

Laser fracionado de CO₂ para o tratamento de carcinoma espinocelular in situ da glândula em paciente com hipospádia

The use of fractional CO₂ laser therapy for the treatment of an in situ squamous cell carcinoma in the glans penis of a patient with hypospadias

RESUMO

A eritroplasia de Queyrat é o carcinoma in situ da glândula. Devido a sua localização peculiar, o tratamento cirúrgico pode ser mutilante. A vaporização com laser de CO₂ é uma opção de tratamento com ótimos resultados cosméticos e funcionais, mas que exige acompanhamento regular devido à alta taxa de recorrência. Apresentamos um caso de eritroplasia de Queyrat tratada com laser fracionado de CO₂, sem recidiva após acompanhamento de um ano.

Palavras-chave: carcinoma de células escamosas; carcinoma in situ; coagulação por laser; doenças do pênis; lasers; lasers de gás; pênis; prepúcio do pênis

ABSTRACT

Erythroplasia of Queyrat is an in situ squamous cell carcinoma of the glans penis. Due to its unusual location, surgical treatment can cause mutilation. CO₂ laser-assisted vaporization is a treatment option with excellent aesthetic and functional results, but it requires strict follow up owing to its high recurrence rates. The authors describe a case of erythroplasia of Queyrat treated with fractional CO₂ laser, with an absence of recurrence during a one-year follow up

Keywords: carcinoma, squamous cell; carcinoma in situ; foreskin; laser coagulation; lasers; lasers; gas; penis; penile neoplasms

INTRODUÇÃO

O tratamento tradicional do carcinoma espinocelular do pênis é a ressecção com margem de 2cm.¹ Esse procedimento, entretanto, é considerado mutilante, e tratamentos conservadores são aceitos em lesões *in situ*.² São referidos na literatura tratamentos com imiquimod, 5-fluoracil e laser.²

O laser de CO₂ é absorvido pela água e produz a vaporização cutânea em profundidade previsível e independente da cor do tecido.³ Relatamos caso de paciente com eritroplasia de Queyrat tratado com laser fracionado de CO₂.

RELATO DO CASO

Homem de 80 anos com hipospádia queixava-se de lesão avermelhada, na região periuretral, com crescimento progressivo há um ano. Ao exame observava-se placa eritematosa nas porções ventrais da glândula e do prepúcio (Figura 1). Foram realizadas biópsias de quatro fragmentos, um em cada quadrante da lesão, além de exérese de sua parte mais elevada. O exame anatomopatológico evidenciou carcinoma espinocelular (CEC) *in situ*: eritroplasia de Queyrat (Figura 2). O paciente recusou submeter-se à excisão da

Relato de Caso

Autores:

Daniel Holanda Barroso¹
Clárrissa Marques Maranhão¹
Araken Almeida de Araújo²
Eliane Ruth Barbosa Alencar³
Emmanuel Rodrigues de França⁴
Silvana Maria de Moraes Cavalcanti²

- ¹ Residente em dermatologia da Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.
- ² Professor adjunto da Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.
- ³ Preceptor de dermatopatologia da Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.
- ⁴ Professor adjunto e chefe do Serviço de Dermatologia da Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Correspondência para:

Daniel Holanda Barroso
Rua Arnóbio Marques, 310, Santo Amaro
50100-130 - Recife – PE - Brasil
Email: danielhbarroso@gmail.com

Data de recebimento: 25/01/2015
Data de aprovação: 11/03/2015

Trabalho realizado na Universidade de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Suporte financeiro: Nenhum

Conflito de interesse: Nenhum

lesão, optando-se, então, pelo tratamento com laser fracionado de CO₂ (eCO₂[®], Lutronic, Sowon-Ro, Coreia do Sul). O procedimento foi realizado com aplicações mensais sob anestesia tópica com creme de lidocaína 4% (Dermomax[®], Laboratório Aché, São Paulo, Brasil). Durante cada procedimento era feita a coagulação de toda a área esponjosa com margem de 5mm. Os parâmetros utilizados foram ponteira de 300µm, densidade de 100mtz/cm² e fluência de 60 a 80J/cm². Foram realizadas cinco sessões (Figuras 3 e 4). Não houve intercorrências entre as sessões. O paciente permanece há um ano sem recidiva e será acompanhado até cinco anos após o tratamento.



FIGURA 1: Placa eritematosa discretamente elevada nas regiões ventrais de glândula e de prepúcio

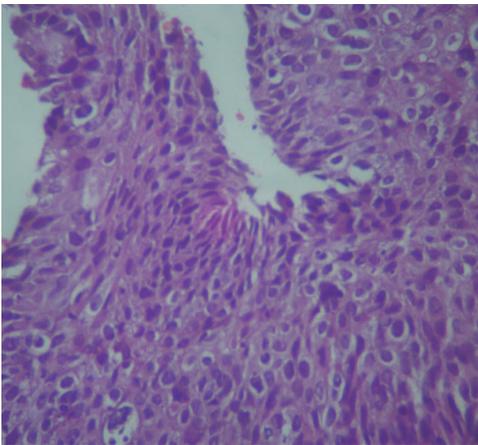


FIGURA 2: Exame histopatológico mostrou ceratinócitos atípicos em toda a extensão do epitélio, CEC *in situ*



FIGURA 3: Tratamento com laser fracionado de CO₂



FIGURA 4: Remissão clínica persistente oito meses após última sessão de tratamento

DISCUSSÃO

A eritroplasia de Queyrat (EQ) é um CEC *in situ* que se desenvolve na glândula ou prepúcio.⁴ Sua extensão para a uretra distal, onde o epitélio uretral pseudoestratificado passa a ser estratificado escamoso, já foi descrita.⁵ Usualmente a EQ apresenta-se como placa única, ou múltiplas placas levemente elevadas e eritematosas na glândula e no prepúcio interno.⁴ Quando comparada ao CEC *in situ* da epiderme, a EQ tem alta taxa de progressão para neoplasia invasiva (10-33%).^{4,6}

O tratamento convencional do carcinoma peniano envolve amputação total ou parcial com bom controle oncológico da lesão,⁷ porém alterações cosméticas e funcionais podem afetar a função psicosssexual de maneira importante. Em lesões *in situ* a terapia conservadora é uma opção,² mas apresenta maior taxa de recidiva quando comparada ao tratamento cirúrgico descrito, embora a sobrevida seja pouco afetada.⁷

A cirurgia micrográfica de Mohs é uma opção conservadora de tratamento, mas tem taxa de recorrência relativamente alta (21%) quando comparada à penectomia parcial (0-7%).⁸ Devido à extensão da lesão, mesmo realizando a cirurgia micrográfica de Mohs, a perda tecidual seria grande e inaceitável pelo paciente.

Das alternativas tópicas, o 5-Fluoruracil é o mais estudado,^{4,2} ainda que cause grande desconforto e processo inflamatório local durante os vários ciclos de tratamento.⁴ Na existência de acometimento da uretra, no entanto, esse tratamento não é recomendado por alguns autores,⁴ já que a aplicação em toda a extensão da lesão intrauretral pode não ser garantida.⁹

De acordo com a última diretriz norte-americana,² a terapia com laser de CO₂ ou de ND:YAG está entre as opções para CEC *in situ* peniano, e alguns consideram essa a primeira escolha devido aos resultados estéticos e funcionais favoráveis.¹ Por outro lado, as taxas de recidiva local são altas, chegando a 26%;¹ portanto, os pacientes devem ser seguidos com maior frequência do que os submetidos à amputação – a cada três meses nos primeiros dois anos e a cada seis meses até cinco anos após tratamento.⁶ As recidivas podem ser tratadas com igual procedimento.¹

O laser de ND:YAG produz coagulação tecidual de pelo menos três a 4mm¹ de profundidade, sendo muito útil em casos de tumores histologicamente agressivos ou invasivos;¹⁰ por outro lado, tende a ocasionar cicatrizes inestéticas.¹ Já o laser de CO₂ é absorvido pela água, tendo efeito de vaporização superficial com profundidade previsível, entre 0,1mm e 0,23mm,³ sendo o melhor laser para tratamento de lesões não invasivas.¹ Seu uso foi relatado no acometimento da uretra proximal, com bons

resultados.⁵ Nesses casos, a possibilidade de estenose⁵ e recidiva intrauretral da lesão requer acompanhamento multidisciplinar com a urologia.

Outra peculiaridade do caso é a associação com hipospádia. Após busca na base de dados PUBMED com as palavras *Queyrat*, *hypospádia*, *carcinoma* e *penis* foi encontrado apenas um relato de caso da associação entre hipospádia e carcinoma espinocelular de pênis. ●

REFERÊNCIAS

1. van Bezooijen BP, Horenblas S, Meinhardt W, Newling DW. Laser therapy for carcinoma in situ of the penis. *J Urol*. 2001;166(5):1670-1.
2. Clark PE, Spiess PE, Agarwal N, Biagioli MC, Eisenberger MA, Greenberg RE, et al. Penile cancer: Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2013;11(5):594-615.
3. Shokrollahi K, Raymond E, Murison MSC. Lasers: principles and surgical applications. *The Journal of Surgery*. 2004;2(1):28-34.
4. Graham JH, Helwig EB. Erythroplasia of Queyrat. A clinicopathologic and histochemical study. *Cancer*. 1973;32(6):1396-414.
5. Del Losada JP, Ferré A, San Román B, Vieira V, Fonseca E. Erythroplasia of Queyrat with urethral involvement: treatment with carbon dioxide laser vaporization. *Dermatol Surg*. 2005;31(11 Pt 1):1454-7.
6. Mikhail GR. Cancers, precancers, and pseudocancers on the male genitalia. A review of clinical appearances, histopathology, and management. *J Dermatol Surg Oncol*. 1980;6(12):1027-35.
7. Leijte JA, Kirrander P, Antonini N, Windahl T, Horenblas S. Recurrence patterns of squamous cell carcinoma of the penis: recommendations for follow-up based on a two-centre analysis of 700 patients. *Eur Urol*. 2008;54(1):161-8.
8. Shindel AW, Mann MW, Lev RY, Sengelmann R, Petersen J, Hruza GJ, et al. Mohs micrographic surgery for penile cancer: management and long-term followup. *J Urol*. 2007;178(5):1980-5.
9. Bernstein G, Forgaard DM, Miller JE. Carcinoma in situ of the glans penis and distal urethra. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986;12(5):450-5.
10. Frimberger D, Hungerhuber E, Zaak D, Waidelich R, Hofstetter A, Schneede P. Penile carcinoma. Is Nd:YAG laser therapy radical enough? *J Urol*. 2002;168(6):2418-21.