



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

## 242/1565 - LESIÓN ULCERADA A ESTUDIO

M. López Giner<sup>a</sup>, M. López Giner<sup>a</sup>, M. Aparicio Castaño<sup>b</sup>, N. Baraza Pérez<sup>c</sup>, J. Valerio de León<sup>d</sup> y V. Madrid Ferreiro<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud los Barreros. Cartagena. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Urgencias. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 86 años, HTA de larga evolución. No DM ni DLP. Antecedentes quirúrgicos: carcinoma basocelular mentoniano. Trabajó en una refinería. Vive en medio urbano, no convive con animales. Tratamiento crónico: Astudal 5 mg, Kalpress 160 mg/12,5 mg. Acude a consulta por lesión ulcerada en pene de una semana de evolución, con prurito y lesiones de rascado, con signos de sobreinfección bacteriana. Se pauta tratamiento antibiótico y tras una semana se cita para reevaluar pero el paciente no acude y la familia refiere mejoría. Unos 10 meses después el paciente acude a Urgencias por dolor pélvico y dificultad para la micción de una semana de evolución. Buen estado general. Consciente y orientado. Buena coloración, nutrición e hidratación de piel, mucosa oral muy seca. ACP: sin ruidos patológicos, rítmico sin soplos. Abdomen blando, depresible, no masas ni megalías, no doloroso. GU: gigante masa verrucosa ocupando todo el glande, maloliente y sanguinolenta, no se visualiza meato urinario. Adenopatías inguinales duras y dolorosas. Extremidades: no edemas ni signos inflamatorios. Se realiza interconsulta urgente a urología para completar estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica: Glu 174 mg/dl, Cr 0,89 mg/dl, iones normales, Hb 15,4 g/dl, Hto 45,9%, leucocitos  $24,02 \times 10^9$  (79,3% N, 10% L), plaquetas  $341 \times 10^9/l$ . TAC abdominopélvico: calcificaciones pleurales basales, engrosamiento pleural izquierdo y nódulo de 36 mm basal derecho. Signos de exposición a asbesto. Adenopatías inguinales e iliacas. No se aprecian lesiones óseas de sospecha metastásica. Tras resultados de biopsia se procede a glandectomía y se toman biopsias concluyentes de carcinoma de células escamosas no relacionado con HPV. Estadio pT2. Durante el postoperatorio el paciente presenta ITU por sondaje vesical y pese a tratamiento antibiótico evoluciona a sepsis de origen urinario, deterioro del estado general y es exitus.

**Juicio clínico:** Carcinoma de pene de células escamosas no HPV.

**Diagnóstico diferencial:** Infección por herpes simple. Sífilis. Chancroide. Linfogranuloma venéreo. Granuloma inguinal. Gangrena de Fournier. Sarcoma de Kaposi.

**Comentario final:** El cáncer de pene es una patología poco frecuente en nuestro medio, representando el 0,17% de las muertes por cáncer, con una prevalencia de 0,7% de los tumores malignos del varón, pero aún así, es una entidad de importante diagnóstico diferencial.

### Bibliografía

1. <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/ims171f.pdf>

**Palabras clave:** Cáncer de pene. Celulas escamosas. Úlcera.