



# **CARCINOMA ESPINOCELULAR INVASIVO DE PÊNIS**

---

**CARLOS EGYDIO FERRI DO CARMO (1), HENRIQUE RODRIGUES SCHERER COELHO (2), FERNANDO COUTINHO PEREIRA (2), JOÃO ALEXANDRE QUEIROZ JUVENIZ 2, FABIANO ROBERTO FUGITA (1), DANIEL GALVÃO VIDAL (1)**

**(1) RESIDENTE DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, HUMAP, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL**

**(2) UROLOGISTA E PRECEPTOR DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN, HUMAP, CAMPO GRANDE, MS, BRASIL**

## RESUMO

O câncer de pênis, embora seja um tumor raro, pode acometer até 10% dos homens nos estados das regiões Norte e Nordeste do Brasil, sendo o carcinoma espinocelular o mais comum, estando relacionado principalmente a locais de nível socioeconômico mais baixo, higiene inadequada e fimose. Desenvolve-se sob a forma de lesão exofítica, superficial ou ulcerada, podendo tornar-se invasivo com acometimento linfático e metástase visceral. O tratamento é individualizado, sendo a penectomia o tratamento “padrão ouro” para a neoplasia peniana. Apresentamos e discutimos o caso clínico de um paciente com diagnóstico de carcinoma de pênis submetido a penectomia parcial e linfadenectomia inguinal bilateral no serviço de urologia do Hospital Universitário de Campo Grande-MS (Humap-UFMS/Ebserh).

## PALAVRAS-CHAVE:

Câncer de Pênis; Carcinoma Espinocelular; Linfadenectomia Inguinal.

## INTRODUÇÃO ▲

O câncer de pênis é uma neoplasia rara. No Brasil representa 2% das neoplasias do homem (1). Sua incidência é variável de acordo com a localização geográfica, podendo atingir 10% nos estados das regiões Norte e Nordeste. São mais frequentes nos locais com nível socioeconômico mais baixo (2). O carcinoma espinocelular (CEC) representa aproximadamente 95% das neoplasias do pênis. A ocorrência CEC está relacionada a presença de fimose, higiene inadequada, infecções virais, zoofilia e tabagismo (3). Desenvolve-se sob a forma de lesão exofítica, superficial ou ulcerada, que pode se tornar invasiva. Quando metastática, a disseminação inicial é linfática, obedecendo a um acometimento linfonodal sequencial: linfonodos inguinais superficiais, inguinal profundo, pélvicos e periaórticos, podendo haver conexões cruzadas entre os linfáticos, com disseminação bilateral (4). O comprometimento visceral é raro, bem como

metástases por via hematogênica. A progressão da doença é lenta (5). O diagnóstico se dá através da anamnese e exame físico, sendo confirmado através da biópsia. Envolvimento dos linfonodos inguinais é visto em 10 a 30% dos pacientes no ato do diagnóstico, com 1 a 3% de metástases viscerais aos pulmões, fígado ou aos ossos (6). Características anatomopatológicas do tumor primário, como estadiamento, a graduação tumoral e invasão linfovascular são os mais importantes fatores determinantes de prognóstico e disseminação nodal. O principal determinante da sobrevida desses pacientes é a invasão e extensão do comprometimento linfonodal (7).

O tratamento deve ser individualizado e se basear nas características da lesão primária e no estadiamento. O tratamento cirúrgico continua sendo o mais empregado e com melhores resultados. Está dirigido para a eliminação completa do tumor obtida pela excisão cirúrgica com margem de segurança. A penectomia é o tratamento “padrão ouro” para a lesão

primária do CEC (2). A linfadenectomia, quando necessária, é indicada 4-6 semanas após o tratamento cirúrgico da lesão primária (8).

O objetivo do presente artigo é relatar um caso clínico de um paciente com diagnóstico de carcinoma espinocelular de pênis com linfonodomegalia inguinal bilateral atendido no serviço de urologia do Hospital Universitário de Campo Grande-MS (Humap-UFMS/Ebserh), submetido ao tratamento cirúrgico através de penectomia parcial e linfadenectomia inguinal bilateral.

## **RELATO DE CASO**

Paciente J.D.B.O, 59 anos, sexo masculino, atendido no serviço de urologia do Humap-UFMS/Ebserh com queixa de lesão em pênis há cerca de 5 anos. Paciente com diagnóstico prévio de retardo mental pela psiquiatria, com pouca audição e acuidade visual, pouco comunicativo, em companhia da mãe e irmã. Apresentava fimose desde a infância que impossibilitava a

exposição completa da glândula e lesão no pênis há 5 anos. Nega tabagismo e etilismo. Nega relação sexual prévia. Ao exame físico: Pênis com prepúcio estenosado e lesão endurecida em haste peniana distal, comprometendo toda glândula e prepúcio com odor fétido. Presença de gânglios linfáticos palpáveis bilateralmente. Biópsia incisiva da glândula e prepúcio de 16/04/18 evidenciando carcinoma espinocelular invasivo, moderadamente diferenciado. Em 28/05/2018 foi submetido à Penectomia Parcial com manutenção de coto peniano de 5cm e uretroplastia com neoglândula utilizando 2cm de uretra. O anatomopatológico confirmou carcinoma espinocelular invasivo do pênis, com padrão Microscópico Misto dos tipos usual (queratinizante - 50%) e (condilomatoso - 50%), com infiltração neoplásica de corpos cavernosos, esponjoso e perineural, (classificação TNM pT2). Realizado estadiamento clínico com tomografia de tórax e abdome, identificando apenas linfonodomegalias inguinais e femorais bilateralmente, o maior localizado na região inguinal esquerda, medindo

3.8 x 1.2cm, sem microcalcificações, de provável natureza secundária e linfonodos aumentados em número nas cadeias ilíacas bilateralmente, sem microcalcificações. Programado e realizado dia 16/08/2018, linfadenectomia inguinal superficial bilateral , no qual o estudo patológico mostrou hiperplasia linfóide reacional associada a histiocitose sinusal e linfadenite inespecífica bilateralmente sugestivo de processo inflamatório com ausência de comprometimento neoplásico em 5 linfonodos identificados a direita e em 3 linfonodos identificados a esquerda.

No pós-operatório de 3 meses relata que não teve relação sexual. Refere boa micção, ereção parcial e ejaculação presente. Ao exame físico apresenta pênis de 5cm de comprimento. Não apresenta massas ou linfonodos inguinais palpáveis. Não apresenta massas ou outras alterações na tomografia de abdome e pelve.

No seguimento ambulatorial até dezembro de 2020, o paciente encontra-se bem, livre de recidiva tumoral até o momento. Não realizou quimioterapia e nem radioterapia.

## DISCUSSÃO

O câncer de pênis é uma neoplasia rara, representando 2% das neoplasias malignas que atingem os homens no Brasil, sendo o CEC o mais comum (1, 3). Fimose, doenças inflamatórias crônicas, tabagismo, zoofilia e associação com infecção viral, como o HPV (papilomavirus humano), são fatores de risco bem definidos para a sua incidência aumentada em determinadas regiões do mundo (9). Tratando-se de doença relacionada às baixas condições socioeconômicas é muito comum o atendimento desses pacientes em situação de doença avançada tornando o tratamento de alto custo e complexidade com grande morbidade e mortalidade (10). Nosso paciente apresenta fimose, retardo mental, pouca audição e acuidade visual e de difícil comunicação, dificultado e limitando a higiene peniana, sendo a provável causa da enfermidade ocorrida. Cerca de 85% dos pacientes com carcinoma de pênis possuem relação com higiene inadequada (3).

A progressão da doença é lenta (5). O diagnóstico se dá através da anamnese e exame físico, sendo confirmado através da biópsia (6). Características anatomopatológicas do tumor primário, como estadiamento, a graduação tumoral e invasão linfovascular são os mais importantes fatores determinantes de prognóstico e disseminação nodal (7) .

O tratamento é individualizado e se baseia nas características da lesão primária e no estadiamento clínico (2). O tratamento padrão ouro é a penectomia parcial ou total com margem de segurança de 2cm, dirigido para a eliminação completa do tumor embora acarretar morbidade psicosssexual devastadora (11). A linfadenectomia, quando necessária, é indicada 4-6 semanas após o tratamento cirúrgico da lesão primária (8) . Neste caso, optou-se pela penectomia parcial, que possibilitou manutenção de parte do corpo do pênis e da uretra, com posterior linfadenectomia bilateral . Paciente com boa evolução, sem recidiva da neoplasia peniana até o momento, 2 anos de seguimento pós-cirúrgico.

Alguns pacientes com linfonodos regionais positivos podem se beneficiar de uma estratégia de tratamento multimodal, dependendo da extensão do envolvimento dos linfonodos. Sabemos que em alguns casos a cirurgia não é o suficiente, nem curativo devido a fatores adicionais como extensão local, invasão linfovascular ou perineural, metástase linfonodal e visceral (12).

## CONCLUSÃO

O câncer de pênis é pouco incidente em nosso meio, representado principalmente pelo CEC, tem como tratamento comumente realizado a penectomia parcial ou total associada a linfadenectomia inguinal bilateral em pacientes com linfonodomegalia. Esse tratamento apresenta morbidade psicosssexual importante.

Apesar da baixa incidência mundial e o número limitado de publicações, observamos a associação com fimose, má-higiene, infecção pelo HPV e inflamação crônica.

O número reduzido de casos pode dificultar o treinamento e formação de médicos especialistas e inviabilizar estudos clínicos mais abrangentes.

## CONFLITO DE INTERESSES

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJ, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol*. 2008; 34:587-91.
2. Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, Solsona E, Tana S, Van Der Poel H, et al. EAU penile cancer guidelines 2009. *Eur Urol*. 2010; 57:1002-12.
3. Dillner J, von Krogh G, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. *Scand J Urol Nephrol Suppl*. 2000; (205):189-93.

4. Lopes A, Hidalgo GS, Kowalski LP, Torloni H, Rossi BM, Fonseca FP. Prognostic factors in carcinoma of the penis: multivariate analysis of 145 patients treated with amputation and lymphadenectomy. *J Urol.* 1996; 156:1637-42.
5. K. Leg endoscopic groin lymphadenectomy (LEG procedure): step-by-step approach to a straightforward technique. *Eur Urol.* 2009; 56:821-8.
6. Culkin DJ, Beer TM. Advanced penile carcinoma. *J Urol.* 2003; 170 (2 Pt 1):359-65.
7. Aguinaldo Cesar Nardi, et al. *Urologia Brasil*. Editora Palnmark, 2013.
8. Protzel C, Alcaraz A, Horenblas S, Pizzocaro G, Zlotta A, Hakenberg OW. Lymphadenectomy in the surgical management of penile cancer. *Eur Urol.* 2009; 55:1075-88.
9. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin.* 2007; 57:43-66.
10. Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ. Penile cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J Urol.* 2009; 27:141-50.

11. Ornellas AA, Kinchin EW, Nóbrega BL, Wisnescky A, Koifman N, Quirino R. Surgical treatment of invasive squamous cell carcinoma of the penis: Brazilian National Cancer Institute long-term experience. J Surg Oncol. 2008; 97:487-95.
12. Resch I, Abufaraj M, Hübner NA, Shariat SF. An update on systemic therapy for penile cancer. Curr Opin Urol. 2020; 30:229-233.

## AUTOR CORRESPONDENTE ▲

Henrique Rodrigues Scherer Coelho

Rua Alagoas, 94, Campo Grande, MS, Brasil

Tel.: (67) 3222-8610

E-mail: [henriquercoelho@yahoo.com.br](mailto:henriquercoelho@yahoo.com.br)