

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,
Volumen 10, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5

CARCINOMA EPIDERMÓIDE DE PENE EN PACIENTE DE 90 AÑOS CON ERITROPLASIA DE QUEYRAT.

**PENILE SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN AN 90-YEAR-OLD
PATIENT WITH ERYTHROPLASIA OF QUEYRAT.**

Kevin Domínguez Arias

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Eliud Ramírez Romero

Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Mexico.

Carcinoma epidermoide de pene en paciente de 90 años con eritroplasia de Queyrat.

Kevin Domínguez Arias¹kevindgz0607@gmail.com<https://orcid.org/0009-0005-3326-4920>

Residente de 4.º año de Urología, Servicio de Urología, Hospital General de Zona No. 20, IMSS, Puebla, México. Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla.

Eliud Ramírez Romeroerr191604@gmail.com<https://orcid.org/0009-0008-4155-2983>

Médico general, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, Mexico.

RESUMEN

Introducción: El carcinoma epidermoide de pene es una neoplasia poco frecuente cuyo pronóstico depende principalmente de la profundidad de invasión tumoral y del estado ganglionar inguinal. Las estrategias de preservación de órgano son preferibles en enfermedad localizada, pero su implementación puede ser desafiante en pacientes mayores y con comorbilidades importantes. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 90 años con antecedentes de cirrosis hepática, flutter auricular anticoagulado, enfermedad renal crónica y trombocitopenia crónica severa (43,000/ μ L), con dermatosis de 8 años de evolución en región periuretral del glande, sugestiva de eritroplasia de Queyrat, asociada a fimosis progresiva. La biopsia incisional de glande reportó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante ulcerado; la tomografía computarizada mostró lesión peneana heterogénea sin adenopatías pélvicas ni metástasis a distancia. **Manejo y evolución:** Tras valoración multidisciplinaria y optimización perioperatoria se realizó penectomía parcial bajo anestesia regional. El estudio histopatológico definitivo evidenció carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de 1.5 cm, limitado a lámina propia (pT1a), sin permeación linfovascular, sin invasión de cuerpos cavernosos ni cuerpo esponjoso y con márgenes quirúrgicos negativos. Dada la ausencia de adenopatías inguinales palpables y el contexto de cirrosis y trombocitopenia, se decidió vigilancia activa sin linfadenectomía inguinal. El posoperatorio cursó sin complicaciones mayores, con adecuada cicatrización y control local inicial. **Conclusión:** Este caso ejemplifica que la penectomía parcial puede ofrecer un control oncológico adecuado en carcinoma epidermoide de pene pT1a N0 en un paciente de edad avanzada con hepatopatía crónica y trombocitopenia, y subraya la importancia de individualizar el manejo ganglionar, equilibrando el riesgo de progresión con la elevada morbilidad potencial de la linfadenectomía en pacientes frágiles.

Palabras clave: Neoplasias de pene, Carcinoma de células escamosas, Eritroplasia de Queyrat, Cirrosis hepática.

¹ Autor principal

Correspondencia: kevindgz0607@gmail.com

Penile squamous cell carcinoma in an 90-year-old patient with erythroplasia of Queyrat.

ABSTRACT

Introduction: Penile squamous cell carcinoma is a rare malignancy whose prognosis depends mainly on depth of invasion and inguinal lymph node status. Organ-preserving strategies are preferred in localized disease, but their implementation can be challenging in elderly patients with major comorbidities. **Case presentation:** An 90-year-old man with a history of liver cirrhosis, anticoagulated atrial flutter, chronic kidney disease and severe chronic thrombocytopenia presented with an 8-year erythematous, scaly lesion in the periurethral glans region, clinically suggestive of erythroplasia of Queyrat and associated with progressive phimosis. Incisional biopsy revealed moderately differentiated invasive squamous cell carcinoma, and computed tomography demonstrated a penile lesion without pelvic lymphadenopathy or distant metastases. **Management and outcome:** After multidisciplinary evaluation, partial penectomy under regional anesthesia was performed. Final histopathology showed a 1.5-cm moderately differentiated squamous cell carcinoma confined to the lamina propria (pT1a), without lymphovascular invasion or involvement of corpora cavernosa or corpus spongiosum, and with negative surgical margins. Given the absence of palpable inguinal lymph nodes and the context of cirrhosis and severe thrombocytopenia, active surveillance without inguinal lymphadenectomy was chosen. The postoperative course was uneventful, with adequate wound healing and initial local control. **Conclusion:** This case illustrates that partial penectomy can provide adequate oncologic control for pT1a N0 penile squamous cell carcinoma in an elderly patient with advanced liver disease and thrombocytopenia and underscores the need to individualize inguinal management, balancing risk of progression against surgical morbidity in frail patients.

Keywords: Penile Neoplasms; Carcinoma, Squamous Cell; Erythroplasia of Queyrat; Liver Cirrhosis.

Artículo recibido 20 agosto 2026

Aceptado para publicación: 20 setiembre 2026



INTRODUCCIÓN

El carcinoma epidermoide de pene es una neoplasia maligna poco frecuente a nivel mundial, pero con variaciones marcadas en su distribución geográfica. En países occidentales de altos ingresos la incidencia se sitúa alrededor de 0.5–2 casos por cada 100 000 varones por año, mientras que en diversas regiones de África subsahariana, Asia meridional y América Latina se han descrito tasas considerablemente más elevadas, llegando a constituir una proporción relevante de las neoplasias malignas en hombres (1). En los últimos años se ha observado además un incremento progresivo de la incidencia en algunos países europeos, lo que ha llevado a reconsiderar el impacto epidemiológico de esta entidad en contextos donde históricamente se consideraba poco frecuente (1). La mortalidad sigue siendo significativa cuando el diagnóstico se realiza en estadios avanzados, escenario en el que las tasas de supervivencia a cinco años disminuyen conforme aumenta la extensión tumoral (1,18,21).

La carcinogénesis peneana obedece a un modelo multifactorial en el que destaca la infección por virus del papiloma humano (VPH), especialmente por genotipos de alto riesgo oncogénico como 16 y 18, presentes en un porcentaje considerable de carcinomas epidermoides invasores (2–5). Otros factores predisponentes relevantes incluyen la fimosis, la higiene genital deficiente, el tabaquismo y la inflamación crónica del glande y el prepucio, con entidades como el liquen escleroso y la balanitis xerótica obliterante vinculadas a un mayor riesgo de transformación maligna (2–4,9). En contraste, la circuncisión practicada en edades tempranas se ha asociado de forma consistente con una disminución sustancial del riesgo de cáncer de pene, lo que contribuye a explicar la menor incidencia observada en poblaciones donde esta práctica es frecuente (2,4).

Las lesiones intraepiteliales del pene constituyen el principal sustrato anatomopatológico a partir del cual puede desarrollarse el carcinoma epidermoide invasor. La eritroplasia de Queyrat es la variante clínica de la neoplasia intraepitelial peniana que afecta predominantemente la mucosa del glande y el prepucio, y se caracteriza histológicamente por un carcinoma in situ con potencial de progresión a enfermedad infiltrante (6,9). Una vez que se establece la invasión, el tumor puede extenderse desde el tejido subepitelial hacia estructuras profundas como los cuerpos cavernosos y la uretra, lo que se refleja en la categorización T del sistema TNM (6–9,18–20). En este contexto, los tumores confinados al tejido subepitelial sin invasión linfovascular se clasifican como pT1a, mientras que las categorías superiores

se asocian con mayor profundidad de invasión, peor pronóstico y necesidad de abordajes terapéuticos más radicales (18–20). En países en desarrollo es frecuente que el diagnóstico se realice en estadios avanzados, lo que limita de manera importante las opciones de tratamiento conservador (6,9,18,21).

En las últimas décadas el manejo del cáncer de pene ha evolucionado hacia estrategias de preservación de órgano siempre que sea posible garantizar márgenes quirúrgicos negativos. Procedimientos como la resección local amplia, la glandectomía y la penectomía parcial han desplazado en gran medida a la penectomía total en pacientes seleccionados con enfermedad localizada, con resultados oncológicos favorables y supervivencias cáncer-específicas a cinco años superiores al 80% cuando el tratamiento se instaura en estadios tempranos (10,11,14,18,21). La incorporación de técnicas reconstructivas con injertos cutáneos permite preservar una función miccional adecuada y, en la medida de lo posible, la calidad de vida (11,12,14). La evaluación del compromiso ganglionar inguinal mediante linfadenectomía o biopsia de ganglio centinela es un componente clave de la estadificación, dado que el estado de los ganglios linfáticos regionales constituye el principal factor pronóstico de esta enfermedad (15–18,20,21). En pacientes con comorbilidades significativas y alto riesgo quirúrgico, la selección de la estrategia terapéutica requiere una valoración multidisciplinaria cuidadosa para equilibrar el riesgo perioperatorio con el beneficio oncológico esperado (18,21).

El pronóstico del carcinoma epidermoide de pene depende fundamentalmente de la profundidad de la invasión tumoral y del estado ganglionar inguinal al momento del diagnóstico (18–21). No obstante, el diagnóstico tardío continúa siendo un problema frecuente, favorecido por la reticencia a consultar por lesiones genitales, el desconocimiento de la enfermedad y las barreras de acceso a la atención especializada (9,18,21). Cuando esta neoplasia se presenta en pacientes de edad avanzada con comorbilidades mayores, como cirrosis hepática, alteraciones de la coagulación y trombocitopenia, el manejo oncológico plantea retos adicionales y obliga a ponderar cuidadosamente la intensidad del tratamiento frente al riesgo quirúrgico y anestésico. En este contexto, se presenta el caso de un paciente masculino de 90 años con carcinoma epidermoide de pene limitado al tejido subepitelial en el contexto de eritroplasia de Queyrat, con antecedentes de cirrosis hepática, tratamiento anticoagulante y trombocitopenia, con el objetivo de resaltar los desafíos diagnósticos y terapéuticos de esta enfermedad en pacientes con alto riesgo quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 90 años, originario y residente del estado de Puebla, México, jubilado, con escolaridad primaria incompleta.

Como antecedentes personales no patológicos refería tabaquismo activo desde los 17 años hasta los 35 años (aproximadamente una cajetilla diaria) y consumo moderado de alcohol durante el mismo periodo, hábitos suspendidos desde hace más de cinco décadas.

Entre los antecedentes personales patológicos destacaba una extensa carga de comorbilidades: Diabetes tipo 2 de 22 años de evolución en tratamiento con Dapaglifozina 10 mg cada 24 horas; Hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución bajo tratamiento con Losartán 50 mg (media tableta cada 12 horas) y Metoprolol 100 mg (media tableta cada 12 horas); Enfermedad renal crónica estadio KDIGO 3B; Bloqueo auriculoventricular de tercer grado diagnosticado en septiembre de 2025, que requirió implante de marcapasos unicameral BIOTRONIK; Flutter auricular en tratamiento anticoagulante con Apixabán 2.5 mg cada 12 horas; Evento vascular cerebral previo con antecedente de hemorragia digestiva alta secundaria a enfermedad ácido-péptica. Adicionalmente, presentaba trombocitopenia crónica con recuento plaquetario de 43,000/ μ L. Entre los antecedentes quirúrgicos destacaban prótesis de rodilla derecha hace 14 años, sin complicaciones, cirugía de catarata bilateral con lente intraocular (2024), blefaroplastia (2024) y Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica por coledocolitiasis (2024). Negaba alergias medicamentosas conocidas.

PADECIMIENTO ACTUAL

El paciente refiere una dermatosis localizada en la región periuretral de aproximadamente 8 años de evolución, caracterizada por eritema y descamación, con un tamaño aproximado de 3 cm. En las dos semanas previas a la consulta reportó incapacidad progresiva para retraer el prepucio, con edema fimótico grado KAYABA II. Negaba síntomas urinarios obstructivos o infecciosos asociados.

A la exploración urológica inicial se identificó pene no circuncidado con fimosis grado KAYABA II, y una dermatosis localizada en el glande, en región periuretral, caracterizada por placa eritematosa, descamativa, de superficie y bordes irregulares, sugestiva de eritroplasia de Queyrat. No se palparon adenopatías inguinales bilaterales.

Estudios de laboratorio e imagen



Los hallazgos más relevantes de laboratorio se encuentran resumidos en la Tabla 1. Se documentó trombocitopenia severa con plaquetas de 43,000/ μ L. El perfil de coagulación (tiempo de protrombina, INR y TTPa) dentro de límites normales. En el perfil bioquímico se observaron glucosa en 110 mg/dL (ligeramente elevada), transaminasas (AST 77 UI/L, ALT 75 UI/L), GGT 540 UI/L, DHL 382 UI/L y bilirrubina total 1.60 mg/dl elevados, mientras que la albúmina sérica fue de 4.0 g/dL. Estos hallazgos se interpretaron como compatibles con hepatopatía crónica.

Tabla 1. Resultados de laboratorio preoperatorios

Parámetro	Resultado	Valor de referencia	Interpretación
Hemoglobina	15.3 g/dL	14–18 g/dL	Normal
Hematocrito	44%	42–54%	Normal
Leucocitos	5,550/ μ L	4,500–11,000/ μ L	Normal
Plaquetas	43,000/ μ L	150,000–450,000/ μ L	Trombocitopenia severa
Tiempo de protrombina	12.3 seg	9.4–12.5 seg	Normal
INR	1.1	0.8–1.2	Normal
TTPa	30.4 seg	26.9–36.6 seg	Normal
Creatinina	1.0 mg/dL	0.66–1.25 mg/dL	Normal
Glucosa	110 mg/dL	74–106 mg/dL	Discretamente elevada
AST	77 UI/L	14–59 UI/L	Elevada
ALT	75 UI/L	4–50 UI/L	Elevada
GGT	540 UI/L	12–73 UI/L	Marcadamente elevada
DHL	382 UI/L	120–246 UI/L	Elevada
Bilirrubina total	1.60 mg/dL	0.20–1.30 mg/dL	Discretamente elevada
Albúmina	4.0 g/dL	3.5–5.0 g/dL	Normal

La tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis del 24 de enero de 2026 reportó lesión heterogénea en pene con índice de atenuación de 33 UH en fase simple y realce hasta 152 UH en fase venosa. No se identificaron adenopatías pélvicas ni datos de depósitos secundarios al momento del estudio.

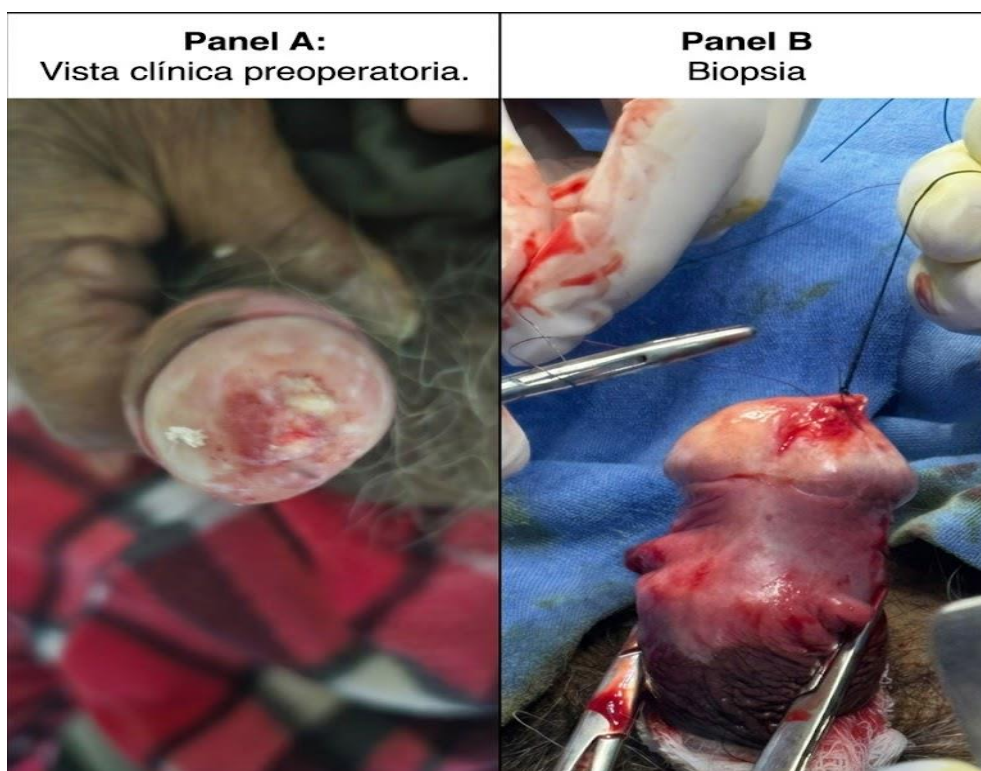
Valoración preoperatoria. Estratificó al paciente con riesgo quirúrgico Goldman III, Detsky III, ASA III y Caprini moderado. Se recomendó suspender Apixabán al menos 72 horas antes del procedimiento (idealmente 5 días).

Procedimiento 1: Biopsia de pene + Circuncisión.

El 10 de enero de 2026, bajo anestesia local con sedación y con previa administración de una aféresis plaquetaria, se realizó biopsia de la lesión en glande con circuncisión.

Diagnóstico anatomopatológico (biopsia):

- Lesión de glándula: carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante ulcerado.
- Lesión de prepucio: inflamación crónica con vasos dilatados y congestivos y zonas de hemorragia, sin displasia.



Panel A. Imagen clínica preoperatoria. Muestra lesión eritematosa extensa, sobreelevada, ulcerada y friable que compromete glándula y prepucio interno: Altamente sugestivo de Eritroplasia de Queyrat.

Panel B: Imagen transoperatoria, Captura de la fase final tras una biopsia incisional en cuña de espesor total de la zona sospechosa.

Con este resultado, el Servicio de Urología programó penectomía parcial en el contexto de discusión con el equipo multidisciplinario.

Procedimiento 2: Penectomía parcial

El 7 de febrero de 2026 se realizó penectomía parcial bajo anestesia regional.

Durante la penectomía parcial se verificó previamente la ausencia de infección urinaria y un control metabólico adecuado. El paciente se colocó en posición supina, con preparación y campo estéril, aislamiento de la lesión y torniquete en la base del pene. Se realizó una incisión circunferencial en el cuerpo peneano a 1.5–2 cm proximal al borde tumoral, disecando hasta la fascia de Buck, ligando el paquete venoso dorsal y exponiendo la túnica albugínea. Los cuerpos cavernosos se seccionaron,

preservando el cuerpo esponjoso y la uretra, que se movilizó distalmente y se seccionó tras espatulación dorsal. Los extremos de los cuerpos cavernosos se cerraron con sutura absorbible, se reforzó el cuerpo esponjoso y la uretra espatulada se anastomosó a la piel para conformar un nuevo meato oblicuo, orientado hacia las 12 horas. La piel peneana remanente se cerró con sutura absorbible y se dejó sonda Foley y apósito estéril con ungüento antibiótico.

El reporte histopatológico de la pieza quirúrgica describió macroscópicamente una pieza de 3.5×3.2 cm con glánde y porción del meato uretral de 1.5 cm de color blanco-amarillento, borde de sección quirúrgica y cuerpos cavernosos de color café-grisáceo. Microscópicamente se identificó carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado que infiltra la lámina propia en su porción superficial. El borde quirúrgico proximal (uretra y cuerpos cavernosos) se encontró sin evidencia de células neoplásicas y no se identificó permeación vascular linfática.

Diagnóstico anatomopatológico (pieza de penectomía parcial):

- **Carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado de 1.5 cm que infiltra lámina propia en porción superficial.**
- **Permeación vascular linfática: no identificada.**
- **Borde quirúrgico proximal (uretra, cuerpos cavernosos): sin evidencia de lesión.**

En el posoperatorio se vigiló la aparición de complicaciones tempranas como infección, sangrado, dehiscencia de herida y estenosis meatal. El riesgo infeccioso y de siembra tumoral se redujo mediante profilaxis antibiótica y protección de la lesión durante la cirugía. Se indicó reiniciar la terapia anticoagulante a las 72 horas, se dejó la sonda urinaria por 10 días.

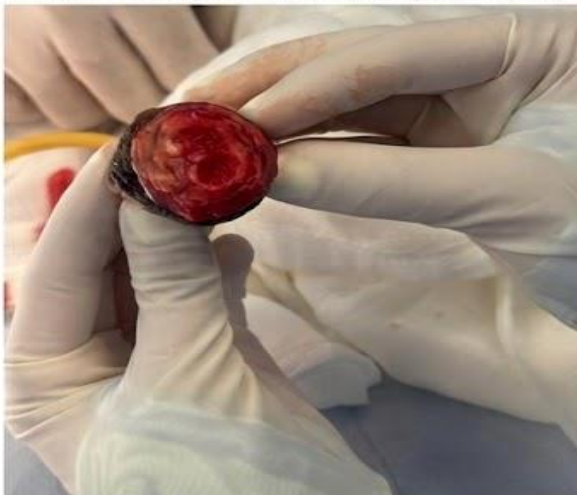
PANEL A: Vista Quirúrgica Final



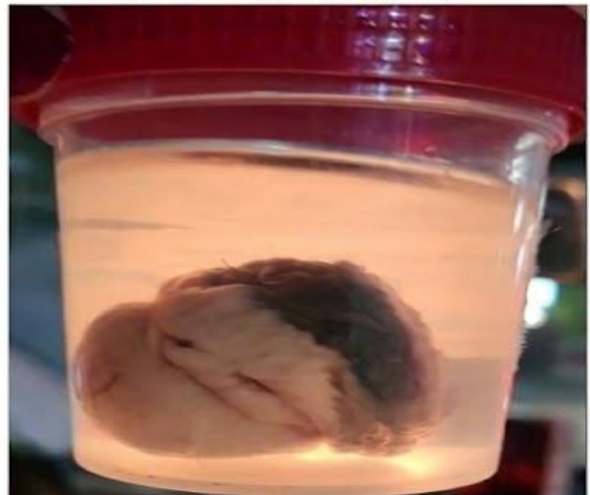
PANEL B: Márgenes de Resección



PANEL C: Espécimen Quirúrgico Fresco



PANEL D: Espécimen en Formol



Penectomía parcial con carcinoma epidermoide de pene: Hallazgos transoperatorios y pieza final.

Panel A. (Vista quirúrgica final): Vista del campo quirúrgico tras penectomía parcial. El muñón peneano está cerrado con material absorbible y el meato uretral canalizado con catéter urinario de Foley.

Panel B (Márgenes de resección): Primer plano transoperatorio que muestra los márgenes de resección, se visualiza drenaje Penrose realizando isquemia.

Panel C (Espécimen en fresco): Se visualiza corte transversal, se ven cuerpos cavernosos y esponjoso sin aparente invasión.

Con base en los hallazgos clínicos, imagenológicos y anatomopatológicos, el tumor se estadificó como pT1a N0 M0, grado 2 (moderadamente diferenciado), estadio clínico I de acuerdo con la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), 8.^a edición. En la exploración física posterior a la cirugía no se detectaron ganglios inguinales palpables de forma bilateral. Dado el estadio pT1a, la ausencia de invasión linfovascular y la falta de compromiso de cuerpos cavernosos, en el contexto de sus múltiples comorbilidades y elevado riesgo quirúrgico, se tomó la decisión multidisciplinaria de

mantener al paciente en vigilancia activa con seguimiento clínico estrecho, sin indicación de linfadenectomía inguinal en ese momento. El paciente fue informado de los hallazgos, del plan de seguimiento y de las señales de alarma, y otorgó su consentimiento para la publicación del presente caso, garantizando confidencialidad y anonimización.

DISCUSIÓN

El presente caso ilustra varios aspectos relevantes en el manejo contemporáneo del carcinoma epidermoide de pene localizado. En primer lugar, el estudio histopatológico definitivo mostró un tumor moderadamente diferenciado, limitado a la lámina propia, sin permeación linfovascular y con márgenes quirúrgicos negativos, hallazgos compatibles con un estadio pT1a N0 M0. Tanto la clasificación AJCC/UICC reproducida en documentos oncológicos de referencia como el PDQ del National Cancer Institute describen los tumores T1a como enfermedad de bajo riesgo biológico en comparación con los T1b o tumores con invasión del cuerpo esponjoso o cavernoso. (18,21,23) En este contexto, el pronóstico suele estar determinado más por la eventual progresión ganglionar que por la recurrencia local aislada, por lo que la estratificación correcta del riesgo regional resulta central en la toma de decisiones. (9,18,21,23,24)

Desde el punto de vista del tumor primario, las guías actuales favorecen estrategias de preservación de órgano siempre que pueda garantizarse control oncológico local con márgenes negativos. Las recomendaciones europeas y los documentos de referencia americanos consideran aceptables procedimientos conservadores o amputación parcial según tamaño, localización y profundidad del tumor, especialmente en lesiones localizadas del glande o de bajo estadio, dado que el control local temprano ofrece altas tasas de curación. (9–11,18,21–23) En este paciente, la penectomía parcial permitió resección completa del tumor con preservación de un remanente peneano funcional, manteniendo el equilibrio entre radicalidad oncológica y morbilidad quirúrgica, lo cual resulta particularmente importante en un varón cercano a los 90 años con comorbilidad sistémica significativa. (10–12,18,21–23)

El punto más debatible del caso es el manejo de la región inguinal clínicamente negativa. El compromiso ganglionar regional constituye el principal factor pronóstico en cáncer de pene y su presencia modifica de forma sustancial la supervivencia. (18,21–24). Sin embargo, las guías distinguen claramente a los

pacientes cN0 según el riesgo del tumor primario: los tumores pTis, Ta y T1a de bajo grado pueden ser manejados con vigilancia, mientras que la estadificación invasiva o la linfadenectomía se reservan preferentemente para tumores con mayor riesgo de micrometástasis, como pT1b, alto grado o estadios superiores (18,21,22–24).

Las guías europeas EAU–ASCO estratifican el riesgo ganglionar en pacientes cN0 según el estadio T, el grado histológico y la presencia de invasión linfovascular. En este esquema, los tumores pT1a moderadamente diferenciados (G2) se sitúan en un grupo de riesgo intermedio con una probabilidad relativamente baja de enfermedad micrometastásica, en torno a un solo dígito, mientras que en los tumores pT1b G2 el riesgo de micrometástasis inguinal aumenta de forma notable, alcanzando aproximadamente un tercio de los casos. Esta diferencia apoya que los pacientes con pT1a G2 cN0 puedan ser manejados con vigilancia ganglionar estrecha, mientras que en pT1b G2 la estadificación invasiva o la linfadenectomía están claramente mejor justificadas (25).

En los lineamientos de sociedades urológicas basados en estándares EAU se acepta la vigilancia en tumores de bajo riesgo y se enfatiza que la mayoría de las recurrencias regionales se concentran en los primeros dos años, lo que obliga a un seguimiento estrecho. (18,22,24) El PDQ del NCI también reconoce que la linfadenectomía profiláctica puede acompañarse de una morbilidad importante y que su beneficio sobre la supervivencia no es uniforme en todos los escenarios de enfermedad localizada, especialmente en ausencia de ganglios clínicamente positivos. (21,23,24).

En este caso, la decisión de no realizar linfadenectomía inguinal inicial fue razonable por dos motivos principales. El primero fue el perfil anatomopatológico de bajo riesgo: pT1a, grado 2, sin invasión linfovascular, sin invasión de cuerpos cavernosos ni cuerpo esponjoso y sin adenopatías palpables. (9,18,21–23) El segundo, y probablemente más determinante, fue el contexto clínico del paciente. La edad cercana a los 90 años, la cirrosis hepática, la anticoagulación por flutter auricular y la trombocitopenia crónica severa de 43,000/ μ L incrementaban de manera sustancial el riesgo de sangrado, infección, dehiscencia y complicaciones perioperatorias si se añadía cirugía ganglionar. Aunque la linfadenectomía inguinal puede ser curativa en enfermedad regional, también se asocia a una morbilidad elevada, con complicaciones como necrosis cutánea, infección, linfocele y linfedema; las guías y

revisiones revisadas remarcan este costo terapéutico incluso en pacientes sin una fragilidad clínica tan marcada como la de este paciente. (18,21–24)

El balance entre beneficio oncológico y riesgo operatorio es, por tanto, especialmente relevante en este tipo de pacientes frágiles. Cuando el tumor primario es de bajo riesgo y la exploración inguinal es negativa, el beneficio absoluto esperado de una linfadenectomía profiláctica es menor que en enfermedad intermedia o de alto riesgo. (18,21–24) En contraste, la probabilidad de daño perioperatorio en un paciente con hepatopatía crónica y trombocitopenia severa es inmediata y clínicamente tangible. Bajo esta perspectiva, la conducta adoptada prioriza control local adecuado y vigilancia regional estrecha, estrategia que se alinea con una medicina oncológica proporcional al riesgo real del tumor y a la reserva fisiológica del paciente. (18,21–24)

Respecto a la sobrevida, los datos disponibles coinciden en que el cáncer de pene en estadio I es potencialmente curable y que los mejores resultados se observan cuando la enfermedad se diagnostica antes de la progresión ganglionar. (1,9,18,21–24) Diversos documentos señalan tasas de curación cercanas o superiores al 80% en enfermedad localizada manejada adecuadamente, y remarcan que la recurrencia local tiene menos impacto sobre la supervivencia cáncer-específica que la progresión ganglionar regional. (9,18,21–24) En pacientes sometidos a vigilancia con ganglios inguinales clínicamente negativos, las recurrencias regionales tienden a presentarse en los primeros dos años, lo que sustenta programas de seguimiento más intensivos en ese periodo. (18,21,22,24) Así, en un paciente como el presentado, la expectativa de control oncológico específico es razonable siempre que se mantenga una vigilancia clínica estrecha de las ingles y del remanente peneano, con exploración física seriada y baja tolerancia al retraso diagnóstico ante cualquier cambio clínico. (18,21–24)

Otro aspecto destacable es que el caso combina dos escenarios poco frecuentes en la práctica publicada: por un lado, una lesión clínicamente sugestiva de eritroplasia de Queyrat con confirmación posterior de carcinoma epidermoide infiltrante; por otro, la necesidad de individualizar una estrategia quirúrgica en un paciente con fragilidad hematológica y hepática significativa. El PDQ del NCI recuerda que las lesiones in situ del glande, como la eritroplasia de Queyrat, pueden progresar a carcinoma invasor, lo que subraya la importancia de biopsiar lesiones peneanas persistentes y aparentemente superficiales. (21,23,24) En este sentido, el caso refuerza que incluso lesiones de larga evolución y apariencia

premaligna deben ser estudiadas histológicamente de forma oportuna, especialmente cuando aparecen cambios clínicos como fimosis progresiva o dificultad para la exposición del glande. (9,18,21–24)

En conjunto, este caso apoya que la penectomía parcial con vigilancia inguinal estrecha constituye una opción válida en pacientes seleccionados con carcinoma epidermoide de pene pT1a N0, particularmente cuando la comorbilidad y la fragilidad clínica aumentan de forma desproporcionada la morbilidad de una cirugía ganglionar adicional. Más que una conducta conservadora por omisión, se trató de una decisión guiada por estratificación oncológica, riesgo perioperatorio y expectativas realistas de beneficio en supervivencia. (18,21–24) En pacientes añosos con cirrosis y trombocitopenia crónica, esta individualización terapéutica puede ser determinante para ofrecer tratamiento oncológico suficiente sin sobretratar a costa de complicaciones potencialmente catastróficas. (18,21–24).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wang B, Li P, Sun Y, et al. Global Pattern and Trends in Penile Cancer Incidence: Population-Based Study. *JMIR Public Health Surveill.* 2022;8(7):e34874. DOI: 10.2196/34874
- Rubinacci A, Lecce A, Barone B, et al. Exploring the Multifactorial Landscape of Penile Cancer: A Comprehensive Analysis of Risk Factors. *Diagnostics (Basel).* 2024;14(16):1790. DOI: 10.3390/diagnostics14161790
- Amarasena W, Goonewardena S, Wijeratne KMSL, et al. Etiologic fraction of HPV-attributed anal and penile squamous cell carcinoma. *BMC Infect Dis.* 2025. DOI: 10.1186/s12879-025-12449-2
- HPV and Penile Cancer: Epidemiology, Risk Factors, and Clinical Insights. *Pathogens.* 2024;13(9):809. DOI: 10.3390/pathogens13090809
- Alves A, Moura AA, Hirth C, et al. HPV infection and 5mC/5hmC epigenetic markers in penile squamous cell carcinoma. *Clin Epigenetics.* 2022;14:137. DOI: 10.1186/s13148-022-01360-1
- Lubner M, Marko J, Hu R, et al. Malignant Neoplasms of the Penis with Radiologic and Pathologic Correlation. *RadioGraphics.* 2023;43(8). DOI: 10.1148/rg.230025
- Norton J, West JT, Porter K, Galgano S, Rais-Bahrami S. Imaging for the Initial Staging and Post-Treatment Surveillance of Penile Squamous Cell Carcinoma. *Diagnostics (Basel).* 2022;12(1):170. DOI: 10.3390/diagnostics12010170



- Hopland A, Brennhovd B, Ottosson F, et al. Multi-parametric MRI without artificial erection for preoperative assessment of primary penile carcinoma. *Eur J Radiol Open*. 2023;10:100478. DOI: 10.1016/j.ejro.2023.100478
- du Plessis M, Pitla N, Thumma N, Gorantla V. A comprehensive review of current knowledge on penile squamous cell carcinoma. *Front Oncol*. 2024;14:1375882. DOI: 10.3389/fonc.2024.1375882
- Falcone M, Preto M, Gül M, et al. Functional outcomes of organ sparing surgery for penile cancer confined to glans and premalignant lesions. *Int J Impot Res*. 2024. DOI: 10.1038/s41443-024-00967-7
- Cilio S, Tufano A, Pezone G, et al. Sexual Outcomes after Conservative Management for Patients with Localized Penile Cancer. *Curr Oncol*. 2023;30(12):765. DOI: 10.3390/curroncol30120765
- Czajkowski M, Małkiewicz B, Czajkowska K, et al. Partial penectomy with reconstruction using a split-thickness skin graft: a multicenter experience. *Arch Ital Urol Androl*. 2024. DOI: 10.23736/S2724-6051.24.05924-X
- Falcone M, Preto M, Plamadeala N, et al. Total penectomy and perineal urethrostomy: oncological, surgical and functional outcomes. *Am J Transl Res*. 2024. DOI: 10.62347/enfi4449
- Luchey A, Hajiran A, Zekan D, Praetzel R. Local Therapy and Reconstruction in Penile Cancer: A Review. *Cancers (Basel)*. 2024;16(15):2704. DOI: 10.3390/cancers16152704
- Fallara G, Pozzi E, Cakir OO, et al. Diagnostic Accuracy of Dynamic Sentinel Lymph Node Biopsy for Penile Cancer: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus*. 2022;8(6):1827–1836. DOI: 10.1016/j.euf.2022.11.018
- Aydin A, Yu A, Biben E, et al. Minimally Invasive Management of Inguinal Lymph Nodes in Penile Cancer. *Cancers (Basel)*. 2024;16(17):2935. DOI: 10.3390/cancers16172935
- Nemitz L, Vincke A, Michalik B, et al. Radioisotope-Guided Sentinel Lymph Node Biopsy in Penile Cancer: A Long-Term Follow-Up Study. *Front Oncol*. 2022;12:850905. DOI: 10.3389/fonc.2022.850905
- Muneer A, Kirkham A, Alifrangis C, et al. Penile cancer: ESMO–EURACAN Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *ESMO Open*. 2024;9(7):103481. DOI: 10.1016/j.esmoop.2024.103481

Neuville P, Escoffier A, Savoie P, et al. French AFU Cancer Committee Guidelines-Update 2024-2026: Penile cancer. 2024. DOI: 10.1016/j.fjurol.2024.102736

Gerdtsen A, Abedi E, Baseckas G, et al. The Swedish national guidelines on penile cancer. Scand J Urol. 2025. DOI: 10.2340/sju.v60.44463

Rahman F, Spooner J, White J, et al. Therapeutic Approaches to Penile Cancer: Standards of Care and Recent Developments. Res Rep Urol. 2023;15:387228. DOI: 10.2147/RRU.S387228

Sociedad Argentina de Urología. Cáncer de pene: guía de diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Urología; 2023.

National Cancer Institute. Penile Cancer Treatment (PDQ®)—Health Professional Version. Bethesda (MD): National Cancer Institute; última actualización 2026. Disponible en: <https://www.cancer.gov/types/penile/hp/penile-treatment-pdq>

Penile Cancer and Penile Intraepithelial Neoplasia. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; año de última actualización. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499930/>

European Association of Urology; American Society of Clinical Oncology. EAU–ASCO Guidelines on Penile Cancer. Arnhem (NL): EAU; 2026. Available at: <https://uroweb.org/guidelines/penile-cancer>