

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E HISTOPATOLÓGICO DO CÂNCER DE PÊNIS: A IMPORTÂNCIA DA BIÓPSIA PELO CIRURGIÃO GERAL

CLINICAL AND HISTOLOGICAL DIAGNOSIS OF PENIS CANCER: THE IMPORTANCE OF BIOPSY BY THE SURGEON

DENISE STRASSBURGER NUNES*, FRANCINE JANAÍNA SANTOS MAGALHÃES*, MAX VIVAS DE CASTRO*, CLÁUDIO HENRIQUE BRÓLIO**, VÂNIA DA FONSECA AMARAL***, CIRÊNIO DE ALMEIDA BARBOSA****, ALCINO LÁZARO DA SILVA*****

RESUMO

O câncer de pênis é uma afecção que ainda possui alta incidência, principalmente nos países em desenvolvimento. A maior parte dos pacientes que procuram o cirurgião geral ou os serviços de urgência é triada inadequadamente. Com base nessas observações, este artigo pretende sugerir uma sistematização de atendimento e fornecer fundamentação teórica, sob revisão de literatura. Acredita-se que, com o conhecimento e prática adequados, o cirurgião ou qualquer profissional de urgência serão capazes de diagnosticar essa neoplasia, utilizando o exame clínico e executando a biópsia na primeira consulta, e assim poderão encaminhar o paciente à terapêutica no momento mais oportuno.

Palavras-chave: Câncer de pênis, biópsia

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas é a lesão maligna mais comum do pênis. Uma parcela dos pacientes com essa afecção procura os ambulatórios de urgências, os serviços de pequenos procedimentos cirúrgicos ou mesmo os ambulatórios de consulta eletiva em busca de tratamento ou orientações antes de direcionar-se para serviços especializados. Como consequência, esses casos são triados de forma inadequada, com retardo no diagnóstico ou encaminhamento muito precoce ao especialista, sem o diagnóstico histopatológico definitivo, com prejuízo para o paciente e consequente sobrecarga ao Sistema de Saúde.

Diante desse problema, agravado pela escassez de textos específicos voltados especialmente à orientação do cirurgião geral e dos médicos de urgência, este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de fornecer fundamentação teórica, em forma de revisão de literatura e, com isso, sugerir uma sistematização de atendimento desses pacientes.

DESENVOLVIMENTO

A incidência de câncer de pênis varia de forma marcante com os hábitos de higiene e com as práticas cultu-

rais e religiosas dos diferentes países. Constitui menos de 1% de todas as afecções malignas na população masculina dos EUA, porém, nos países em desenvolvimento, pode representar de 10% a 20% das neoplasias que incidem no homem.¹ A faixa etária acometida é muito variável e a maior incidência se concentra nos 6º e 7º decênios de vida.

A ocorrência dessa neoplasia tem sido atribuída aos efeitos crônicos irritativos do esmegma, principalmente na população não circuncisada. Outro fator de relevância são as infecções virais, representadas pelo HPV, sendo os subtipos 16,18 e 31 os mais associados à neoplasia maligna.^{1,2,3,4}

O tempo transcorrido entre o início dos sinais e sintomas e a procura pelo profissional de saúde é postergado, tendo causas multifatoriais como as questões socio-culturais, desinteresse, vergonha, culpa, medo ou mesmo desconhecimento da gravidade da doença pelo próprio paciente.

Na maioria dos casos, a clínica da lesão peniana chama a atenção quanto à possibilidade de carcinoma. As formas de apresentação variam desde área endurecida ou eritematosa, representada por pequeno nódulo, ou crescimento verrucoso, até lesão exoftítica mais exuberante. Pode manifestar-se também como ferida superficial que não cicatriza ou úlcera profunda com bordas elevadas. Na anamnese da dor, a intensidade referida pelo paciente nem sempre é proporcional ao acometimento local.

* Acadêmico do Curso de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

** Médico Residente da Clínica Urológica do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte

*** Professora Assistente de Patologia Geral do Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Minas Gerais

**** Mestre e Doutor em Cirurgia, UFMG Professor Assistente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

***** Professor Titular do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da UFMG

Endereço para correspondência:

Cirênio de Almeida Barbosa
Rua Mica – 31 / apr°302 – São Lucas
30240-330 – Belo Horizonte MG.
(31) 3225-0035
E-mail: cirenio@zipmail.com.br

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e pela Fundação de Pesquisa e Ensino em Cirurgia

A lesão é freqüentemente encontrada na glândula, no sulco balanoprepucial ou no prepúcio. Pode ocorrer infecção secundária e conseqüente produção de secreção com odor fétido. Nos casos em que se tem dificuldade de identificar a lesão primária, por permanecer oculta pelo prepúcio, a forma de apresentação clínica pode ser a de uma tumoração ou mesmo uma úlcera, com necrose, supuração ou hemorragia, na região inguinal decorrente de metástase linfonodal.

A disseminação da doença é eminentemente por via linfática.^{1,2,5} No início, há acometimento dos linfonodos inguinais superficiais e profundos, estendendo-se depois aos ilíacos externos e internos e obturatórios na pelve. O envolvimento linfonodal é o fator prognóstico isolado mais consistente nesse tipo de neoplasia.^{1,6} Ressalta-se que o achado de linfonodos aumentados de volume não significa necessariamente a presença de metástase, haja vista que em 50% dos casos essa ocorrência é determinada por um processo inflamatório.⁷

Na maioria dos casos, a lesão está limitada ao pênis, e devem ser avaliados o tamanho, a localização e a fixação da lesão peniana e também o comprometimento dos corpos cavernosos e esponjoso. (Figura 1) É necessário inspecionar a base peniana e o escroto para verificar a extensão da lesão para essas regiões. O toque retal e o exame bimanual do abdome inferior informam quanto à invasão metastática do períneo ou à presença de massa pélvica. Ressalte-se que é importante efetuar a palpação cuidadosa das áreas inguinais em busca de linfonodos acometidos.

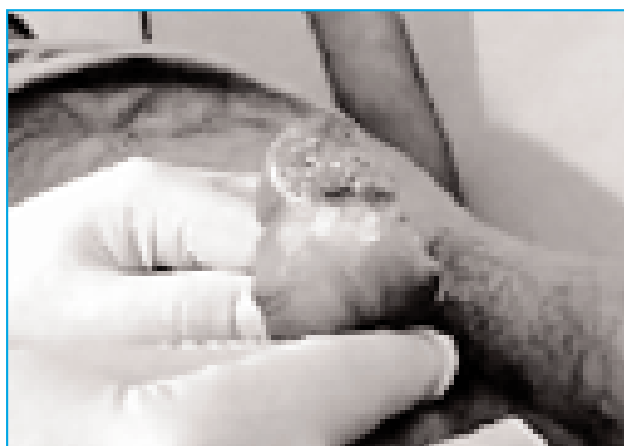


Figura 1 - Neoplasia em sítio anatômico do ventre distal da glândula peniana com comprometimento dos corpos cavernosos.

A realização da biópsia da lesão peniana é obrigatória para o diagnóstico do carcinoma de pênis, permitindo

avaliar a profundidade de invasão e o potencial de diferenciação celular. Além disso, o estudo histopatológico é importante para o diagnóstico diferencial com outras doenças e para orientar o tratamento. As afecções a serem consideradas na diferenciação diagnóstica incluem condiloma acuminado, cancro duro e mole, herpes, linfogranuloma venéreo e tuberculose. Essas enfermidades podem ser identificadas também através de provas cutâneas, análises sorológicas, culturas específicas, técnicas de coloração especiais e, principalmente, da biópsia. Esta, quando indicada, será do tipo incisivo para lesões maiores que 0,5cm ou excisional para aquelas menores que 0,5cm. Esse procedimento é considerado de pequeno porte e pode ser realizado no ambulatório, utilizando-se instrumental cirúrgico de biópsia e anestesia local. Os anestésicos mais usados são a lidocaína a 1% e a bupivacaína a 0,25% sem droga vasoconstritora. A técnica anestésica consiste na anti-sepsia com PVPI degermante e infiltração circular de 50mg a 80mg da solução na base do pênis. Pelo risco de punção da artéria dorsal do pênis, deve-se aspirar o êmbolo da seringa antes de injetar o seu conteúdo. A anestesia peniana por punção do corpo cavernoso é outra alternativa. A técnica consiste na punção do corpo cavernoso na posição de 9 horas ou 3 horas (confirmada pela aspiração de sangue) e, a seguir, injeta-se lentamente 150mg a 200mg da solução anestésica.

O procedimento cirúrgico baseia-se na exérese parcial ou total da lesão, retirando-se amostra significativa, que abrange tecido doente e sadio. É feita uma incisão em forma de elipse cujo maior diâmetro deve ser paralelo às linhas de força do pênis. Deve-se evitar áreas de extensa necrose, infecção secundária e fibrose. Nos casos em que há dificuldade de exposição da lesão, pode ser realizada incisão dorsal do prepúcio antes do procedimento. Procura-se ter o cuidado de não esmagar o tecido com pinças e também de fixá-lo rapidamente, usando formol a 10% em quantidade de 10 a 20 vezes o volume do material. Quanto à ferida cirúrgica, pode ser feita a sutura da incisão com pontos separados ou mesmo optar-se pela cicatrização por 2ª intenção, quando não se consegue aproximar as bordas da ferida cirúrgica. Realiza-se curativo oclusivo, mantendo-se o pênis elevado.

A biópsia, devidamente identificada, é encaminhada para exame anatomopatológico, fornecendo-se o máximo de informações da história clínica. É muito impor-

tante que o cirurgião mantenha com o patologista estreito contato profissional. Nas localidades em que não existe o serviço de anatomopatologia, é recomendável que o cirurgião realize a biópsia e a encaminhe a um serviço de sua confiança.

O paciente deve ser orientado quanto aos cuidados locais para manter a ferida limpa e seca, trocar o curativo diariamente, observar alterações regionais e retornar à instituição em caso de eventuais complicações. Pode-se usar antiinflamatório para o controle da dor e prescrever antibióticos nos casos específicos, a exemplo de infecção local secundária.

Um aspecto essencial é a necessidade imediata de apoio psicológico para esses pacientes. Seguramente, trata-se de uma doença de impacto emocional porque envolve a preocupação com a mutilação de órgão de grande representação para a masculinidade, com prejuízo da auto-estima e possível distúrbio funcional na atividade sexual. O suporte e a participação familiar são indispensáveis para a boa condução do caso, pois proporcionam confiança ao paciente e, certamente, maior envolvimento deste no seu tratamento.

Nos maiores centros de saúde, o cirurgião pode dispor do serviço de assistência social, que ampara aqueles pacientes em dificuldades financeiras e sem condições de acesso aos centros de diagnóstico e tratamento.

CONCLUSÃO

Do exposto conclui-se que, com o conhecimento teórico e a prática apropriados, o cirurgião geral pode ser capaz de identificar com exatidão a maioria das lesões apenas com o exame clínico e realizar precocemente a biópsia para a confirmação diagnóstica e a devida documentação para o tratamento. Assim sendo, haverá uma condução mais adequada dos casos e efetivo encaminhamento à terapêutica especializada no momento mais oportuno.

SUMMARY

Penis cancer has a significant incidence rate, especially in underdeveloped country. Most patients who seek a general surgeon or an urgency service are not properly assisted. With adequate knowledge and practice, the surgeon or another physician will be able of diagnose this neoplasm through clinical examination and make the biopsy on first visit referring the patient to a specialist.

Keywords: Penis cancer, biopsy

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Schellhammer PF, Jordan GH, Schlossberg SM. Tumores del pene. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Vaughan ED. Campbell urologia. 6ª. ed. Buenos Aires: Editorial Medica Panamericana; 1992. v.2, cap. 31, p.1263-91.
- 2- Presti JC, Herr HW. Tumores genitais. In: Tanagho EA, Aninch JW, Smith RR. Smith Urologia Geral. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1994. cap. 23, p.319-26.
- 3- Billis A. Sistema genital masculino. In: Brasileiro Filho G. Bogliolo patologia. 6a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000. cap. 18, p.514-37.
- 4- Dillner J, Von Krogh GI, Horenblas S, Meijer CJ. Etiology of squamous cell carcinoma of the penis. Scand J Urol Nephrol 2000; 34 (suppl. 205):189-93.
- 5- Assis AS. Blastomas de pênis. In: Alves JBR. Cirurgia geral e especializada. Belo Horizonte: Editora Veja; 1994. v.5, cap. 17, p.573-89.
- 6- Derakhshani P, Neubauer S, Braun M, Heidenreich A, Engelmann U. Results and 10-year follow-up in patients with squamous cell carcinoma of the penis. Urol Int 1999; 62 (4):238-44.
- 7- Lynch DF, Schellhammer PF. Surgical Management of squamous cell carcinoma of the penis. Dig Urol J 2001.
- 8- Almeida SR, Sanches M.D. Biopsias. In: Fonseca FP, Rocha PRS. Cirurgia ambulatorial. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999. cap. 13, p.160-85.
- 9- Schoeneich G, Perabo FG, Muller SC. Squamous cell carcinoma of the penis. Andrologia 1999; 31 (1):17-20.