RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0332

GLANDECTOMIA PARCIAL COM RECONSTRUÇÃO POR MUCOSA ORAL COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA A CARCINOMA PENIANO INVASIVO: UM RELATO DE CASO

ROGER SOUSA FARINHA (1), LUCAS ANTÔNIO PEREIRA DO NASCIMENTO (2), LUÍS AUGUSTO SEABRA RIOS (2), FLÁVIO AUGUSTO PAULATTI FREDERICO (3), FERNANDO EDUARDO PAULATTI FREDERICO (3), WAGNER APARECIDO FRANÇA (4)

1 Departamento de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 2 Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, SP, Brasil; 3 Departamento de Urologia na Faculdade de Medicina de Umuarama (UNIPAR), Curitiba, PR, Brasil; 4 Departamento de Disfunção Miccional e Cirurgia Reconstrutiva da Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE), São Paulo, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: O carcinoma de pênis (CP) é uma doença rara, incomum em países desenvolvidos, mas frequente em subdesenvolvidos, podendo representar no Brasil até 2,1% de todas as neoplasias malignas masculinas. É mais recorrente entre os 50 a 70 anos e possui fatores de risco bem estabelecidos. Quando invasivo, seu tratamento é a ressecção cirúrgica, comprometendo, na maioria dos casos a estética, micção, sensibilidade e capacidade reprodutiva masculina.

APRESENTAÇÃO DO CASO: Homem de 29 anos, com diagnóstico histopatológico de carcinoma espinocelular invasivo de pênis, submetido a glandectomia parcial e reconstrução do órgão genital com mucosa oral, mantendo sua capacidade erétil e de ejaculação.

CONCLUSÃO: A cirurgia para câncer de pênis almeja finalidade curativa e deve apresentar margem satisfatória. A realização de reconstrução, apesar de desafiadora, mostrou-se como estratégia para um melhor resultado estético e funcional, corroborando para menor morbidade no pós-operatorio.

Palavras-chave: Pênis; Doenças do pênis; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Urologia

ABSTRACT

INTRODUCTION: Penile carcinoma (PC) is a rare malignancy that is uncommon in developed countries but remains relatively frequent in developing regions, accounting for up to 2.1% of all male cancers in Brazil. It most commonly affects men between 50 and 70 years of age and has well-established risk factors. In invasive disease, surgical resection is the standard treatment; however, it often compromises penile aesthetics, voiding function, penile sensitivity, and reproductive capacity.

CASE PRESENTATION: A 29-year-old man with histopathological diagnosis of invasive squamous cell carcinoma of the penis underwent partial glansectomy followed by genital reconstruction using oral mucosal grafting. The patient preserved erectile and ejaculatory function postoperatively.

CONCLUSION: Surgical management of penile cancer aims at curative resection with adequate oncologic margins. Although technically challenging, reconstructive surgery proved to be an effective strategy to optimize aesthetic and functional outcomes, contributing to reduced postoperative morbidity.

Keywords: Penis; Penile Diseases; Reconstructive Surgical Procedures; Urology.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de pênis (CP) é uma doença incomum, representando menos de 1% de todas as neoplasias malignas masculinas anualmente diagnosticadas em países desenvolvidos, com incidência de 1 caso por 100.000 homens/ano (1, 2). Por outro lado, sua incidência é significativamente maior quando observados países sul-americanos, africanos e asiáticos (2). No Brasil, sua incidência chega a ser 2,8-6,8 casos por 100.000 homens/ano, podendo representar até 2,1% das neoplasias malignas masculinas (3, 4). Sabe-se que o Brasil e a Índia são os países com a maior incidência da doença (4).

Apesar de predominar entre os 50 a 70 anos de idade, até 20% dos casos ocorrem antes dos 40 anos, (5) impactando o indivíduo no auge de sua vida sexual e laboral.

Possui fatores de risco bem estabelecidos, sendo os principais: fimose, não circuncisão, obesidade, tabagismo, atividade sexual com animais e infecção pelo HPV (2). Além disso, baixos níveis socioeconômicos relacionam-se diretamente com um maior tempo para o diagnóstico e tratamento (1, 5).

Somando-se o atraso diagnóstico e a predominância da glande como principal sítio de ocorrência (~ 70% dos casos), há um importante comprometimento do órgão o que faz com que até 50% dos pacientes que são submetidos a cirurgia desenvolvam alguma desordem psiquiátrica. Além disso, o retardo para o diagnóstico está diretamente relacionado ao estadiamento e, consequentemente, ao desfecho e prognóstico oncológico (5).

Neste artigo, apresentamos uma abordagem efetiva frente a um jovem paciente que após tratamento e reconstrução cirúrgica apresentou controle oncológico e ótimo resultado estético-funcional, preservando micção, sensibilidade e capacidade ejaculatória. O artigo torna-se notório dado fecundação após procedimento cirúrgico, sem necessidade de terapia assistida. Situação pouco vista neste tipo de pós-operatório pela dificuldade na preservação da funcionalidade e pela idade avançada dos pacientes com CP.

RELATO DE CASO

Homem, 29 anos, previamente hígido, veio ao ambulatório de urologia queixando-se do surgimento de “nódulo” em glande há aproximadamente 5 meses. Acrescentava que, no mesmo período, houve crescimento progressivo da lesão, prurido, dor e sangramento esporádico. Possuía parceira sexual fixa e desejo de constituir prole.

No exame físico, observava-se lesão vegetante comprometendo 50% da glande e medindo, aproximadamente, 2 x 2 cm (figuras 1 e 2) e havia linfonodomegalia em região inguinal esquerda. Optou-se por biópsia incisional durante o primeiro atendimento e realização de ressonância magnética de abdome (RNM), pênis e tomografia computadorizada (TC) do tórax.

Após 21 dias da biópsia incisional, houve documentação, por anatomia patológica, de Carcinoma Espinocelular de pênis. O estadiamento radiológico não determinou comprometimento visceral a distância, mas observou linfonodos suspeitos em cadeia inguinal superficial esquerda, medindo aproximadamente 1cm. A RNM determinava lesão restrita a glande e sem comprometimento uretral (cT1cN1).

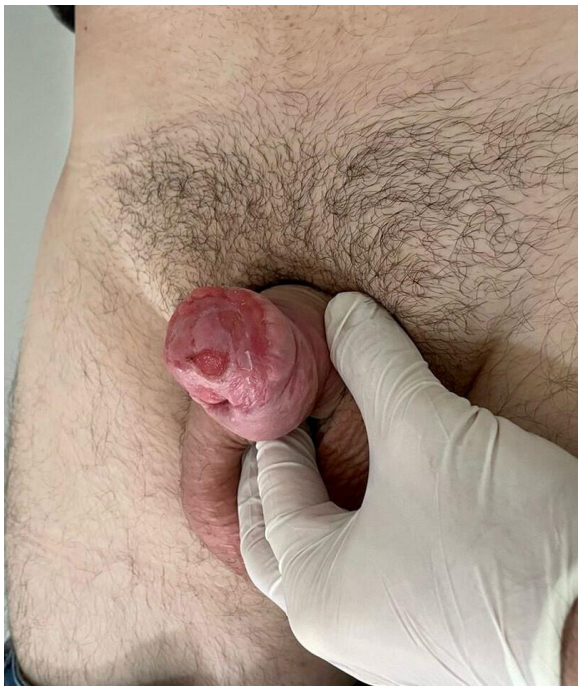
Ao considerar a idade, desejo de prole, estadiamento e objetivando-se o menor comprometimento estético-funcional possível, foi optado por glandectomia parcial desde que, no ato cirúrgico, não houvesse comprometimento do tratamento oncológico. Pela extensão da lesão, resultados observados em literatura médica e experiência da equipe envolvida, convencionou-se reconstrução com enxertia de mucosa oral.

A cirurgia foi realizada após 30 dias do primeiro atendimento e, durante o ato, notava-se restrição da lesão ao corpo esponjoso, sem comprometimento uretral ou de corpo cavernoso. Seguiu-se com cirurgia poupado-

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figuras 1 e 2: Lesão vegetante em glande, medindo aproximadamente 3 x 2cm.

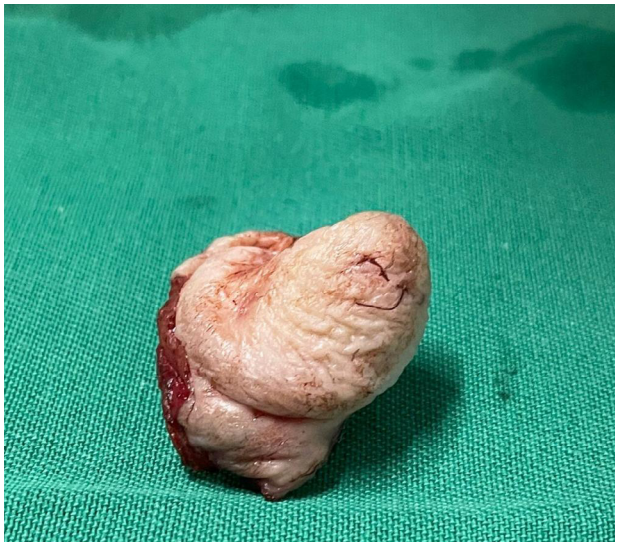




ra, sendo obtida margem de segurança (figuras 3 e 4). Conforme programado, foi realizada reconstrução do leito cirúrgico com placa de mucosa oral, retirada de mucosa jugal esquerda da cavidade oral, medindo 3 x 3 cm. O tecido foi enxertado e fixado com caprofyl 4.0, em pontos simples (figuras 5 e 6). O curativo no pós-operatório imediato foi feito com ácidos graxos essenciais, sendo orientado manter esse tipo de curativo, com trocas diárias, associado aos cuidados de higiene local com soro fisiológico. Optou-se por realizar trocas diárias de curativos nos primeiros dias após a enxertia, apesar da recomendação de Bracka de utilizar curativo de Brown por 5 dias, a fim de permitir uma avaliação mais rigorosa da adesão do enxerto e a detecção precoce de possíveis complicações, como infecção ou necrose, enquanto se mantém um ambien-

Figura 3 e 4: Produto de Glandectomia parcial.





© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figuras 5 e 6: Aspecto cirúrgico final da glandectomia parcial com reconstrução com mucosa jugal.





te propício à cicatrização através do uso de ácidos graxos essenciais.

Adicionalmente, considerando a presença de linfonodos suspeitos durante o estadiamento com RNM, foi realizada em segunda abordagem uma linfadenectomia bilateral por inguinotomia das cadeias inguinais superficiais e profundas, revelando metástases linfonodais de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado na cadeia superficial a esquerda em 7 dos 15 linfonodos ressecados. Não houve comprometimento dos 6 linfonodos ressecados na cadeia linfonodal inguial profunda esquerda, assim como nas cadeias inguiais a direita.

Recebeu alta no primeiro dia de pós-operatório (PO), mantendo dreno portovac em área de linfadenectomia. O dreno foi retirado no 5º pós-operatório (PO) e, nesse momento, notava-se boa adesão do enxerto, com necrose segmentar (figura 7) em áreas de implantação. Retornou no 14º PO com melhora cicatricial e redução significativa das áreas necróticas.

Trinta dias após o procedimento cirúrgico inicial de glandectomia parcial, foi indicada linfadenectomia laparoscópica, devido ao acometimento de cadeias linfonodais inguinais confirmado na segunda abordagem cirúrgica. O resultado do anatomopatológico mostrou não ter comprometimento de linfonodos retroperitoneais.

Figura 7: Áreas necróticas em lesão de glande.



Após nova alta hospitalar, manteve-se com seguimento em retornos ambulatoriais

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

durante 2 meses. Após término desse período observa-se cicatrização completa do leito cirúrgico (figura 8). Além disso, não apresentava queixas relacionadas a perda da libido, comprometimento estético, déficits miccionais ou comprometimento da qualidade de vida, sendo liberado para prática sexual.

Figura 8: Aspecto final no 60º dia pós-operatório.



Passados 5 meses, em nova consulta ambulatorial, mantinha-se satisfeito, com cirurgia em ótimo aspecto, e notificava que a esposa se encontrava em 7 semana de gestação, sem necessidade de reprodução assistida ou mesmo terapia medicamentosa para ereção.

DISCUSSÃO

Existem diferentes tipos de tratamento para o carcinoma de pênis, mas a ressecção cirúrgica é considerada o tratamento padrão para tumores infiltrativos, seja ela parcial ou radical (2). Apesar disso, quando realizada de maneira convencional, relaciona-se com um importante comprometimento estético-funcional o órgão. Além disso, em até 8% dos casos serão necessários novos procedimentos cirúrgicos para restabelecimento de funções prejudicadas por cirurgias mais agressivas (2, 4).

Considerando o importante impacto estético, funcional e psicossocial houve um grande empenho para o avanço das técnicas cirúrgicas que preservam tecido. Foi observado que ressecções cirúrgicas com margens de 5mm não prejudicam o controle oncológico e facilitam a abordagem reconstrutiva (3).

As técnicas de reconstrução peniana envolvem o fechamento primário, “flap” escrotal, glanduloplastia uretral e enxertos de pele ou mucosa oral (1, 3). Apesar de diversas opções e do avanço técnico nenhuma das técnicas permite a restauração completa do órgão. Por outro lado, existem vantagens no emprego da enxertia de mucosa oral e da glanduloplastia uretral promovendo melhor resultado estético, e maior preservação sensorial (4).

Ao comparar a utilização de enxertos de mucosa oral com retalhos de pele e enxertos cutâneos, observa-se que os enxertos de mucosa oral oferecem vantagens significativas em termos de microvascularização robusta, boa consistência física, resistência a infecções, além de evitar a presença de folículos pilosos. Quando utilizada, evolui com complicações em menos de 5% dos casos (5), justificando seu grande emprego no campo da cirurgia reconstrutiva. Apesar disso, quando utilizada para reconstrução de grandes áreas pode apresentar maior retração e consequente prejuízo estético. Também deve-se considerar que áreas com baixa umidade, quando comparadas com o sítio doador, podem comprometer o implante do tecido (4, 5), devendo haver, antes de escolha da técnica a individualização de cada caso. Embora os retalhos de pele possam oferecer vantagens em termos de cobertura vascularizada, eles frequentemente levam a maior

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

comprometimento estético e funcional. Portanto, a escolha do enxerto de mucosa oral, conforme demonstrado no caso apresentado, pode ser uma opção preferencial em pacientes que buscam uma recuperação estética e funcional otimizada.

Apesar do frequente comprometimento estético e funcional relacionado as cirurgias terapêuticas e reconstrutivas para o tratamento do carcinoma peniano, aliando-se planejamento a uma equipe treinada e capacitada pode-se atingir resultados efetivos e com menor impacto na qualidade de vida, estética e funcionalidade de pacientes submetidos a esse tipo de abordagem. Apesar disso, deve-se considerar que a ausência de comorbidades e a idade do paciente envolvido contribuíram diretamente com o desfecho do tratamento e resultados sexuais e reprodutivos. Frente as diversas possibilidades de apresentação clínica da doença e as muitas possibilidades de tratamento, deve-se sempre individualizar cada caso, objetivando-se o melhor resultado possível.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

REFERÊNCIAS

1. Korkes F, et al. Penile Cancer Trends and Economic Burden in the Brazilian Public Health System. Einstein (São Paulo). 2020;18:eAO5577. DOI: 10.31744/einstein_journal/2020AO5577.
2. Montes Cardona CE, García-Perdomo HA. Incidence of penile cancer worldwide: systematic review and meta-analysis. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:1–10. DOI: 10.26633/RPSP.2017.117.
3. Richter S, Ruether JD, Wood L, Canil C, Moretto P, Venner P, et al. Management of carcinoma of the penis: consensus statement from the Canadian Association of Genitourinary Medical Oncologists (CAGMO). Can Urol Assoc J. 2013;7(11–12):E797–811.
4. Douglawi A, Masterson TA. Updates on the epidemiology and risk factors for penile cancer. Transl Androl Urol. 2017;6(5):785-790.
5. Coelho RWP, Pinho JD, Moreno JS, Garbis DVEO, do Nascimento AMT, Larges JS, et al. Penile cancer in Maranhão, Northeast Brazil: the highest incidence globally? BMC Urol. 2018;18(1):50.

AUTOR CORRESPONDENTE
Dr. Roger Sousa Farinha
Departamento de Cirurgia Geral do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE)
Rua Martiniano de Carvalho, 836 (ap 92 – bloco 4)
São Paulo, SP, Brasil
Telefone: 11 99981-3881
E-mail: rogersousafarinha@gmail.com

Recebido em:
Janeiro de 2025

Aceito para publicação em:
Julho de 2025

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.