

CASO Nº 4. “FORO DERMATOPATOLOGICO”. Piel-L.org (Abril, 2010)

MELANOMA MALIGNO NODULAR PIGMENTADO DEL PENE + SATELITOSIS.

Dr. Guillermo Planas Girón (Centro Clínico Profesional Caracas), Dr. León Yuffa (Hospital de Clínicas Caracas), Dra. María T. Urdaneta P (Centro Médico de Caracas).

INFORME CLINICO-PATOLOGICO:

Paciente de 64 a. quien es referido a mi consulta por su médico de cabecera en solicitud de una opinión clínico-patológica el día 11 de Febrero de 2010, posterior a intervención de cirujano plástico por presentar problema de fimosis de larga evolución y presencia de nódulos en tallo peneano y prepucio, *aparentemente no pigmentados*, según refiere el paciente y su médico de cabecera. El cirujano plástico realiza corrección quirúrgica de fimosis y extirpación de los nódulos mencionados, aproximadamente el 28 de Enero de 2010 -15 días antes de visitarme por primera vez-. Según refiere el paciente comienza a notar los nódulos a finales del año 2009.

En la primera consulta lo que se observa es una intervención de fimosectomía con la correspondiente resección de los nódulos mencionados, con presencia de algunas manchas salpicadas negro-violáceas y pigmentadas, irregulares, algunas con tonalidad marrón clara en la zona de la intervención y en la superficie proximal del glande (**Foto 1, 2 (A y B) y 3**), que pueden ser interpretadas como secuelas de hematomas post-fimosectomía (vs) satelitosis de MM.

En ese instante pensé que solo mediante biopsia de dos manchas en el glande se pudiera precisar su naturaleza y descartar la presencia del MM en la zona. En esta área anatómica (glande) ocurren el 55% de los MM del pene, luego le siguen prepucio (28%), cuerpo del pene (9%) y meato uretral (8%) (**4**). De esa forma el cirujano oncólogo, dispondría de una información más precisa para el momento de decisión de intervención quirúrgica local, con fines de ampliar márgenes de resección tomados por el tumor.

Al exámen físico solo palpe una adenopatía axilar izquierda, dura, indolora de aprox. 2 cm. Resto del exámen: DLN y la herida de la fimosectomía cicatrizando y granulando (**Fotos clínicas 1, 2, 3 y 4**).

REVISION HISTOPATOLOGICA (De lesión tumoral de pene y nódulos en prepucio):

NOTA: (Debo señalar que el estudio histológico lo realicé sobre las preparaciones histopatológicas (HE), procesadas en el Centro Médico de Caracas, (CMC), provenientes de los nódulos resecados quirúrgicamente por el cirujano plástico).

Epitelio hiperplásico con presencia de melanocitos atípicos, patrón epitelioides que se distribuyen en tecas de tamaño variable, a distintos niveles del epitelio. Igualmente se observaron melanocitos atípicos individuales remontando el epitelio hiperplásico a partir de la capa basal. (**Fotos 10, 11 y 12. Por favor aumente el zoom a 150% para observar los detalles**). Se observaron igualmente melanocitos atípicos a nivel de la capa córnea, entremezclados con abundante pigmento melánico. Las tecas están formadas por melanocitos epitelioides, en algunos sectores con citoplasma abundante, nucléolos púrpura prominente y variable carga pigmentaria. La dermis se encuentra

ocupada por tecas y trabéculas de melanocitos epiteliodes que forman densa trama celular atípica desde dermis superior hasta la dermis profunda. Se observaron sectores donde la carga pigmentaria es discreta o ausente y otros donde se observa densa. El resto de la dermis está ocupada por la proliferación melanocítica mencionada, (**Foto 15**) reflejo de la fase de crecimiento vertical (tumorigénica), con un Índice de Breslow mayor de 10 mm. e Índice de Clark IV-V.

Aunque en las preparaciones histológicas examinadas no se observaron vasos sanguíneos y linfáticos comprometidos, la presencia de pequeños nódulos de melanocitos fusiformes localizados en la profundidad de la resección de las lesiones nodulares del prepucio y que histológicamente pudiera corresponder a "satelitosis", sugieren una posible invasión vascular en un momento dado de su evolución (**Foto 13 y 14**). **NOTA:** no se presentan las fotos de satelitosis. Sospecho que las fotos 13 y 14, corresponden a dos focos de MM in situ, el primero de patrón lentiginoso. En los exámenes de extensión, sería importante la exploración de Mts por vía linfática y/o sanguínea.

Mi opinión es que se trata de un MM primario, cuya clínica no estuvo muy bien caracterizada, ya que una lesión como ésta, con presencia de *tumor pigmentado* tanto en dermis como en el espesor del epitelio, ha debido conferir a los nódulos el carácter clínico pigmentado que caracteriza a la neoplasia, como lo hace todo MM pigmentado, a excepción del MM amelanico, que no es el caso.

Se anexa igualmente el Informe del Laboratorio de Patología del Centro Médico de Caracas (CMC) (**Nº B10-00880 del 11 de Febrero de 2010**) (**Foto 7 y 8**), así como el estudio macro (**Foto 5 y 6**). Tuve la oportunidad de leer el Informe emitido por la Dra María.T Urdaneta, cuyo criterio comparto en sintonía con las preparaciones histológicas estudiadas.

El mismo día de su primera visita, de mutuo acuerdo con su médico de cabecera, lo referí al Cirujano-Oncólogo, Dr. León Yuffa (HCC), cuya impresión transmito a Uds. en su Informe evaluativo (**Foto 9**).

MOTIVO DE LA PRESENTACION:

A) He decidido con este caso cambiar un tanto el esquema de presentación que venía siguiendo habitualmente en mis casos precedentes, en el sentido de enviarles toda la información disponible , **en una sola entrega** de modo que se puedan dar una idea integral desde el punto de vista clínico (al menos post-fimosectomía + resección de nódulos tumorales), estudios histopatológicos, piezas macro y sus dimensiones, hasta que se decidió sobre la marcha referirlo al cirujano-oncólogo para la consideración de estudio de ganglio centinela, conveniencia de ampliar bordes de resección, estudio de extensión y conducta quirúrgica oncológica.

Aunque el motivo de la presentación, tiene un enfoque primordialmente terapéutico, tenemos que partir del principio de que los dermatopatólogos somos básicamente clínicos, "prestados" si se quiere a la dermatopatología e incluso terapeutas de nuestros propios pacientes. Este caso también ilustra cómo hasta la referencia cobra su importancia en el sentido de que un problema tan complejo como éste, tiene que estar en manos de un dermatólogo quirúrgico con criterio oncológico y/o un

oncólogo, por la naturaleza de la lesión y su ubicación en un sitio tan vital para el hombre.

B) La ocurrencia de MM en pene, no alcanza al 1% de los MM en genitales externos. Hasta el 2009 se han descrito menos de 150 casos de MM en esa localización; 50 a 60% de los casos presentan Mts ganglionares en el momento del diagnóstico. También metastiza por vía hematógica. Este paciente con un Índice de Breslow de 11 mm. presenta un pronóstico sumamente sombrío.

C) Con los datos disponibles, he querido presentarlo para que Uds. aporten sus importantes opiniones en relación a la conducta terapéutica que se debe seguir en la etapa actual en que se encuentra el paciente.

D) Me ha referido que como orina muy bien y experimentó una buena respuesta en un acto de masturbación, se considera en perfecto estado de salud. No ha acudido a la toma de biopsias en las manchas descritas en el glande. No obstante, su conducta evasiva psicológicamente explicable, pienso que pudiésemos analizar la conducta terapéutica a seguir. A un mes de la operación de la fimosectomía y resección de tumores, me refirió por teléfono que las manchas observadas en el glande (**fotos 1,2 3 y 4**), persisten sin modificación.

BILIOGRAFIA:

- 1) Bracken RB, Diokno AC. Melanoma of the penis and urethra. *J Urol* 1974; **11**: 198-200
- 2) Manivel C, Fraley E. Malignant melanoma of the penis and male urethra: 4 case reports and literatura review. *J Urol* 1988;**139**; 813-16
- 3) De Bree E, Sanidas E, Tzardi M et al. Malignant melanoma of penis. *Eur J Surg oncol* 1997; **23**:277-9
- 4) Demitsu T, Nagato H, Nishimaki K et al. Melanoma *in situ* of the penis. *J Am Acad Dermatol* 2000;**42**:386-8
- 5) Oldbring T, Mikulowski P. Malignant melanoma of the penis and male urethra: Report of nine cases and review of the literature. *Cancer* Feb 1 1987; **59** (3):581-7
- 6) Oliva E, Quinn TR, Amin MB. Primary malignant melanoma of the urethra: a clinicopathologic analysis of 15 cases. *Am J Surg Pathol*. Jun 2000; **24** (6):785-96
- 7) Stillwell TJ, Zinke H, Gaffey TA. Malignant melanoma of the penis. *J Urol* Jul 1988; **140** (1):72-5
- 8) *e-Medicine*. Dermatologic Diseases of the Male Genitalia, malignant. Parker DC, Parker SS, Ellsworth PI, et al. Update, Nov 2009
- 9) Orlandini V, Avril MF. Melanomes de la verge. *Ann Dermatol Venereol* 2004; **131**:609-10
- 10) Chabannes E, Wallerand H, Bernardini S et al. *Progrès en Urologie* 2000;**10**:101-6

- 11) Southwick A, Rigby O, Daily M et al. Malignant melanoma of the penis and sentinel lymph node biopsy. *J Urol* 2001;**166**:1833
- 12) Han KR, Brogle BN, Goydos J, et al. Lymphatic mapping and intraoperative lymphoscintigraphy for identifying the centinela node in penile tumors. *Urology* 2000;**55**:582-5

FOTOS DE LOS ASPECTOS CLINICO- PATOLOGICOS E INFORMES

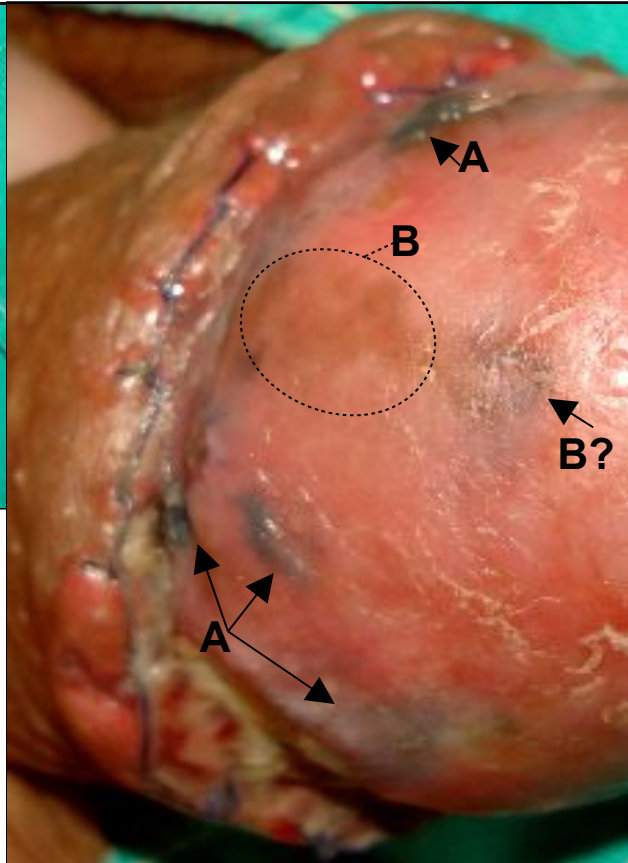


FOTO N ° 1 y 2:
 Aspecto clínico post-corrección de fimosis+ extracción de nódulos pigmentados.
A: manchas violáceas (hematomas post-quirúrgicos ?)
B: Mancha (s) sospechosa de MM lentiginoso.



FOTO N ° 3: Cara lateral derecha



03, 2010
DR. GUILLERMO PLANAS G.

FOTO 4
CARA LATERALIZQ. POST-
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.



FOTO 5: La pieza tumoral de mayor dimensión intensamente pigmentada, que observan a la derecha de la foto, fue resecada de la zona del pene, de aproximadamente 2,4 cm. de diámetro y la de mediano tamaño, a la izda de la foto, de aprox. 0.8 cms.

FOTO 6: corresponde a dos fragmentos cutáneos resecados con pigmento en los bordes de resección y presencia histológica de tumor en bordes.





Hospital Privado
Centro Médico de Caracas

Paciente **L. Q.** **EDAD: 64 AÑOS**
Médico **S. R.**

Procedencia: Centro Médico de Caracas

Historia No 25933:
No. Informe B10-00880

Fecha 11 feb 2010

No. Informe B10-00880

Examen Macroscópico:

1. LESIÓN TUMORAL DE PENE: Se reciben tres especímenes irregularmente ovales, el menor de 0,8 cm y el mayor de 2,4 cm de diámetro. Presentan superficie lobulada, de color negruzco. Al corte se evidencia lesión pigmentada negruzca, con áreas blancas grisáceas y consistencia blanda.

2. PREPUJO: Se reciben dos especímenes correspondiente a prepucio, los cuales miden 2,2 y 2,5 cm, de color marrón, con superficie pliegada, observándose pequeñas lesiones pigmentadas (x3) y cuya consistencia es blanda.

Se incluye material representativo para estudio histológico de la siguiente manera:

1. Lesión tumoral de pene.
- 2 y 3. Prepucio.

DIAGNOSTICO:

Pene, extirpación de lesión tumoral:

MELANOMA MALIGNO, EN FASE DE CRECIMIENTO VERTICAL DE PATRON HISTOLOGICO NODULAR.

NIVEL DE CLARK IV (COMPROMISO A LA DERMIS RETICULAR).

MICROESTADIO DE BRESLOW: 11 MM.

INVASION A VASOS SANGUINIFOS Y LINFATICOS: AUSENTE

BORDES QUIRURGICOS DE RESECCION, CON PRESENCIA DE CELULAS NEOPLASICAS MALIGNAS

2. Prepucio, resección:

PEQUEÑO FETIDO MALIGNO.

PEQUEÑOS NODULOS SATELITOSIS DE MELANOMA MALIGNO

MTU/ma

Dra. María T. Urdaneta P.

CI: 3811298
MSDS: 2000C

FOTO 7

1. Lesión tumoral de pene.
2 y 3. Prepucio

DIAGNOSTICO:

Pene, extirpación de lesión tumoral:

MELANOMA MALIGNO, EN FASE DE CRECIMIENTO VERTICAL, DE PATRON HISTOLOGICO NODULAR.

NIVEL DE CLARK IV (COMPROMISO A LA DERMIS RETICULAR).

MICROESTADIO DE BRESLOW: 11 MM.

INVASION A VASOS SANGUINEOS Y LINFATICOS: AUSENTE.

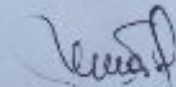
BORDES QUIRURGICOS DE RESECCION, CON PRESENCIA DE CELULAS NEOPLASICAS MALIGNAS.

2. Prepucio, resección:

PEQUEÑO LENTIGO MALIGNO.

PEQUEÑOS NODULOS SATELITOSIS DE MELANOMA MALIGNO.

MTU/mco



Dra. María T Urdanola P

Ci: 3811299

MSDS: 20000

FOTO 8

El 15 de Marzo de 2010.

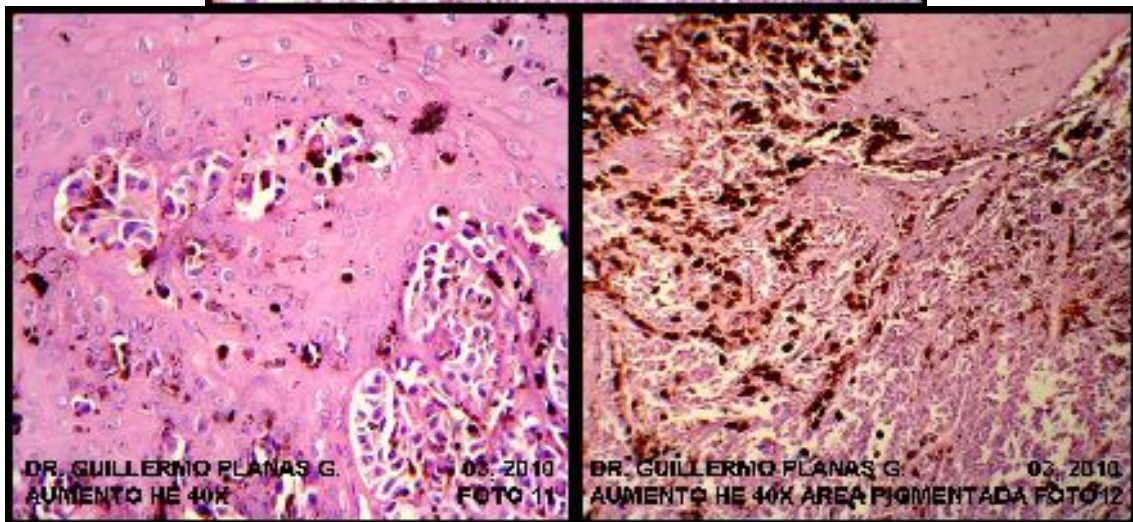
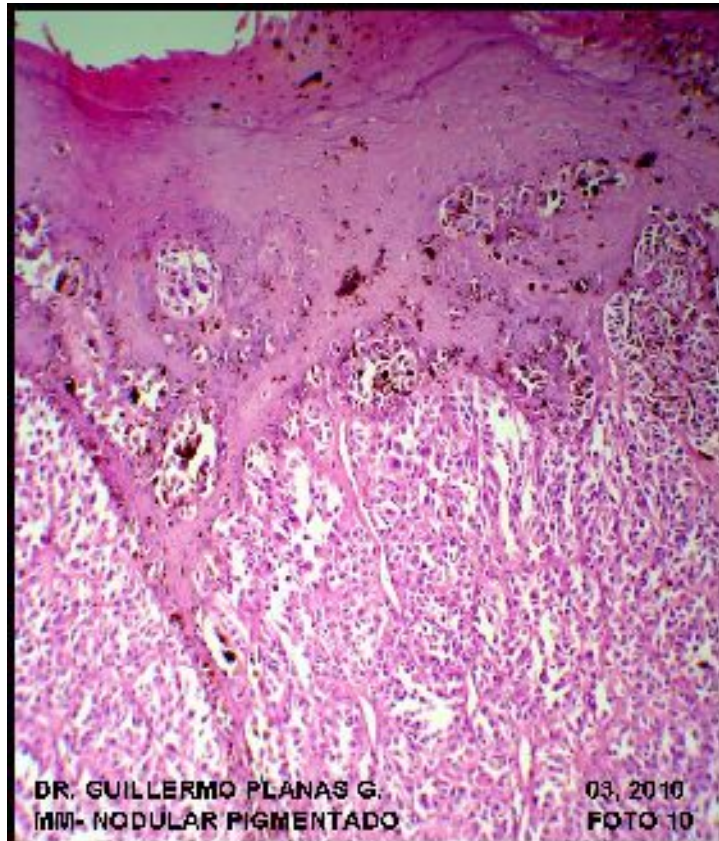
Apreciado Guillermo, tuve la oportunidad en efecto DE CONVERSAR Y EXAMINAR al Sr. L.Q, a quien tu gentilmente me referiste para evaluación. Efectivamente al interrogarlo el paciente refiere historia de ser portador de una FIMOSIS total desde la infancia, y de no haber retraído el prepucio de su pene nunca, ni siquiera para las relaciones sexuales, refiriendo cierta incomodidad durante el coito, pero que lo entendía como algo normal en su vida. Posteriormente refiere la presencia de un nódulo indolente por debajo de dicho prepucio, que no fue -sino hasta que tuvo un gran volumen- que lo hizo consultar. Asiste a consulta con su médico de Cabecera quien a su vez decide su referencia a un Cirujano Plástico, el cual le propone cirugía (FIMOSECTOMIA Y RESECCIÓN DEL NÓDULO), pues resulta que no es sino hasta el acto operatorio, es decir, durante el mismo que consiguen un INCIDENTALOMA, realizan una resección, aparentemente sin verificación de márgenes quirúrgicos con una Biopsia peroperatoria y de apariencia tímida, para después llevarse la sorpresa con el diagnóstico de MELANOMA, además en la pieza del prepucio le reportan dos nódulos a menos de un centímetro de la lesión voluminosa primaria que efectivamente deben considerarse como SATELITOSIS.

Es una lesión que reportan en la Biopsia con un Breslow de 11 mm y un nivel de Clark IV-V, pero lo que es peor aún es una variedad nodular de crecimiento vertical y para colmo de males los márgenes están tomados. En esencia se trata de una lesión localmente avanzada con un pronóstico histopatológico muy sombrío.

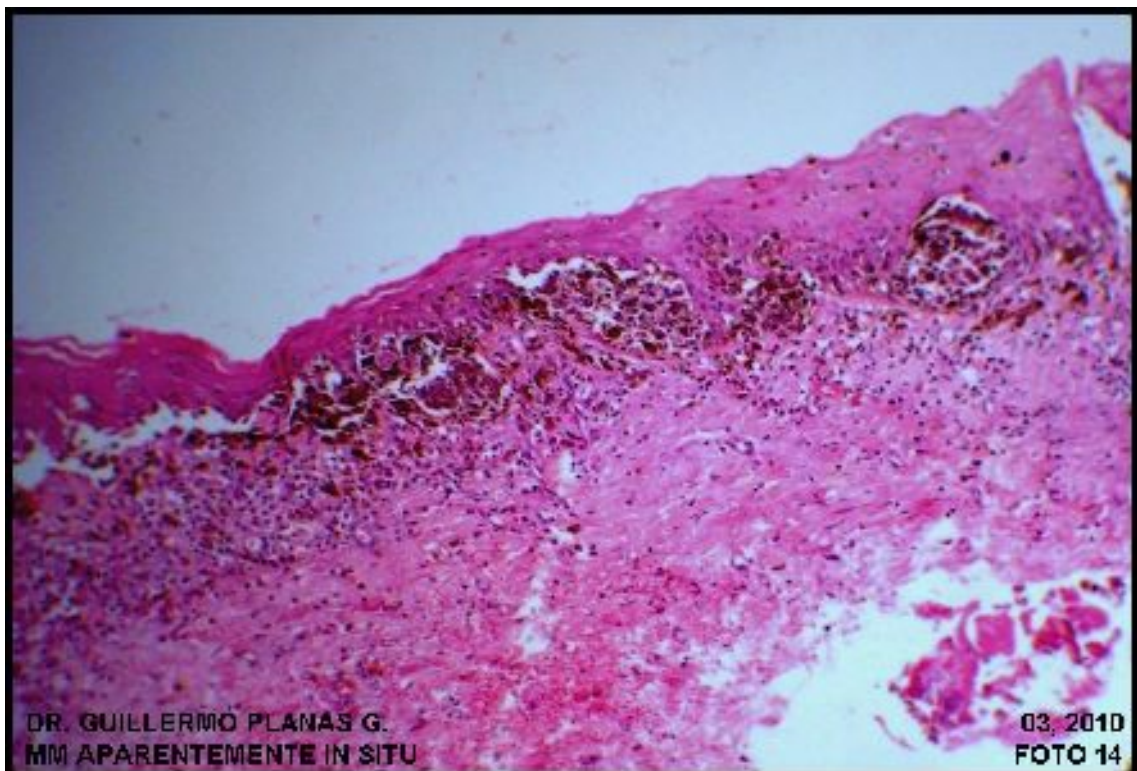
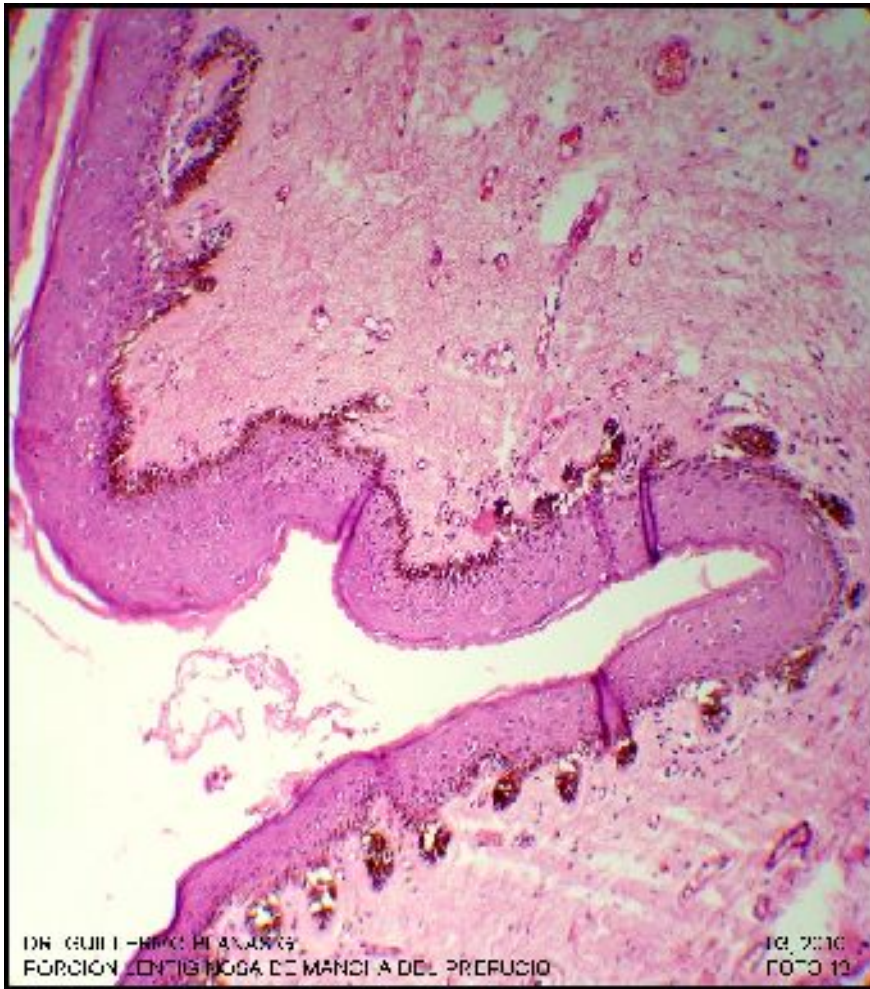
Al examinar el paciente consigo una lesión en fase de cráter post-quirúrgico en el dorso del Pene, línea media, yuxtapuesto adyacentemente a su arteria dorsal de aproximadamente un centímetro de diámetro, cortada transversalmente por una línea de sutura continua de material reabsorbible creando un Neo surco balano-prepucial, lo que deja a la mitad de la ulcera al descubierto y la otra mitad posterior por debajo del Neo prepucio. Igualmente en toda la superficie del glande observé máculas oscuras, violáceas, serpentiginosas (de las cuales te hablé por teléfono) que me llamaron poderosamente la atención y de las que no sé si se tratan de otras lesiones melanomatosas, sería apropiado la toma de muestra para Biopsia incisional de las mismas.

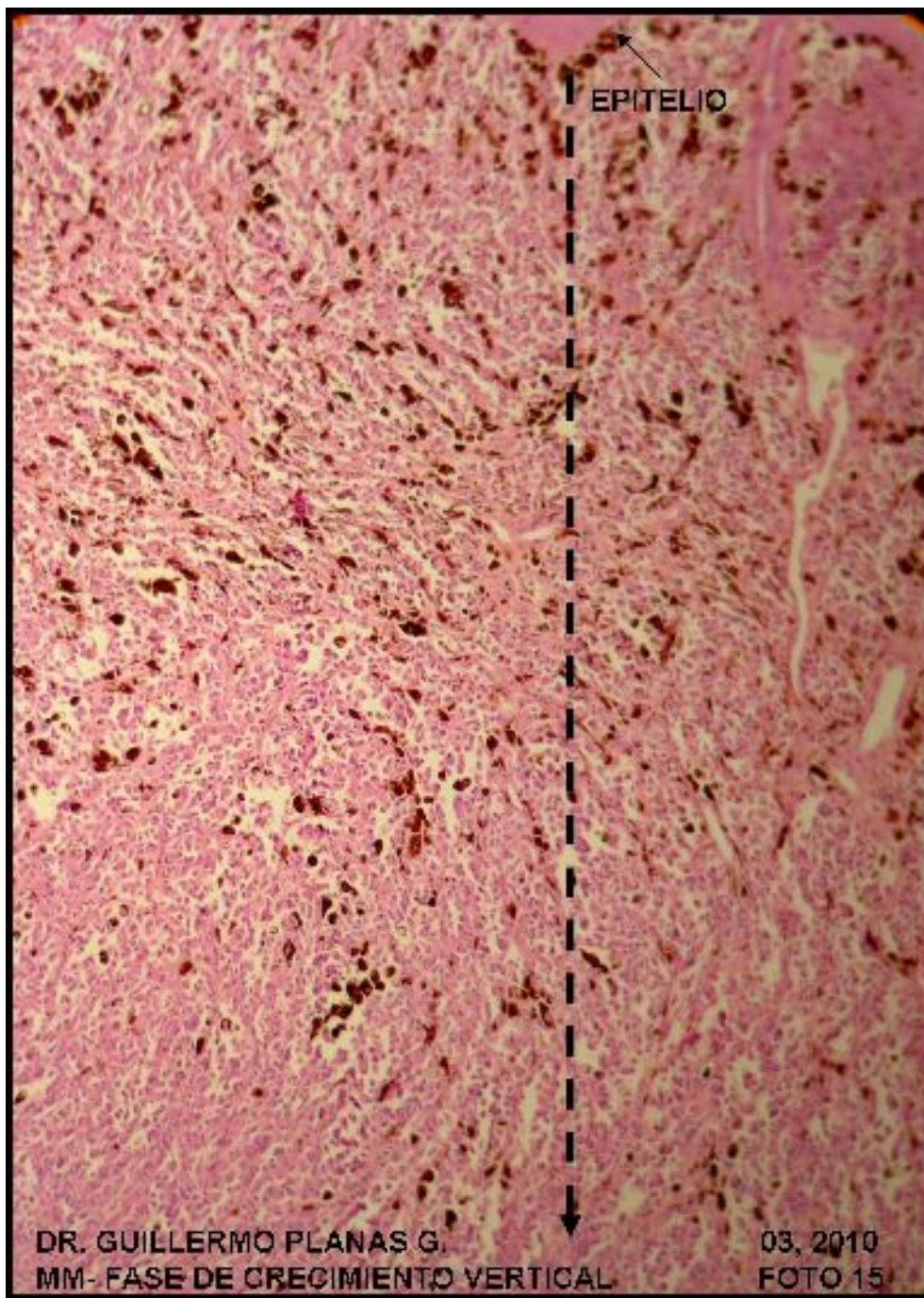
No disponemos de estudios de extensión, por lo que se le propuso al paciente la realización de TAC de Tórax, Abdomen, Pélvis e Inguinal, y se le planteó la necesidad de la ampliación de los márgenes de resección, que hoy se acepta como mínimo una resección segura de 1,5 centímetros previa la realización de la inyección coloidal para la localización del ganglio centinela y la exploración inguinal correspondiente, no recomendaría, pese a lo extenso de la lesión, la disección ganglionar bilateral a ciegas, debido a la morbilidad post quirúrgica del procedimiento, pero debido a la localización de la lesión y a la expectativa de la posibilidad de no poder obtener márgenes quirúrgicos adecuados, hay que explicarle que el acto operatorio bien podría terminar en una FALECTOMIA.

FOTO 9



Las fotografías histológicas **HE (10-14)**, corresponden a fotos tomadas por el Dr. G. Planas G. a partir de las preparaciones del Laboratorio de Anatomía Patológica del Centro Médico de Caracas, cuyo Informe (20 de Febrero de 2010), está etiquetado como **Foto 7 y 8** y firmado por la Dra. María T Urdaneta P. Me permito felicitar a la Dra Urdaneta por la calidad del material, que permitieron tomar unas buenas fotografías histológicas, tanto del nódulo tumoral pigmentado de mayor tamaño (**foto 10,11,12 y 15**), como de las satelitosis (?) (**Foto 13 y 14**)





Dr. Guillermo Planas Girón
Caracas-Venezuela
Abril de 2010