

Plástica Total do Pênis no Tratamento de Doença de Paget Extramamária

Aline Morais Moreira¹, Cecília Almeida e Amaral Faria¹, Bárbara Carmita da Silva Silveira¹, Tieme Goecking Hanaoka¹, Denise Sena Veloso², Denny Fabrício Magalhães Veloso^{2*}.

Universidade Federal de São João Del-Rei - Campus Centro-Oeste em Divinópolis

1) Acadêmicas de Medicina da Universidade Federal de São João Del-Rei - Campus Centro-Oeste em Divinópolis, MG.

2) Professores da Universidade Federal de São João Del-Rei - Campus Centro-Oeste em Divinópolis, MG.

Correspondência*: Av. Getúlio Vargas, 840
8º Andar, Centro
Divinópolis, MG
CEP: 35500-024
E-mail: denny@ufsj.edu.br

RESUMO

A Doença de Paget extra mamária (DPEM) é uma afecção incomum no pênis e o tratamento cirúrgico é uma das principais opções terapêuticas. Este trabalho descreve o tratamento desta doença em paciente de 87 anos submetido à ressecção ampla da pele acometida e demonstra um tipo de reconstrução, num segundo tempo, com retalho cirúrgico. Este tipo de retalho utilizado pode ser útil em outras afecções penianas em que haja extensa perda cutânea.

INTRODUÇÃO

A Doença de Paget caracteriza-se por um adenocarcinoma de crescimento lento das glândulas apócrinas, que pode se apresentar de forma primária ou acompanhar outras neoplasias malignas.¹ Sua incidência é baixa, cerca de 0,11 por 100.000 pessoas/ano, com maior acometimento no sexo feminino.²

O diagnóstico definitivo requer biópsia da lesão suspeita que geralmente é indicada após falha terapêutica de afecções fúngicas ou outras causas de dermatite. A prevalência baixa faz com que não haja uma opção de tratamento bem estabelecida. O objetivo deste trabalho é fazer uma revisão de literatura e apresentar os resultados de uma opção terapêutica cirúrgica para a DPEM no pênis.

RELATO DE CASO

O senhor A.R. de 87 anos, leucodérmico, com diagnóstico de DPEM em biópsia incisional no pênis após tratamento clínico por 6 meses, foi referenciado para serviço de Uro-Oncologia. A lesão se caracterizava por placa eritematosa, descamativa, não furfurácea, não pruriginosa atingindo toda a pele do corpo peniano e ainda, contiguamente, uma área pubiana de 3x3 cm (Fig. 1-a). O paciente foi submetido à ressecção completa da lesão com margem de 1cm e sutura primária da ferida cirúrgica. A glândula foi exteriorizada lateralmente, por contra-incisão, em trajeto superficial no tecido subcutâneo com cuidado de dissecar este espaço mantendo-se a espessura de 1 cm de gordura (Fig. 1-b,c). Foi mantido cateter vesical de demora 16 Fr por 7 dias, mas devido a episódio de retenção urinária, um novo cateter foi mantido por mais 3 semanas. Após quatro meses, foi realizada a reconstrução do pênis com retalho do tecido subcutâneo que envolveu o corpo peniano (Fig. 2-a, b,c). A largura do retalho foi obtida a partir da medida da circunferência da glândula, com acréscimo de 50% desta medida em função da espessura do tecido celular subcutâneo. O comprimento do retalho foi obtido com incisão a partir da glândula até a base do pênis, cobrindo toda a sua extensão. É importante ressaltar o sucesso do retalho depende

da espessura do tecido subcutâneo definida no primeiro ato operatório, como 1 cm. Não houve recidiva local no acompanhamento pós-operatório atual depois de 3 anos.

DISCUSSÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A busca na base de dados PubMed encontrou 17 artigos com os termos Extra mammary, Paget disease; Penile disease e Reconstructive surgical procedures. A DPEM é considerada um adenocarcinoma de crescimento lento das glândulas apócrinas de ocorrência mais comum na vulva, na região perianal, no escroto, no pênis e na axila e mais comum em indivíduos brancos com idade entre 45 e 75 anos. A DPEM de localização escrotal e peniana tem um início mais tardio, como no caso relatado.^{1,3}

As lesões são insidiosas, de curso indolente, inespecíficas, multifocais, surgem como placas eritematosas bem circunscritas, leucoplasias, máculas hiperpigmentadas ou hipopigmentadas. Crostas, descamação, ulceração e sangramento podem ser observados. A maioria dos pacientes apresenta prurido e cerca de 10% são assintomáticos.² Devido à apresentação clínica, a DPEM penoscrotal pode ser diagnosticada erroneamente como eczema penoscrotal ou dermatite.³ Neste caso clínico, o diagnóstico foi conclusivo após 6 meses de tratamento ao se indicar biópsia.

Ocasionalmente, as lesões invadem a derme com potencial para metástase à distância e pior prognóstico.² A suspeita de doença invasiva ocorre ao se perceber nódulos duros, massas palpáveis ou linfadenopatia. Em função disso, a ressecção cirúrgica tem sido o tratamento de escolha, reservando para segunda linha as alternativas de radioterapia, a quimioterapia, laser ou creme Imiquimod.^{1,4,5,6}

A amputação do pênis interfere gravemente na qualidade de vida e não propicia melhores resultados que a ressecção cutânea.⁷ De modo que a técnica apresentada neste trabalho permitiu a ressecção completa com bons resultados estéticos sem recorrência no médio prazo.

Nos últimos anos, os principais métodos para a reconstrução de defeitos penoescrotais após a excisão local, com margem idealmente de 1 cm, incluem enxerto de pele de espessura parcial, retalhos escrotais locais, retalhos rotatórios e fechamento primário.^{3,8} Os defeitos da pele penoscrotal no pós-operatório podem ser tratados com várias opções cirúrgicas, dependendo do tamanho do defeito da pele. O fechamento direto da ferida é a melhor escolha para pequenos

defeitos, como a doença de Paget no escroto. Para defeitos de tamanho intermediário, em que a síntese primária não seja viável, podem ser usados retalhos de pele locais, incluindo retalhos de rotação e retalhos de transposição. Para grandes defeitos da pele, como no caso em questão, podem ser usados retalhos radiais ou a técnica descrita neste trabalho.^{9,10}

Os retalhos cirúrgicos são importantes para a viabilidade funcional da genitália masculina. O domínio técnico do especialista permite não apenas o tratamento de doença rara, mas pode fazer parte do arsenal terapêutico-cirúrgico em trauma genital ou mesmo nas infecções, como na Gangrena de Fournier. O tratamento da Gangrena de Fournier baseia-se, dentre outros fatores, na abordagem cirúrgica com manejo complexo e, muitas vezes, demanda desbridamento extenso. O emprego de retalhos pode ser uma alternativa nesses casos.⁴

CONCLUSÃO

Para o caso clínico apresentado, a técnica empregada neste trabalho mostrou ser a mais adequada dentre as diversas opções na literatura. A ressecção ampla minimiza os riscos de disseminação da doença, com efeito em melhor prognóstico. Por outro lado, isto poderia comprometer os aspectos funcionais e estéticos da genitália, o que foi atenuado pelo retalho descrito. Esta reconstrução também poderia ser útil em outras afecções com grandes ressecções genitais de ordem traumática ou infecciosa.

FIGURA 1

Doença de Paget Extra mamária (a) com ressecção ampla (b) e síntese primária com tunelização de corpo cavernoso e exteriorização da glândula a esquerda (c).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Retalho (a) para reconstrução genital de ampla ressecção em caso de Doença de Paget Extra mamária, com resultado estético imediato (b) e duas semanas após a cirurgia (c).



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS

1. Lorenzo, RS; Ruíz, GM; Vega, CM. Revisión de la literatura sobre la enfermedad de Paget extra mamaria primaria en escroto: a propósito de un caso. *Revista argentina de dermatología*. 2018 [acesso em 2019 jun 05]; 99(4)[4] Disponível em: www.rad-online.org.ar
2. St. Claire, K., Hoover, A., Ashack, K., & Khachemoune, A. Extra mammary Paget disease. *Dermatology Online Journal*. 2019 [acesso em 2019 jun 05]; 25(4)[12]. Disponível em: www.escholarship.org
3. Chen Q, Chen YB, Wang Z, Cai ZK, Peng YB, Zheng DC, Ma LM, Yao HJ, Zhou J. Penoscrotal extra mammary Paget's disease: surgical techniques and follow-up experiences with thirty patients. *Asian journal of andrology*. 2013 [acesso em 2019 jun 05]; 15(4): 508–512. Doi:10.1038/aja.2013.27
4. Mehl AA, Filho DCN, Mantovanill LM, Grippall MM, Berger R, Krauss D, et al. Manejo da gangrena de Fournier: experiência de um hospital universitário de Curitiba. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2010 [acesso em 05 de junho de 2019]; 37(6)[6]. Doi: 10.1590/S0100-69912010000600010
5. Wells MJ, Taylor RS. Mohs Micrographic Surgery for Penoscrotal Malignancy. *The Urologic Clinics of North America*. 2010 [acesso em 05 de junho de 2019]; 37(3):403-409. Doi:10.1016/j.ucl.2010.04.012
6. Peng X, Qian W, Hou J. 5-aminolevulinic acid (5-ALA) fluorescence-guided Mohs surgery resection of penile-scrotal extra mammary Paget's disease. *IRCA-BSSA*. 2017. 11(5):595-599. Doi:10.5582/bst.2017.01224.
7. Lili L, Wang C, Wei M, Huang Q, Wei L, Pan N, et al. Mohs micrographic surgery combined local flaps in treatment of EMPD: A retrospective case. *Wiley [Internet]*. 20 jul. 2018; 31(5):1-4. Doi:10.1111/dth.12663.
8. Lloyd J, Flanagan AM. Mammary and extra mammary Paget's disease. *Journal of Clinical Pathology*. 2000; 53:742-749. [acesso em 2019 jun 24]. Doi: 10.1136/jcp.53.10.742
9. Xu XY, Shao N, Qiao D, Li Q, Yin JC, Hua LX, et al. Reconstruction of defects in 11 patients with penile Paget's diseases with split-thickness skin graft. *International Urology And Nephrology*. 2013 [acesso em 2019 jun 24]. 45(2):413-420. Doi: 10.1007/s11255-013-0396-0.
10. Ahn DK, Kim SW, Park SY, Kim YH. Reconstructive Strategy and Classification of Penoscrotal Defects. *Elsevier BV. Urology*. 2014 [acesso em 2019 jun 24]. 84(5):1217-1222. Doi: 10.1016/j.urology.2014.06.023