

Abordagem Cirúrgica de Linfedema Genital Masculino: Relato de Caso

João Roberto Farias de Souza¹, Thiago Zeraik Sampaio Lustosa², Thiago Assis Lisboa³, Diego Estevam Gomes Oliveira⁴, Marcus de Oliveira², Antônio Peixoto de Lucena Cunha^{*5}

Hospital Universitário Ciências Médicas - HUCM
Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG, Belo Horizonte - MG

- 1) Acadêmico de Medicina da FCMMG
- 2) Residente de Urologia do HUCM
- 3) Cirurgião Plástico; Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCM; Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
- 4) Urologista; Preceptor do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia
- 5) Urologista; Mestre; Professor de Urologia da FCMMG; Coordenador do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

Correspondência*: Rua Espírito Santo, 1204
Salas 905/907
CEP 30.160-031
Lourdes
Belo Horizonte, MG
antoniopexoto.urologia@gmail.com

RESUMO

Antecedentes: O linfedema genital é uma doença rara, associada a intensas repercussões físicas, psicológicas e sociais. A terapêutica cirúrgica é desafiadora. **Apresentação do caso:** Reporta-se um paciente masculino, 70 anos, com linfedema genital idiopático, submetido a intervenção cirúrgica. Foi realizado ressecção do tecido acometido e escrotoplastia com retalho póstero-lateral de pele escrotal e cobertura do corpo peniano com enxerto parcial de pele. **Conclusões:** A funcionalidade do paciente, bem como a sua qualidade de vida melhorou significativamente.

Palavras-chave: Linfedema. Genitália Masculina. Urologia.

CONTEXTO

O linfedema genital (LG) é uma doença rara, cuja fisiopatologia envolve o comprometimento das cadeias linfáticas inguinais, acúmulo de linfa no subcutâneo e resposta inflamatória local crônica.¹ É classificado em primário (idiopática ou

congenito) ou secundário (obstrutivo) a trauma, radioterapia, infiltração maligna ou infeccioso.²

A abordagem de LG grave envolve, comumente, a cirurgia, que se comporta como plano terapêutico paliativo ou curativo.³ Desta forma, o objetivo desse trabalho é apresentar um procedimento cirúrgico urológico e restaurador.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 70 anos, procedente de região não endêmica de filariose, avaliado pela clínica urológica no Hospital Universitário Ciências Médicas. Relatou LG de crescimento progressivo há 04 anos. Observava-se linfedema escrotal com dimensões de 30 cm x 30 cm x 20 cm, com desvio do corpo do pênis, flácido, para direita, sem visualização da glândula. A pele da região genital apresentava-se endurecida e os testículos não palpáveis (Figura 1 A). Não apresentava ereção e a higienização local era difícil. A propedêutica para filariose foi negativa. Ultrassonografias de abdome e pelve

não demonstraram alterações.

Na abordagem cirúrgica, o paciente foi posicionado em litotomia e sondagem vesical de demora com Folley nº 14 de silicone feita. Procedeu-se à inguinotomia bilateral, com exploração pela dissecação em planos. Assim, identificou-se os cordões espermáticos, que foram reparados e os testículos foram expostos. Realizou-se a incisão semicircular suprapúbica com dissecação, em planos, até o corpo do pênis ao nível da fáscia de Buck e exposição do mesmo. A pele do pênis foi removida a partir de 1 mm da coroa da glande (Figura 1 B).

Seguiu-se com exérese do excesso de pele peno-escrotal, em bloco, por meio da extensão da incisão ao nível da região perineal (Figura 1 C). Realizou-se com uma incisão transversal na pele remanescente suprapúbica com exteriorização e fixação do pênis. Na junção peno escrotal, a sutura foi mantida com pequena folga com objetivo de prevenir qualquer contração em forma de anel na base do pênis.

A orquipexia foi realizada, em posição cranial, para evitar torção testicular. A escrotoplastia foi realizada a partir da pele póstero-lateral do escroto, sendo a linha de sutura posicionada na linha média. A cobertura do pênis foi realizada com enxerto de pele espessura parcial retirado da região anterior da coxa direita, fixado com suturas na região dorsal do corpo e circular na glande (Figura 1 D). Concluiu-se com a aposição de um dreno portovac na nova bolsa escrotal. Ao realizar o curativo, manteve-se o pênis em posição horizontal, no plano axial.

Na manhã do 5º dia pós operatório (DPO), observou-se pequeno hematoma sob enxerto, em região dorsal, do corpo do pênis. Porém, a ferida apresentava-se com bom aspecto. O dreno portovac foi retirado no 8º DPO, sem débito significativo nas últimas 24 horas. O enxerto no corpo peniano apresentou integração total, sem apresentar sinais inflamatórios ou infecciosos. Na área doadora do enxerto, observava-se epitelização. Havia uma pequena deiscência do retalho, em região lateral direita, da base do pênis, com eliminação discreta de secreção sero-sanguinolenta.

No 9º DPO o paciente recebeu alta hospitalar e programação de retornos em 7 e 30 dias. A sonda vesical de demora foi mantida até o 16º DPO (primeiro retorno ambulatorial).

No 71º DPO apresentou estenose de meato uretral, sendo dilatado com Benique (Figura 2 A). Relatou não ter ereção espontânea e apresentava controle miccional satisfatório. Observava-se cicatrizes discretas em inguinotomias bilateral e rafe mediana. Os testículos eram palpáveis e indolores (Figura 2 B e C). O paciente ganhou velocidade de marcha. A análise

histopatológica do prepúcio e glande confirmou linfedema e revelou lesão intra epitelial associada ao Papiloma vírus humano. A hipótese diagnóstica foi de LG idiopático.

DISCUSSÃO

O LG é uma doença crônica associada a repercussões físicas e psicossociais. O curso da doença envolve disfunção erétil e miccional, dificuldade de deambulação, perda da capacidade laboral e reclusão social.⁴ Por se tratar de uma afecção pouco prevalente, a possibilidade e capacidade de tratamento restringe-se a equipes de grandes centros.

O tratamento cirúrgico ablativo objetiva, a plástica genital, tempo livre de doença e evitar a recorrência.⁵ Diferentes procedimentos foram propostos, sendo a ressecção completa do tecido acometido, com preservação dos cordões espermáticos e testículos, seguido de enxertia de pele parcial no pênis e escrotoplastia a partir pele escrotal póstero-lateral uma estratégia que assegura bom resultado funcional e estético, como descrito na apresentação do caso.⁶⁻⁷ Optou-se pela sutura dos retalhos na linha mediana simulando a rafe mediana do períneo, conferindo aspecto final mais natural e anatômico.⁷

A escrotoplastia com uso da pele póstero-lateral do escroto é viável, porque a pele dessa região, geralmente, possui drenagem vascular e linfática colateral. Além disso, tem como vantagem: preservação do mecanismo termoregulatório e tecnicamente é mais simples e rápido de ser realizado.^{4,7-8}

A utilização de enxerto pele parcial na cobertura do pênis, do paciente apresentado, favoreceu resultado estético e funcional satisfatório ao mimetizar o tecido primário. A manutenção de pele residual comprometida, nessa região, pode ocasionar o aparecimento de deformidade desfigurante circular na proximidade da glande.⁶⁻⁸

A recuperação do paciente, depende da etiologia do linfedema e das comorbidades do paciente. No caso relatado o paciente teve alta relativamente precoce, o que não se espera de acordo com a literatura.^{4,7-8}

CONCLUSÕES

Ao avaliar a subjetividade e a satisfação do paciente, a abordagem cirúrgica representou uma possibilidade terapêutica adequada. A funcionalidade do paciente, bem como a qualidade de vida melhorou de forma significativa.

FIGURA 1

A) Pré - operatório. B) Reparo de cordões espermáticos e dissecação do tecido acometido pelo linfedema C) Peça cirúrgica D) Aspecto pós operatório mediato



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

A) Estenose de meato uretral e aspecto cicatricial de rafe escrotal B) Pós-operatório tardio em visão frontal C) Pós operatório tardio em visão oblíqua, observa-se área doadora de enxerto (coxa direita) com bom aspecto



Fonte: Arquivo Pessoal.

LISTA DE ABREVIATURAS

LG – Linfedema genital

DPO – Dia pós operatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wisenbaugh, E., Moskowitz, D., & Gelman, J. Reconstruction of Massive Localized Lymphedema of the Scrotum: Results, Complications, and Quality of Life Improvements. *Urology*. 2018;112:176–180.
2. Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(6):1009-1020.
3. Kung TA, Champaneria MC, Maki JH, Neligan PC. Current Concepts in the Surgical Management of Lymphedema. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(4):1003e-1013e.
4. Aulia I, Yessica EC. Surgical management of male genital lymphedema: A systematic review. *Arch Plast Surg*. 2020;47(1):3-8
5. Apesos J, Anigian G. Reconstruction of penile and scrotal lymphedema. *Ann Plast Surg*. 1991;27(6):570-573.
6. Lobato RC, Zatz RF, Cintra Junior W, et al. Surgical treatment of a penoscrotal massive localized lymphedema: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;59:84-89.
7. Dandapat MC, Mohapatro SK, Patro SK. Elephantiasis of the penis and scrotum. A review of 350 cases. *Am J Surg*. 1985;149(5):686-690.
8. Salako AA, Olabanji JK, Oladele AO, Alabi GH, Adejare IE, David RA. Surgical Reconstruction of Giant Penoscrotal Lymphedema in Sub-Saharan Africa. *Urology*. 2018;112:181-185