



# Adenocarcinoma de recto con metástasis a pene

Madrigal-Medina Ricardo E, Navarrete-García Enrique, Adán-Zenil Medina, Colorado-García Alberto, Torres-Medina Eduardo, Vilchis-Cárdenas Marco A, Ignacio-Morales Cesar I, Peña-Ruelas César



## ■ RESUMEN

Los tumores metastásicos a pene son raros. Como factores predisponentes para ello están su abundante vascularidad y su proximidad con los órganos pélvicos. El primer informe de cáncer de recto con metástasis a pene fue en 1870. A la fecha, se han publicado cerca de 50 casos de cáncer de recto sigmoides con metástasis a pene y de 300 casos con otro sitio de origen. Los tumores primarios más frecuentes son: vejiga y próstata otro 30% cada uno; riñón con 10.5% y la uretra y testículo con menor frecuencia. El tracto gastrointestinal conjunta 22%; en particular, el colon y recto abarcan 16%. El resto de las metástasis proceden de pulmón, hueso, nasofaringe, melanomas, neoplasias hematopoyéticas y supraglotis.

Presentamos el caso de un varón de 45 años, diabético, con adenocarcinoma de colon con metástasis hepáticas, posoperado de resección abdominoperineal. Pocos meses después presentó una úlcera en glande de 6 mm y adenomegalias inguinales. La biopsia de tejido informó estroma con infiltración por glándulas de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, no se observó epitelio escamoso.

**Palabras clave:** Cáncer de colon, metástasis en pene, México.

## ■ ABSTRACT

*Tumors metastasizing to the penis are rare but predisposing factors are its abundant vascularity and its proximity to pelvic organs. The first case of cancer of the rectum with metastasis to the penis was reported in 1870. Up to the present date about 50 cases of sigmoid rectum cancer with metastasis to the penis have been reported and 300 cases worldwide of patients with metastasizing cancers arising at different sites. The most frequent primary tumors are bladder tumor (30%), prostate tumor (30%), and kidney tumor (10.5%). Urethral and testicular tumors are less frequent. The gastrointestinal tract accounts for 22% of cases, particularly the colon and rectum representing 16%. The remaining metastases arise from the lung, bone, nasopharynx, melanomas, and hematopoietic and supraglottic tumors.*

*The present case is a 45-year-old man with diabetes mellitus and adenocarcinoma of the rectum with hepatic metastases after abdominoperineal resection. A few months later he presented with a 6 cm ulcer on the glans penis and inguinal adenomegaly. Biopsy report stated stroma with moderately differentiated adenocarcinoma glands and no squamous epithelium.*

**Key words:** Colon cancer, metastasis in penis, Mexico.



Servicio de Urología

Unidad Médica de Alta Especialidades N° 25, CMN del Noreste, IMSS, Monterrey, N. L. México.

*Correspondencia:* Dr. Ricardo E Madrigal Medina. Av. Fidel Velázquez y Av. Abraham Lincoln s/n. Col. Morelos, Monterrey, N. L. Teléfonos: 81 1760 2012, 81 1249 3427. *Correo electrónico:* ricardomadrigal12@hotmail.com

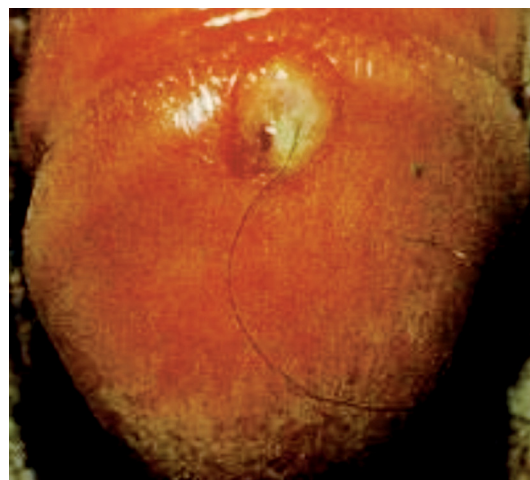
## ■ INTRODUCCIÓN

Los tumores metastásicos a pene son muy raros. Si bien se desconoce el mecanismo exacto de diseminación, se considera que su involucramiento se debe a su abundante vascularidad; se cree que es por: vía venosa, debido a reflujo retrógrado; vía arterial, linfática y por contigüidad. Clínicamente los pacientes pueden presentar nódulos indoloros, induración de cuerpos cavernosos, oclusión de la vía urinaria, úlceras en pene. La mayoría tienen origen en el área genitourinaria, próstata y vejiga, seguido de tracto digestivo (colon y recto). Generalmente indica estadio avanzado de la enfermedad, lo cual establece un mal pronóstico. El tratamiento es variado, dependiendo de las características clínicas.

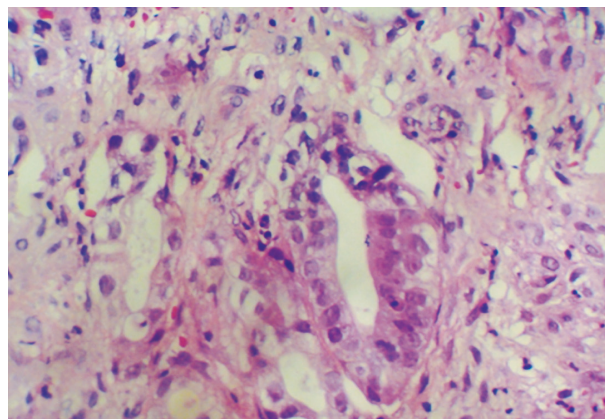
## ■ PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 45 años, diabético, con el antecedente importante de adenocarcinoma de recto con un tiempo aproximado de diagnóstico de siete meses. Recibió quimioterapia (5-fluorouracilo 600 mg/m<sup>2</sup>) y radioterapia preoperatoria neoadyuvante de (45 Gy) en 25 fracciones; sometiéndose a resección abdominoperineal. El informe histopatológico fue: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, que perfora y penetra la serosa de recto, hasta la pared muscular de la vejiga, con invasión linfática y perineural, con bordes quirúrgicos negativos y seis de 16 ganglios positivos. En los estudios de extensión se detectaron metástasis hepáticas y pulmonares, se le dio adyuvancia con folfox (leucovorin 200 mg/m<sup>2</sup>, fluorouracilo 85 mg/m<sup>2</sup>, oxiplatino 400 mg/m<sup>2</sup>); a pesar de lo cual, en seis meses, aumentó el antígeno carcinoembrionario de 213 a 354 nl/mL. Seis meses después llegó a ser de 3793 nl/mL, lo que motivó el cambio a Xeliri (irinotecan 180 mg/m<sup>2</sup>, capecitabina 2500 mg/m<sup>2</sup> por 14 días); a seguir, se evaluó por el servicio de urología, por presentar úlcera en glande de 6 mm de diámetro, no sangrante, dolorosa, indurada, (**Imagen 1**), con aumento de consistencia hasta tercio proximal de ambos cuerpos cavernosos; adenomegalias inguinales bilateral, no dolorosas de 2 cm en promedio, además de portar cistotomía colocada previamente por el servicio de Cirugía General por presentar retención aguda de orina, secundaria a estenosis severa de la uretra peneana. Se realizó biopsia de pene en huso de 8 mm, la cual se afrontó con crómico 4-0, logrando extraer la totalidad de la lesión. El informe histopatológico fue de estroma con infiltración por glándulas de adenocarcinoma moderadamente diferenciado; no se observó epitelio escamoso (**Imagen 2**).

El paciente se negó a todo tipo de tratamiento por lo cual no se realizaron más estudios. Murió un mes después del diagnóstico de metástasis a pene.



**Imagen 1.** Úlcera blanquecina de 6 mm, ovoidea, de bordes bien definidos, fondo sucio.



**Imagen 2.** Se observa un estroma con infiltración por grupos de glándulas que presentan pleomorfismo celular, variación en la cromacia y mitosis atípicas, las cuales corresponden a un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

## ■ DISCUSIÓN

Los tumores metastásicos a pene son raros. El primer caso publicado (1870) fue de cáncer de recto, con metástasis a pene. A la fecha, se han informado cerca de 50 casos de este tipo en Estados Unidos,<sup>1</sup> y a nivel mundial unos 300 casos de metástasis a pene, con origen de todo tipo de neoplasias malignas. Se considera que su participación es debida a su abundante vascularidad así como su proximidad con los órganos pélvicos. Se cree que el mecanismo de metástasis es secundario al flujo retrógrado venoso, debido a la intensa

comunicación que tienen las venas pelvianas, lumbares y peneanas; a diseminación linfática y arterial así como por contigüidad.<sup>1</sup> Existe la posibilidad de que la resección transuretral de próstata pueda diseminar un cáncer de próstata localmente avanzado. La mitad de los pacientes se presentan con un nódulo solitario en el pene y 34% presentan múltiples nódulos. Ambos cuerpos cavernosos están involucrados en 66% a 70% de los casos; el cuerpo esponjoso y el glande se involucran en 10% a 12% y el prepucio en menos de 10%. La presentación clínica de un tumor metastásico a pene incluye dificultad a la micción, dolor perineal, nódulos asintomáticos y priapismo. De todos los casos, 80% se debe a un estadio avanzado de la neoplasia inicial, generalmente con muy mal pronóstico, por lo que el tratamiento paliativo es habitualmente el único posible. Una quinta parte de las veces, los tumores metastásicos a pene se presentan al momento del diagnóstico del tumor primario y la mitad, dos años después del diagnóstico del tumor primario. Los tumores primarios más frecuentes corresponden al área genitourinaria,<sup>1</sup> abarcando aproximadamente 70% del total: vejiga 30%; próstata 30%; riñón 10.5% de casos; la uretra y el testículo, son menos frecuentes.

El tracto gastrointestinal da lugar a 22% del total de metástasis en pene; las regiones sigmoides y recto, son las más comunes del tubo digestivo (16%). El resto de las metástasis proceden de pulmón, hueso, nasofaringe, melanomas, neoplasias hematopoyéticas y supraglotis.<sup>2-4</sup> Por orden de frecuencia, la localización de las metástasis corresponden a cuerpo cavernoso, glande y cuerpo esponjoso.<sup>5-9</sup> Se considera que el método diagnóstico de elección es la biopsia, sin embargo, también se puede apoyar con estudios de imagen como doppler, cavernosografía, resonancia magnética, aspiración por aguja fina, entre otros. Algunos autores no consideran indispensable la biopsia.<sup>10</sup> Como diagnóstico histológico diferencial, se debe pensar en el adenocarcinoma de pene, el cual es infrecuente.<sup>3,11,12</sup>

El tratamiento es variado; dependerá de las características de cada caso, sin embargo, es habitualmente paliativo,<sup>1,8</sup> con la opción de: quimio y radioterapia, corto-circuito caverno-esponjoso, derivación de vía urinaria por cistotomía, falectomía parcial o total.<sup>8</sup> Algunos autores defienden la falectomía total en pacientes con buen estado general, en los que las metástasis estén confinadas a pene, aunque otros consideran que es una acción demasiado agresiva.<sup>13-14</sup> El pronóstico es invariablymente malo. Tienen una supervivencia de entre

cuatro a 24 meses para los casos primarios de próstata; cinco a 22 meses para los colorrectales y dos a 12 meses para los renales; el pronóstico es aún más sombrío para estos pacientes que para los que tienen cáncer epidermoide de pene.<sup>3</sup>

Según la bibliografía nacional revisada, éste es el primer caso informado en México.

## ■ CONCLUSIONES

Las metástasis a pene originadas en un tumor de recto, son excepcionales: Hay menos de 50 casos publicados en la bibliografía mundial. Lamentablemente, indican un estadio muy avanzado de la enfermedad, con un pronóstico fatal a corto plazo. Debido a esto, no ha sido posible realizar ensayos clínicos en cuanto al tratamiento quimioterapéutico paliativo, opción que podría ofrecer el máximo beneficio a estos pacientes. Tampoco se ha determinado el probable beneficio del tratamiento quirúrgico (falectomía total, parcial o inclusive excisión de la lesión), ya que estos pacientes usualmente se encuentran en malas condiciones generales y la morbilidad de una intervención quirúrgica puede no justificarla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tae Sung et al. Synchronous penile metastasis from a rectal carcinoma. *Int J Colorectal Dis* 2008;23:333-4.
2. Lorente FJ, Scavuzzo H. Metástasis en pene de un carcinoma epidermoide pulmonar. *Actas Urológicas Españolas* 1994;18:231-3.
3. van Savage JG, Carson CC. Primary adenocarcinoma of the penis. *J Urol* 1994;152(5 Pt 1):1555-6.
4. Perez LM, Shumway RA, Carson CC 3rd. Penile metastasis secondary to supraglottic squamous cell carcinoma: Review of the literature. *J Urol* 1992;147:157-60.
5. Schellehammer PF, Jordan GH, Scholsberg SM. Tumors of the penis. In *Campbell's Urology*. 6th Ed. Saunders. 1992: p.1293.
6. Hanks GE, Leibel S, Kramer S. The dissemination of cancer by transurethral resection of the locally advanced prostatic cancer. *J Urol* 1983;129:309-11.
7. Dubocq FM, Tefilli MV, Grignon DJ. High flow malignant priapism with isolated metastasis to the corpora cavernosa. *Urology* 1998;51:324-6.
8. Marchal-Escalona C, Contreras Martínez JA. Enfermedad metastásica de pene. A propósito de tres casos. *Actas Urológicas Españolas* 1993;17:461-3.
9. Patel NP, Ward JN. Carcinoma of prostate metastatic to prepuce and glans penis. *Urology* 1978;11:269-70.
10. Comandone A, Bau G, Mo A, Bretti S. Metastasi al pene da carcinoma di retto. *Minerva Gastroenterologica e Dietologica* 1992;38:49-52.
11. Pettaway C, Lynch Jr DF, Davis JD. Tumors of the Penis. In *Campbell-Walsh Urology*. 9th Ed. NY: Elsevier; 2006: p.31.
12. Takeo N, Ken'ich Y, Ryosuke A, Norio H. A Case of Sigmoid Colon Cancer Associated with Penile Metastasis. *J Japan Surg A* 2001;62: 1779-83.
13. Romero-Selas E, Lamas-Meillán C, Barbagelata-López A, et al. Metástasis de carcinoma renal en cuerpo cavernoso, a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Arch Esp Urol* 2006;59:530-2.
14. López-Aramburu MA, Viguri DA. Metástasis peneana como primera manifestación de un carcinoma esofágico. *Actas Urológicas Españolas* 2009;33:318-20.