

CARCINOMA DO PÊNIS

Princípios básicos de orientação diagnóstica e terapêutica

J.A. VILHENA-AYRES

Serviço de Urologia. Instituto Português de Oncologia. Lisboa.

RESUMO

O carcinoma do pénis apesar da baixa incidência que actualmente apresenta põe problemas de diagnóstico e orientação terapêutica nem sempre correctamente equacionados. Chamamos a atenção para a clivagem importante entre tumores superficiais e invasivos. Neste últimos focamos a importância do tratamento dos territórios linfáticos regionais.

SUMMARY

Carcinoma of the Penis Basic Diagnostic and Therapeutic Guidelines

Despite the low incidence of penile cancer nowadays, this tumor presents a difficult diagnosis and staging methodology as well as difficult therapeutic options. The author emphasises the clear destruction between superficial and invasive neoplasms. In the latter, the simultaneous treatment of the lymphatic territories is considered of extreme importance.

INTRODUÇÃO

Carcinoma do Pénis é actualmente uma neoplasia pouco frequente em Portugal.

Registam-se pouco mais de 90 novos casos anualmente. Apesar da queda muito significativa da incidência que ocorreu nas duas últimas décadas cerca de 2/3 das lesões diagnosticadas são tumores invasivos que exigem terapêutica mutilante.

Os principais factores de risco associados a esta neoplasia são: pénis não circuncidado, fimose, maus hábitos de higiene e parceira sexual portadora de Carcinoma do Colo do Útero. Está demonstrada a relação entre a infecção a papiloma vírus humano (HPV) tipo 16,18 e 23 e o Carcinoma do Pénis.

A neoplasia maligna mais frequente é o Carcinoma Espino-Celular (constitui mais de 95% das lesões diagnosticadas) é a ele que nos referimos quando falamos genericamente de Carcinoma do Pénis.

As opções diagnósticas e terapêuticas que resumidamente vamos expôr são a resultante de uma experiência

institucional superior a 20 anos (Serviço de Urologia do IPOFG-Centro de Lisboa) e não são necessariamente consensuais.

MODO DE APRESENTAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DAS LESÕES MALIGNAS DO PÊNIS

Aproximadamente 70% dos Carcinomas Espino-Celulares do Pénis ocorrem inicialmente na glândula ou prepúcio, raramente no corpo peniano. A lesão inicia-se como uma zona de eritema, como lesão do crescimento papilar, nódulo ou ulceração superficial.

O carcinoma *in situ* (CIS) pode apresentar-se como Eritroplasia de Queyrat - lesão avermelhada, aveludada, de margens bem definidas localizada na glândula ou prepúcio, outra forma de CIS é a doença de Bowen - lesão saliente, por vezes queratinizada, indolor que ocorre apenas em pele dotada de folículos como seja a do corpo do pénis.

O Carcinoma Verrucoso não invasivo (Tumor Gigante de Bushke-Lowenstein) tem um crescimento papilar por

vezes exuberante. Parece ser uma variante do Condiloma Acuminado (está associado a infecções a HPV tipo 6 e 11). Ao tornar-se invasivo destrói os tecidos adjacentes por invasão directa mas não metastiza. Contudo é fundamental saber-se que na base de uma lesão deste tipo pode coexistir Carcinoma Espino-Celular.

A biópsia das lesões acima descritas é fundamental para as diferenciarmos de lesões benignas como Condiloma Acuminado, Leucoplasia e Balanite Xerótica.

O Carcinoma Espino-Celular Invasivo do Pénis apresenta-se sempre como uma lesão ulcerada mais ou menos extensa, mais ou menos profunda e frequentemente infectada.

Para fins de sistematização e orientação terapêutica é quase unanimemente aceite a classificação proposta pela União Internacional Contra o Cancro (Classificação TNM) que atende à profundidade de invasão e extensão do tumor primitivo, à situação dos gânglios regionais e à existência ou não de metástases a distância.

Temos assim em relação ao Tumor Primitivo:

Tis - Carcinoma *in situ*

Ta - Carcinoma Verrucoso não Invasivo

T1 - Tumor que invade o tecido conjuntivo subepitelial

T2 - Tumor que invade o corpo esponjoso ou cavernoso

T3 - Tumor que invade a uretra ou a próstata

T4 - Tumor que invade outras estruturas adjacentes

Podemos definir dois grandes grupos de extrema importância pelas implicações terapêuticas:

A - Tumores Superficiais (Tis, Ta, T1)

B - Tumores Invasivos (T2, T3, T4)

A - Os Tumores Superficiais são passíveis de tratamento local não mutilante e não carecem de tratamento simultâneo nos territórios linfáticos regionais.

B - Os Tumores Invasivos carecem de terapêutica local mutilante e de tratamento simultâneo dos territórios linfáticos regionais.

Em relação aos gânglios regionais (gânglios linfáticos inguino-crurais) podemos constatar que 50% dos tumores do grupo B se apresentam com gânglios palpáveis. Cerca de metade dos gânglios palpáveis corresponde a gânglios inflamatórios e a outra metade a gânglios metastáticos. Nos outros 50% de tumores invasivos que não se apresentam com gânglios palpáveis metade tem metástases ganglionares presentes.

Podemos portanto concluir que a avaliação dos gânglios regionais nas lesões invasivas não nos fornece uma indicação diagnóstica conclusiva.

A existência de metástases a distância (habitualmente pulmonares) encerra um péssimo prognóstico e modifica por completo a orientação terapêutica. Devo referir que

incluímos apenas como forma de orientação terapêutica, nas metástases a distância a metastização dos gânglios pélvicos.

MÉTODOS DE ESTADIAMENTO

O estadiamento é fundamentalmente clínico: observação da lesão primitiva e sua eventual biópsia, palpação dos territórios linfáticos inguinais.

O valor da RNM para avaliação da profundidade de invasão das lesões primitivas não está ainda estabelecido.

A citologia aspirativa dos gânglios regionais não tem acuidade diagnóstica.

A TAC pélvica pode ser utilizada (com definição sobreponível à da RNM) para avaliação dos territórios ganglionares pélvicos e lombo-aórticos.

O Rx tórax (eventualmente complementado com TAC) é indispensável nas lesões invasivas.

Ao contrário do que sucede em outras neoplasias não é fiável no Carcinoma do Pénis a utilização de *gânglios sentinela* para avaliação dos territórios ganglionares regionais.

TERAPÊUTICA

Como se pode deduzir do que foi exposto anteriormente temos de considerar em separado a terapêutica das lesões superficiais e a das lesões invasivas.

A - TRATAMENTO DAS LESÕES SUPERFICIAIS

Consta da excisão local que pode ser executada de diversas formas. Nestas lesões a biópsia pré terapêutica é fundamental para avaliar exactamente a sua profundidade.

1 - Exérese Cirúrgica

A mais utilizada é a Circuncisão (20% das lesões localizam-se no prepúcio). A excisão cirúrgica local de algumas lesões superficiais da glândula e da pele do corpo do pénis é por vezes possível com bons resultados cosméticos.

2 - Fotocoagulação Laser

Dado tratar-se de lesões superficiais é possível a utilização do Laser CO₂. Em lesões pequenas e superficiais da glândula ou do sulco balano-prepucial o resultado cosmético é excelente. Exige uma vigilância pós-operatória apertada.

3 - Radioterapia Intersticial

Pode ser utilizada em tumores até T1 inclusivé em qualquer localização com bons resultados cosméticos e funcionais e excelente índice de cura.

Na nossa Instituição utilizamos como fonte de radiação o Iridium 192. Este apresenta-se sob a forma de fios que são colocados no interior de agulhas que atravessam

a lesão de forma a administrar uniformemente durante cinco a sete dias uma dose de 60 a 65 GY.

B - TRATAMENTO DAS LESÕES INVASIVAS

O tratamento do Carcinoma do Pênis Invasivo deve compreender a ablação da lesão primitiva com margem de segurança adequada e o tratamento simultâneo de ambos os territórios linfáticos regionais. Consideramos este princípio uma regra de ouro que não deve ser violada.

Assim o tumor primitivo deve ser tratado por Penectomia Parcial, Penectomia Total ou Emasculação. Nas penectomias deve observar-se uma margem de segurança de 2 a 3 cm. Se a extensão da lesão obrigar a uma penectomia parcial que deixe um coto peniano muito curto é preferível criar uma uretostomia perineal tal como na penectomia total de modo a não tornar a micção um problema. A emasculação é executada em lesões muito extensas que invadem estruturas vizinhas do pênis e consta da ablação em continuidade (em monobloco cirúrgico) do pênis, escroto e conteúdo escrotal. Contudo na maior parte dos casos em que a executamos é possível e desejável tendo em vista a cirurgia reconstrutiva a conservação de um ou ambos os testículos que são transpostos para a região inguinal.

O tratamento cirúrgico dos territórios linfáticos regionais-gânglios inguino-crurais-é ainda objecto de controvérsia. Na nossa Instituição optamos de forma sistemática pela linfadenectomia inguino-crural bilateral radical (gânglios superficiais e profundos) em simultâneo com o tratamento cirúrgico da lesão primitiva.

Esta opção fundamenta-se nos seguintes dados:

- O Carcinoma do Pênis tem um comportamento predictível metastizando nos territórios linfáticos regionais, em seguida nos supra - regionais (pélvicos) só se observando a partir de aqui metastização a distância. Este comportamento confere à linfadenectomia inguinal o estatuto de terapêutica curativa e não apenas de técnica

de estadiamento. Como tal deve ser executada de uma forma exaustiva: ablação da totalidade dos grupos ganglionares inguino-crurais superficiais e profundos;

- Existem numerosos cruzamentos dos vasos linfáticos ao longo do pênis permitindo que uma lesão metastize no território linfático contralateral ou em ambos. A linfadenectomia deve ser por conseguinte sempre bilateral;

- De acordo com a sua localização no pênis (prepúcio, glande, etc.) uma lesão pode metastizar primeiro nos gânglios inguinais superficiais ou primeiro nos profundos ou ser imprevisível o primeiro grupo ganglionar a ser afectado. Como tal não há lugar para utilização da biópsia de "gânglios sentinela" nem para linfadenectomias limitadas (apenas superficiais);

- A avaliação da nossa casuística demonstra tal como outras séries fiáveis que o estadiamento ganglionar clínico é enganador: metade dos gânglios palpáveis não são metastáticos, metade dos gânglios não palpáveis contêm micro metástases. Assim sendo não há lugar para linfadenectomia diferida nos doentes sem gânglios inguinais palpáveis.

Por fim algumas palavras sobre terapêutica adjuvante. Não utilizamos quimioterapia sistémica adjuvante nem quimio ou radioterapia complementares por as considerarmos destituídas de valor terapêutico.

C - TRATAMENTO DAS LESÕES METASTÁTICAS

Incluimos neste grupo os doentes com metástases a distância e também aqueles com metastização ganglionar pélvica ou lomboaórtica.

A presença de metástases a distância comporta um péssimo prognóstico sendo nulas as sobrevidas aos 5 anos.

Vários esquemas de quimioterapia sistémica induzem remissões parciais pouco significativas.

Existe neste grupo de doentes por vezes lugar para a cirurgia paleativa *de limpeza* no sentido de minorar o seu sofrimento.