

Metástase peniana de adenocarcinoma prostático: relato de um caso

CLÁUDIO FRANCISCO ATÍLIO GORGA¹, HÉLIO BEGLIOMINI¹, PEDRO MANZINI FILHO¹,
DEMERVAL MATTOS JÚNIOR², HONÓRIA VIRGÍNIA BROM DOS SANTOS³

Unitermos: Próstata — Adenocarcinoma. Pênis — Metástases.

Key words: Prostate — Adenocarcinome. Penis — Metastasis.

RESUMO — Os autores relatam um caso de adenocarcinoma prostático com metástase para os corpos cavernosos. Trata-se de um achado relativamente raro, sendo este o 77º caso descrito na literatura.

INTRODUÇÃO

Apesar de sua rica vascularização, o pênis é um órgão raramente acometido por tumores metastáticos; a pouca referência na literatura médica com relação a esse achado deve-se apenas em parte à não observância, ou mesmo exame da genitália, nos pacientes com câncer. Em 1870, Eberth⁽³⁾ descreveu o primeiro caso de metástase peniana, aqui por carcinoma retal; desde então, vários casos foram relatados em sucessivas revisões^(1,8,11,12,14), existindo pouco mais de duzentos casos de metástases penianas, se incluímos os diferentes tumores primários.

O sítio tumoral primário mais freqüente é o do trato geniturinário, seguido pelo trato gastrintestinal e trato respiratório.

RELATO DO CASO

S.M.C., 56 anos, masculino, branco, deu entrada no hospital em 19/4/85, com quadro de retenção urinária aguda. Tinha história de prostatismo há seis meses, não referindo outras queixas.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado e afebril. Possuía uma cicatriz ci-

rúrgica abdominal por gastrectomia no passado, decorrente de úlcera gástrica, sem visceromegalias, e com a genitália externa normal. Ao toque retal mostrava próstata discretamente aumentada de volume, com sulco mediano preservado, porém com o lobo esquerdo difusamente endurecido e de limites imprecisos. Na avaliação laboratorial possuía: uréia, 47mg%; creatinina, 1,1mg%; Na, 138mEq/l; K, 4,5mEq/l; glicemia, 120mg%; Hb, 14,6g%; Ht, 41; 7.700 leucócitos/mm³, com eosinofilia acentuada; fosfatase ácida total de 10,1u. e fração prostática de 2.02u.; fosfatase alcalina 30u.; urina do tipo 1 com 185.000 hemácias, 11.000 leucócitos e urocultura positiva para *E. coli*. Tinha urografia excretora com trato urinário alto normal, ureteres drenando livremente e bexiga trabeculada. Foi realizada biópsia prostática com agulha por via transperineal, que revelou adenocarcinoma grau II. A cintilografia do esqueleto com MDP ^{99m}Tc mostrou-se negativa.

Em 28/5/85, foi submetido a linfadenectomia pélvica bilateral para fins de estadiamento, com as cadeias ganglionares vindo livres de comprometimento neoplásico.

Optamos pelo tratamento radioterápico, sendo o paciente submetido à telecobaltoterapia, na dose de 6.000 rads. localizados sobre a próstata. O paciente apresentou boa evolução após a terapêutica, até agosto de 86, quando nos procurou com queixas de dores no pênis e dificuldade miccional. Referia emagrecimento de 7kg nos últimos cinco meses e certa dificuldade à deambulação.

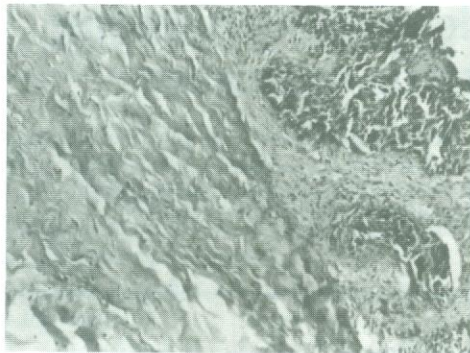
Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público FMO, São Paulo, SP. Aprovado para publicação em 2/5/88.

1. Assistente do Serviço.

2. Diretor do Serviço.

3. Assistente do Serviço de Anatomia Patológica.

Fig. 1 — Blocos de células anaplásicas em meio a tecidos conjuntivo e muscular liso (H & E)



Ao exame, apresentava-se sem adenomegalias, porém com o corpo peniano endurecido, doloroso, com superfície irregular, que à primeira vista lembrava priapismo; porém, a base peniana não se mostrava comprometida. Tinha dor à palpação do trajeto uretral, que era enrijecido na sua porção perineal. Ao toque retal, notava-se próstata extremamente dolorosa, com superfície irregular, e com extravasamento tumoral extraprostático ocupando praticamente toda a área em contato com a parede anterior do reto.

Em 19/8/86, foi submetido a biópsia de corpos cavernosos, mais uma tentativa de uretrocistoscopia, que foi um fracasso, já que possuía uretra totalmente estenosada e fibrótica. O exame anatomopatológico revelou presença de adenocarcinoma infiltrando o tecido conjuntivo denso, compatível com a origem prostática de neoplasia (fig. 1).

Em 4/9/86, foi submetido à orquiectomia bilateral. Posteriormente, foi realizada uretrocistografia retrógrada, que revelou esclerose óssea vertebral de L5 e esclerose do ramo isquiático à direita; uretra anterior com redução do calibre e presença de falha de enchimento na transição com a uretra bulbar; uretra prostática alongada e bexiga trabeculada (fig. 2). Tentou-se a realização de uretrotomia endoscópica, o que não foi possível; daí optarmos pela realização de uma cistotomia definitiva.

DISCUSSÃO

Apesar da raridade das metástases penianas, a próstata e bexiga são os locais de tumor primário mais frequentes, seguidos pelo reto e sigmóide, rim, testículo e pulmão⁽¹²⁾.

No pênis, os corpos cavernosos são o local mais frequentemente envolvido (66%), com a glândula vindo em segundo lugar (27%), enquanto a uretra e corpo esponjoso muito mais raramente são acometidos (10%). Podemos,

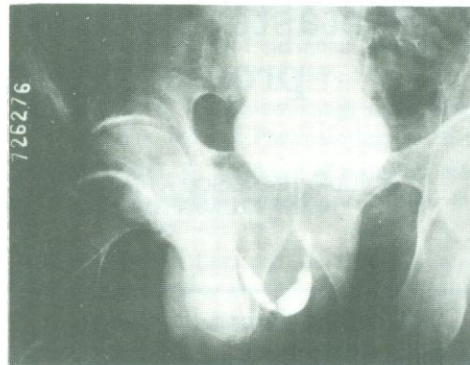


Fig. 2 — Uretrocistografia retrógrada: presença de esclerose óssea do ramo isquiático à direita. Uretra anterior com redução do calibre e presença de falha de enchimento, na transição com a uretra bulbar.

porém, ter envolvimento de mais de uma estrutura, o que é ainda mais raro⁽⁸⁾. No caso por nós relatado, confirmamos, através de biópsia, a presença de metástase em corpos cavernosos e tínhamos um diagnóstico presuntivo de metástase uretral, baseados num achado radiológico (fig. 2), que não foi confirmado pelo exame anatomopatológico, já que perdemos o seguimento do paciente e não pudemos realizar também a biópsia uretral.

Clinicamente, esses pacientes podem se apresentar de diferentes maneiras: queixas de dificuldade miccional ou mesmo retenção urinária, priapismo ou tumefação priapiforme segundo alguns autores⁽⁵⁾, hematúria, endurecimento nodular, dor e ulceração (as duas últimas são raras). Estas lesões devem ser diferenciadas de outros processos, como doença de Peyronie, tumor epidermóide primário do pênis, e mesmo de lesões nodulares inflamatórias, como sífilis e *liquen planus*, principalmente quando há acometimento isolado da glândula⁽²⁾. Portanto, é muito importante investigarmos na história pregressa um antecedente de câncer, em particular dos órgãos pélvicos, como próstata, bexiga e reto, nos pacientes com aparecimento de lesões penianas.

Outro aspecto importante com relação ao diagnóstico diferencial é a utilização atualmente de técnicas imuno-histoquímicas, em particular a técnica da imunoperoxidase, usando antígeno específico prostático e fosfatase ácida prostática-específica, principalmente nos casos com acometimento uretral por tumor altamente indiferenciado, em que, por técnicas usuais, não seria possível distinguir entre um adenocarcinoma prostático e um carcinoma de células transicionais da bexiga, uretra ou de ductos prostáticos⁽⁹⁾.

Os mecanismos implicados na disseminação tumoral para o pênis podem ser sumariados em: a) invasão direta pelo crescimento tumoral; b) transporte venoso retrógrado, o que ocorreria por obstrução venosa tumoral à mon-

tante, ou mesmo seria favorecido por situações fisiológicas em que há aumento da pressão intra-abdominal, como na manobra da Valsalva. Além disso, sabe-se que existem comunicações entre o sistema venoso prostático, vesical e pudendo, com o sistema da veia dorsal peniana. Esta é a forma mais aceita de disseminação; c) transporte linfático retrógrado: isto explicaria aqueles casos em que há ângulos inguinais comprometidos⁽⁸⁾; d) embolização arterial; e) implantação por instrumentos.

O intervalo entre o diagnóstico do tumor prostático e o aparecimento de metástase peniana é, em média, de 33 meses, e a idade de acometimento varia de 42 a 93 anos⁽⁸⁾. Mais que dois terços dos pacientes têm evidências de metástases em outros sítios, quando vistos pela primeira vez, daí porque o prognóstico destes pacientes ser muito ruim. A maioria deles geralmente morre dentro de sete meses⁽⁶⁾; a maior sobrevida já relatada foi de 84 meses, num paciente submetido à amputação peniana⁽¹⁵⁾.

O tratamento desta patologia só se iniciou na década de 30, quando a terapêutica visava apenas o priapismo, através de incisões na albugínea⁽⁴⁾. Desde então, outras formas de abordagem foram adotadas, como cirurgia paliativa ou curativa, radioterapia, cistostomia, orquiectomia bilateral e hormonioterapia. A cirurgia para retirada do tumor geralmente é feita através de penectomia total e deve ser reservada apenas para os casos sem evidências de outras metástases. Alguns autores⁽¹⁰⁾ preconizam também em casos de dor severa, porém aqui existem outras alternativas como a própria injeção de anestésicos, ou mesmo a fenolização do nervo dorsal peniano, tanto para aliviar a dor como o priapismo⁽¹⁶⁾.

A sobrevida dos pacientes submetidos à penectomia foi o dobro, já que possivelmente tinham doença localizada no pênis⁽⁶⁾.

A radioterapia tem seu papel nos pacientes sintomáticos, com grandes tumores e doença disseminada; apesar de geralmente ter resultados desapontadores, há relatos isolados com boa resposta, o que justifica o seu uso^(12,13).

A quimioterapia talvez seja uma abordagem terapêutica promissora em futuro próximo, principalmente nos casos de tumor primário vesical⁽⁷⁾.

SUMMARY

The authors report a rare case of prostatic carcinoma with metastasis in the corpora cavernosa, and do a re-

view of the literature. This is the 77th case of penile metastatic tumor secondary to prostatic cancer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABESHOUSE, BS & ABESHOUSE, GA Metastatic tumors of the penis: a review of the literature and a report of two cases. *J. Urol.* 86: 99-112, 1961.
2. BERG, GM van den; MENKE, HE; STOLZ, E Nodules on the glans penis, an unusual metastatic pattern of prostate carcinoma: case report. *Genitourin. Med.* 62: 126-128, 1986.
3. EBERTH, CJ Krebsmetastasen des corpus cavernosum penis. *Virchows Arch. (A) Pathol. Anat.* 51: 145-146, 1870.
4. FRONTZ, WA & ALYEA, EP Priapism of unusual etiology: case report. *J. Urol.* 20: 135-141, 1928.
5. GAROFALO, P Su un caso di metastasi ai corpi cavernosi del pene da carcinoma della prostata. *Arch. Ital. Urol.* 36: 138, 1963.
6. HADDAD, FS Penile metastases. *Urology*, 29: 464, 1987.
7. HADDAD, FS & KIVIRAND, AI Metastasis to the corpora cavernosa from transitional cell carcinoma of the bladder. *J. Surg. Oncol.* 32: 19-21, 1986.
8. HADDAD, FS; MANNE, RK Prostatic tumors with penile secondaries: review of the literature with a case report. *Urol. Int.* 41: 465-470, 1986.
9. KOH, E et al Urethral metastasis from prostatic carcinoma as diagnosed by immunoperoxidase technique using prostate specific antigen and prostate-specific acid phosphatase. *Eur. Urol.* 13: 142-144, 1987.
10. MUKAMEL, E et al Metastatic carcinoma to penis: when is total penectomy indicated. *Urology*, 29: 15-18, 1987.
11. PAQUIN JR, AJ & ROLAND, SI Secondary carcinoma of the penis: a review of the literature and a report of nine new cases. *Cancer*, 9: 626-632, 1956.
12. POWELL, BL; CRAIG, JB; MUSS, HB Secondary malignancies of the penis and epididymis: a case report and review of the literature. *J. Clin. Oncol.* 3: 110-116, 1985.
13. VALADEZ, RA et al Metastatic transitional cell carcinoma to penis. *Urology*, 29: 394-397, 1987.
14. WEITZNER, S Secondary carcinoma in the penis: report of three cases and literature review. *Am. Surg.* 37: 563-567, 1971.
15. WHITMORE JR, WF The rationale and results of ablative surgery for prostatic cancer. *Cancer*, 16: 1.119, 1963.
16. WILSON, F & STAFF, WG Malignant priapism: an unexpected response to local anesthetic infiltration of the dorsal nerves of the penis. *Br. J. Surg.* 69: 469, 1982.