



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/793 - Diagnóstico clínico de carcinoma de pene y evolución en los siguientes meses

M.J. Sanabria Medina^a, C.Rodríguez San Pío^a y S. Merino Salas^b

^aMédico de Familia. Centro de Salud Roquetas Norte. Roquetas de Mar. Almería. ^bFacultativo Especialista en Urología. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 53 años, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta de atención primaria por úlcera en pene de varios meses de evolución. A la exploración se aprecia una úlcera en borde lateral derecho de prepucio, de unos 3 cm, no dolorosa, indurada, que no afecta a tejidos internos del pene.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpan adenopatías inguinales externas derechas, rodaderas, no patológicas. No se palpan adenopatías inguinales izquierdas.

Juicio clínico: Con la sospecha clínica de carcinoma de pene, se deriva a consulta de urología, de forma preferente, siendo valorado a los pocos días tras la derivación. Se realiza circuncisión con resección en profundidad, bajo anestesia local. La anatomía patológica informa de carcinoma epidermoide, bien diferenciado y ulcerado, que infiltra tejido conectivo subepitelial, con 6 mm de profundidad máxima, pT1a, con bordes quirúrgicos libres de tumor. Se realiza estudio de extensión por parte de urología, apreciando adenopatías inguinales izquierdas en TAC abdominal, por lo que a las semanas de la primera cirugía se realiza linfadenectomía inguinal izquierda, cuando ya son palpables las adenopatías. La anatomía patológica informa de metástasis de carcinoma epidermoide, en 2 de 9 ganglios analizados. El ganglio de Cloquet se analiza aparte, para valorar posibilidad de propagación intraabdominal, siendo negativo para tumor. Acude nuevamente a consulta de atención primaria, para seguimiento de herida inguinal y posible linfedema tras la linfadenectomía. La cicatrización es correcta, sin edemas gracias a una media de compresión fuerte. Ante la virulencia tumoral, a pesar del buen pronóstico del tumor primario, se solicita TAC al mes de la cirugía, apreciando recidiva en ganglios ilíacos externos izquierdos, motivo por el que se decide nueva cirugía, la tercera en menos de 6 meses, realizando linfadenectomía ilíaca laparoscópica izquierda, resultando positiva a metástasis de carcinoma epidermoide queratinizante. Por este motivo, desde la consulta de urología se deriva a oncología, para valorar tratamiento con radioterapia y quimioterapia. El paciente está actualmente ingresado en oncología por trombosis venosa femoral e ilíaca, descubriendo un conglomerado adenopático que comprime la vena. En el TAC torácico se descarta tromboembolismo, pero se sospecha presencia de metástasis pulmonares.

Diagnóstico diferencial: Lesiones benignas como balanopostitis, eccemas, psoriasis, liquen plano y balanitis de Zoon son frecuentes y responden a tratamientos tópicos. Si en 2-3 semanas persisten deben derivarse preferente a dermatología o urología. Hay lesiones premalignas, como la

eritroplasia de Queyrat, enfermedad de Bowen o el tumor de Buschke-Löwenstein (asociadas al virus del papiloma humano). Si la lesión es ulcerada o irregular debe sospecharse malignidad.

Comentario final: Aunque el diagnóstico es poco frecuente, en torno al 0,7% de los carcinomas del varón, se debe sospechar. El principal factor de riesgo que afecta a la supervivencia es la presencia de adenopatías.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arya M, Kalsi J, Kelly J, Muneer A. Malignant and premalignant lesions of the penis. *BMJ*. 2013;346:f1149.