



CASO CLÍNICO

Necesidades paliativas del cáncer de pene avanzado en paciente nonagenario

Palliative needs of advanced penile cancer in a nonagenarian patient

Lorena García Cabrera^{a,*}, Alicia Freijo Martínez^a, Alberto Artiles Medina^b y Lourdes Rexach Cano^a^a Equipo de Soporte Hospitalario, Unidad de Cuidados Paliativos, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España^b Servicio de Urología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Introducción

La incidencia del cáncer de pene (1/100.000) aumenta con la edad, con un pico en la sexta década de la vida, siendo el carcinoma de células escamosas el más frecuente (95% de las neoplasias malignas). Tras la penectomía parcial, el riesgo de recurrencia local es del 4-5%¹. Entre el 0-14% de los casos se presenta en fase avanzada (T3-T4/N1-3/M1).

Existen escasos datos en la literatura sobre el manejo del paciente con cáncer de pene avanzado. Aliviar los síntomas de estos pacientes supone un reto, planteándose en este contexto, diferentes opciones como cirugía, radioterapia o quimioterapia paliativas².

Caso clínico

Varón de 97 años que acude a urgencias por aumento de tamaño, sangrado y dolor sobre lesión ulcerosa de al menos 2 meses de evolución, que ocupaba todo el cuerpo del pene.

Situación basal: índice de Barthel 80. FAC 5. Sin deterioro cognitivo. Limitación funcional por disminución de agudeza visual. No pérdida de peso. Viudo, tenía 3 hijos con los que vivía de forma alterna.

Como antecedentes personales: hipoacusia severa, cataratas, resección transuretral y penectomía parcial hacía 30 años por proceso tumoral. No seguía ningún tratamiento.

Ingresa a cargo de urología ante sospecha de recidiva de cáncer de pene. Al ingreso, solicitan valoración por el equipo de soporte hospitalario de la unidad de cuidados paliativos para control de síntomas y toma de decisiones. Como principal sintomatología presentaba dolor intenso (EVA 8) sobre lesión tumoral que empeoraba durante las curas y la micción, astenia y anorexia moderadas, así como disnea progresiva.

Se realizó TC de extensión que mostraba una masa en remanente peniano con invasión del canal inguinal derecho y escroto, adeno-



Figura 1. Derrame pleural izquierdo de moderada-severa cuantía, que condiciona atelectasia pasiva de llingula y LII, y parte del LSI.

patías patológicas inguinales y derrame pleural izquierdo de gran tamaño (figs. 1 y 2).

Tras los hallazgos descritos, se valoró el caso en el Comité de Tumores Genitourinarios, desestimándose cirugía dada la presencia de afectación ganglionar y derrame pleural izquierdo de probable origen tumoral. Se planteó la posibilidad de radioterapia local que se desestimó ya que los efectos sobre el control del dolor y sangrado serían limitados. Se decidió no realizar biopsia de la lesión dada la alta sospecha de recidiva y el antecedente tumoral, considerándose que no era necesario de cara al manejo del paciente.

El paciente conocía la existencia de la lesión y quiso ser informado de los hallazgos en la TC, así como las opciones terapéuticas para reducir el dolor y malestar que presentaba. Se planteó la colocación de una cistostomía suprapúbica para evitar dolor y sobreinfección de la úlcera tumoral, que aceptó. Además, se inició fentanilo transdérmico a dosis bajas y rescates de morfina previo a las curas consiguiendo un adecuado control del dolor.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lgcabrera@salud.madrid.org (L. García Cabrera).

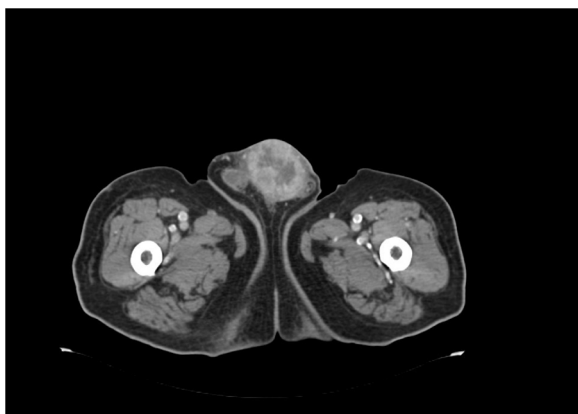


Figura 2. Voluminosa masa peneana, de centro necrótico, con marcado realce de sus paredes. Adenopatías de aspecto patológico y centro necrótico en ambas cadenas ilíacas externas e inguinales.

En cuanto al derrame pleural, se realizó una primera toracocentesis terapéutica con extracción de 1.600 cc de líquido serohemático. Ante el empeoramiento de la disnea en relación con la progresión del derrame, se propuso la colocación de un catéter tunelizado de drenaje para alivio de la disnea. El paciente verbalizó su deseo de mantener un adecuado control de síntomas y delegó la decisión en el equipo médico y en sus hijos. Finalmente se colocó catéter tunelizado y se instruyó a sus hijos en el manejo de extracción de líquido pleural, consiguiendo mejoría franca de la disnea.

Habiendo conseguido un adecuado control de síntomas se planteó al paciente el traslado a una unidad de cuidados paliativos (UCP) dada la complejidad de los cuidados y la dificultad de llevarlos a cabo en domicilio, mostrándose de acuerdo.

Discusión

La principal causa de muerte en el cáncer de pene es la enfermedad metastásica, por afectación hepática, pulmonar, ósea y cerebral, siendo relativamente resistente a los regímenes de quimioterapia. Un factor pronóstico importante es el estadio ganglionar, siendo la tasa de supervivencia a 5 años en estadios pN3 del 0-17%³. Aunque la expectativa de vida puede ser corta, el cáncer genital avanzado tiene un efecto significativo en la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento en estadios avanzados constituye un desafío, como consecuencia de la falta de evidencia sobre el manejo óptimo

y las complicaciones derivadas. Por eso, se recomienda el manejo de estos pacientes en centros de referencia⁴. En este contexto, la terapia debe adaptarse a la situación clínica del paciente, sus comorbilidades y sus preferencias.

La intervención quirúrgica ha tenido un papel limitado debido a las comorbilidades asociadas y el mal pronóstico global². En aquellos pacientes con una esperanza de vida corta, la radioterapia paliativa o la quimioterapia pueden ser opciones de tratamiento. Leijte et al. demostraron el beneficio de la quimioterapia combinada en tumores localmente avanzados no resecables y metástasis en los ganglios linfáticos, consiguiendo resecabilidad en 12 de 20 pacientes⁵.

Existe escasa literatura sobre derrame pleural maligno en el contexto del cáncer de pene metastásico, con el primer caso publicado en 1992^{6,7}. Las opciones terapéuticas disponibles para aliviar los síntomas del paciente y mejorar la calidad de vida, incluyen el drenaje con aguja mediante toracocentesis repetida, toracostomía (tubo torácico), toracoscopia con pleurodesis (química o mecánica) o catéter tunelizado⁸.

En el caso presentado, se desestimó el tratamiento quirúrgico, quimioterápico y radioterápico por presentar escasos beneficios al paciente. Sin embargo, siguiendo los deseos y preferencias del paciente, se realizaron otro tipo de terapias invasivas (colocación de talla vesical y catéter tunelizado) que consiguieron controlar los síntomas y mejorar así su calidad de vida.

Bibliografía

1. EAU Guidelines. Penile Cancer. Edn. Presentes at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. ISBN 978-94-92671-01-1.
2. Shukla CJ, Shabbir M, Feneley MR, Withey S, Muneer A, Minhas S. Palliation of male genital cancers. *Clin Oncol*. 2010;22:747–54 [consultado 14 Jun 2020] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0936655510002669>.
3. Marchioni M, Berardinelli F, de Nunzio C, Spiess P, Porpiglia F, Schips L et al. New insight in penile cancer. *Minerva Urol Nefrol*. 70. 559–569. [consultado 14 Jun 2020] Disponible en: <https://www.minervamedica.it/index2.php?show=R19Y2018N06A0559>.
4. Johnston MJ, Nigam R. Recent advances in the management of penile cancer. *F1000Res*. 2019;8. F1000 Faculty Rev-558.
5. Leijte JA, Kerst JM, Bais E, Antonini N, Horenblas S. Neoadjuvant chemotherapy in advanced penile carcinoma. *Eur Urol*. 2007;52:488–94.
6. Hoda SA, Rosen PP. Cytologic diagnosis of metastatic penile carcinoma in pleural effusion. *Arch Pathol Lab Med*. 1992;116:198–9 [consultado 22 Jul 2020] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1733417/>.
7. Itani W, Austin A, Beegle S. Metastatic penile squamous cell carcinoma resulting in trapped lung: A case report. *Chest*. 2019;156:A1515 [consultado 22 Jul 2020] Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369219328375>.
8. Penz E, Watt KN, Hergott CA, Rahman NM, Psallidas I. Management of malignant pleural effusion: Challenges and solutions. *Cancer Manag Res*. 2017;9:229–41.