

Melanoma maligno do pênis: Relato de um caso e revisão da literatura¹

Ernani Luis Rhoden², Alberto Grossi², Maria Cristina Pazinato³, Carlos da Ros⁴, Paulo Roberto Sogari⁵, Antônio Hartmann⁶, Carlos Ari Vargas Souto⁷

Resumo

Os tumores de pênis são de ocorrência rara, sendo responsáveis por menos de 1% das neoplasias que acometem o homem. Ainda mais infreqüente é a presença de um melanoma maligno peniano primário. Trata-se de uma neoplasia de prognóstico ruim e que deve ser manejada de forma radical. Relatamos um caso de melanoma maligno primário da glândula peniana e fazemos breve revisão da literatura.

Unitermos: melanoma maligno; neoplasia peniana.

Introdução

O melanoma maligno primário do pênis é uma neoplasia extremamente incomum, sendo responsável por menos de 1% dos tumores que acometem este órgão^(1,11).

A agressividade desta neoplasia é uma das suas características biológicas mais importantes, estando associada a um prognóstico reservado, uma vez que a maioria dos casos já apresenta doença avançada no momento do diagnóstico^(5,7,8,9,10).

Relatamos um caso de melanoma maligno primário de pênis e fazemos uma breve revisão da literatura.

Relato do caso

Paciente com 59 anos, branco, percebeu o aparecimento de uma lesão verrucosa escura na glândula há aproximadamente 6 meses. Esta lesão não causava nenhum sintoma. Dois meses antes, notou a presença de nódulos inguiniais bilaterais, também indolores. O paciente foi levado a cirurgia, tendo a biópsia de congelação revelado tratar-se de um melanoma maligno de glândula peniana. Optou-se então pela realização de penectomia parcial. O estudo anatomopatológico, da peça operatória, confirmou tratar-se de melanoma maligno de pênis com invasão dos corpos cavernosos, e limites cirúrgicos livres de neoplasia (Fotos 1 e 2). A radio-

grafia simples de tórax, ultra-sonografia abdominal e urografia excretora apresentavam-se dentro dos padrões de normalidade, assim como as provas de função hepática e renal. Com o uso de antibioticoterapia, houve uma significativa diminuição do volume das adenopatias inguiniais, uma semana após a cirurgia. O paciente teve alta hospitalar e deveria reinternar em sete dias para ser submetido a linfadenectomia inguinal bilateral, porém não mais retornou a este nosocômio.

Comentários

O melanoma primário do trato geniturinário é uma afecção extremamente rara, embora lesões metastáticas sejam um achado relativamente freqüente em necrópsia⁽²⁾.

É atribuído a Murchinson e a Tyrrell as primeiras descrições desta patologia no pênis e uretra, respectivamente⁽⁴⁾. Desde então, aproximadamente 100 casos desta neoplasia peniana têm sido relatados na literatura^(4,9,10).

Os melanomas se caracterizam pela degeneração neoplásica dos melanócitos, que são células especializadas, localizadas na camada basal da epiderme, responsáveis pela produção de melanina. Esta melanina é um pigmento, marrom-escuro, que retarda a penetração da luz ultravioleta, tendo assim um papel protetor contra o desenvolvimento

¹Trabalho realizado na Disciplina de Urologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (FFFCMPA) e Serviço de Urologia do Hospital da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

²Residentes do Serviço de Urologia da FFFCMPA e ISCMPA.

³Acadêmica de Medicina da FFFCMPA.

⁴Assistente Voluntário do Serviço de Urologia da ISCMPA. Mestrando em Farmacologia da FFFCMPA e ISCMPA.

⁵Assistente do Serviço de Urologia da ISCMPA. Mestrando em Cirurgia da FFFCMPA e ISCMPA.

⁶Professor Adjunto de Anatomia Patológica da FFFCMPA.

⁷Professor Titular de Urologia da FFFCMPA e Chefe do Serviço de Urologia da ISCMPA.

Endereço para correspondência: Ernani Luis Rhoden - Av. Alberto Bins, 456/73 - 90030-140 - Porto Alegre - RS.

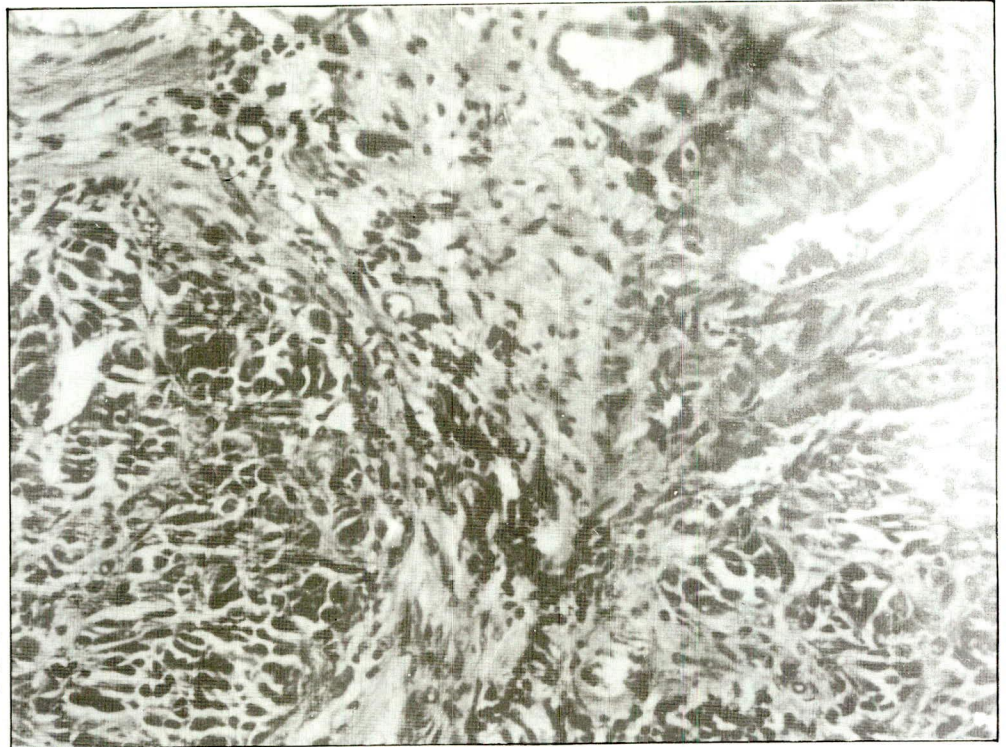


Foto 1 – Aspecto histológico do tumor revelando infiltração de corpos cavernosos pelas células do melanoma maligno de pênis. (H-E, 200 x)

de neoplasias cutâneas⁽⁶⁾. A exposição à luz ultravioleta estimula os melanócitos a produzirem este pigmento, mas também leva a um efeito carcinogênico cumulativo. Tem sido atribuído à luz ultravioleta o principal fator etiopatogênico no desenvolvimento dos melanomas⁽⁶⁾. Outros fatores, como o trauma, queimaduras, umidade, irritação crônica, ingestão de hormônios, vitaminas e gorduras poliinsaturadas, bem como a exposição à luz fluorescente e radiações, também têm sido citados como possíveis fatores no desenvolvimento destes tumores⁽⁶⁾.

Entre 65 e 80% dos melanomas têm origem em um nevo preexistente, enquanto que 20% dos casos desenvolvem-se independentemente de quaisquer lesões cutâneas precursoras^(2,5). Os melanomas que se originam a partir de nevos podem representar, na realidade, uma neoplasia em estado latente, de modo que a remoção dos mesmos, nos órgãos genitais, estaria sempre indicada⁽²⁾.

A maioria dos casos ocorre em homens de cor branca, numa proporção de 6:1, em relação aos de cor preta⁽²⁾. Assim, parece que a incidência do melanoma varia em direta proporção com a população de melanócitos, exposição a radiação ultravioleta e número de nevos preexistentes, mas em uma proporção inversa ao conteúdo de melanina na epiderme⁽⁶⁾.

Esta neoplasia acomete mais indivíduos na faixa etária acima da quinta década de vida^(1,4,5,7). As características de idade e cor, do caso apresentado

pelos autores, estão de acordo com os dados observados mais freqüentemente na literatura.

O local mais comumente atingido pelo melanoma primário, no trato geniturinário, é a glândula peniana, como no caso ora relatado, envolvida em aproximadamente 67% dos casos, seguida pelo prepúcio (13%), meato uretral (10%), haste peniana (7%) e sulco balanoprepucial (3%)^(4,7,9). A maioria das lesões são planas, menores de 1 cm, e caracterizam-se pela cor marrom-escura. Também podem aparecer na forma de nódulos avermelhados, freqüentemente ulcerados e sangrantes^(1,4,5,7,8). No doente que os autores descrevem, a lesão apresentava como característica macroscópica ser do tipo verrucosa, porém assintomática, e de cor escurecida.

Histologicamente três tipos de melanomas são descritos: tipo disseminação superficial – responsável por 60 a 70% dos casos, possui como característica uma tendência a crescer radialmente antes de apresentar um crescimento em profundidade; tipo lântigo – compreende 10% dos casos e é a forma menos agressiva, somente apresentando evolução invasiva após longo intervalo de tempo; e tipo nodular – responsável por 10% dos casos, representa a forma mais agressiva, com crescimento essencialmente em profundidade, e mínima disseminação radial⁽²⁾.

A maioria dos casos publicados segue o estadiamento proposto por Bracken e Diokno, adaptado de DeCosse e McNeer^(3,5): Estágio I – melanoma

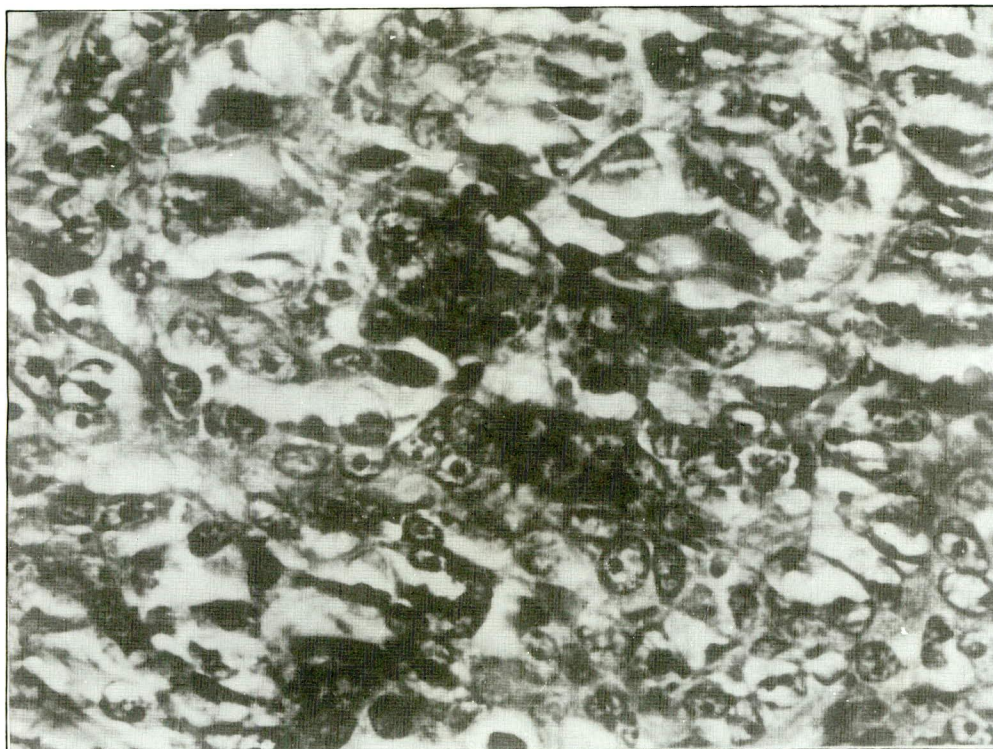


Foto 2 – Detalhe histológico, em maior aumento, mostrando as células do melanoma maligno esboçando ninhos celulares com melanina, nas células com citoplasma escuro e granuloso no centro da fotografia. (H-E, 400 x)

confinado ao pênis; Estágio II – comprometimento de linfonodos inguinais; Estágio III – metástases a distância^(1,3,5).

Conhecimentos modernos a respeito da biologia tumoral sugerem que esta classificação é inadequada, especialmente para aquelas lesões do estágio I⁽³⁾. Acredita-se que a profundidade da invasão, pelos critérios de Breslow⁽³⁾, é de grande significância prognóstica e se relaciona inversamente com a taxa de sobrevivência de 5 anos, e diretamente com o potencial metastático^(1,3,4,10). Assim, uma lesão com profundidade menor que 0,75 mm é de melhor prognóstico, apresentando uma incidência de metástases inferior a 1%. Por outro lado, lesões mais profundas, superiores a 1,5 mm, do tipo nodular e/ou disseminação superficial, apresentam uma maior invasão vascular e linfática e, com isto, um maior potencial de disseminação metastática⁽³⁾.

Doença metastática está presente em 40-60% dos casos no momento do diagnóstico^(8,9,10). Esta disseminação ocorre por via hematogênica, através dos corpos cavernosos para os pulmões, fígado, cérebro e supra-renal, ou por via linfática, para os gânglios linfáticos ilioinguinais^(9,10).

O tratamento do melanoma maligno do pênis, com intuito curativo, é essencialmente cirúrgico^(1,2,4,5,9). Para aquelas lesões localizadas no prepúcio e envoltório cutâneo do pênis, recomenda-se a amputação parcial com linfadenectomia inguinal bilateral^(2,4). Quando a neoplasia situa-se na glândula e uretra distal, está indicada a amputação total

com uretostomia perineal, associada a linfadenectomia inguinal e ilíaca bilateral⁽⁴⁾. Alguns advogam um tratamento mais conservador para lesões no estágio I, baseados nos critérios da invasão em profundidade^(1,3). Assim, para neoplasias com invasão inferior a 1,5 mm, segundo Stilwell e cols.⁽¹⁾, e inferior a 0,75 mm, segundo Myskow e cols.⁽³⁾, a amputação parcial com margens variando de 1 a 5 cm a partir da lesão parece ser suficiente para o tratamento local da neoplasia. Por outro lado, quando a lesão tiver uma invasão em profundidade superior a 1,5 mm, a linfadenectomia inguinal estaria indicada. Esta forma de tratamento permitiria a alguns pacientes terem um falo funcional e os pouparia da morbidade do linfedema, sem prejuízo no tratamento do tumor⁽¹⁾, tendo sido esta a opção terapêutica adotada pelos autores, no caso relatado, embora o paciente não tenha retornado para complementar o tratamento.

Para as neoplasias do estágio II, a penectomia com linfadenectomia inguinal bilateral está indicada⁽⁷⁾. Os linfonodos podem, na realidade, ser inflamatórios, mudando desta maneira o estadiamento. Alguns pacientes podem ter apenas envolvimento linfonodal regional sendo, portanto, um procedimento curativo⁽⁷⁾.

Pacientes com neoplasia no estágio III, a penectomia total ou parcial assim como a linfadenectomia são somente indicadas para efeitos paliativos⁽⁷⁾.

Os melanomas malignos geralmente são considerados radio-resistentes^(2,4). Em relação à quimioterapia, o agente mais utilizado é o DTIC (Carbaxamine dimethyl-triazeno imidazole) com um índice de resposta de aproximadamente 25%^(2,4). Recentes relatos usando a cisplatina, vinblastina e bleomicina têm mostrado alguns resultados alentadores, mas aguardam ainda resultados definitivos⁽²⁾.

O fato de 40% dos pacientes portadores desta neoplasia apresentarem anticorpos circulantes contra o tumor, detectados por técnicas de imunofluorescência, tem dirigido a atenção de pesquisadores para os possíveis benefícios da imunoterapia. A injeção intralesional do bacilo de Calmette-Guerin tem mostrado alguns resultados positivos^(2,7).

A variação individual na sobrevida dos pacientes tem sido observada na literatura^(4,5). Enquanto alguns doentes sobrevivem 10 anos após o diagnóstico e tratamento de neoplasias no estágio I, a maioria demonstra metástases precocemente no curso da doença, e os óbitos ocorrem nos primeiros 3 anos^(4,5,9,10). Assim como no carcinoma epidermóide, os doentes com presença de linfonodos neoplásicos e metástases a distância (estágios II e III) apresentam um prognóstico reservado, com sobrevida de 20 a 25% em 5 anos⁽¹⁾.

A possibilidade de ocorrência de melanoma maligno peniano deve ser considerada em pacientes com lesões suspeitas nesse órgão, pois o diagnóstico precoce e rápida instituição da terapêutica cirúrgica contribuem para melhor sobrevida ou cura do paciente^(4,9).

Summary

Malignant melanoma of penis: case report and literature review

Tumours of the penis are rare, and responsible for less 1% of the male neoplasias. More uncommon

is the penile primary malignant melanoma. The prognosis of this neoplasia is bad and need aggressive management. We report a case of primary malignant melanoma of the glans from the penis and review the literature.

Key words: malignant melanoma; penile neoplasia

Referências Bibliográficas

1. STILLWEL, T.J.; ZINCKE, H.; GAFFEY, T.A.; WOODS, J.E. – Malignant melanoma of the penis. *J Urol*, 140:72-5, 1988.
2. STEIN, B.S.; KENDALL, A.R. – Malignant melanoma of the genitourinary tract. *J Urol*, 132:859-69, 1984.
3. MYSKOW, M.W.; GOING, J.J.; MCLAREN, K.M.; INGLIS, J.A. – Malignant melanoma of penis. *J Urol*, 139:817-8, 1988.
4. OLDBRING, J.; MIKULOWSKI, P. – Malignant melanoma of the penis and male urethra. *Cancer*, 59(3):581-7, 1987.
5. MANIVEL, J.C.; FRALEY, E.E. – Malignant melanoma of the penis and male urethra: 4 case reports and literature review. *J Urol*, 139:813-16, 1988.
6. SANDERS, T.J.; VENABLE, D.D.; SANUSI, I.D. – Primary malignant melanoma of the urethra in a black man: a case report. *J Urol*, 135:1012-14, 1986.
7. BEGUN, F.P.; GROSSMAN, H.B.; DIKNO, A.C.; SOGANI, P.C. – Malignant melanoma of the penis and male urethra. *J Urol*, 132:123-6, 1984.
8. RASHID, A.M.H.; MENAI WILLIAMS, R.; HORTON, L.W.L. – Malignant melanoma of the penis and male urethra. Is it a difficult tumor to diagnose? *Urology*, 41(5):470-1, 1993.
9. BUNDRICK, W.S.; CULKIN, D.J.; MATA, J.A.; GONZALES, E.; ZITMAN, R.; VENABLE, D.D. – Penile malignant melanoma in association with squamous cell carcinoma of the penis. *J Urol*, 146:1364-5, 1991.
10. SCHELLHAMMER, P.F.; JORDAN, G.H.; ROBEY, E.L.; SPAULDING, J.T. – Premalignant lesions and non-squamous malignancy of the penis and carcinoma of the scrotum. *Urol Clin N Am*, 19(1):131-42, 1992.
11. BARNHILL, R.L.; ALBERT, L.S.; SHAMA, S.K.; GOLDENHERSH, M.A.; RHODES, A.R.; SOBER, A.J. – Genital lentiginosis: A clinical and histopathologic study. *J Am Acad Dermatol*, 22(3):453-60, 1990.