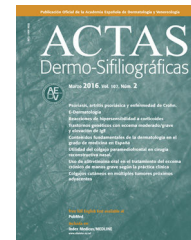




ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Lesión ulcerada en pene



Ulcerated Penile Lesion

Historia clínica

Se trata de un varón de 62 años que consulta por una lesión ulcerada y dolorosa en glande de un mes de evolución. Inicialmente se trataba de una lesión papulosa que tras ulcerarse de manera espontánea había drenado un material blanquecino, permaneciendo estable desde entonces. El paciente negaba otra sintomatología, lesiones similares, así como relaciones sexuales de riesgo. Como antecedente

relevante destacaba haber presentado un adenocarcinoma rectal infiltrante moderadamente diferenciado 16 meses antes (T3 N2b M1a) del cual se encontraba en remisión completa desde hacía 6 meses tras haber recibido tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.

Exploración física

Al realizar la exploración se observaba en cara lateral del glande una úlcera de 4 mm, de fondo eritematorrosado y con restos de fibrina en sus bordes (fig. 1); sobre una placa de 1,5 cm, bien delimitada, pétreo, infiltrada y dolorosa a la manipulación. No se detectaron otras lesiones en el resto de la piel o mucosas, ni adenopatías inguinales.



Figura 1

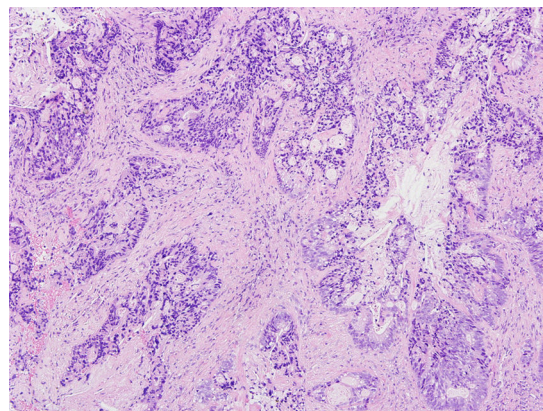


Figura 2 Hematoxilina y eosina x10.

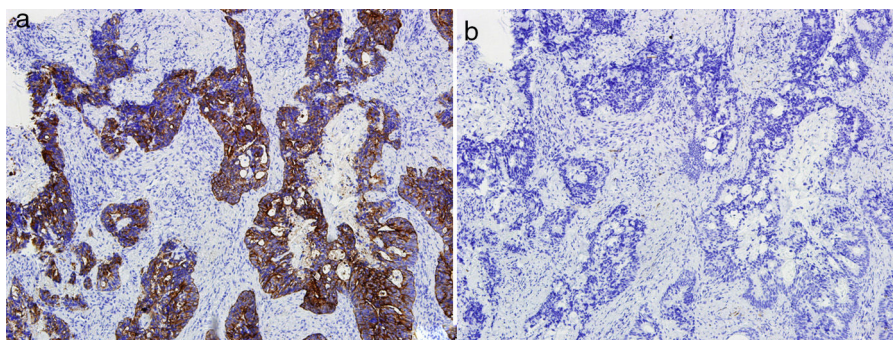


Figura 3 a) Citokeratina x20, positivo. x 10. b) Citokeratina x7, negativo x 10.

Histopatología

Infiltrado constituido por formaciones glandulares (fig. 2) con positividad para el marcador inmunohistoquímico citoqueratina 20 (fig. 3a) y negatividad para citoqueratina 7 (fig. 3b).

Otras pruebas complementarias

Se realizó análisis de sangre básico, con marcadores tumorales y serologías dentro de la normalidad. El estudio de detección del virus del papiloma humano en la muestra histológica fue negativo. La TAC toracoabdominopélvica descartaba enfermedad tumoral locorregional y a distancia.

¿Cuál es su diagnóstico?

Diagnóstico

Metástasis cutánea en pene de adenocarcinoma de recto.

Evolución y tratamiento

Ante el diagnóstico se solicitó PET-TAC detectándose actividad metabólica focal en glándula, alas sacras y cadenas ilíacas, hallazgos indicativos de infiltración neoplásica, iniciándose entonces tratamiento quimioterápico paliativo.

Comentario

El primer caso de metástasis de pene por adenocarcinoma rectal fue publicado en 1950¹ y desde entonces solo hay veinticinco casos descritos en la literatura. Estas metástasis a nivel de pene son raras, a pesar de ser un órgano muy vascularizado y de la gran proximidad anatómica entre ambos, lo que demuestra que el mecanismo de diseminación a esta rara localización sea aún desconocido². La teoría más apoyada se basa en la diseminación hematogena por embolización tumoral a través del flujo venoso retrógrado del sistema pudiendo profundo; otras teorías aceptadas son la diseminación a través del sistema linfático hipogástrico inguinal, la extensión a través del espacio perineural o la diseminación directa e incluso secundaria a la instrumentación quirúrgica. Lo habitual es que se presenten durante los primeros 18 meses tras el diagnóstico del tumor primario, aunque hasta en 1/3 de los casos aparecen de forma sincrónica³ al mismo. Las metástasis cutáneas en el pene tienen una presentación clínica muy variable³, siendo lo más frecuente en forma de placa o nódulo indurado, ulcerado o no y generalmente asintomático, aunque pueden asociar dolor perineal, priapismo, hematuria y obstrucción urinaria. Típicamente se localizan en cuerpo de pene, siendo muy rara su localización en glándula y prepucio.

En el diagnóstico diferencial debemos incluir otros tumores primarios y secundarios que pueden presentarse en esta localización. Entre los tumores primarios destacan el carcinoma de células escamosas, el carcinoma adenoescamoso⁴ y otros adenocarcinomas de pene como el carcinoma de

glándulas de Littré, el melanoma y el sarcoma. Entre los tumores secundarios, que representan solo el 0,8% de todos los tumores de pene, destacan los de origen genitourinario (tumores vesicales y adenocarcinoma de próstata), que suponen aproximadamente un 70% de los tumores primarios que metastatizan a esta rara localización^{3,5}.

La presencia de metástasis cutáneas representa un pronóstico ominoso⁵, que en el caso de las localizadas en el pene suponen una supervivencia global inferior a un año tras el diagnóstico de las mismas³, puesto que su presencia suele indicar enfermedad diseminada. No existe así un esquema terapéutico definido, su manejo suele ser paliativo mediante quimioterapia y/o radioterapia, reservándose la cirugía para casos con metástasis únicas.

En conclusión se trata de un caso de una rara presentación de metástasis cutánea de adenocarcinoma de recto, por su localización atípica y por encontrarse en aparente remisión completa en el momento del diagnóstico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al Complejo hospitalario de Toledo y al Servicio de Oncología del mismo por su colaboración.

Bibliografía

- Haddad FS, Manne RK. Involvement of the penis by rectocolic adenocarcinoma. Report of a case and review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1987;30:123-9.
- Kimura Y, Shida D, Nasu K, Matsunaga H, Warabi M, Inoue S. Metachronous penile metastasis from rectal cancer after total pelvic exenteration. *World J Gastroenterol*. 2012;18:5476-8.
- Zhang K, Da J, Yao H, Zheng D, Cai Z, Jiang Y, et al. Metastatic tumors of the penis: a report of 8 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94:e132.
- Rush PS, Shiau JM, Hibler BP, Longley BJ, Downs TM, Bennett DD. Primary cutaneous adenosquamous carcinoma of the penis: the first characterization of HPV status in this rare and diagnostically challenging entity with review of glandular carcinomas of the penis. *J Cutan Pathol [Internet]*. 2016;1226-30 [consultado 3 Ene 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cup.12835/full>.
- Fabiani A, Filosa A, Fioretti F, Mammanna G. Penile plaque as predictor of an advanced anorectal carcinoma: A case report. *Arch Ital Urol Androl*. 2015;87:171-2.

E.R. Martínez Lorenzo^{a,*}, B. Moreno Torres^b
y A.I. Sánchez Moya^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario de Toledo-Hospital Virgen del Valle, Toledo, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario de Toledo-Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: elenamartinezlorenzo@hotmail.com (E.R. Martínez Lorenzo).