 66 y 64 años, diagnosticados mediante biopsia de glándula de carcinoma epidermoide de pene. En la exploración física se evidenciaron lesiones ulceradas localizadas en el glándula < 3 cm, sin evidencia de afectación del meato uretral ni adenopatías inguinales (fig. 1). Ambos pacientes eran sexualmente activos, con un IIEF-5 de 20.

Bajo anestesia general, el paciente es colocado en decúbito supino con la pierna derecha flexionada sobre la rodilla contralateral permitiendo la exposición de la cara interna del muslo ipsilateral. Previa desinfección del pene con clorhexidina no alcohólica y con antibioterapia profiláctica con cefazolina 2 g IV, se realiza incisión subcoronal permitiendo la exposición de la fascia de Buck.



Figura 1 Lesión ulcerada localizada en glándula.

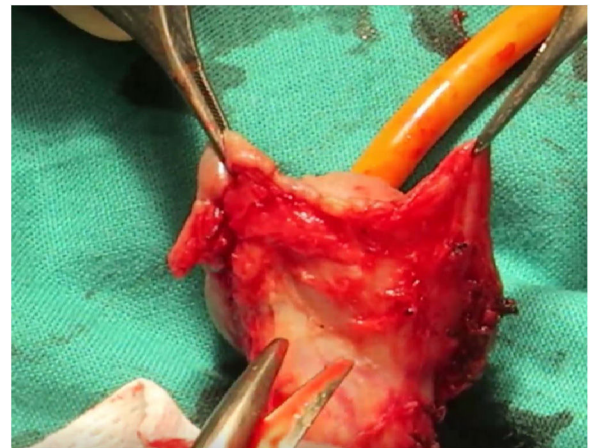


Figura 2 Disección del plano entre los cuerpos cavernosos y el glándula.

La vena dorsal superficial del pene se diseña para su posterior ligadura y sección permitiendo acceder al plano entre los cuerpos cavernosos y el glándula para su disección mediante tijera (fig. 2) hasta alcanzar la porción distal de la uretra, que es seccionada. Posteriormente, se espátula y se fija con puntos sueltos de Vicryl 3/0 al extremo distal de los cuerpos cavernosos para desarrollar el neomeato, se sutura la piel a los cuerpos cavernosos y se mide el defecto restante, siendo de 3 × 3 cm.

La cara interna del muslo derecho es esterilizada con clorhexidina no alcohólica y se dibuja un área de 5 × 5 cm para obtener el injerto cutáneo. Mediante el uso de un

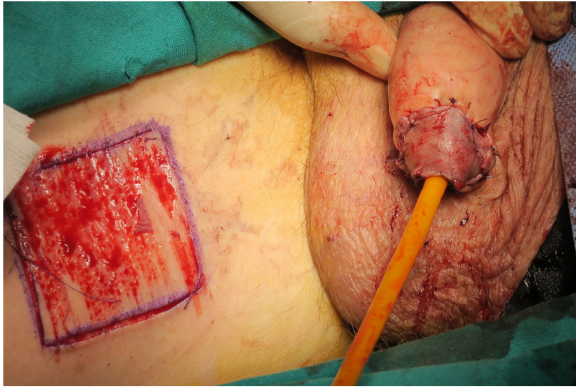


Figura 3 Aspecto al finalizar la cirugía.

Tabla 1 Características clínicas y patológicas de los pacientes

Variable	Caso 1	Caso 2
Edad (años)	66	64
Lesión peneana (cm)	2	2,5
IIEF-5 prequirúrgico	25	25
Anatomía patológica	T1G2	T1G1
IIEF-5 posquirúrgico	25	25
Tiempo de seguimiento (meses)	12	8

dermatomo obtenemos un injerto epidérmico para evitar la presencia de folículos pilosos de 3 mm de espesor. Se realizan pequeñas incisiones con bisturí frío en el injerto para permitir el drenaje de un eventual hematoma y se genera un orificio para el meato uretral. El injerto se sutura sobre el extremo distal de los cuerpos cavernosos con puntos sueltos de Vycril 3/0 y se coloca un vendaje compresivo en el pene, se tapa la herida cutánea con un apósito hidrocólicoide y se coloca una sonda uretral 16 Fr (fig. 3).

Resultados

El tiempo quirúrgico fue de 90 min y no se produjeron incidencias intraoperatorias. Los pacientes fueron dados de alta al día siguiente, siendo retirados el vendaje, el apósito hidrocólicoide y la sonda vesical a las 72 h de la intervención. No existieron complicaciones posquirúrgicas y el aspecto estético a las 3 semanas de la intervención fue el deseado (fig. 4).

La anatomía patológica definitiva fue de carcinoma epidermoide superficial pT1 en ambos casos. Seis meses después los pacientes se encuentran libres de enfermedad y preservando su función sexual íntegramente.

Las características clínicas y patológicas de los pacientes se muestran en la Tabla 1.

Discusión

La amputación parcial clásica con márgenes de resección de 2 cm respecto al tumor primario proporcionaba tasas de control local de la enfermedad superiores al 90%, a expensas de la pérdida de la longitud peneana, lo que tiene implicaciones psicológicas y funcionales, como la imposibilidad de orinar

en bipedestación o la dificultad para mantener relaciones sexuales².

Aunque el margen libre necesario para disminuir la recidiva no está bien establecido, grupos como el de Minhas¹ proponen como suficiente 3-5 mm de tejido sano alrededor de la lesión. Esto, unido a que el carcinoma peneano en el 78% de los casos se presenta en la región distal del órgano afectando al prepucio o al glande, ha estimulado el desarrollo de técnicas quirúrgicas conservadoras de exéresis de la lesión utilizando injertos en los casos necesarios para su reconstrucción permitiendo obtener mejores resultados cosméticos y funcionales⁴.

La microcirugía de Mohs presenta tasas de recidiva local del 6% pero tiene en contra la poca familiaridad de la técnica por parte de los urólogos y el elevado tiempo que precisa para su realización, por lo que no es una técnica habitual utilizada para el manejo conservador de estos tumores⁵.

La circuncisión es la técnica de elección en los tumores localizados en el prepucio, mientras que en los confinados al glande es la exéresis completa de la lesión con cierre primario, reservando la glandectomía, inclusive con resección del extremo distal de los cuerpos cavernosos, para lesiones de mayor tamaño, múltiples o con elevado riesgo de multicentricidad⁶.

Brown y Minhas⁷ proponen una exéresis subtotal del glande sin utilizar injertos para la reconstrucción posterior con el fin de preservar la uretra distal en su totalidad para evitar la micción en regadera y las complicaciones relacionadas con el injerto, permitiendo realizar la técnica inclusive en régimen ambulatorio. Sin embargo, el resultado cosmético es peor que aquellos pacientes en los que se utilizaron injertos para la reconstrucción del glande, existiendo en la actualidad diversas técnicas para su realización, no existiendo hasta la fecha una técnica reconstructiva ideal. En su artículo, Palminteri et al.² desestiman la utilización de la mucosa bucal para la reconstrucción del glande por la retracción del injerto al contacto con el aire, circunstancia que no ocurre cuando se utiliza en un medio húmedo como en la cirugía uretral.

En el trabajo de Mc Dougal⁸ se utiliza un colgajo de avance de piel del cuerpo del pene para cubrir el defecto generado, con la ayuda posterior de un dispositivo de vacío para mejorar el desarrollo de vascularización en las zonas donante y receptora, facilitando la aceptación del colgajo y evitando la posible retracción de los injertos libres.

Djordjevic⁴ proponen la creación de un neoglande utilizando el extremo distal de la uretra espatulada desde el meato uretral hasta unos 4 cm de longitud, suturándola sobre el extremo distal del cuerpo cavernoso; sin embargo, esta técnica no ha sido valorada a gran escala, siendo su principal inconveniente la dispersión de la micción al perder el meato uretral.

En los pacientes tratados mediante glandectomía con reconstrucción posterior, el injerto más ampliamente utilizado en diferentes series es el cutáneo de cara interna de muslo descrito por Bracka⁹ como en nuestro caso.

El trabajo de Veeratterapillay et al.¹⁰ incluye a 65 pacientes tratados mediante glandectomía con reconstrucción cutánea con un seguimiento medio de 40 meses; encontraron solamente como complicaciones 3 pacientes con contractura del injerto y estenosis del meato en 5

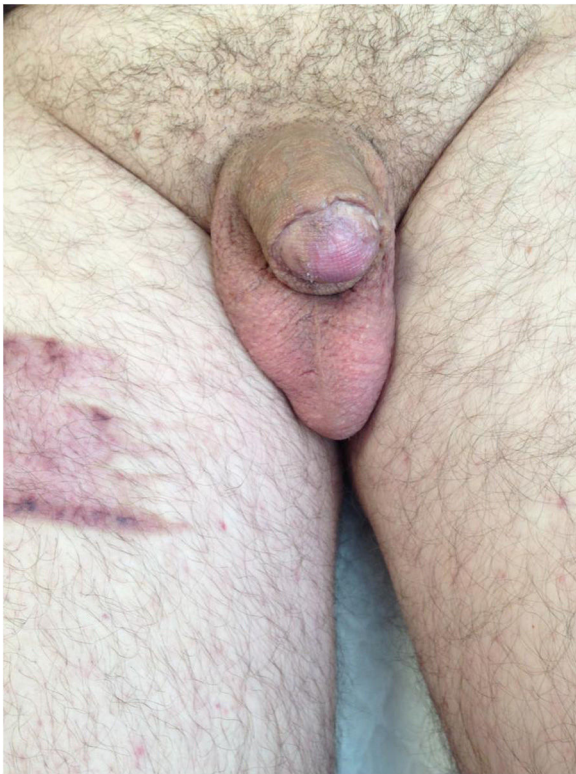


Figura 4 Aspecto del glande 3 semanas después de la intervención.

casos, resolviéndose con tratamiento quirúrgico adicional. En el artículo publicado por Pietrzak y Corbishley⁵, con 39 pacientes tratados mediante esta técnica, ningún paciente presentó estenosis del meato y solamente uno sufrió pérdida del injerto. Estos datos contrastan con los obtenidos por el grupo de Palminteri et al.², en el que, en su serie de 21 pacientes tratados mediante este mismo procedimiento, 11 presentaron estenosis meatal o uretral. La explicación a este hecho es que al menos 6 presentaban liquen esclerosante en el glande y posiblemente en la uretra también.

En todos los trabajos publicados se pone de manifiesto el excelente resultado estético y funcional de la técnica, con tasas de satisfacción global superiores al 90%, así como el adecuado control oncológico con índices de recidiva del 5%, adecuadamente tratada con amputación peneana parcial.

Conclusiones

En nuestra opinión, el tratamiento del cáncer de pene localizado en el glande mediante glandectomía y reconstrucción

con injerto libre cutáneo es una técnica que permite obtener un resultado cosmético y funcional superior al de la penectomía parcial clásica, sin perjuicio del control oncológico y sin incrementar significativamente la morbilidad ni el tiempo operatorio, por lo que puede considerarse como primera opción en este tipo de pacientes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Molina Escudero R, Herranz Amo F, Jara Rascón J, Lledó Garía E, Husillos Alonso A, Ogaya Piniés G, et al. Factores predictivos de recidiva en el carcinoma epidermoide de pene clínicamente localizado. *Arch Esp Urol*. 2011;6:525-32.
2. Palminteri E, Fusco F, Berdondini E, Salonia A. Aesthetic neo glans reconstruction after penis-sparing surgery for benign, premalignant or malignant penile lesions. *Arab J Urol*. 2011;9:115-20.
3. Austoni E, Fenice O, Kartalas Goumas Y, Colombo F, Montovani F, Pisani E. New trends in the surgical treatment of penile carcinoma. *Arch Ital Urol Androl*. 1996;68:163-8.
4. Gómez-Ferrer A, Rubio-Briones J, Collado A, Trassierra M, Casanova JL, Monrós JV, et al. Reconstruction of the glans with free-skin graft applying the Bracka technique. *Actas Urol Esp*. 2011;35:180-3.
5. Pietrzak P, Corbishley C, Watkin N. Organ-sparing surgery for invasive penile cancer: Early follow-up data. *BJU Int*. 2004;94:1253-7.
6. Morelli G, Pagni R, Mariani C, Campo G, Menchini-Fabris F, Minervini R, et al. Glansectomy with split-thickness skin graft for the treatment of penile carcinoma. *Int J Impot Res*. 2009;21:311-4.
7. Brown CT, Minhas S, Ralph DJ. Conservative surgery for penile cancer: Subtotal glans excision without grafting. *BJU Int*. 2005;96:911-2.
8. Mc Dougal WS. Advances in the treatment of carcinoma of the penis. *Urology*. 2005;66:114-7.
9. Bracka A. Surgical atlas glans resection and plastic repair. *BJU International*. 2009;105:136-44.
10. Veeratterapillay R, Sahadevan K, Aluru P, Asterling S, Rao GS, Green D. Organ-preserving surgery for penile cancer: description of techniques and surgical outcomes. *BJU Int*. 2012;110:1792-5.