

Ana Luísa Scafura da Fonseca, Ana Luíza de Castro Carvalho, Bárbara Bizzo Castelo, Marcos Paulo Moraes Sales, Felipe Uchoa Perezini Martins, Lucas de Oliveira Ramos, Paulo Roberto Campos Junior, Humberto Elias Lopes.

Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis (CP) é uma doença rara, de morbidade psicossocial significativa^{1,2} e taxa de incidência de aproximadamente 1/100000 homens.³ Os principais fatores de risco são infecção por Papilomavírus Humano, fimose, baixo índice socioeconômico e má condições de higiene.⁴ O acometimento linfonodal é o preditor mais importante de sobrevida, sendo indispensável avaliação da região inguinal.^{1,5} A linfadenectomia (LD) precoce em paciente com nódulo negativo oferece bons resultados, principalmente em tumores de alto risco.⁴

Palavras-chave: Excisão de Linfonodo; Neoplasias Penianas; Procedimentos Cirúrgicos Urológicos; Pelve.

RELATO DE CASO

AAF, 62 anos, masculino, ASA 2, atendido no Ambulatório de Urologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora em 20/05/2020. Relata aparecimento de lesão peniana desde 2018, após queda, associada à dor pélvica, inguinal e peniana desde o início do quadro. Sem sintomas miccionais. Perda ponderal de 15kg em 6 meses, com história de múltiplas parceiras, sem uso regular de preservativos. Não postectomizado, com relato de prepúcio retrátil. Nega alergia medicamentosa e cirurgias prévias. Traz ultrassonografia que evidencia próstata de 56g; resíduo pós-miccional de 133,2 ml. Tomografia de abdome com processo sólido infiltrativo, vegetante, heterogêneo, com realce difuso por contraste e delineamento de áreas com menor atenuação, sugestivas de necrose de região genital, e adenomegalia inguinal. Ao exame físico, presença de lesão peniana exofítica, de grande volume, ocupando dois terços do pênis, com secreção purulenta e impossibilidade de diferenciar glândula do orifício externo da uretra. Adenomegalia inguinal bilateral. Prescrição de Amoxicilina e Clavulanato de potássio. Realizada Penectomia Parcial e LD Inguinal Bilateral e Pélvica, em dois tempos. Estadiamento pT3Nx. Coto restante de aproximadamente 4 cm, possibilitando micção em posição ortostática. À LD inguinal e obturatória, linfonodos (LN) livres de neoplasia. Paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas.

DISCUSSÃO

A LD antes da disseminação da doença é fundamental para aumentar a sobrevida do paciente com CP. Ao exame físico, presença de linfadenopatia inguinal sugere metástase regional e exames de imagem podem ser úteis, devendo-se excluir a possibilidade do edema ser de origem infecciosa.^{6,7} O uso de antibióticos é recomendado apenas na presença de sintomas clínicos de infecção. Persistindo-se o edema, deve-se realizar LD inguinal bilateral.^{1,7,8} Seu modelo clássico é preconizado como melhor método para estadiar e tratar os LN regionais no CP de alto risco.⁹ A depender do estágio do tumor primário, a LD ainda é recomendada mesmo em casos de LN clinicamente normais, pois 25% dos pacientes apresentam micrometástases que podem não ser identificadas ao exame físico.^{4,5,7} Apesar dos benefícios, essa técnica está associada a complicações como infecção, deiscência e necrose de feridas, linfedema, hematoma e tromboembolismo venoso. Retalhos teciduais podem melhorar a cicatrização.⁷ O paciente em questão não desenvolveu tais complicações e apresenta-se com boa evolução clínica.

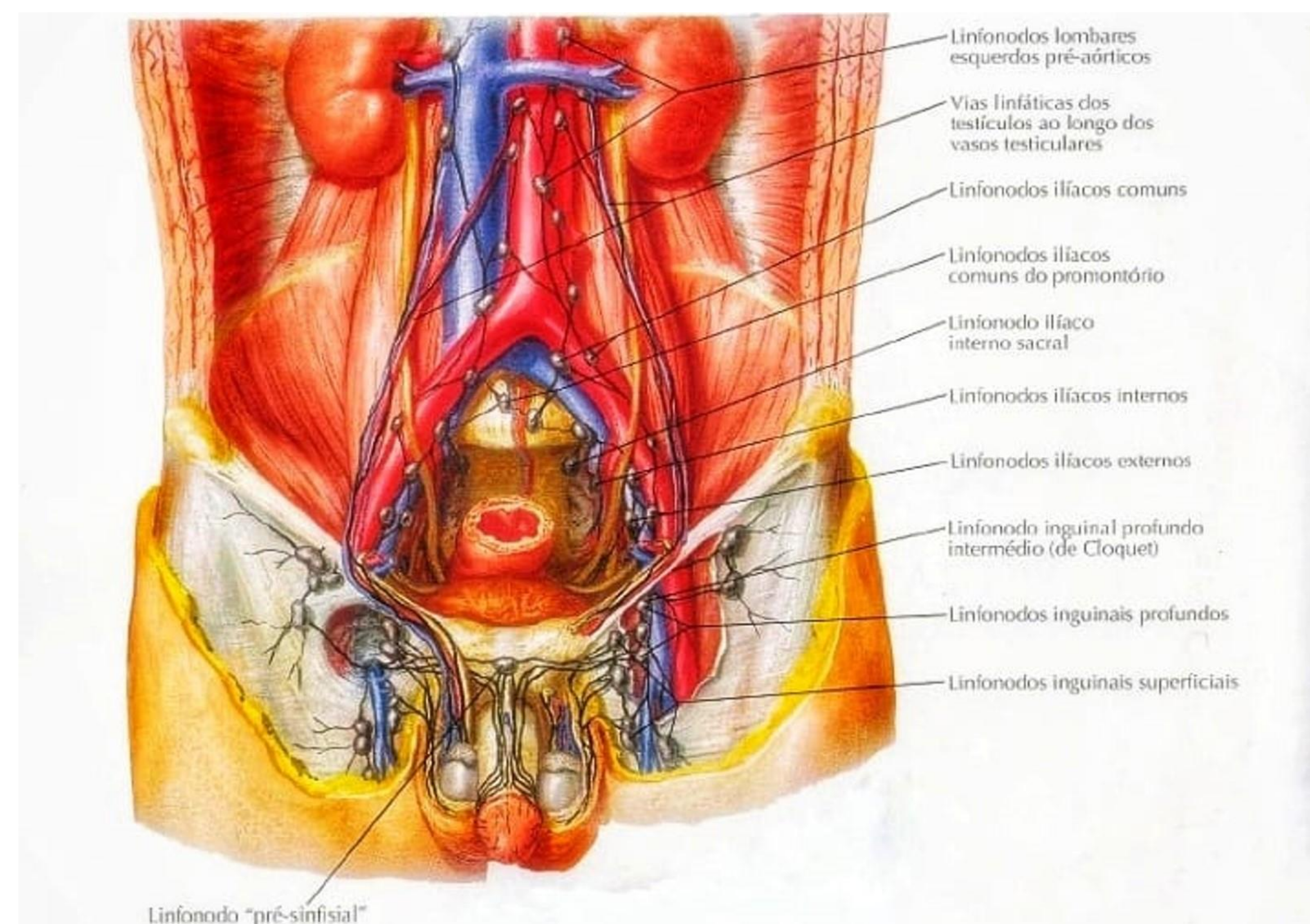


Figura 1: Representação anatômica das cadeias linfonodais. Fonte: Netter, FH. Atlas de Anatomia Humana, 5ª edição, 2011.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chipollini J, et al. Important surgical concepts and techniques in inguinal lymph node dissection. *Curr Opin Urol*. 2019; 29(3): 286-292.
2. Bada M, Berardinelli F, Nyirady P, et al. Adherence to the EAU guidelines on Penile Cancer Treatment: European, multicentre, retrospective study. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2019; 145(4): 921-926.
3. Arya M, et al. Long-term trends in incidence, survival and mortality of primary penile cancer in England. *Cancer Causes Control* 2013; 24:2169–2176.
4. Hakenberg OW, et al. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol*. 2015;67(1):142-150.
5. Azizi M, Chipollini J, Peyton CC, Cheriyan SK, Spiess PE. Current controversies and developments on the role of lymphadenectomy for penile cancer. *Urol Oncol*. 2019;37(3):201-208.
6. American Cancer Society. Surgery for Penile Cancer. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/penile-cancer/treating/surgery.html>. Acesso em: 30 jul 2020.
7. Leone A, Diorio GJ, Pettaway C, Master V, Spiess PE. Contemporary management of patients with penile cancer and lymph node metastasis. *Nat Rev Urol*. 2017;14(6):335-347.
8. Zerati Filho, Miguel et al. *Urologia Fundamental*. São Paulo: Planmark, 2010.
9. Oliveira, Vladimir Pinheiro. Papel da fixação dos retalhos dermogodurosos em linfadenectomia inguinal clássica de portadores de câncer peniano na redução das complicações pós-operatórias. Fortaleza, 2010. 95p. Dissertação (Mestrado)-Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia – ECO. Programa de Pós - Graduação Interinstitucional (MINTER) em oncologia. Curso de Pós-Graduação em Ciências.