

## Quistos do rafe médio – a propósito de um caso

Xambre L\*, Prisco R\*\*, Carreira F\*\*\*, Magalhães MF§

\*Interno Complementar de Urologia do Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano

\*\*Assistente Hospitalar do Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano

§Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Anatomia Patológica do Hospital Pedro Hispano

\*\*\*Director de Serviço do Serviço de Urologia do Hospital Pedro Hispano

Instituição: Hospital Pedro Hispano – Serviço de Urologia

Correspondência: Luís Xambre – Av. Cidade de Montgeron, 206, 4490 Póvoa de Varzim

### Resumo

Os quistos do rafe médio são lesões congénitas pouco frequentes, inteiramente benignas do períneo e genitais, resultantes de erros do desenvolvimento embrionário. Os autores apresentam um caso clínico ilustrativo desta afecção, tecendo considerações no que toca a etiologia e embriogénese, aspectos de diagnóstico e relacionados com o tratamento.

**Palavras-chave:** Quistos. Rafe médio. Períneo.

### Summary

Cysts of the median raphe are benign congenital lesions of the perineum and genitalia, which result from errors of the embryological development. The authors report a typical case of this entity and briefly discuss the embryogenesis, diagnosis and treatment.

**Key words:** Cysts. Median raphe. Perineum.

### Introdução

Os quistos do rafe são provavelmente mais frequentes do que as referências apenas esporádicas na literatura urológica fazem crer. São lesões benignas exigindo diagnóstico diferencial com outras entidades que devem motivar gestos terapêuticos diferentes, daí que o reconhecimento por parte dos urologistas seja importante.

A exérese cirúrgica constitui a única forma de tratamento eficaz.

### Caso Clínico

Doente de 25 anos de idade, sem antecedentes patológicos de relevo. Recorreu à consulta por tumefacções ao nível do rafe escrotal e perineal, com cerca de quinze anos de evolução, as quais haviam sofrido aumento de volume progressivo durante o último ano. Referia mal estar local e queixas dolorosas durante a actividade sexual. Negava antecedentes compatíveis com episódios de supuração ou fistulização, qualquer antecedente cirúrgico ao nível dos



Fig.1 – Aspecto macroscópico das lesões.

genitais externos ou períneo. As tumefacções não apresentavam alterações durante a micção.

Ao exame objectivo era visível a presença de quatro nódulos dispostos ao nível do rafe médio, desde o escroto até ao períneo (fig.1), indolores. As tumefacções apresentavam consistência elástica, eram facilmente mobilizáveis, não se encontrando aderentes aos planos profundos. Não apresentavam sinais inflamatórios.

O doente foi submetido a exérese em bloco das lesões (fig.2). Estas mostraram ser de natureza quística apresentando um conteúdo pastoso acastanhado. O exame histológico revelou cavidades revestidas, umas por epitélio cilíndrico pseudoestratificado, outras por epitélio estratificado, apresentando aspectos de metaplasia epidermoide, em redor das quais se encontravam discretos sinais de inflamação inespecíficos (fig.3, fig.4), achados compatíveis com quistos do rafe médio.

Após cerca de um ano de seguimento não há qualquer evidência de recidiva.

### Comentário

Os quistos do rafe médio são lesões congénitas, pouco frequentes na prática clínica diária, descritas



Fig.2 – Peça operatoria.

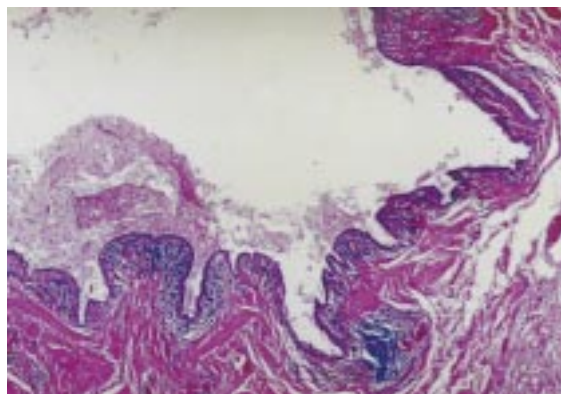


Fig.3 – Histologia.Hematoxilina-eosina 100x.

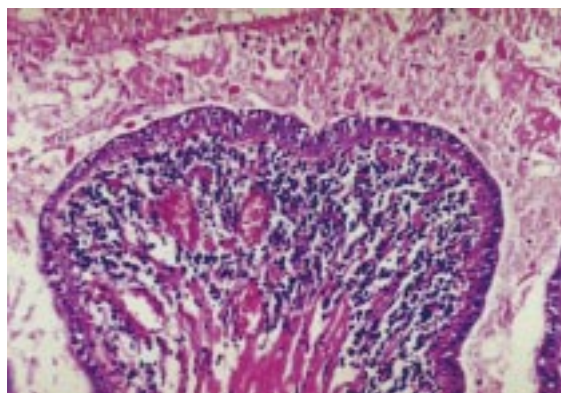


Fig.4 – Histologia. Hematoxilina-eosina 200x.

inicialmente por Mermet em 1895<sup>(1)</sup>. Podem localizar-se desde o sulco coronal peniano até à margem anal. A sua etiologia é atribuída a alterações da embriogénese ocorrendo entre a 9ª e a 12ª semanas de gestação<sup>(2,3)</sup>, mais concretamente a deficiências do encerramento das pregas urogenitais<sup>(4,5,6,7)</sup>, embora haja autores que os considerem derivados do desenvolvimento anómalo das glândulas periuretrais<sup>(5)</sup>.

Cursam sem sintomas na maioria das situações, razão pela qual são frequentemente diagnosticadas apenas na idade adulta, em virtude do aumento de volume condicionando alterações de ordem estética, dificuldades relacionadas com a actividade sexual ou pelo aparecimento de complicações, nomeadamente relacionadas com supuração, ulceração ou fistulização. Normalmente apresentam-se como lesões esféricas, únicas ou múltiplas, com a localização já referida, com tamanho variável, desde alguns milímetros até superiores a sete centímetros<sup>(5,8)</sup>.

São lesões císticas com conteúdo mucóide ou seroso, contendo mucoproteínas, revestidas por epitélio de diversos tipos, estratificado ou não estratificado, queratinizado ou não, transicional, cuboide ou mesmo contendo células ciliadas<sup>(4,5,7,8,9)</sup>. Em casos de sobreinfecção (sendo habitualmente os

agentes responsáveis a *Neisseria gonorrhoeae* ou o *Staphylococcus aureus*) pode estar presente metaplasia escamosa<sup>(4)</sup>.

Deve-se impor diagnóstico diferencial com outras afecções, algumas com abordagem terapêutica completamente diferente, como divertículos da uretra, patologia infecciosa (molusco contagioso, vesículas herpéticas, tuberculose cutânea, cancro sífilítico, etc), patologia da pele e anexos (quistos sebáceos, quistos epidermóides, cistos pilonidais), com tumores benignos (lipomas, esteatocitomas ou tumores glômicos) ou ainda de forma académica com quistos de inclusão epidérmicos<sup>(4,5,8,9)</sup>. Normalmente a história e o exame clínico são suficientes para fazer o diagnóstico, embora em casos duvidosos possa haver necessidade de estudos adicionais, nomeadamente uretrografia.

Uma vez que normalmente são assintomáticos, a abordagem em termos de tratamento deve pautar-se pela abstinência terapêutica, devendo a indicação cirúrgica ser colocada perante o aparecimento de complicações de ordem infecciosa, quando se tornam sintomáticos (dor ou desconforto local) ou por razões de ordem estética<sup>(9)</sup>. O tratamento cirúr-

gico com exérese completa da lesão é o mais indicado. A aspiração ou a marsupialização estão associadas a recidiva e a resultados cosméticos pouco satisfatórios<sup>(8)</sup>.

### Bibliografia

1. Mermet P: Congenital cysts of the genitoperineal raphe. Rev. Chir. 1895; 15: 382.
2. Rosales A, Vicente RJ: Cirurgia endoscópica del cuello y uretra (III. Embriología). In Vicente J. Tratado de endourológica. Ed. Pulso, Barcelona 1996: 424 – 427.
3. Altemus, A R, Hutchins, G M: Development of the human anterior urethra. J Urol 1991; 146: 1085-1093.
4. Little S J, Keating M A, Rink R C: Median raphe cysts of the genitalia. J Urol 1992; 148: 1872 – 1873.
5. Lopez V M, Funez R, Ozman G, Lopez M, Garcia E: Quistes del rafe médio. Actas Urol Esp 1997; 21: 800 – 802.
6. Garat J M, Ruiz T M: Anomalías del desarrollo del aparato genital masculino. In: Práctica Andrológica. Dres. J. Pomerol y J Arrondo. Masson Salvat. Barcelona 1994; 89: 757.
7. Otsuka T, Ueda Y, Terauchi M, Kinoshita Y: Median raphe (parameatal) cysts of the penis. J Urol 1998; 159: 1918-1920.
8. Peyri E, Paga J, Mira X, Martinez M, Sanmarti B: Quistes parameatales del pene. Actas Urol Esp 1998; 22: 875-877.
9. Pellice i Vilalta C, Luelmo i Aguilar J: Quistes del rafe medio (prepucio y perine). Sucinta aportation. Actas Urol Esp 1997; 21: 803-805.