

Cisto de Rafe Mediana

Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra*, Rafael Morroni de Oliveira, Ana Flávia Moura Dias, Thomaz de Oliveira Protti

Hospital Santa Casa de Belo Horizonte - Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte
Serviço de Urologia da Santa Casa de Belo Horizonte

Correspondência*: Serviço de Urologia
4º Andar - Ala C
Avenida Francisco Sales, 1111
CEP: 30150-220
Santa Efigênia - Belo Horizonte, MG
Tel: (31) 99436-7070 / (31) 3238-8752
E-mail: rogerioscm@yahoo.com.br

Palavras-Chave: Cisto de rafe peniana, cisto de pênis, lesão peniana e tumores penianos.

RESUMO

Os cistos são massas de crescimento progressivo, mais comuns em áreas de concentração de folículo piloso denso. Relatamos o caso de um paciente com surgimento súbito de lesão de aspecto bolhoso na base da glândula peniana.

Concluímos que a exérese cirúrgica constitui na única forma eficaz e definitiva de tratamento, estando indicado em casos de aumento progressivo do volume da lesão, infecção, dor, dificuldade para a atividade sexual ou por razões estéticas.

INTRODUÇÃO

Os cistos podem ser definidos como uma massa de crescimento progressivo e ocorrem principalmente em áreas de concentração de folículo piloso denso, encontrando-se 90% em couro cabeludo e os outros 10% ocorrem em pescoço, face, tronco e extremidades⁽¹⁾. Os cistos penianos geralmente são benignos e raros⁽¹⁾. Localizam-se na porção ventral do pênis, tendo início no sulco coronal e estendendo-se até a margem do ânus⁽²⁾.

Existem muitas teorias a cerca da etiologia dessa lesão. Uma delas é devido a predisposição familiar desses cistos, sendo reconhecido um padrão autossômico dominante, que levaria à alterações na fundição do rafe médio durante a formação embrionária⁽³⁾.

MÉTODO

Foi realizada revisão bibliográfica sobre cistos de rafe mediana, nas bases de dados Pubmed, LiLACS e Scielo com os seguintes termos: “medianraphecyst”, “peniscyst”, “penileinjury” e “peniletumors”. Foram selecionados e revisados os artigos de maior relevância correspondente ao período dos anos entre 1990 e 2015. Foi realizada a descrição do caso clínico, e para a citação bibliográfica foi utilizado o software Endnote X7 for Mac. Foram seguidas todas as normas de pesquisa de acordo a legislação vigente.

RELATO DO CASO

Trata-se de um paciente com 16 anos encaminhado ao serviço de urologia do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte no dia 2 de março de 2015. À ocasião relatava surgimento súbito de lesão de aspecto bolhoso na base da glândula peniana sem relação com traumatismos locais. Negava ainda dor e corrimento uretral, assim como traumatismo sexual e histórico de doenças sexualmente transmissíveis.

Ao exame clínico, a lesão não apresentava sinais flogísticos locais, era de aspecto cístico, de conteúdo seroso, não purulento e não hemorrágico, recoberto por fina camada de tecido epitelial, com aproximadamente 2 cm de diâmetro, localizada no freio peniano.

FIGURA 1

Vista de perfil do cisto peniano.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Após discutido com o paciente sobre o provável diagnóstico optou-se pela exérese cirúrgica da lesão seguido de estudo anátomo-patológico.

O procedimento cirúrgico foi realizado ambulatorialmente, uma semana após a avaliação inicial. Realizamos uma ressecção completa e intacta do cisto, seguido de frenuloplastia com sutura em pontos separados com fio catgut 4.0.

FIGURA 2

Vista frontal com evidência do cisto no sulco balacofrênico.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Por fim, curativo oclusivo com gaze e Micropore® encerrou o ato cirúrgico que transcorreu sem anormalidades.

A peça cirúrgica foi enviada para análise patológica e os resultados entregues no dia 11 de março de 2015. Estão descritos na tabela 1.

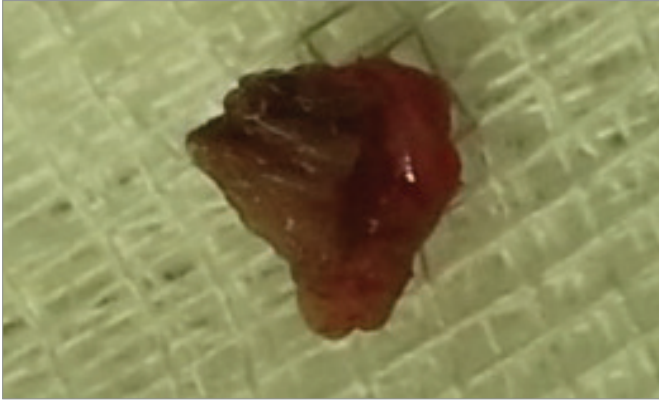
DISCUSSÃO

Embora estes cistos ocorram principalmente em zonas pilosas tais como o couro cabeludo, eles também podem desenvolver-se em zonas desprovidas de folículo como na face, pescoço e extremidades⁽⁴⁾.

Os cistos penianos são em geral, solitários, e podem desenvolver-se em tamanhos variados⁽⁵⁾. Podem ser lesões simples ou multiloculadas de conteúdo líquido. O epitélio que reveste o interior destes cistos pode conter uma ou várias camadas, de epitélio escamoso, transicional ou cuboidal, serou não queratinizado, com glândulas mucosas e até células ciliadas^(6,7).

FIGURA 3

Cisto intacto após a excisão.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

Aspecto peniano após excisão e frenuloplastia.



Fonte: Arquivo Pessoal.

Tabela 1 - Laudo das análises anatômico patológicas da peça.

MACROSCOPIA	Material de colocação pardo claro, com formato irregular e medindo 0,6x 0,5x 0,4 mm.
MICROSCOPIA	Fragmento de pele apresentando cisto revestido com tecido epitelial estratificado não ceratinizado. Ausência de atipias.
CONCLUSÃO	Os achados são compatíveis com cisto de rafe mediana.

Os cistos de rafe mediana podem ser de origem congênita ou adquirida^(5,8). Os de origem congênita decorrem de defeitos no encerramento da rafe mediana em torno da 4ª semana do desenvolvimento embrionário, através do represamento de células epidérmicas durante o processo de invaginação da pele que irá recobrir a glândula em sua porção ventral formando a uretra distal. Já na forma adquirida, traumatismos locais decorrentes de auto-manipulação sexual do falo, comum em adolescentes, ou até mesmo cirurgia de postectomia prévia podem desencadear o mecanismo para formação e desenvolvimento das lesões císticas de rafe mediana e constituem em suas principais causas nessa idade⁽⁹⁾.

O diagnóstico diferencial se faz com lesões infecciosas (cancro sífilítico, moluscos contagioso, tuberculose cutânea, vesículas herpéticas), tumorais (lipomas, esteatocitomas), outros cistos (sebáceos, epidermóides) e divertículos uretrais^(3,10).

São assintomáticos em 75% dos casos, tendo como quadro clínico mais frequente a disúria, prurido perimeato, hesitação, jato irregular, e dispareunia⁽⁹⁾. Em alguns casos pode infectar e ulcerar, sendo geralmente a *Neisseria gonorrhoeae* e *Staphylococcus aureus* os agentes implicados⁽¹¹⁾.

A remoção completa e precoce do cisto, como neste caso, impede a recidiva sendo recomendada ainda com o objetivo de prevenir complicações tais como infecções, processos inflamatórios e obstruções no meato uretral⁽¹²⁾.

A sua exérese cirúrgica também constitui na única forma eficaz e definitiva de tratamento, estando indicado em casos de aumento progressivo do volume da lesão, infecção, dor, dificuldade para a atividade sexual ou por razões cosméticas^(13,14). A simples marsupialização ou aspiração pode provocar recidiva e resultados cosméticos pouco satisfatórios⁽¹⁵⁾.

CONCLUSÃO

Sabe-se que a excisão precoce e completa é recomendada para prevenir complicações e recidivas.

REFERÊNCIAS

1. Stevens W. Siegel—Anatomy and Embryology. In: Stewart's Operative Urology 2º edition 1989: 454-78.
2. Cadilhe J, et al . Quistos de inclusão penianos. Acta Urológica Portuguesa. 2000; 3: 81-83.
3. Madan S and Joshi R. Trichilemmal Cyst of the Penis in a Paediatric Patient. Sultan Qaboos Univ Med J. 2015; 15(1): e129–e132.
4. James WD; Berger TG; Elston DM. Andrews' Diseases of the Skin: Clinical dermatology. Philadelphia, Pennsylvania, USA: Elsevier Inc ; 2011; 11th ed. : 668–9.
5. CORMIO, L. Et al. Epidermoid cyst of the coronal sulcus mimicking penile cancer: a case report. Journal of Medical Case Report; 2014; 8: 179.
6. C. Pellice i Vilalta, J. Luelmo i Aguilar: Quistes del rafe medio (prepucio y perine). Sucinta aportacion. Actas Urol Esp 1997; 21: 803-805.
7. VALERIO, E; CUTRONE, M. Split median raphe: case series and brief literature review. Pediatric Dermatology. 2014; 31(6): e136–e139.
8. S. Kogan, Y. Arakaki, M. Matsuoka and c. Ohyama: Parametatal urethral cysts of the glans penis. Br J Urol 1990; 65: 101-103.
9. Khanna S: Epidermoid cysts of the glans penis. Eur Urol 1991; 19: 176-177.
10. Claudy Al, Dutoit M, Boucheron S: Epidermal and urethroid penile cyst. Acta Derm Venereol (Stockh), 1991; 70: 61-62.
11. Altemus, A. R. and Hutchins, G. M.: Development of the human anterior urethra. J. Urol. 1991; 146: 1085
12. Samuel Little, JR., Michael A. Keating and Richard C. Rink: Median raphe cysts of the genitalia. J. Urol., 1992; 148: 1872-1873.
13. Rosales A, Vicent RJ: Cirugia endoscópica del cuello y uretra (II/I Embriología). Tratado de Endo-Urología. Dr. J. Vicente. Ed Pulso, Barcelona 1996; 6: 424.
14. V. Menendes Lopez, R. Funez, G. Osman, M. Lopez Almansa, E. Garcia: Quistes de rafe medio. Actas Urol Esp 1997; 21: 800-802.
15. E. Peyri, J. Paga, X. Mira, M. Martinez, B. Sanmarti: Quistes parametatales del pene. Actas Urol Esp 1998; 22: 875-877.