



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/443 - ¡Esto ya no es normal!

*M. Albiol Serra<sup>a</sup>, M. Sallent Claparols<sup>a</sup>, E. Chirveches Pérez<sup>a</sup>, A. Gahete<sup>b</sup>, M. Virgós Bonfill<sup>c</sup>, M. Navarro Soto<sup>d</sup>, M. Torremorell Núñez<sup>e</sup>, E. Díaz<sup>e</sup>, L. Cirauqui Estrada<sup>a</sup> y J. Martí Carbonell<sup>a</sup>*

<sup>a</sup>Médico de Familia; <sup>d</sup>Enfermera. CAP Sant Joan Vilanova 1. Barcelona. <sup>b</sup>Enfermera. Gestora de Casos. ABS Vilanova 2. Barcelona.

<sup>c</sup>Médico de Familia. ABS Vilanova 2. Barcelona. <sup>e</sup>Médico de Familia. ABS Cubelles-Cunit. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 45 años. Consulta por lesión en glande de 3 meses, no pruriginosa. En las 2 últimas semanas ha sangrado. No secreción uretral. No fiebre. Explica haber realizado tratamiento antifúngico sin mejoría. El paciente vive con su esposa e hijos. IQ fimosis en juventud.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Afebril. Normotenso. Exploración por aparatos no destaca nada patológico. Inspección de zona afectada: placas blanquecinas en glande y prepucio combinado con zonas atróficas irregulares y ulceradas que sangran al roce. Testículos normales. Palpamos adenopatías inguinales bilaterales pequeñas, móviles y dolorosas.

**Juicio clínico:** Derivamos a urología. Biopsia: carcinoma escamoso de pene moderadamente diferenciado con VHP 18+. Se practica falectomía parcial. 2 meses más tarde se diagnostica recidiva ganglionar inguinal izquierda. Se realiza linfadenectomía inguinal y pélvica × 2 con ganglio centinela + quimioterapia coadyuvante. Como complicación: neutropenia y trombosis vena ilíaca con TEP. El paciente es tratado con antibióticos y HBPM. Se decide parar quimioterapia e iniciar radioterapia sobre paquete adenopático (> 5 cm) que presenta exteriorización de contenido sero-hemático -purulento y causa impotencia funcional con dolor irruptivo 8/10. Iniciamos tratamiento paliativo domiciliario.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedades inflamatorias: psoriasis genital, angioqueratoma, liquen plano. Infecciones: herpes, sífilis primaria, balanitis candidásica. Lesiones pre-malignas: balanitis xerótica obliterans, condiloma acuminado, leucoplasia. Otras lesiones malignas: eritroplasia de Queyrat, E. de Bowen.

**Comentario final:** Carcinoma escamoso de pene es poco frecuente. Relacionado con: VHP 16-18 y VIH, fimosis, no circuncisión. La principal dificultad del caso recae en el retraso diagnóstico; en la mayoría de pacientes se presenta asintomático y en zona íntima. Así pues, buscan atención médica en etapas avanzadas cuando el abordaje terapéutico ya no es tan efectivo. El mayor predictor pronóstico es la afectación ganglios inguinales. Posiblemente el diagnóstico precoz en este paciente hubiera mejorado el pronóstico.

### Bibliografía

- 1 Husein-El Ahmed H, Cañadas-De la Fuente GA. Squamous-Cell Carcinoma of the Penis with Human Papillomavirus. *N Engl J Med.* 2016;374:164.

2. Nazir SA, Heetun M, Walsh JL, Lole Harris BH. Hello, Is It SCC You Are Looking for? Squamous Cell Carcinoma of the Penis Presenting as an Inguinal Mass. Pan Afr Med J. 2016;23:91.

**Palabras clave:** *Carcinoma escamoso de pene. VPH. Linfadenopatía.*