

## Carcinoma verrucoso do pénis

J. Cadilhe, R. Ramires, E. Lima, La Fuente, F. Marcelo, A. Pimenta

Serviço de Urologia, Hospital Geral de Santo António

Correspondência: José Pedro Cadilhe — Departamento de Urologia, Hospital Geral de Santo António —4050 Porto

### Resumo

O carcinoma verrucoso é uma lesão maligna pouco comum correspondendo a cerca de 5% de todas as neoplasias do pénis. Trata-se de uma variedade tumoral de comportamento benigno (não metastiza), histologia diferenciada e progressão indolente e arrastada com capacidade de invasão local e recorrência. O tratamento de eleição é a excisão cirúrgica.

Reportamos a nossa experiência nos últimos dez anos – 1990 a 1999 – tendo diagnosticado e tratado 6 casos de carcinoma verrucoso.

Optamos na quase totalidade dos doentes por tratamento conservador com bons resultados.

**Palavras-chave:** Carcinoma verrucoso. Tumores penis

### Abstract

Verrucous carcinoma is an uncommon malignant cancer accounting for only 5% of all penile neoplasias. It is a tumoral variety of benign behaviour, differentiated histology and protracted indolent course with capacity to invade locally and recur. Surgical excision is the current therapy of choice for verrucous carcinoma.

Our last ten years experience – 1990 to 1999 – is reported here. We have diagnosed and treated 6 cases of verrucous carcinoma.

In near all cases, conservative treatment was the definitive approach with good results.

**Key words:** Verrucous carcinoma. Penile tumour

### Introdução

O carcinoma verrucoso do pénis é uma lesão maligna rara de comprometimento menos agressivo que o carcinoma epidermoide<sup>(1)</sup> e compreende 0,4% dos tumores do homem<sup>(2)</sup>. Geralmente apresenta-se como uma lesão exofítica que emerge do sulco balanoprepucial<sup>(3)</sup> e que se expande localmente com destruição das estruturas vizinhas, não ocasionando metastases locais nem à distância<sup>(4)</sup>. Microscopicamente trata-se de um carcinoma bem

diferenciado com atipia citológica e actividade mitótica mínimas<sup>(3)</sup>.

Epidemiologicamente varia muito em função de factores geográficos, sociológicos e culturais<sup>(5)</sup>. A higiene e a prática de circuncisão diminuem significativamente o seu aparecimento<sup>(6)</sup>. Etiologicamente parece que a infecção, fimose crónica, irritação, trauma, e falta de higiene podem todos estar implicados e ser importantes factores no seu desenvolvimento<sup>(7,8)</sup>. O papel da infecção por HPV na patogénese do carcinoma verrucoso é controver-

Quadro I – Características gerais

Idade Média	66,5 anos (46-84 anos)		
Antecedentes	Condilomas acuminados (1)	Balanite (2)	LLC (1)
Motivo da consulta	Fimose (2)	Lesão vegetante (4)	
Fimose acompanhante	3		
Evolução prévia consulta	11,5 meses	(6-12 meses)	
Localização mais frequente	Sulco balanoprepucial (4)	Glande (2)	
Dimensões médias	20x10x5 mm		
Adenopatias	1 caso bilaterais		
“Follow up”	25,4 meses (6-48)		

so<sup>(3)</sup>. Alguns autores demonstraram HPV dos subtipos 6 e 11 no carcinoma verrucoso, sugerindo relação com o condiloma acuminado, embora outros autores não encontraram tais evidências<sup>(3,9,10,11,12)</sup>. Esta lesão que geralmente acomete na 5ª ou 6ª década de vida homens não circuncidados e com balanites de repetição, tem como tratamento de eleição a excisão cirúrgica<sup>(10)</sup>. A cirurgia de Mohs é também defendida como forma de preservação máxima de tecido não envolvido<sup>(13)</sup>.

## Material e métodos

Entre 1990 e 1999 registamos no nosso serviço 6 casos de carcinoma verrucoso localizados no pênis (Quadro I). A idade média dos pacientes aquando do diagnóstico era de 66,6 anos (46-84 anos) sendo o tempo de evolução prévio ao diagnóstico de 11,5 meses (6-12 meses). Dois pacientes tinham antecedentes de balanite, um de condilomas acuminados e um outro de leucemia (LLC) com vários anos de evolução. Três doentes apresentavam fimose acompanhante. O motivo de consulta mais frequente foi a própria tumoração (Fig 1 e 2) em 4 casos, com uma forma de apresentação



Fig. 1 – Carcinoma verrucoso do pênis e alterações mucosas da glândula – localização balanica justa meato.



Fig. 2 – Aspecto exofítico da lesão.

típica de lesão vegetante, crostosa queratinizada de evolução arrastada e localizada mais frequentemente no sulco balanoprepucial. Á exploração encontramos unicamente um doente com adenopatias inguinais bilaterais com aproximadamente 2 cm, de provável etiologia inflamatória. Cinco dos doentes foram diagnosticados de carcinoma verrucoso na primeira informação histopatológica, ao passo que um deles foi inicialmente classificado como condilomas acuminados, alcançando o diagnóstico definitivo de carcinoma verrucoso em posterior evolução, recidiva ou persistência tumoral, tendo sido reintervencionado um ano após a primeira cirurgia. A lesão em todos os casos foi caracterizada por um crescimento papilar com marcada hiperqueratose, papilomatose e acantose. A invasão das estruturas adjacentes é expansiva, empurrando o estroma adjacente por vezes esboçando a formação de perlas corneas (Fig.3).

Em 5 doentes foi realizada tumorectomia (Fig.4) com margem de tecido normal em volta da lesão, e um doente foi submetido a amputação parcial do pênis (Fig.5). O tempo médio de “follow up” foi de

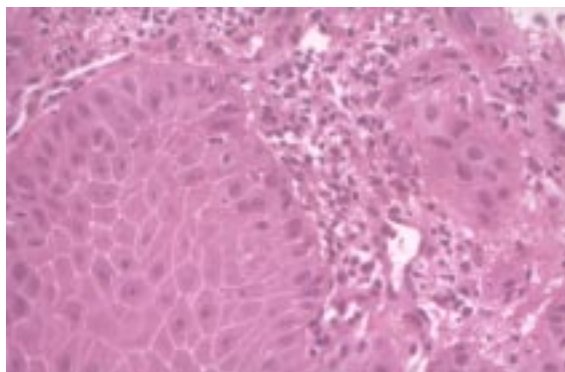


Fig. 3 – Histologia: carcinoma verrucoso com hiperqueratose, papilomatose e acantose.

25,4 meses (6 a 48 meses). Nenhum doente da nossa série morreu como consequência directa do tumor nem foi submetido a posteriores intervenções, tendo o tratamento inicial sido aparentemente definitivo em todos eles até ao momento.

### Discussão e conclusões

O carcinoma verrucoso é uma lesão maligna pouco comum correspondendo cerca de 5% de todas as

neoplasias do pênis<sup>(10)</sup>. Geralmente atinge pacientes não circuncidados e com balanites de repetição entre os 30 e 86 anos com incidência máxima na 4ª e 5ª décadas da vida<sup>(2,14)</sup>, o que se confirma na nossa série.

A infecção que frequentemente se sobrepõe a estes tumores condiciona uma linfadenite regional. As adenopatias inguinais só excepcionalmente serão metastases ganglionares, estando referidos na literatura apenas dois casos de disseminação ganglionar directa<sup>(14)</sup> e mais quatro após radioterapia local<sup>(15)</sup>. Nos dois primeiros casos é provável que corresponda ao que alguns autores denominam como tumores híbridos, em que coexiste tumor verrucoso e epidermoide, nos segundos a diferenciação anaplásica parece produto da acção directa da radioterapia<sup>(10,11,12)</sup>.

O diagnóstico diferencial estabelece-se com condiloma acuminado, de etiologia vírica, e com o carcinoma epidermoide que apresenta maior grau de infiltração anaplasia. Prioleau et al em 1980<sup>(16)</sup> elaboraram um estudo citogenético comparativo entre carcinoma verrucoso e epidermoide encontrando nos primeiros menos proporção de células não queratinizadas em fase S e aumento do desmossomas inter-



Fig.4 – Resultado 8 semanas após tumorectomia do caso ilustrado anteriormente.



Fig.5 – Pênis submetido a amputação parcial- primeiro dia pós operatório.

celulares o que condiciona uma maior coesão celular e uma menor capacidade invasiva.

O carcinoma verrucoso do pénis é um tipo de neoplasia maligna cujo tratamento será em função da extensão da lesão, mas dado o seu carácter não invasor, a opção conservadora é mais adequada. Apenas um doente na nossa série foi tratado “ad initio” com penectomia parcial, uma vez que se tratava de um tumor volumoso e o doente ter na altura 81 anos.

Nos restantes 5 casos optou-se pela tumorectomia simples e um “follow up” apertado com o intuito de prevenir precocemente eventuais recidivas. Queremos salientar que na nossa série um doente teve uma exérese cirúrgica prévia (1 ano antes) de uma lesão classificada como condilomas cuminados, e que por nós foi considerada como antecedente e não como recidiva ou persistência tumoral. Como tratamento conservador actualmente também se emprega a criocirurgia, 5-fluoracilo, electrocoagulação com laser de CO<sub>2</sub> e/ou Nd-YAG<sup>(5)</sup>.

A radioterapia parece ser ineficaz para a sua cura, favorecendo inclusivé segundo alguns autores alterações anaplásicas do tumor.

Há autores que advogam a penectomia parcial como tratamento de eleição se a lesão afecta a glande ou o prepúcio e a penectomia total quando a lesão é muito extensa ou proximal<sup>(3,5)</sup>, o que nos parece demasiado agressivo e mutilador.

## Referências

1. Paul F. Schellhammer, Gerald H. Jordan, Steven M. Schlossberg. Tumores del Pene. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Stamey TA, editors. Campbell's Urology. 6ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1994; 1263-1297.
2. Johnson D, Lo R, Srigley J, Ayala A: Verrucous carcinoma of the penis. J Uro, 1985; 133: 216.
3. Paul Russo and Paul Gaudin: carcinoma of the penis. Diagnosis and staging. Contemporary Urology, 2000; April, part 1 of 2: 12-31.
4. Carlos Arturo Levi, Wallace Guedes Borges. Tumor do penis. In: Nelson R. Netto Jr. Urologia Prática 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 1999: 263-271.
5. E. Lopez Alcina, M. Rodrigo Aliaga, M. Martinez Sarmiento e al: Carcinoma verrucoso de pene. Actas Uro Esp, 1996; 20: 560-563.
6. Persky L, De Kernion J: Carcinoma of the penis. Journal for Clinicians, 1986; 36: 258.
7. Nguyen KQ, McMarlin SL: Verrucous carcinoma of the face. Arch Dermatol, 1984; 120: 383-385.
8. Findlay RF, Lapin NA: Pyogenic granuloma simulating cutaneous horn. Cutis, 1983;31: 610-612.
9. Löning T, Riviere A, Henke RP et al: Penile/anal condylomas and squamous cell cancer: a HPV DNA Hybridization study. Virchows Arch A. 1988; 413: 491-498.
10. Josef K, Yeager, Robert F, Irene M, McAleer: Penile verrucous carcinoma. Arch Dermatol, 1990; 126:1208-1210.
11. Masih As, Stoler Mh, Farrow Gm, et al: Penile verrucous carcinoma: a clinicopathologic, human papillomavirus typing and flow cytometric analysis. Mod Pathol, 1992; 5: 48-55.
12. Seixas Al, Ornellas Aa, Marota A et al: Verrucous carcinoma of the penis: retrospective analysis of 32 cases. J Urol, 1994; 152: 1476-1479.
13. Mohs FE, Shal WJ: Chemosurgery for verrucous carcinoma. Dermatol Surg Oncol, 1979; 5: 302-306.
14. Burgos FJ, Mayayo T, Maganto E, Garcia R, Rio M, Escudero A, Romero- Aguirre C: Carcinoma Verrucoso de pene. Arch Esp Urol, 1986; 39:241.
15. Kraus FT, Perez Mesa C: Verrucous carcinoma. Clinical and pathological study of 105 cases involving oral cavity. Larynx and genitalia. Cancer, 1966;19:26.
16. Prioleau P, Santa Cruz D, Zabala JA: Verrucous carcinoma: A light and electronmicroscopic, autoradiographic and immunofluorescence study. Cancer, 1980; 45:2849.