

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ

PAULO VICTOR DE OLIVEIRA MACEDO

**METÁSTASES PENIANAS: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA
LITERATURA**

CASCABEL

2018

CENTRO UNIVERSITÁRIO ASSIS GURGACZ

PAULO VICTOR DE OLIVEIRA MACEDO

**METÁSTASES PENIANAS: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA
LITERATURA**

Trabalho Científico na Área Médica apresentado como requisito parcial para obtenção da aprovação no Curso de Medicina do Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz – FAG.

Professor Orientador: Dr. Frederico Ramalho Romero

Co-Orientador: Fábio Scarpa e Silva.

**CASCADEL
2018**

METÁSTASES PENIANAS: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA

MACEDO, Paulo Victor de Oliveira¹
SCARPA E SILVA, Fábio²
ROMERO, Frederico Ramalho³

RESUMO

Introdução: Desde que o primeiro caso de metástases penianas foi descrito na literatura em 1870 por Eberth, aproximadamente 500 casos foram relatados. Essa manifestação incomum pode trazer grandes complicações e sofrimento para os pacientes, por se tratar de doença subjacente em estágio avançado, com prognóstico em geral desfavorável, levando os pacientes a óbito em aproximadamente um ano após o diagnóstico. **Objetivo e método:** Relatar dois casos distintos de metástases penianas de tumores primários localizados em próstata e reto, e revisar a literatura disponível sobre metástases penianas, discutindo as manifestações clínicas, diagnósticos diferenciais, exames complementares e tratamentos. **Resultado:** Os pacientes apresentaram-se com nódulos dolorosos na glândula do pênis e endurecimento doloroso no corpo cavernoso, respectivamente. O primeiro paciente desenvolveu compressão medular e foi a óbito três meses após a orquiectomia. O segundo paciente foi submetido a penectomia total, mas morreu seis meses depois do tratamento, com metástases disseminadas. **Conclusão:** As metástases penianas são extremamente raras, com uma variedade de tumores primários, sintomas, diagnósticos diferenciais e opções terapêuticas, mas todos com prognóstico geralmente desfavorável.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias do Pênis; Neoplasias do Reto; Neoplasias da próstata; Prognóstico.

1. INTRODUÇÃO

O primeiro relato de metástases penianas foi apresentado por Eberth em 1870 e era secundário a um carcinoma retal¹. Desde então, aproximadamente 500 casos foram descritos na literatura. Os tratos geniturinário e retossigmoideo são os sítios primários mais frequentes de metástases penianas¹⁻². Neste artigo, serão relatados dois casos de metástases penianas de um paciente com adenocarcinoma prostático e outro com adenocarcinoma retal.

2. RELATO DOS CASOS

Caso 1

¹ Acadêmico do oitavo período do curso de Medicina do Centro Universitário FAG; E-mail: pvmacedoo@gmail.com

² Professor Orientador Graduado em Medicina na Universidade Federal do Paraná. Residência Médica em Cirurgia Geral e Urologia na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Research Fellowship em Endourologia e Laparoscopia na Johns Hopkins University e Mestrado, Doutorado e pós-Doutorado em Medicina (Clínica Cirúrgica) na Universidade Federal do Paraná. E-mail: frederico.romero@gmail.com

³ Professor Co-orientador Graduado em Medicina pela Universidade Estadual Paulista. Residência em Cirurgia Geral e Urologia no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual Paulista. Equivalência a Mestre em Medicina pela Universidade do Porto - Portugal. E-mail: drscarpa@yahoo.com

JBS, 62 anos, masculino, tinha quadro de sintomas urinários obstrutivos com 4 anos de evolução e elevação progressiva do PSA (de 11 mg/dL para 204mg/dL em 6 meses). Evoluiu com retenção urinária aguda com a necessidade de cistotomia supra-púbica de urgência. Recentemente, o paciente apresentava dores em períneo, quadril e membros inferiores. No exame físico, a próstata estava aumentada de tamanho, com nódulos endurecidos bilateralmente e margens irregulares. Tinha também nódulos dolorosos localizados na glândula.

A biópsia prostática transretal revelou adenocarcinoma acinar usual de próstata Gleason 9 (5+4) em 12 fragmentos, com cintilografia óssea demonstrando processo infiltrativo neoplásico disseminado, com lesões localizadas no crânio, esterno, clavículas, coluna vertebral, ilíaco, úmero e fíbula. Foram realizadas biópsias das lesões da glândula com orquiectomia bilateral concomitante. A histopatologia dos nódulos penianos demonstrou adenocarcinoma prostático metastático.

Durante o acompanhamento pós-operatório, o paciente desenvolveu quadro de incontinência fecal e hemiparesia à direita devido à compressão raquimedular. Apesar da administração de corticoterapia, não houve resposta clínica, resultando em óbito no terceiro mês após a orquiectomia.

Caso 2

FRF, 47 anos, masculino, com histórico de diabetes mellitus, hipertensão arterial, disfunção erétil e quimioterapia adjuvante por seis meses, no pós-operatório de ressecção cirúrgica radical do adenocarcinoma mucinoso do reto, estadiamento patológico T3N2M0. Evoluiu com lesão dolorosa e rapidamente progressiva palpável no corpo cavernoso do pênis, com elevação concomitante dos níveis séricos do antígeno carcinoembrionário - CEA (de 4,8 mg/dL para 18,8 mg/dL em 4 meses).

T	
Tx	O tumor primário não poder ser avaliado
Tis	A doença está em estágio inicial. Este estágio é denominado carcinoma in situ.
T1	O tumor se desenvolveu através da muscular mucosa até a submucosa.
T2	O tumor cresceu através da submucosa e se estende até a muscular própria.
T3	O tumor cresceu através da muscular própria e nas camadas mais externas do cólon ou do reto.
T4a	O tumor cresceu através da serosa, o revestimento externo dos intestinos.
T4b	O tumor cresceu através da parede do cólon ou do reto ou invade os tecidos e órgãos próximos.
N	
NX	Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0	Os linfonodos estão livres.
N1	Presença de células cancerígenas em 1 a 3 gânglios linfáticos.
N1a	Presença de células cancerígenas em 1 linfonodo.
N1b	Presença de células cancerígenas de 2 a 3 linfonodos.
N1c	Pequenos depósitos de células cancerosas em áreas de gordura dos gânglios linfáticos.
N2	Presença de células cancerígenas em 4 ou mais linfonodos próximos.
N2a	Presença de células cancerígenas de 4 a 6 gânglios linfáticos.
N2b	Presença de células cancerígenas em mais de 7 linfonodos.
M	
MX	Ausência de metástases à distância.
M1a	A doença se disseminou para um órgão ou conjunto de linfonodos distantes.
M1b	A doença se disseminou para mais de um órgão ou conjunto de linfonodos distantes ou se disseminou a partes distantes do peritônio.

Tabela 1 Estadiamento Tumor de Colorretal ¹¹

Não havia lesões na superfície externa do pênis, porém, um endurecimento com limites parcialmente definidos foi palpado na face dorsal do pênis (figura 1). No exame de ultrassonografia Doppler de pênis, foi revelada uma área hiperecoica nodular na superfície do corpo cavernoso com 2,3 x 0,4 cm. A metástase do pênis foi confirmada por exame histopatológico. Tomografias de tórax e abdome não mostraram nenhuma outra lesão metastática.



Figura 1: Marcas de caneta demográfica azul demonstrando a localização da lesão palpável no corpo cavernoso do pênis

Devido à intensidade crescente da dor, a história de disfunção erétil e ao fato de se tratar de lesão metastática única e localizada, o paciente aceitou se submeter à penectomia total com uretostomia perineal depois de discutir as opções terapêuticas. O exame patológico definitivo confirmou metástase de adenocarcinoma mucinoso no corpo cavernoso (figura 2). Três meses após a cirurgia, o paciente evoluiu com dor generalizada nos ossos. A cintilografia óssea de corpo inteiro revelou metástases esqueléticas disseminadas. Apesar do tratamento agressivo com quimioterapia, o paciente foi a óbito com seis meses de pós-operatório.

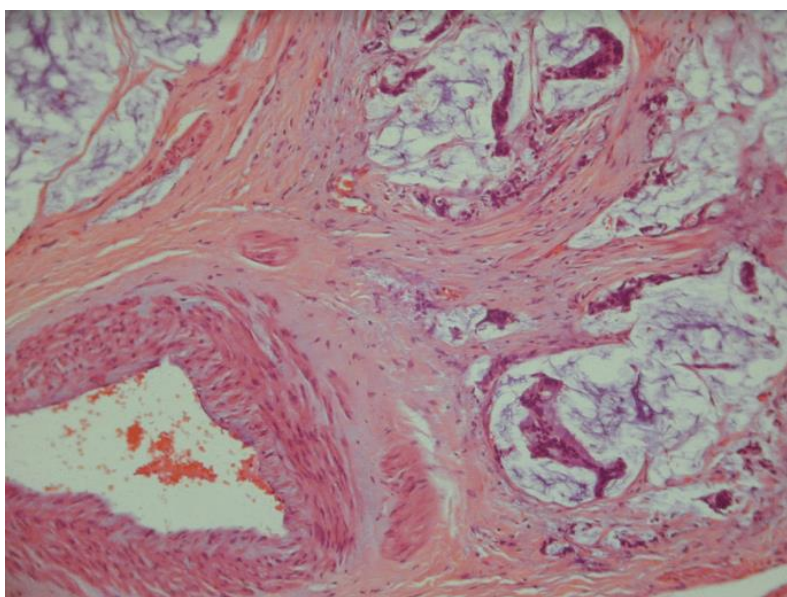


Figura 2: Adenocarcinoma mucinoso no corpo cavernoso do pênis (HE, x40)

3. DISCUSSÃO

Apesar da rica vascularização, a disseminação das metástases para o pênis é rara, com aproximadamente 500 casos descritos na literatura. Estudo retrospectivo mostrou que a origem mais comum das metástases são provenientes de tumores primários pélvicos³. Os locais primários mais frequentes de metástases são, em ordem decrescente, bexiga, próstata, retossigmoide, rins e testículos¹⁻².

As rotas de disseminação do tumor primário incluem : extensão direta, implante por instrumentação transuretral, embolização arterial e fluxo venoso ou fluxo linfático retrógrados.

Na maior parte dos casos há envolvimento dos corpos cavernosos, incluindo ou não o corpo esponjoso. Metástases para a pele, prepúcio ou glândula são menos comuns⁴.

O paciente pode apresentar dor em períneo e pênis, disúria, hematúria, obstrução urinária, priapismo, ereção dolorosa, nódulos e úlceras penianas⁵⁻². O diagnóstico diferencial deve ser feito com a doença de Peyronie, tuberculose, neoplasia primária de pênis, infecções sexualmente transmissíveis e priapismo idiopático⁴. Devido à sua gravidade, a partir do momento em que os pacientes apresentam alguma sintomatologia peniana, na presença de histórico prévio de tumor primário em outro local, deve-se excluir eventual metástase genital, tendo em vista que as apresentações clínicas penianas são inespecíficas⁶⁻⁷.

Exames de imagem são úteis para detectar a extensão tumoral e direcionar o tratamento, principalmente quando a amputação peniana for necessária. A ressonância nuclear magnética é o melhor método de imagem, pois permite fazer a avaliação tumoral, além de sua extensão para outras estruturas anatômicas. Ultrassonografia e tomografia computadorizada também são úteis para o diagnóstico, porém, com eficácia menor se comparada à ressonância magnética. Outro método disponível, mas que atualmente não é usado de forma rotineira, por ser uma técnica invasiva com maiores taxas de complicações, é a cavernosografia. Após o estadiamento com os métodos de imagem, deverá ser realizada biópsia para confirmação histopatológica e imuno-histoquímica através da identificação de antígenos expressos por tumores genitourinários e/ou gastrintestinais como, por exemplo, citoqueratinas (CKAE1/E3, CK7, CK20, CK5/6), p63 (proteína p63), PSA (antígeno prostático específico) ou CDX2, que auxiliam na localização do tumor primário⁶⁻⁷.

A etiologia e o prognóstico da lesão primária devem ser levados em conta, assim como os sintomas, volume e progressão das lesões metastáticas. Em geral, o tratamento é paliativo (radioterapia, quimioterapia e remoção local das lesões) em decorrência do mau prognóstico dos tumores, especialmente na presença de lesões metastáticas associadas⁵. A penectomia (radical ou

parcial) está reservada a casos específicos, como pacientes não responsivos ao tratamento paliativo, com ulcerações, secreções irritantes ou sintomatologia (especialmente a dor) não responsiva ao tratamento clínico⁴⁻⁸. Pacientes com metástase única e localizada devem ser tratados agressivamente, semelhantemente àqueles com metástase única no fígado ou pulmão, pois apresentam melhor prognóstico⁹. Mesmo quando outras lesões não são evidenciadas, as metástases penianas são geralmente consideradas manifestação de doença disseminada com mau prognóstico e elevada taxa de mortalidade, com mais de 80% de óbito em 6 meses⁸⁻¹⁰.

4. CONCLUSÃO

As metástases penianas são extremamente raras, com uma variedade de tumores primários, sintomas, diagnósticos diferenciais e opções terapêuticas, mas todos com prognóstico geralmente desfavorável. O tratamento deve ser realizado por equipe multidisciplinar e a tomada de decisões deve ser feita individualmente, de acordo com cada paciente.

REFERÊNCIAS

1. Banerjee GK, Lim KP, Cohen NP. Penile metastasis: an unusual presentation of metastatic colonic cancer. J R Coll Edinb; 47:763-764, 2002. *
2. Pellicé I, Vivalta C: Secundarismos metastáticos peneanos. Sucinta revision de la literature urológica española (periodo 1980-2005). Actas Urol Esp; 30(9):962-064, 2006.
3. Hizli F, Berkmen F. Penile Metastasis from Other Malignancies. A Study of Ten Cases and Review of the Literature. Urologia internationalis, 2006.)
4. Romero Selas E, Lamas Meilán C, Barbagelata López A, Díaz-Reixa P, Fernández Rosado E, Álvarez Castelo L, et al: Metastasis of a renal cell carcinoma in the corpora cavernosum of the penis. Case report and bibliographic review. Arch Esp Urol; 59(5):530-532, 2006. **
5. Appu S, Lawrentschuk N, Russell JM, Bright NF: Metachronous metastasis to the penis from carcinoma of the rectum. Int J Urol; 13:659-661, 2006. **

6. Efaref B, Atsame Ebang G, Tahirou S, Tahiri L, Sory Sidibé I, Erregad, F, et al: Penile metastasis from rectal adenocarcinoma: a case report. BMC Research Notes, [s.l.], v. 10, n. 1, p.1-5, 6 nov. 2017
7. Dong Z, Qin, C, Zhang Q, Zhang L, Yang H, Zhang J, Wang F. Penile metastasis of sigmoid colon carcinoma: a rare case report. BMC Urology, 2015
8. Philip J, Mathew J. Penile metastasis of prostatic adenocarcinoma: report of two cases and review of literature. World J Surg Oncol; 14(1):16, 2003. *
9. Tan BKT, Nyam DCNK, Ho YH. Carcinoma of the rectum with a single penile metastasis. *Singapore Med J*; 43(1):39-40, 2002.
10. Chung TS, Chang HJ, Kim DY, Jung KH, Lim SB, Choi HS, et al. Synchronous penile metastasis from a rectal carcinoma. *Int J Colorectal Dis*; 23(3):333-334, 2008.
11. Instituto Oncoguia. Estadiamento do Câncer Colorretal. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-colorretal/541/179/>> Acesso em: 25 de Novembro de 2018.