

Relato de caso

Autores:

Rachel de Avila Coelho¹
 Juliana Cristina Silva Fraga¹
 Pedro Romanelli de Castro²
 Marco Aurelio Lima de Sousa
 Figueiredo³

¹ Departamento de Dermatologia,
 Hospital da Polícia Militar de Minas
 Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

² Departamento de Urologia,
 Hospital da Polícia Militar de Minas
 Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

³ Departamento de Anatomia
 Patológica do Hospital da Polícia
 Militar de Minas Gerais, Belo
 Horizonte (MG), Brasil.

Correspondência:

Rachel de Avila Coelho
 R. Pacífico Mascarenhas, s/n
 Santa Efigênia
 30110-013 Belo Horizonte (MG)
 E-mail: rachelavilacoelho@yahoo.
 com.br

Data de recebimento: 14/09/2019

Data de aprovação: 11/08/2020

Trabalho realizado no Hospital da
 Polícia Militar de Minas Gerais, Belo
 Horizonte (MG), Brasil.

Suporte Financeiro: Nenhum.

Conflito de Interesses: Nenhum.

Agradecimentos:

À equipe de Dermatologia, Urologia
 e Anatomia Patológica do Hospital
 da Polícia Militar.



A cirurgia micrográfica de Mohs no tratamento do câncer de pênis

Mohs micrographic surgery in the treatment of penile cancer

DOI: <https://www.dx.doi.org/10.5935/scd1984-8773.20201241314>

RESUMO

O câncer de pênis é um tumor raro, mas que apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. No Brasil, a incidência é de 5,7 casos/100.000 homens/ano, representa 2% de todos os tipos de câncer que acometem homens no país e, em 2015, culminou em 402 mortes. O tratamento tradicional é a penectomia total com uretostomia perineal e consequente perda da manutenção das funções sexuais e urinárias normais. Para a preservação da função peniana, a cirurgia poupadora de órgão é preferida quando possível e a cirurgia micrográfica de Mohs configura-se em uma importante alternativa cirúrgica.

Palavras-chave: Carcinoma de Células Escamosas; Cirurgia de Mohs; Neoplasias Penianas

ABSTRACT

Penile cancer is a rare tumor that has a significant impact on patients' quality of life. In Brazil, the incidence is 5.7 cases/100,000 men/year, representing 2% of all types of cancer affecting men in the country and, in 2015, it culminated in 402 deaths. The traditional treatment is total penectomy with perineal urethrostomy and the consequent loss of normal sexual and urinary functions. For the preservation of penile function, organ-sparing surgery is preferred when possible, and Mohs micrographic surgery is an essential surgical alternative.

Keywords: Carcinoma, Squamous Cell; Mohs Surgery; Penile Neoplasms

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis (Ca de pênis) é um tumor raro em todo o mundo, mas que apresenta grande impacto na qualidade de vida dos pacientes. De acordo com um estudo colombiano de revisão sistemática e meta-análise realizado em 2017, a incidência do Ca de pênis em todo o mundo é de 0,84 caso a cada 100.000 homens/ano, sendo a maior taxa de incidência encontrada na Romênia: 7,6 casos/100.000 homens/ano. O Brasil aproxima-se da marca superior, apresentando uma incidência de 5,7 casos/100.000 homens/ano.¹ Dados do Instituto Nacional de Câncer que acometem homens no país e que, em 2015, culminou em 402 mortes.² Os locais de acometimento mais comuns em ordem decrescente são: a glândula, o prepúcio e a haste peniana.³ O tratamento tradicional é a amputação parcial ou total do pênis associada reconstrução uretral com consequente perda da capacidade de

manutenção de relações sexuais e funções urinárias normais.³ Em uma pesquisa realizada por Opjordsmoen *et al*, homens com câncer de pênis escolheriam o tratamento com menor sobrevida a longo prazo para aumentar a chance de serem sexualmente potentes.⁴ Portanto, no intuito de se preservar a função peniana, hoje a cirurgia poupadora de órgão é preferida quando há essa possibilidade.

Apresentamos um caso de um paciente de 46 anos, com quadro de carcinoma espinocelular moderadamente diferenciado em glândula, em que se optou pela cirurgia com controle de margens por corte e congelação intraoperatório no intuito de preservação do membro.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 46 anos, fototipo III, compareceu ao Ambulatório de Dermatologia encaminhado pela equipe de Urologia para avaliação de placa de consistência endurecida, ulcerada, na glândula, há um ano. Apresentava histórico de carcinoma espinocelular (CEC) invasor moderadamente diferenciado na glândula há 10 anos, abordado com penectomia parcial e esvaziamento inguinal e pélvico por videolaparoscopia, com um linfonodo positivo. Negava comportamento sexual de risco. Após penectomia parcial, o paciente casou-se e teve três filhos. Ao exame físico, apresentava máculas hipocrômicas na glândula peniana e placa eritemato-hipocrômica endurecida com ulceração central na face ventral da glândula (Figura 1). Foi feita a biópsia das lesões que evidenciou CEC moderadamente diferenciado com padrão de crescimento infiltrativo, sem invasão angiolinfática identificada e neoplasia intraepitelial peniana. A tomografia computadorizada de abdome e pelve não apresentou evidências de metástases linfonodais. Diante dos achados de nova lesão maligna restrita glândula e estadiada como T1aN0M0 com limites clínicos imprecisos e no intuito de preservação da função sexual, optou-se pela cirurgia micrográfica de Mohs (CMM) em abordagem conjunta com a equipe da Urologia. Realizamos a marcação dos limites clínicos da lesão (Figura 2), antisepsia, colocação de campos e anestesia local com solução de Klein. Foi feita a excisão do tumor visível com bisturi angulado a 90°, estágio conhecido como *debulking* (Figuras 3 e 4). Em seguida, realizou-se a ampliação do defeito cirúrgico em 2mm, profunda e perifericamente, com ressecção de parte da mucosa uretral distal, configurando-se o primeiro estágio da CMM (Figura 5). Nesse estágio, antes da completa retirada do fragmento, foram realizadas marcações transversais à linha de incisão (*Nicks*), que serviram como referência no tecido perilesional para mapeamento correto de possíveis margens a serem ampliadas. A peça excisada foi dividida em quatro fragmentos que foram posicionados em gaze com orientação padronizada, corados e denominados A1, A2, A3 e A4, para confecção da lâmina por congelação e mapa topográfico (Figuras 5 e 6). Após análise histopatológica, verificaram-se margens livres de tumor e focos de neoplasia intraepitelial peniana atingindo as bordas dos fragmentos A3 e A4 (Figuras 6 e 7). Realizou-se fechamento primário (Figura 8) após definição de tratamento clínico das outras lesões identificadas ao exame anatomopatológico em momento posterior.



FIGURA 1: Placa eritemato-hipocrômica de limites imprecisos, com ulceração ao centro, em face ventral de glândula, à esquerda



FIGURA 2: Imagem evidenciando a marcação dos limites clínicos da lesão tumoral

DISCUSSÃO

O Ca de pênis acomete preferencialmente homens na sexta e sétima de vida, podendo acometer também homens mais jovens. O potencial mutilante das abordagens cirúrgicas terapêuticas afeta de maneira permanente e significativa a qualidade de vida desses pacientes. Estudos recentes ressaltam que as características histopatológicas desses tumores e a ausência de acometimento linfonodal⁵

A variante histológica mais comum é o carcinoma de células escamosas, que corresponde a mais de 95% dos casos.³

A preservação do órgão pode ser conseguida por meio de terapias não cirúrgicas como: radioterapia externa, braquiterapia e imunomoduladores⁶ Todos os pacientes devem ser circuncidados antes de se considerar um tratamento não cirúrgico conservador.³ penectomia parcial.⁷ Os imunomoduladores, como o imiquimode 5% ou o 5-fluorouracil, são



FIGURA 3: Debulking



Figura 5: Primeiro estágio da cirurgia micrográfica de Mohs, evidenciando ampliação de margens profundas e periféricas



FIGURA 4: Amostra tumoral

eficazes para carcinomas *in situ*, apresentam taxas de cura modestas (63%), requerem aplicação diária por seis-oito semanas e podem dificultar a identificação da doença recidivante.⁸ As cirurgias de preservação do órgão genital têm o objetivo de excisar completamente o tumor primário e fazer a reconstrução local, caso seja necessário, de modo a preservar as funções reprodutivas e urinárias do paciente.⁹ Ta/T1, alguns tumores T2 bem ou moderadamente diferenciados e casos selecionados de estdio T3.^{10,11} Sua principal desvantagem é a maior taxa de recorrência local, o que exige acompanhamento trimestral nos primeiros dois anos, semestral do terceiro ao quinto ano e anual até o décimo ano pós-operatório.³ Dentre as opções cirúrgicas temos a lasercirurgia, a cirurgia micrográfica de Mohs, a circuncisão, a excisão ampla local, “*glans resurfacing*”, glandectomia, penectomia parcial, penectomia total com preservação da uretra.

A cirurgia micrográfica de Mohs utiliza a avaliação microscópica intraoperatória para garantir a completa excisão tumoral, com máxima preservação do tecido normal perilesional. Apresenta excelentes taxas de cura para os carcinomas espinocelulares de outras localizações, mas a literatura apresenta taxas de recorrência de 26–32% quando localizados no pênis.^{12,13,14} Entre-

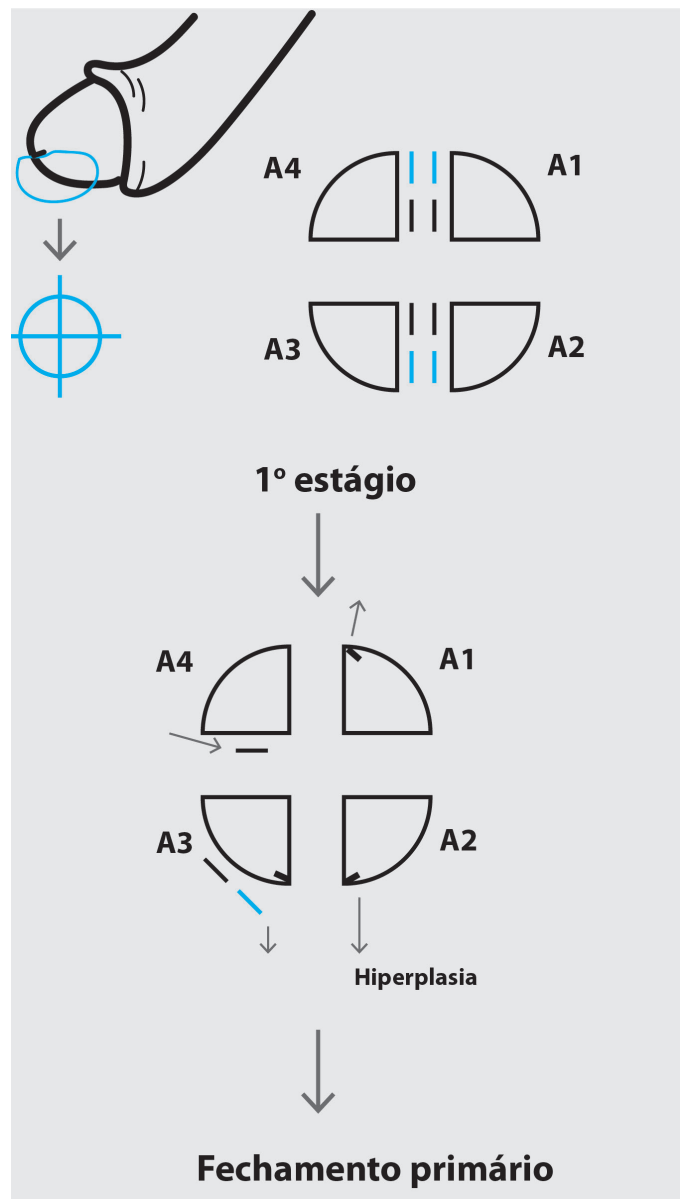


FIGURA 6: Mapa topográfico da cirurgia micrográfica de Mohs

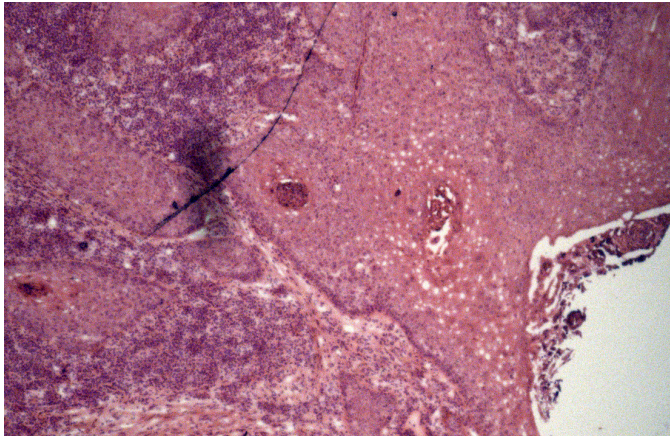


FIGURA 7: Foto de lâmina por corte e congelação: proliferação de células escamosas atípicas, com formação de linguetas que se projetam e infiltram a derme, coexistindo hiperqueratose, disceratose e atividade inflamatória crônica liquenoide



FIGURA 8: Fechamento primário de defeito cirúrgico

tanto, um estudo que reflete a experiência de 30 anos de um serviço de tratamento do Ca de pênis com CMM mostra que, com a manutenção rigorosa da vigilância oncológica e consequentes reabordagens quando se fizer necessário, as taxas de sobrevivência geral são excelentes e as taxas de progressão são baixas.¹⁵ O mesmo estudo considera que a cirurgia micrográfica de Mohs, sim, que ela deve ser utilizada como estratégia de tratamento para tumores com envolvimento uretral, poupando os pacientes das penectomias totais ou parciais.¹⁵ A taxa de recorrência

encontrada nesse estudo foi de 11,1% e a reabordagem desses pacientes com nova cirurgia micrográfica de Mohs apresentou taxa final de cura de 100%, tanto nos casos de CEC *in situ* (média de acompanhamento de 72,5 meses) quanto de CEC invasor (média de acompanhamento de 77 meses).

Diante do grande impacto psicossocial do tratamento agressivo dos às boas taxas de sobrevida geral, acreditamos que a melhor abordagem é aquela que permite a manutenção da qualidade de vida a despeito da necessidade de acompanhamentos mais frequentes e prolongados. ●

REFERÊNCIAS

1. Montes Cardona CE, García-Perdomo HA. Incidence of penile cancer worldwide: systematic review and meta-analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e117.
2. Instituto Nacional do Câncer [homepage]. Câncer de Pênis [accessed 20 de outubro de 2019]. Available from: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-penis>.
3. Hakenberg OW, Comperat EM, Minhas, S. EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol*. 2015;67(1):142-50.
4. Opjordsmoen S, Fossa, SD. Quality of life in patients treated for penile cancer. A follow-up study. *Br J Urol*. 1994;74(5):652-7.
5. Ficarra V, Akduman B, Bouchot, O. Prognostic factors in penile cancer. *Urology* 2010;76(2 Suppl 1):S66-73.
6. Kamel MH, Bissada N, Warford R, Farias J, Davis R. Organ Sparing Surgery in Penile Cancer: a Systematic Review, *J Urol*. 2017;198(4):770-9.
7. Zouhair A, Coucke PA, Jeanneret W. Radiation therapy alone or combined surgery and radiation therapy in squamous-cell carcinoma of the penis? *Eur J Cancer* 2001;37(2):198-203.
8. Deen K, Burdon-Jones D. Imiquimod in the treatment of penile intraepithelial neoplasia: an update. *Australas J Dermatol*, 2017;58(2):86-92.
9. Philippou, P., Shabbir, M., Malone, P. Conservative surgery for squamous cell carcinoma of the penis: resection margins and long-term oncological control. *J Urol* 2012;188(3):803-8.
10. Pompeo AC, Zequi Sde C, Pompeo AS. Penile cancer: organ-sparing surgery. *Curr Opin Urol* 2015;25(2):121-8.
11. Horenblas S, van Tinteren H, Delemarre JF. Squamous cell carcinoma of the penis. II. Treatment of the primary tumor. *J Urol* 1992;147(6):1533-8.
12. Brown MD, Zachary CB, Grekin RC, Swanson NA. Penile tumors: their management by Mohs micrographic surgery. *J Dermatol Surg Oncol*. 1987;13(11):1163-7.
13. Mohs FE, Snow SN, Larson PO. Mohs micrographic surgery for penile tumors. *Urol Clin North Am* 1992;19(2):291-304.
14. Shindel AW, Mann MW, Lev RY, Sengemann R. Mohs micrographic surgery for penile cancer: management and long-term followup. *J Urol* 2007;178(5):1980-5.
15. Machan M, Brodland D, Zitelli J. Penile Squamous Cell Carcinoma: Penis-Preserving Treatment With Mohs Micrographic Surgery. *Dermatol Surg* 2016;42(8):936-44.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES:

Juliana Cristina Silva Fraga |  ORCID 0000-0002-1593-8742

Aprovação da versão final do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Pedro Romanelli de Castro |  ORCID 0000-0003-3717-9748

Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.

Marco Aurelio Lima de Sousa Figueiredo |  ORCID 0000-0002-1037-1433

Contribuição no artigo: Participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados.