

Quistos de inclusão penianos

J. Cadilhe, 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

Os quistos de inclusão penianos são lesões benignas pouco habituais na prática clínica diária, apresentando-se como formações tegumentares de tamanho variado contendo líquido.

Apresentamos dois casos de quistos de inclusão penianos, e discutimos a embriogénese, o diagnóstico e tratamento.

O conhecimento e a pronta identificação destas entidades por parte dos urologistas é essencial para lidar com elas e diferencia-las de outras lesões bem mais nocivas incluindo divertículos da uretra, cancro sífilítico e tuberculose cutânea.

A abstenção terapêutica deve ser a norma. A sua exérese só está indicada perante uma hipotética complicação (infecção, grandes volumes...) ou por razões estéticas.

Palavras-chave: Quistos. Pénis. Prepúcio.

Abstract

Inclusion cysts of penis are very uncommon benign lesions in the daily clinical practice, presenting as several sizes tegumentary formations with liquid contents.

We report two recent cases of inclusion cyst of penis, and discuss the embryogenesis, diagnosis and management.

Awareness and prompt identification of these entities by urologists are essential for proper management when differentiation from others more formidable lesions, including urethral diverticula, syphilitic cancer and cutaneous tuberculosis, becomes important.

Therapeutical restant should be the rule. Exeresis should only be indicated in the face of a hypothetical complication (infection, large volume,...) or because aesthetic reasons.

Key words: Cysts. Penis. Preputium

Introdução

Os quistos de inclusão penianos são lesões benignas pouco habituais que se podem localizar pela face ventral do pénis desde o sulco coronal até à margem do ânus e devem-se a defeitos de encerramento do

rafe médio durante o desenvolvimento embrionário^(1,2,3,4,5,6). No sexo masculino, ao finalizar a quarta semana de desenvolvimento embrionário a par da membrana cloacal aparecem o tubérculo e as pregas (cristas) cloacais, origem dos futuros genitais externos⁽⁷⁾. Posteriormente o chamado primórdio uretral



Fig. 1- volumoso quisto do rafe com evidentes sinais inflamatórios.

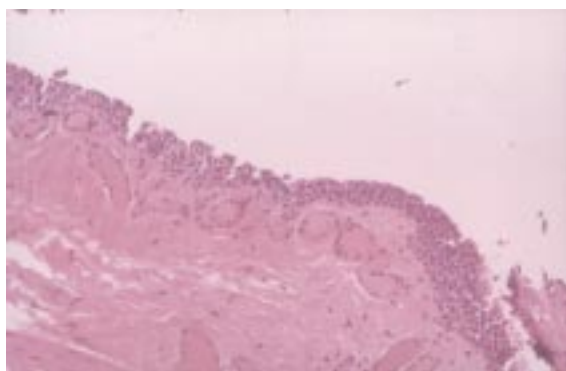


Fig. 2- Histologia- quisto revestido por epitélio transicional e cilíndrico estratificado.

introduz-se na sua base⁽⁸⁾. A dihidrotestosterona actuará sobre o tubérculo genital e formará o pénis e sulco urogenital. Os pilares posteriores do tubérculo tornam-se mais espessos unindo-se na linha média (rafe médio penoscrotal) para formar o escroto, e o sinus urogenital encerra formando a uretra que termina antes da glande peniana. Uma invaginação de pele que cobre a glande forma a uretra distal. Nesta altura desenvolve-se o prepúcio o qual está intimamente relacionado com o normal desenvolvimento da uretra^(7,8,9).

Alterações nesta dinâmica organogenética justificaria algumas “inclusões” de tecidos originando os chamados quistos de inclusão do rafe médio.

Ocasionalmente podem ser adquiridos por traumatismo ou após cirurgia devido a inclusão de fragmentos epidérmicos, sendo a intervenção da fimose a causa mais frequente^(2,4,11,12).

Geralmente apresentam-se como lesões esféricas de tamanho variado desde poucos milímetros até mais de sete centímetros^(11,13).

Podem ser lesões simples ou multiloculadas de conteúdo líquido^(11,14). O epitélio que reveste o interior destes quistos pode ser poli ou monoestratificado queratinizado^(1,12) ou não, epitélio escamoso⁽¹¹⁾, epitélio transicional⁽²⁾, epitélio cuboidal⁽¹³⁾,



Fig. 3- prepúcio com fimose evidente e quisto de 5x5mm.

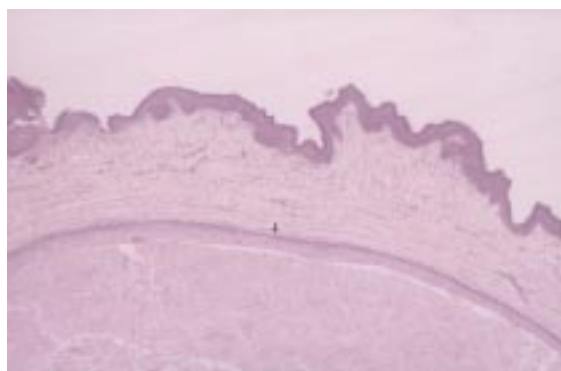


Fig. 4- Histologia- quisto revestido por epitélio pavimentoso estratificado (-).

glândulas mucosas e inclusivé células ciliadas⁽¹¹⁾. São assintomáticos em 75% dos casos, tendo como quadro clínico mais frequente a disúria, prurido perimeato, hesitação, jacto urinário irregular, incomodo, podendo mesmo interferir com as relações sexuais⁽¹¹⁾. Em certas ocasiões pode infectar e ulcerar, sendo geralmente a *Neisseria gonorrhoeae* e *Staphylococcus aureus* os agentes implicados⁽¹⁾. Em casos de sobreinfecção pode encontrar-se metaplasia escamosa no interior⁽¹⁰⁾.

Nestes casos sintomáticos o tratamento de eleição é a cirurgia com a excisão completa do quisto⁽¹⁰⁾. A simples marsupilização ou aspiração pode provocar a recidiva e resultados cosméticos pouco satisfatórios^(4,10).

Casos clínicos

Caso 1:

Homem de 64 anos de idade que apresenta uma tumoração nodular no prepúcio com vários anos de evolução, mas que actualmente pelo seu volume dificulta o acto sexual (Fig.1). O exame físico revela um nódulo fibroelástico com aproximadamente 30mm de diâmetro que cresce na dependência do freio, não doloroso e não aderente aos planos profundos.

O doente foi submetido a exereses do nódulo sob anestesia local. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de formação quística, revestida por epitélio transicional e cilíndrico estratificado (Fig.2).

Caso 2:

Jovem de nove anos de idade que apresenta fimose cerrada e uma tumoração séssil adjacente ao prepúcio desde a infância (Fig.3).

O exame físico revela além da fimose cerrada um nódulo fibroelástico com aproximadamente 5mm de diâmetro na dependência do prepúcio com características semelhantes ao anteriormente descrito.

O doente foi submetido a circuncisão sob anestesia geral. O exame anatomopatológico do nódulo confirmou tratar-se de formação quística revestida por epitélio pavimentoso estratificado (fig. 4).

Comentários

Os quistos do rafe médio geralmente cursam com uma evolução perfeitamente assintomática. A sua exereses cirúrgica é a única forma eficaz e definitiva de tratamento, estando indicado quando aumentam francamente de volume, infectam, são dolorosos, dificultam o acto sexual, ou por razões cosméticas. O diagnóstico diferencial far-se-à com lesões inflamatórias/infecciosas (cancro sífilítico, moluscos contagioso, tuberculose cutânea, vesículas herpéticas), tumorais (lipomas, esteatocitomas), outros quistos (sebáceos, epidermóides) e divertículos da uretra.

Bibliografia

1. J. Samuel Little, JR., Michael A. Keating and Richard C. Rink: Median raphe cysts of the genitalia. *J. Urol.*,1992; 148: 1872-1873.
2. Claudy AI, Dutoit M, Boucheron S: Epidermal and urethroid penile cyst. *Acta Derm Venereol (Stockh)*, 1991; 70: 61-62.
3. Paslin D: Urethroid cyst. *Arch Dermatol* 1983; 119: 89-90.
4. S. Kogan, Y. Arakaki, M. Matsuoka and c. Ohyama: Parametatal urethral cysts of the glans penis. *Br J Urol* 1990; 65: 101-103.
5. Altemus, A. R. and Hutchins, G. M.: Development of the human anterior urethra. *J. Urol.* 1991; 146: 1085
6. Cole L. A. and Helwig E. B.: Mucoïd cysts of the penile skin. *J. Urol.*1976; 115: 397
7. C. Pellice i Vilalta, J. Luelmo i Aguilar: Quistes del rafe medio (prepucio y perine). *Sucinta aportacion. Actas Urol Esp* 1997; 21: 803-805.
8. Rosales A, Vicent RJ: Cirugia endoscopica del cuello y uretra (II/I Embriologia). *Tratado de Endo-Urologia*. Dr J. Vicente. Ed Pulso,Barcelona 1996; 6: 424.
9. Stevens W. Siegel—Anatomy and Embryology. In: *Stewart's Operative Urology* 2º edition 1989: 454-78.
10. E. Peyri, J. Paga, X. Mira, M. Martinez, B. Sanmarti: Quistes parametatales del pene. *Actas Urol Esp* 1998; 22: 875-877.
11. V. Menendes Lopez, R. Funez, G. Osman, M. Lopez Almansa, E. Garcia: Quistes de rafe medio. *Actas Urol Esp* 1997; 21: 800-802.
12. Khanna S: Epidermoid cysts of the glans penis. *Eur Urol* 1991; 19: 176-177.
13. Lasana JA Jr: Epidermal cyst of median raphe. *Urology* 1976; 8: 401-402.
14. Ojea A, Nogueira JL., Fiaño C: Imagenes en Urologia (quiste inclusion epidermoide pene). *Actas Uro Esp* 1997; 21.