

Artigos Originais

Glanulectomia total no Cancro do Pénis – Controlo oncológico e qualidade de vida

Bruno Graça¹, Eduardo Carrasquinho¹, Pedro Bargão¹, Manuel Ferreira Coelho², Fernando Ribeiro³, A. Pepe Cardoso³

Serviço de Urologia – Hospital Fernando Fonseca – Amadora
Director: Dr. Carrasquinho Gomes

1. Interno de Urologia;
2. Assistente Hospitalar de Urologia;
3. Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

Correspondência: Bruno Graça – E-mail: Bruno2000@OniDuo.pt

Resumo

O carcinoma do pénis é uma neoplasia maligna pouco frequente, sendo muitas vezes diagnosticado com indicação para cirurgia conservadora. Apresentamos uma técnica cirúrgica conservadora que, não comprometendo o controlo oncológico, oferece maior qualidade de vida com preservação das funções miccional, sexual e estética. Apresentamos ainda um fluxograma terapêutico do cancro do pénis sem gânglios inguinais palpáveis, com as actuais indicações para linfadenectomia.

Palavras-chave: Cancro do pénis, Glanulectomia, Linfadenectomia inguinal

Abstract

Total Glansectomy – Oncologic control and Quality of life

Penile cancer is a rare malignancy with indication for conservative surgery in selected cases. We discuss a conservative surgery which does not compromise oncologic control and offer greater quality of life with miccional, sexual and cosmetic functions preserved. We also present a therapeutic fluxogram of penile cancer without palpable inguinal nodes, with lymphadenectomy considerations.

Keywords: Penile cancer, Glansectomy, Inguinal lymphadenectomy

Introdução

O carcinoma do pénis é uma neoplasia maligna pouco frequente, com uma incidência de 0,1-0,9/100.000 europeus podendo atingir 19/100.000 em algumas zonas da Ásia, África e

América do Sul. Localiza-se à glande em 48%, prepúcio em 21%, glande e prepúcio em 9%, sulco coronal em 6% e menos de 2% no corpo peniano.

A metastização é primordialmente efectuada através dos linfáticos regionais inguinais e posteriormente pélvicos, sendo as metástases à distân-



Fig. 1 – Lesão vegetante da glândula e sulco coronal



Fig. 2 – Dissecção pele e fascias penianas



Fig. 3 – Dissecção e isolamento do corpo esponjoso

cia raras. A observação de “bypass” de patamar metastático ganglionar é extremamente rara.

Nódulos inguinais palpáveis encontram-se em 58%, existindo adenopatias neoplásicas em 17-45%. Perto de 20% dos doentes sem adenopatias inguinais palpáveis apresentam micrometástases ganglionares.

A maioria dos doentes são idosos e a morte pelo tumor é devida geralmente a complicações locais (infecção e hemorragia).

O tratamento cirúrgico tende a ser cada vez mais conservador de modo a preservar a função sexual e a qualidade de vida, respeitando sempre o controlo oncológico.

Caso clínico

Doente com 61 anos, caucasiano, que recorre à consulta de urologia por lesão vegetante balânica, com crescimento insidioso nos últimos meses, sugestiva de neoplasia maligna. Ao exame objectivo apresentava óptimo estado geral sem adenopatias inguinais palpáveis. Referia manter actividade sexual satisfatória de modo esporádico. Efectuou-se biópsia incisional que revelou carcinoma pavimento-celular invasivo.

Foi submetido a glanulectomia com preservação dos corpos cavernosos associada a linfadenectomia inguinal modificada bilateral (fig.1-5). Realizou-se biópsia extemporânea da margem cirúrgica que estava negativa.

O exame histológico revelou carcinoma pavimento-celular não queratinizante com alterações celulares compatíveis com infecção viral a HPV, com 4 cm de maior eixo, invasão do corpo esponjoso da glândula, estando a margem cirúrgica e uretra sem evidência de tumor. Isolaram-se 11 gânglios à direita e 15 à esquerda sem tumor. O estadiamento foi pT2N0.

O doente fez um pós-operatório complicado de linforragia inguinal bilateral de cerca 15 dias, controlada com drenagem, membros elevados, meias de compressão elástica e heparina de baixo peso molecular. Sem outras intercorrências. Actualmente encontra-se no 6º mês de *follow up* sem evidência de recidiva local ou doença metastática. Iniciou injeção dos corpos cavernosos com alprostadil de modo a retomar a vida sexual activa conforme o seu desejo, visto não poder suportar economicamente inibidores da 5-fosfodiesterase (fig. 6-7).



Fig. 4 – Dissecção da glândula e glanulectomia total

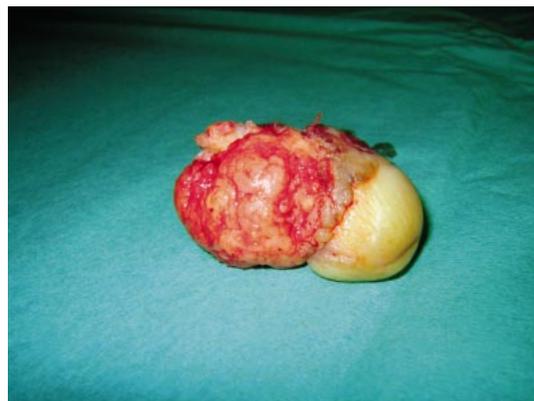


Fig. 6 – Aspecto final da peça operatória



Fig. 5 – Preservação dos corpos cavernosos com biópsia extemporânea negativa



Fig. 7 – Aspecto final cirurgia após linfadenectomia inguinal modificada bilateral

Discussão

Para o doente que garante adesão regular no “*follow up*”, uma estratégia cirúrgica conservadora é altamente recomendada para pTa-1 G1-2 (laser, excisão local com reconstrução, radioterapia, braquiterapia ou glanulectomia). É essencial enfatizar a enorme importância da margem cirúrgica livre de modo a reduzir a recidiva local para 9-24%.

Para tumores muito indiferenciados ou com invasão do corpo esponjoso, pT1 G3 e pT=2, a cirurgia conservadora do pénis é uma estratégia alternativa à penectomia parcial ou total em doentes muito bem selecionados (apresentem grande motivação para a aderência ao “*follow up*” e com tumores de dimensões inferiores a metade da glândula preferencialmente). O caso discutido enquadra-se nessa selecção tendo sido realizado uma glanulectomia com margens cirúrgicas livres preservando-se os corpos cavernosos e desse modo optimizar a recuperação quer psicológica quer sexual do doente. Numa revisão realizada este ano

com 51 doentes, verificou-se que a tradicional margem cirúrgica de 2cm é desnecessária no controlo oncológico local do carcinoma pavimentocelular, oferecendo uma margem cirúrgica de poucos milímetros excelente controlo oncológico^{2,3,4}.

Segundo os actuais “*guidelines*” da Associação Europeia de Urologia (AEU) não existe indicação



Fig. 8 – Aspecto estético ao final do 6º mês de follow-up



Fig. 9 – Ereção artificial com alprostadil

para exames de imagem de estadiamento nos casos em que não existem adenopatias inguinais palpáveis. Nesses doentes que fizeram linfadenectomia

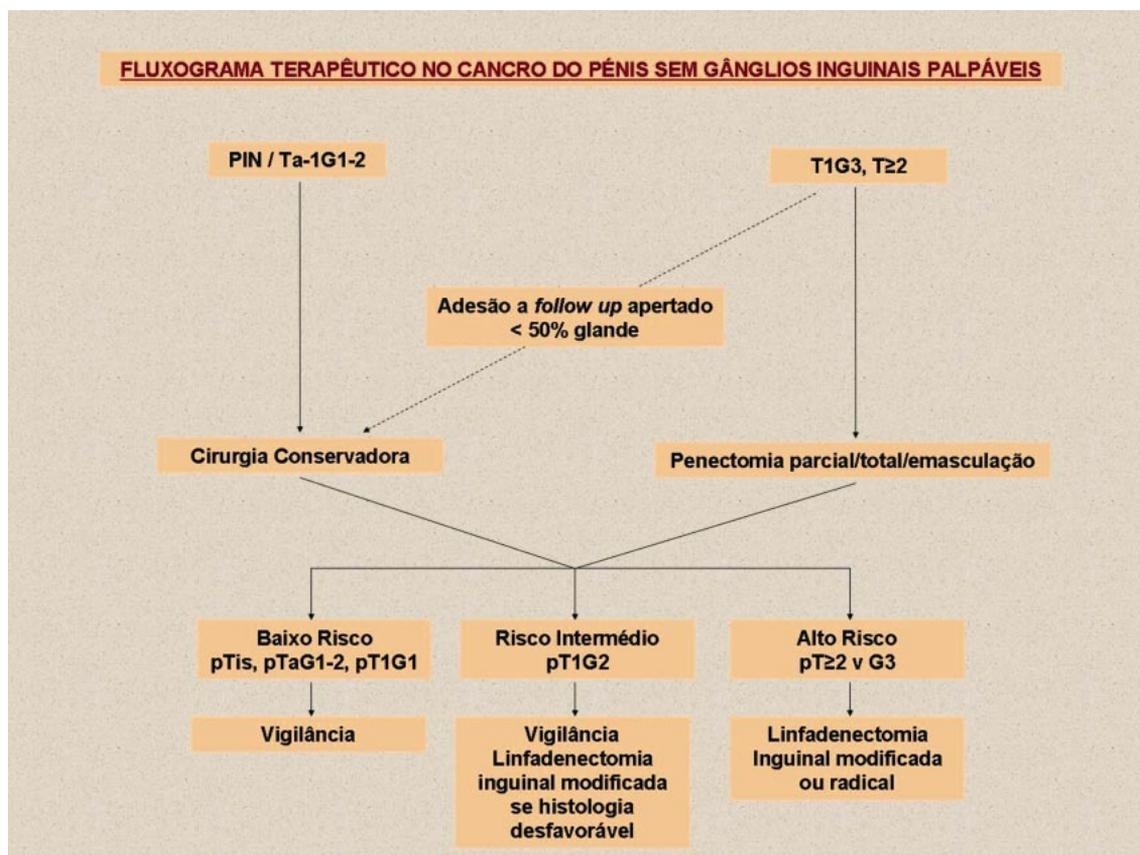


Fig. 10 – Sem evidência de recidiva local ao 6º mês de follow-up

segundo os critérios de AEU cerca de 13% apresentavam metastização ganglionar, beneficiando do procedimento³.

Para aumentar a precisão da indicação para linfadenectomia, evitando a morbilidade inerente em muitos doentes, existem grupos de risco estabelecidos para estadiamento ganglionar regional.

A linfadenectomia em doentes sem alterações no exame objectivo não tem indicação no grupo de baixo risco – pTis, pTaG1-2 e pT1G1. Pode utilizar-



Quadro 1 – Fluxograma terapêutico no cancro do pênis sem gânglios inguinais palpáveis

-se a biópsia dinâmica do gânglio sentinela com especificidade de cerca 100% e sensibilidade de 80% no grupo de risco intermédio – pT1G2 nos centros onde esteja disponível de modo a realizar-se seguidamente linfadenectomia ou, se não estiver disponível, utilizar factores de pior prognóstico (padrão crescimento infiltrativo, permeação vascular ou linfática) como indicadores para linfadenectomia inguinal modificada que se poderá estender a radical^{5,6}.

Na presença de um tumor pT2 ou G3 (grupo de alto risco), a linfadenectomia inguinal radical ou modificada é recomendada pois a incidência de metástases ocultas é de cerca de 70% (Quadro 1). Existem actualmente vários nomogramas preditivos para a existência de metástases ganglionares que podem ser consultados^{7,8}.

Nos doentes submetidos a cirurgia conservadora do pénis o “*follow up*” recomendado é bimensal por dois anos, trimestral no ano seguinte e semestral nos dois últimos anos, sempre com exame objectivo, completando cinco anos. Se tiver sido realizada linfadenectomia, pN0, como no caso apresentado, o “*follow up*” recomendado é quadrimestral por dois anos e semestral no ano seguinte completando três anos¹.

Conclusão

A cirurgia conservadora do cancro do pénis não compromete o controlo oncológico, preservando a função sexual e miccional na maioria dos doentes, obtendo-se um resultado estético satisfa-

tório e uma alta taxa de satisfação no doente. A cirurgia conservadora deve ser considerada, nos casos seleccionados, uma alternativa à penectomia parcial tradicional.

Bibliografia

1. Solsona E. et al, EAU Guidelines on Penile Cancer 2006 (2004 update)
2. Conservative surgery for penile cancer: subtotal glans excision without grafting. *BJU Int.* 2005 Oct; 96 (6): 911-2.
3. Minhas S et al. What surgical resection margins are required to achieve oncological control in men with primary penile cancer? *BJU Int.* 2005 Nov; 96 (7): 1040-3
4. MDougal et al. Conservative surgery for penile cancer: what surgical excision margins are needed to achieve oncologic control? *Nat Clin Pract Urol.* 2006 Mar; 3 (3): 132-3
5. Taussky D et al. Treatment of the inguinal regions in penile cancer: a review of the literature and treatment proposal. *Can J Urol.* 2006 Feb; 13 (1): 2978-83.
6. Perdona S et al. Role of dynamic sentinel node biopsy in penile cancer: our experience. *J Surg Oncol.* 2006 Mar 1; 93 (3): 181-5
7. Ficarra V et al; G.U.O.N.E. Penile Cancer Project Members. Nomogram predictive of pathological inguinal lymph node involvement in patients with squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol.* 2006 May; 175 (5): 1700-4.
8. Kattan MW et al; GUONE Penile Cancer Project Members. Nomogram predictive of cancer specific survival in patients undergoing partial or total amputation for squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol.* 2006 Jun; 175 (6): 2103-8