





Cáncer de pene. Caso clínico

Penis cancer: Clinical Case

	Francisco Ney Villacorta Córdova ^{(2)*}	franciscovillacorta.md@gmail.com
	Carla Alejandra Enríquez Chugá ⁽¹⁾	carla.enriquez@esPOCH.edu.ec
	Silvia Nataly Mazapanta Guanoluisa ⁽¹⁾	silvia.mazapanta@esPOCH.edu.ec
	Pamela Anabell Villafuerte Rodríguez ⁽¹⁾	pamela.villafuerte@esPOCH.edu.ec

⁽¹⁾ Carrera de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica De Chimborazo, Panamericana sur Km 1 ½ EC060155, Riobamba, Ecuador, www.esPOCH.edu.ec

⁽²⁾ Docente. Escuela de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador, EC060155, francisco.villacorta@esPOCH.edu.ec

*Correspondencia: Dr. Francisco Ney Villacorta Córdova, Docente carrera de medicina, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba, Ecuador Panamericana sur Km 1 ½, EC060155, Riobamba, Ecuador, Correo electrónico: francisco.villacorta@esPOCH.edu.ec, Teléfono: 0985419605

RESUMEN

Introducción: El diagnóstico de cáncer de pene es esencialmente clínico y debe confirmarse mediante el estudio histopatológico. La estadificación quirúrgica correcta es crucial y las etapas avanzadas requieren un manejo multimodal. Existen varias modalidades para el tratamiento, en la penectomía parcial es fundamental la realización de una biopsia transoperatoria para verificar mediante microscopía los márgenes de resección negativos. La quimioterapia se emplea cuando hay presencia de ganglios pélvicos positivos. **Presentación del caso:** paciente masculino de 79 años con antecedentes de circuncisión hace 3 años presenta dolor en región inguinal derecha y pene, de moderada intensidad. En estudios complementarios de ingreso se evidencia: PSA libre porcentual: 18.35% mientras que en los estudios de imagen se evidencia en la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, cambios degenerativos óseos a nivel de la columna dorso lumbar. Ultrasonido se evidencia adenitis inguino – crural bilateral. Se realizó biopsia del prepucio y ganglio derecho. Dentro de la impresión diagnóstica nos encontramos frente a un cáncer escamocelular pobremente diferenciado de pene estadio III (T1B-N1-M0) y P1: insuficiencia venosa GII, para lo cual se tiene como plan una penectomía parcial más vaciamiento inguinal bilateral. **Conclusión:** El cáncer de pene puede presentarse como una lesión a nivel del glande. En ocasiones como úlcera perforando el prepucio con probabilidad de exteriorizarse. La detección precoz puede ayudar a reducir el avance de la enfermedad y por ende asegurar un tratamiento exitoso.

Palabras clave: cáncer de pene, penectomía, cáncer escamocelular.

ABSTRACT

Introduction: The diagnosis of penile cancer is essentially clinical and must be confirmed by histopathological study. Correct surgical staging is crucial, and advanced stages require multimodal management. There are various modalities for treatment, in partial penectomy it is essential to perform an intraoperative biopsy to verify negative resection margins by microscopy. Chemotherapy is used when there is presence of positive pelvic nodes. **Presentation of the case:** a 79-year-old male patient with a history of circumcision 3 years ago presents pain in the right inguinal region and penis of moderate intensity. In complementary studies on admission, the following is evidenced: Percentage free PSA: 18.35% while in the imaging studies, the CT of the abdomen and pelvis shows degenerative bone changes at the level of the thoracic lumbar spine. Ultrasound shows bilatetral inguino-crural adenitis. A biopsy of the foreskin and right ganglion was performed. Within the diagnostic impression we are faced with a poorly differentiated squamous cell cancer of the penis stage III (T1B-N1-M0) and P1: GII venous insufficiency, which is planned for a partial penectomy plus bilateral inguinal dissection. **Conclusion:** Penile cancer can present as a lesion at the glans level. Sometimes it ulcerates perforating the prepuce, exteriorizing towards the outside. Early detection can help reduce the progression of the disease and thus ensure successful treatment.

Keywords: penile cancer, penectomy, squamous cell cancer.

» 1. Introducción

El cáncer de pene es una neoplasia maligna genital relativamente rara cuya incidencia y mortalidad están aumentando con designación de enfermedad huérfana y una prevalencia de 0,1 a 1 por cada 100 000 hombres en países de ingresos altos, pero constituye hasta el 10 % de las neoplasias malignas en hombres en algunos países africanos, asiáticos y sudamericanos (1).

El presente estudio tiene el fin de dar a conocer mediante la presentación de un caso clínico el plan que se debe de realizar cuando un paciente presenta esta anomalía basándose en el adecuado tratamiento y las medidas posoperatorias que se deben tener en cuenta, además analizar los exámenes que ayudaron al diagnóstico.

Se desconoce la etiología y sus mecanismos de desarrollo, no se han esclarecido por completo (2). La fimosis, la balanitis, el esmegma, mala higiene, el tabaquismo, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual y la infección por el virus del papiloma humano (VPH) (presente en aproximadamente el 50% de los casos) son los principales factores de riesgo, y la circuncisión es un importante protector (3,4). La incidencia es mayor en regiones con menor nivel socioeconómico y escolaridad, dado que la presencia de factores de riesgo tiende a ser mayor en estas localidades (5,6).

La estadificación quirúrgica correcta y por adelantado de los ganglios linfáticos inguinales es crucial en el tratamiento de la enfermedad. Las etapas avanzadas de la enfermedad requieren un manejo multimodal. Su tratamiento tiene profundos efectos físicos y psicosexuales en la calidad de vida de los pacientes y sobrevivientes al alterar la función sexual, urinaria y causar linfedema (7).

El diagnóstico es esencialmente clínico y debe confirmarse mediante el estudio histopatológico. Existen varias modalidades para el tratamiento. Para la realización de la penectomía parcial es fundamental una biopsia transoperatoria para verificar mediante microscopía los márgenes de resección negativos. La quimioterapia se emplea cuando hay presencia de ganglios pélvicos positivos (8).

La cirugía es el estándar de atención para la enfermedad localizada con un enfoque multimodal, una de las técnicas que se usará es el procedimiento de penectomía parcial más vaciamiento inguinal bilateral, este, es el manejo más acertado en el caso (9, 10)

» 2. Timeline /línea cronológica

Día 12/08/2019

Ultrasonido de partes blandas: con transductor lineal de alta frecuencia se realiza exploración ecográfica de tejidos blandos de pene y de región inguinal derecha, observándose: piel levemente engrosada por antecedentes quirúrgicos, sin embargo, no se identifican masas o colecciones al momento del estudio. Tejido celular subcutáneo homogéneo y en región inguinal derecha se aprecian tres ganglios que conservan su morfología, cortical e hilio central. El ganglio de mayor tamaño mide 2.9 cm en su eje longitudinal y su cortical de 2.3 mm.

Conclusión: estudio ecográfico de tejidos blandos de región inguinal y pene dentro de parámetros conservados.

Tomografía axial computarizada (TAC) sin contraste de abdomen.

Premedicación: se administra hidrocortisona 100 mg y medio de contraste (ultravist) 30 cc vía oral, 30 cc vía rectal, 90 cc vía intravenosa.

Hígado de contornos regulares y parénquima de densidad homogénea antes y después de la administración del contraste, vena porta y hepáticas de calibre normal, sin lesiones ocupantes. Vesícula biliar no evaluable. Páncreas de contornos regulares, parénquima con coeficientes de atenuación habituales antes y después de la administración del contraste. Bazo de dimensiones normales, contornos regulares y parénquima de densidad homogénea.

Ambos riñones de contornos regulares parénquima con coeficientes de atenuación habituales, no se identifican lesiones nodulares quísticas o sólidas, a nivel cortical, fase nefrográfica regular, sin evidencia de litiasis ni dilatación de los sistemas colectores. Glándulas suprarrenales de dimensiones y morfología habitual al igual que aorta abdominal y vena cava de trayecto y calibre normal. No se observan adenopatías intra ni retroperitoneales o líquido libre en cavidad.

Conclusión: Estudio sin hallazgos patológicos

Día 15/08/2019

Se realiza una tomografía axial computarizada (TAC) sin contraste de pelvis donde se observa pelvis vejiga a repleción, de paredes finas, sin lesiones ocupantes de espacio. Ejes vasculares

mayores de calibre normal sin lesiones ocupantes. Representación correcta del tejido graso perirectal sin la presencia de adenopatías regionales. Planos musculares con coeficientes de atenuación normal. No se observa líquido libre en la cavidad. Asas intestinales visibles, sin engrosamiento de la pared, ni dilataciones o estenosis patológica. Cambios degenerativos óseos a nivel de la columna dorso lumbar.

Conclusión: Estudio sin hallazgos patológicos

Día 30/08/2019.

Al realizar radiografía estándar de tórax no se observa signos de lesión pleuropulmonar activa. Los ángulos costo y cardiofrénicos libres, silueta cardíaca dentro de límites normales, mediastino de calibre normal. Hilios de configuración, topografía y dimensiones normales. Estructuras óseas y tejidos blandos de la pared torácica sin alteraciones

Conclusión: estudio sin hallazgos patológicos.

Día 08/10/2019.

Ultrasonido de partes blandas: con transductor lineal de alta frecuencia se realiza exploración ecográfica de tejidos blandos a nivel de la región inguinal bilateral observándose piel sin engrosamiento cutáneo, presencia de ganglios de aspecto infiltrativo a nivel de la cadena inguinal derecha, que miden entre 5 y 15 mm, en la cadena inguinal izquierda y crural bilateral se observa varios ganglios de aspecto hiperplásico que miden entre 3 y 9 mm, conservan su hilio graso central, no se descarta componente neoplásico.

Conclusión: adenitis inguino – crural bilateral

Impresión diagnóstica: cáncer escamocelular pobremente diferenciado de pene estadio III (t1b-n1-m0) p1: insuficiencia venosa grado II.

Plan: penectomía parcial más vaciamiento inguinal bilateral

Día 25/10/2019

Nota postquirúrgica: diagnóstico postquirúrgico de cáncer escamocelular pobremente diferenciado de pene estadio IIIA t1b-nx-m0

Procedimiento: penectomía parcial + vaciamiento inguinal bilateral

Hallazgos:

Órganos genitales de características normales

excepto lesión inflamatoria con ulceraciones en todo del surco balanoprepucial. Se identifica plexo dorsal de pene, cuerpo esponjoso, uretra de pene, cuerpos cavernosos. No se identifica lesiones nodulares a este nivel.

Se realiza vaciamiento inguinal derecho en donde se evidencia ganglios de entre 5 a 15 mm dos de ellos negruzcos duros oncológicamente significativos. Se visualiza y se conserva, arteria femoral, vena femoral y nervio crural derechos, se visualiza y se conserva nervio femorocutáneo derecho.

Se realiza vaciamiento inguinal izquierdo en donde se evidencia ganglios de entre 5 a 9 mm de consistencia mixta. Se visualiza y se conserva, arteria femoral, vena femoral y nervio crural izquierdos. Se visualiza y se conserva nervio femoro cutáneo izquierdo.

Complicación: ninguna. Sangrado: 200 cc. Anestesia: general. Incisión: circunferencial. Herida: limpia contaminada. Drenaje: no. Tiempo qx: 13:30 horas. Inicia: 08: 30 termina: 19:00

Día 06/11/2019.

Resultado histopatológico: positivo para malignidad

Histopatológico macroscópico: se recibe pene que mide 5cm por un diámetro de 2,5cm, a nivel del glande se observa zona mal definida opaca blanquecina a nivel de la cara dorsal del pene del glande que mide 1cm, está revestido de piel café rugosa, no se observa macroscópicamente lesiones, al corte se reconoce uretra y rodeando a la uretra cuerpos cavernosos y esponjosos conservados.

Rotulado "ganglios inguinales derechos": se recibe masa de tejido adiposo que viene marcado con sedas

Nota: se indica investigación clínica adicional para tuberculosis (TB).

» 3. Información del paciente

Paciente masculino de 79 años, nace y reside en Ambato, indígena, cristiano, casado, analfabeto, agricultor

Hábitos: alimentario: 3 veces al día, defecación: 2 veces al día, micción: 3 veces al día.

Paciente refiere que, desde el mes de octubre

del año pasado, presenta dolor en región inguinal derecha y pene, de moderada intensidad, por lo que acudió a IESS donde realizaron circuncisión, en febrero de 2019, atribuyendo cuadro a dicha patología, sin embargo, paciente persiste con sintomatología. Por lo que acude posteriormente a control postquirúrgico para valoración por el servicio de urología, donde se realiza exámenes de extensión con resultados descritos previamente. Se propone realizar penectomía parcial. Se realiza chequeo cardiológico con riesgo asa II, Goldman II, Lee bajo, riesgo de tromboembolia venosa: alto.

» 4. Examen Físico

4.1 Exploración general

El paciente presenta estado general, hidratado, afebril, consciente, lúcido, orientado en tiempo espacio y persona, biotipo constitucional normosómico, karnofsky: 80%.

4.2 Exploración por aparatos

Cabeza: normocefálica. Cabello entrecano de implantación normal. Ojos: pupilas isocóricas fotoreactivas a la luz. Oídos: conductos auditivos externos permeables. Nariz: fosas nasales permeables. Boca: mucosas orales húmedas, piezas dentales incompletas en mal estado de conservación e higiene. Orofaringe: no congestiva. Cuello: móvil, tiroides normal. Tórax: normosómico simétrico. expansibilidad conservada. Cardiovascular: ruidos cardíacos a respiratorio: murmullo vesicular conservado, no se ausculta ruidos sobreañadidos. Abdomen: suave, depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, ruidos hidroaéreos incrementados. Puntos pieloureterales anteriores superiores y medios negativos. No palpo masas ni visceromegalias. puñopercusión bilateral negativa. Región inguinogenital: se palpan múltiples adenopatías +/- 6, de entre 0.5cm y 1 cm, no dolorosas a la palpación, en región inguinal derecha en glándula, lesión hipocrómica, plana, de bordes regulares, prepucio poco retraible, no secreción, no mal olor, extremidades: simétricas, tono, fuerza y reflejos presentes, venas varicosas bilateral. no edemas, neurológico: conservado Glasgow 15/15.

» 5. Evaluación diagnóstica

Se realizó PSA total 0.3ng/ml, PSA libre 18.3ng/ml, biopsia del prepucio y ganglio derecho.

Resultado de biopsia: carcinoma escamocelular pobremente diferenciado invasor. Por lo cual acude a hospital privado para su seguimiento, anexando informe de biopsia, se solicita historia clínica completa y estudios de imagen en físico para corroborar lo expuesto.

En estudios complementarios de ingreso se evidencia: PSA libre porcentual: 18.35% mientras que en los estudios de imagen se evidencia en la tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis, cambios degenerativos óseos a nivel de la columna dorso lumbar. Ultrasonido se evidencia adenitis inguino – crural bilateral,

Dentro de la impresión diagnóstica nos encontramos frente a un cáncer escamocelular pobremente diferenciado de pene estadio III (T1B-N1-M0) y P1: insuficiencia venosa GII, por lo cual se tiene como plan una penectomía parcial más vaciamiento inguinal bilateral

El tratamiento de elección en nuestro paciente basado en su clínica y exámenes complementarios, es la resección completa del tumor mediante penectomía parcial, buscando la extirpación total del tumor y verificando mediante microscopía los márgenes de resección negativos; se recomienda el uso de antibióticos de amplio espectro durante 4-6 días, previo a la linfadenectomía o resección del ganglio centinela con el objeto de resolver el componente infeccioso regional y así facilitar la disección que podría limitar las complicaciones inherentes a la linfadenectomía.

En este caso de penectomía parcial se recomienda que se realice histología por congelación de los bordes quirúrgicos transoperatoria para que se asegure un margen negativo con una linfadenectomía sin metástasis.

El valor terapéutico de la linfadenectomía ha demostrado actualmente beneficios de supervivencia, pero se ha evidenciado que el 20% de los hombres con cáncer de pene de células escamosas tiene metástasis nodales que no son clínicamente evidentes en el momento de presentación inicial.

Este tratamiento tiene como objetivo esencialmente mejorar la calidad de vida del paciente para que pueda realizar sus actividades sin ningún impedimento como también calmar sus síntomas para obtener una condición de vida óptima.

» 6. Intervención terapéutica

El manejo del paciente se basó según su diagnóstico de cáncer escamocelular pobremente diferenciado de pene EIIA T1B-NX-M0 por lo que se indicó procedimiento de penectomía parcial más vaciamiento inguinal bilateral.

Dentro de los hallazgos tenemos: órganos genitales de características normales excepto lesión inflamatoria con ulceraciones en todo el surco balanoprepucial, se realiza vaciamiento inguinal derecho en donde se evidencia ganglios de entre 5 a 15 mm dos de ellos negruzcos duros oncológicamente significativos, se realiza vaciamiento inguinal izquierdo en donde se evidencia ganglios de entre 5 a 9 mm de consistencia mixta.

La cirugía no presentó ninguna complicación y fue exitosa.

Dentro de las indicaciones postquirúrgicas tenemos: NPO, control de signos vitales c/15 min por dos horas, luego c/6h, control de ingesta – excreta, diuresis, vendaje de miembros inferiores, cuidados de enfermería, O2- 4 litros por mascarilla por 2 horas y luego O2 por bigotera si satura $o_2 < a 85\%$, informar; hielo local permanente, permeabilización de dren c/2h, hemoglucotest y combur test, dextrosa 5% en cloruro de sodio al 0.9 % 1000 cc intravenoso 100ml/h, regular según balance hídrico, ceftriaxona 1g intravenoso c/8h (0/10), paracetamol 1g intravenoso c/6h, tramadol 400mg + metoclopramida 40mg + cloruro de sodio 0.9% 100ml, pasar intravenoso a 8ml/h, regular según escala de EVA, ondasetron 8 mg intravenosa c/12h, omeprazol 40 mg intravenosa cada día, enoxaparina 40mg subcutánea cada día (2), ácido tranexámico 500mg intravenosa c/8h (1/3), vitamina C 500mg 1g intravenosa c/12h, protocolo de enalaprilato, vigilar signos de hematomas, cuidados de sonda vesical, control y novedades.

» 7. Seguimiento y resultados

Paciente con evolución favorable, no se presentaron efectos adversos durante su estancia hospitalaria, se decide su alta en concordancia entre urología y oncología quirúrgica posterior a análisis de producción de drenes.

Las indicaciones de alta que se le sugiere al

paciente son: cefuroxima 500mg vía oral c/12h por 10 días, omeprazol 20mg vía oral cada día por 15 días, coenzima q 10 vía oral c/12h por 20 días, vitamina C 500mg vía oral c/8h por 1 mes, paracetamol 500mg vía oral c/8h por 5 días, vaciar dren c/12h y cuantificar, curación por emergencia c/48h

En lo que refiere al resultado histopatológico no da positivo para malignidad

» 8. Discusión

El cáncer de pene es una neoplasia rara en los hombres con una amplia gama de 0,4 a 20% de todas las neoplasias malignas en las diferentes regiones geográficas. No es raro en la población india, con una incidencia del 2 al 6% de todos los cánceres. Es un cáncer que se presenta con mayor frecuencia en hombres mayores de 50 años (11). En este caso clínico el paciente fue diagnosticado en sus 79 años. Tanto la enfermedad en sí como su tratamiento tienen una gran morbilidad para el paciente tanto física como psicológicamente (12). Aunque hay varios subtipos, la preponderancia de los cánceres de pene son los carcinomas de Células escamosas (13,14).

Los carcinomas de células escamosas (SCC) constituyen el 95% de todos los tumores malignos del pene, y aproximadamente la mitad de estos se originan en el epitelio queratinizado del glande o el prepucio. Hay varios subtipos de carcinomas de células escamosas (SCC) de pene, entre los que destacan el verrugoso, el basaloide, el tipo verrugoso y los carcinomas de células claras. (4)

La patogenia sigue siendo oscura a pesar de que se han identificado varios factores de riesgo. Se cree que puede surgir de *novo* o de una neoplasia intraepitelial peneana preexistente (15). Entre la multitud de factores de riesgo, la fimosis, la incapacidad para retraer el prepucio del pene, en varones no circuncidados y el virus del papiloma humano (VPH) son los más significativos (16). La fimosis se asocia con una higiene deficiente con acumulación de esmegma e inflamación crónica del pene (17).

Se ha relacionado con aproximadamente el 90 % de los cánceres de pene con una incidencia más baja entre los judíos, debido a las altas tasas de circuncisión en esta etnia. Estos eventos relacionados conducen

al progreso de una neoplasia intraepitelial del pene a un cáncer manifiesto (18)

Por lo tanto, se cree que la circuncisión neonatal protege contra la enfermedad (19), así como otros factores de riesgo como tratamiento con esporaleno y ultravioleta, fotoquimioterapia, tabaquismo, historial sexual (múltiples parejas, edad temprana de la primera relación sexual) y el ADN del VPH se asocia con un mayor riesgo de cáncer de pene. Smegma como carcinógeno ha sido claramente excluido (18,20)

En nuestro caso el paciente presentó dolor, en región derecha y de pene de moderada intensidad, después de haberle realizado una circuncisión en febrero del 2019, sin embargo, paciente continua con sintomatología. Razón por la cual acude a control postquirúrgico para valoración de patología de prepucio, realizándose los exámenes que diagnosticaron malignidad PSA total 0.3ng/ml, PSA libre 18.3ng/ml, biopsia del prepucio y ganglio derecho. Resultado de biopsia: carcinoma escamo celular pobremente diferenciado invasor, motivo por el cual el paciente es valorado por urología y se indica realizar una apendectomía parcial.

Cuando se sospecha malignidad, se solicitan imágenes abdominales y torácicas de forma rutinaria para evaluar la enfermedad metastásica y la estadificación. Sin embargo, las pruebas de neuroimagen pueden posponerse a menos que haya síntomas neurológicos, ya que las neoplasias malignas del pene rara vez metastatizan al sistema nervioso central (SNC). Se aplazó la disección de los ganglios linfáticos, ya que había evidencia de enfermedad metastásica.

El tratamiento del cáncer de pene depende de la etapa de presentación, la ubicación y el estadio tumoral, ganglionar y metástasis (TMN) (13), por lo tanto, es esencial que se empleen imágenes tales como tomografías computarizadas abdomino-pélvicas, imágenes por resonancia magnética (MRI) y otros parámetros de diagnóstico para clasificar y manejar con precisión los cánceres de pene (21).

La decisión de tratar el carcinoma de células escamosas (SCC) del pene requiere un enfoque multidisciplinario. Si bien es raro, el pronóstico del carcinoma de pene metastásico es malo. A pesar del tratamiento adecuado, la supervivencia a cinco años es solo del 50%. (22,23)

Desafortunadamente, los retrasos en el diagnóstico de más de seis meses no son infrecuentes. Las principales razones incluyen el estigma social y la consecuencia psicológica de describir el problema a su médico o pareja, síntomas iniciales insidiosos e inespecíficos como la fimosis que oculta la lesión maligna y la falta de conciencia de la condición.

El carcinoma de pene se disemina a través de los vasos linfáticos, primero a los ganglios linfáticos inguinales y luego a los ganglios linfáticos retroperitoneales y pélvicos.

La linfadenopatía inguinal es una característica distintiva del carcinoma de pene y es un factor en la estadificación. Los ganglios linfáticos inguinales deben examinarse en cualquier paciente en quien se sospeche cáncer de pene. Las características de la linfadenopatía maligna incluyen nodularidad con endurecimiento, bien delimitada o textura gomosa de los ganglios linfáticos. La linfadenopatía inguinal fija es un factor de mal pronóstico (24).

Para tumores locales sin afectación de los ganglios linfáticos, la recomendación es para cirugías conservadoras del pene, como la escisión simple, la glansectomía simple o la cirugía micrográfica de Mohs o la escisión local (13,18). Para pacientes con tumores locales más grandes, se recomienda la amputación parcial o local del pene con márgenes negativos debido al alto riesgo de recurrencia (25, 26).

Los pacientes con cáncer de pene en estadio II, se trata con mayor frecuencia con intervenciones quirúrgicas, como: penectomía parcial o total, para controlar el tumor, el mismo que dependerá del tamaño y la ubicación de la neoplasia (27).

Se debe administrar quimioterapia neoadyuvante (NAC) a los hombres con carcinoma de pene no resecable localmente avanzado, adenopatía voluminosa o evidencia de afectación de los ganglios pélvicos con el objetivo de reducir el estadio. El objetivo principal de la quimioterapia neoadyuvante (NAC) es eliminar las micrometástasis y reducir el tamaño del tumor para facilitar la cirugía. El régimen actualmente recomendado es de cuatro ciclos de paclitaxel, ifosfamida y cisplatino (TIP)(28,29).

Para los hombres con enfermedad metastásica, las opciones de tratamiento se adaptan según el estado funcional (30). Los resultados

de la enfermedad avanzada siguen siendo deficientes, con una mediana de supervivencia de 7 a 8 meses (21). La quimioterapia sistémica es el tratamiento estándar para los pacientes con enfermedad metastásica localmente avanzada irreseccable. Se debe considerar la inscripción en ensayos clínicos. Dado el mal pronóstico, los objetivos de atención con una discusión temprana de cuidados paliativos son importantes (15). Los regímenes basados en cisplatino son los más utilizados; sin embargo, no existe un estándar debido a la falta de ensayos.

» 9. Conclusión

El cáncer de pene puede presentarse como una lesión a nivel del glande. En ocasiones úlcera perforando el prepucio, exteriorizándose hacia el exterior. La detección precoz puede ayudar a reducir el avance de la enfermedad y por ende asegurar un tratamiento exitoso.

» 10. Perspectiva del paciente

El carcinoma es una patología devastadora, con diagnóstico tardío, afectando de manera drástica las funciones sexuales y urinarias, que comprometen su supervivencia.

Nuestro paciente se le realizó una penectomía parcial la cual afecta significativamente la calidad de vida con respecto a problemas de eyaculación, estética, alteración en la función miccional, erección.

Aunque, mediante este tratamiento se ha logrado disminuir la morbilidad y la baja supervivencia de cáncer escamocelular.

» 11. Agradecimiento

Se extiende el más efusivo agradecimiento al Docente de Emergencias Dr. Francisco Villacorta de la carrera de Medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, quien orientó a la elaboración del presente Caso Clínico.

» 12. Consideraciones éticas

El presente caso clínico se publica después de haberse verificado la obtención del consentimiento informado del paciente en cuestión.

» 13. Declaración de conflicto de interés

Los autores refieren que no existe conflicto de intereses.

» 14. Limitación de responsabilidad

Los autores declaramos que toda la información del presente documento es de nuestra autoría.

» 15. Fuente de apoyo

Ninguna.

» 16. Referencias bibliográficas

1. Peyraud F, Allenet C, Gross-Goupil M, Domblides C, Lefort F, Daste A, et al. Current management and future perspectives of penile cancer: An updated review. *Cancer Treat Rev* [Internet]. 2020 [citado el 30 de noviembre de 2022];90(102087):102087. Disponible en: [https://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372\(20\)30125-0/fulltext](https://www.cancertreatmentreviews.com/article/S0305-7372(20)30125-0/fulltext)
2. Thomas A, Necchi A, Muneer A, Tobias-Machado M, Tran ATH, Van Rompuy A-S, et al. Penile cancer. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2021 [citado 30 de noviembre de 2022];7(1):11. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41572-021-00246-5>
3. Vanthoor J, Vos G, Albersen M. Penile cancer: potential target for immunotherapy? *World J Urol* [Internet]. 2021;39(5):1405–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-020-03510-7>
4. Hakenberg OW, Dräger DL, Erbersdobler A, Naumann CM, Jünemann K-P, Protzel C. The diagnosis and treatment of penile cancer. *Dtsch Arztebl Int* [Internet]. 2018 [citado el 30 de noviembre de 2022];115(39):646–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30375327/>
5. Schlenker B, Schneede P. The role of human papilloma virus in penile cancer prevention and new therapeutic agents. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2019 [citado el 30 de noviembre de 2022];5(1):42–5. Disponible en: [https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569\(18\)30282-7/fulltext](https://www.eu-focus.europeanurology.com/article/S2405-4569(18)30282-7/fulltext)
6. Fu L, Tian T, Yao K, Chen X-F, Luo G, Gao Y, et al. Global pattern and trends in penile Cancer Incidence: Population-based study. *JMIR Public Health Surveill* [Internet]. 2022 [citado el 02 de diciembre de 2022];18(1):e20220101. Disponible en: <https://publichealth.jmir.org/2022/1/e20220101/>

- 2022];8(7):e34874. Disponible en: <https://publichealth.jmir.org/2022/7/e34874>
7. Douglawi A, Masterson TA. Penile cancer epidemiology and risk factors: a contemporary review: A contemporary review. *Curr Opin Urol* [Internet]. 2019 [citado el 02 de diciembre de 2022];29(2):145–9. Disponible en: https://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2019/03000/Penile_cancer_epidemiology_and_risk_factors__a.14.aspx
 8. Ahmed ME, Khalil MI, Kamel MH, Karnes RJ, Spiess PE. Progress on management of penile cancer in 2020. *Curr Treat Options Oncol* [Internet]. 2020;22(1):4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s11864-020-00802-3>
 9. García KP, Esquivel YA, Borrell MC. Penectomía parcial por carcinoma escamoso. *Revista Cubana de Urología* [Internet]. 2020 [citado el 02 de diciembre de 2022];9(3):173–5. Disponible en: <https://revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/597>
 10. Mansouri H, Safta IB, Ayadi MA, Gatria S, Dhiab TB, Rahal K. Cancers primitifs de la verge: à propos de 11 cas et revue de la littérature. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2018 [citado el 09 de diciembre de 2022];31(14):14. Disponible en: <https://panafrican-med-journal.com/content/article/31/14/full/>
 11. Pazmiño Palacios JB, Rendón Joniaux MA, Carrera Fernández JW, Cabezas Peña MJ, Idrovo Murillo LA, Bravo Andrade AX. Estudio Descriptivo: Experiencia en el Manejo Quirúrgico del Cáncer de Pene en el Servicio de Urología del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo. Enero del 2010 a Diciembre del 2015. Guayaquil – Ecuador. *Rev Médica Hosp José Carrasco Arteaga* [Internet]. 2018;10(2):116–20. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1000247/7-estudio-descriptivo-experiencia-en-el-manejo-quirurgico-del_xZL6isJ.pdf
 12. Althaf S, Narayanakar RP, Gangaiyah DM, Dev K, Kurpad VP, Gurawalia J. Inguinal lymph nodes in carcinoma penis-observation or surgery? *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2016;10(1):XC01–4. Disponible en: https://www.jcdr.net/article_fulltext.asp?issn=0973-709x&year=2016&volume=10&issue=1&page=XC01&issn=0973-709x&id=7040
 13. Kroon BK, Horenblas S, Nieweg OE. Contemporary management of penile squamous cell carcinoma. *J Surg Oncol* [Internet]. 2005;89(1):43–50. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20170>
 14. Yuan Z, Yang GQ, Ahmed KA, Torres-Roca JF, Spiess PE, Johnstone PA. Radiation therapy in the management of the inguinal region in penile cancer: What's the evidence? *Urol Oncol* [Internet]. 2022;40(6):223–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1078143920301988>
 15. Alaoui Mhammedi W, El Moudane A, Irzi M, Mokhtari M, Barki A. Penile squamous cell carcinoma in a 95-year-old patient: Case report and literature review. *Cureus* [Internet]. 2022;14(12):e32660. Disponible en: https://assets.cureus.com/uploads/case_report/pdf/128411/20230117-6503-1vw19r.pdf
 16. Ghiringhelli M. JP, López M. Anesthetic considerations and postoperative pain management in radical penectomy: Case report. *Colomb J Anesthesiol* [Internet]. 2021 [citado el 20 de febrero de 2023];49(3). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-33472021000300602&script=sci_arttext&tlng=es
 17. Savoie P-H, Murez T, Chiron P, Long Depaquit T, Rigaud J. Tumores del pene: técnicas quirúrgicas e indicaciones. *EMC - Urol* [Internet]. 2022;54(2):1–16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761331022464802>
 18. Jimenez KLG, Ron VAQ, Romero KEP, Moreno DRB. Diagnóstico en cáncer de pene. Anál comport las líneas crédito través corp financ nac su aporte al desarro las PYMES Guayaquil 2011-2015 [Internet]. 2020 [citado el 18 de enero de

- 2023];4(1(Esp)):114–21. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/784>
19. Stecca CE, Alt M, Jiang DM, Chung P, Crook JM, Kulkarni GS, et al. Recent advances in the management of penile cancer: A contemporary review of the literature. *Oncol Ther* [Internet]. 2021;9(1):21–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40487-020-00135-z>
 20. Cabrera-Mora NA, Sánchez-Núñez JE, Hernández-Hernández RA, Rodríguez-Valle ED, De los Santos-González JA, Rosas-Nava JE, et al. Características clínico-patológicas del cáncer de pene: experiencia actual de un centro hospitalario de tercer nivel en México. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2020 [citado el 18 de enero de 2023];80(5):1–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96767>
 21. Vries HM, Brouwer OR, Heijmink S, Horenblas S, Vegt E. Recent developments in penile cancer imaging. *Curr Opin Urol* [Internet]. 2019 [citado el 18 de enero del 2023];29(2):150–5. Disponible en: https://journals.lww.com/co-urology/Abstract/2019/03000/Recent_developments_in_penile_cancer_imaging.15.aspx
 22. Sali AP, Prakash G, Murthy V, Joshi A, Shah A, Desai SB, et al. Updates in staging of penile cancer: the evolution, nuances, and issues. *Hum Pathol* [Internet]. 2023;133:76–86. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0046817722001551>
 23. Mehmet S, Ersan B. Penile Cancer: Case Report. *Int Arch Urol Complicat* [Internet]. 2018 [citado el 05 de febrero de 2023];4(2). Disponible en: <https://www.clinmedjournals.org/articles/iauc/international-archives-of-urology-and-complications-iauc-4-045.php?jid=iauc>
 24. Grobet-Jeandin E. Recommandations sur la prise en charge du cancer du pénis. *Urol Prax* [Internet]. 2020;22(3):105–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s41973-020-00110-1>
 25. Reynoso Noverón N, Scavuzzo A, Santana Rios Z, Meneses-García A, Uscanga-Yépez J, Domínguez Castillo RE, et al. Penile cancer in Mexico: Twenty years experience at a tertiary academic hospital. *Arch Esp Urol* [Internet]. 2020 [citado el 30 de enero de 2023];73(1):11–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31950918/>
 26. Neufeld S, Krocak T, Drachenberg D. Hidden penile squamous cell carcinoma: A case report. *Can Urol Assoc J* [Internet] [citado el 29 de noviembre de 2022];8(5–6):E433–5. Disponible en: <https://cuaj.ca/index.php/journal/article/view/1883>
 27. Zheng Q-L, Wu Y-P, Zhang Z-P, Xu N. Partial penectomy or total penectomy for T1 and T2 squamous cell carcinoma of the penis? *Transl Cancer Res* [Internet]. 2019 [citado el 30 de enero de 2023];8(5):1750–5. Disponible en: <https://tcr.amegroups.com/article/view/31851/22626>
 28. Aydin AM, Chahoud J, Adashek JJ, Azizi M, Magliocco A, Ross JS, et al. Understanding genomics and the immune environment of penile cancer to improve therapy. *Nat Rev Urol* [Internet]. 2020 [citado el 05 de febrero de 2023];17(10):555–70. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41585-020-0359-z>
 29. Fang A, Ferguson J. Penile sparing techniques for penile cancer. *Postgrad Med* [Internet]. 2020 [citado el 30 de marzo de 2023];132(sup4):42–51. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00325481.2020.1822052>
 30. Piñón-García K, Almeida-Esquivel Y, De Zayas-Peagrín L, González-Basulto MJ. Carcinoma de células escamosas de pene. *Arch méd Camagüey* [Internet]. 2023 [citado el 30 de marzo de 2023];27(0):9394. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9394/4557>