

Adenocarcinoma de Próstata com Rara Metástase Peniana: Relato de Caso

Guilherme Bruno Fontes Vieira*¹, Ezequiel Aguiar Parente¹, Everaldo Moura Santos², Fábio Távora³, Rafael Silva Guimarães², Francisco José Cabral Mesquita²

Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE

1. Residência Médica em Urologia da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE, Cirurgia Geral pelo Hospital Geral Dr. César Cals
2. Serviço de Urologia da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza, Fortaleza, CE
3. Laboratório Argos Patologia, Fortaleza, CE.

Correspondência*: Rua das Carnaúbas, 351
AP 507, Bloco Acácia
Condomínio Reserva Passaré I
Fortaleza, CE
CEP: 60743780
guilhermebrunofv@gmail.com

RESUMO

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comumente diagnosticado em homens. A história familiar e a origem étnica estão associadas a um aumento da sua incidência. O seu diagnóstico geralmente é suspeitado com base nos níveis de PSA ou alteração do exame do toque retal. Embora o pênis possua uma rica vascularização, a disseminação de metástase do adenocarcinoma de próstata para o pênis é rara. O presente trabalho apresenta um caso de câncer de próstata com história familiar positiva, que evoluiu com metástase rara para a glândula peniana.

Paciente masculino, 57 anos, com história familiar de neoplasia de próstata. Apresentava PSA e toque retal alterados, sendo submetido à biópsia de próstata, confirmando diagnóstico de adenocarcinoma. Após cerca de 1 ano de acompanhamento, retorna com quadro de resistência à castração hormonal e com o surgimento de lesões penianas sólidas em glândula. Indicado biópsia de lesão em glândula com histopatológico compatível com neoplasia maligna pouco diferenciada e com perfil imunohistoquímico compatível com lesão primária de próstata.

Embora a literatura evidencie que a disseminação hematogênica mais comum do câncer de próstata seja para os ossos, nos deparamos com um caso que evoluiu com metástase rara para a região peniana. Dessa forma, busca-se por meio deste estudo, contribuir para o entendimento dessa rara possibilidade de metástase do câncer de próstata para o pênis e contribuir para a construção de novos estudos com este cenário.

Palavras-chave: adenocarcinoma de próstata, metástase, pênis

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comumente diagnosticado em homens. A história familiar e a origem étnica estão associadas a um aumento da incidência de câncer de próstata, sugerindo um fator genético de predisposição¹. Dessa forma, idade, etnia afro-americana e história familiar são fatores de risco estabelecidos para o câncer de próstata².

O diagnóstico do câncer de próstata geralmente é suspeitado com base nos níveis de PSA ou na alteração do exame do toque retal. Contudo, o diagnóstico definitivo depende da verificação histopatológica de adenocarcinoma em biópsia da próstata¹.

As metástases penianas são uma apresentação rara, sendo que os tumores primários pélvicos são as origens mais comuns das metástases para o pênis e ocupam, em ordem decrescente, os tumores primários de bexiga, próstata, retossigmoide, rins e testículos^{3,4,5}.

Dessa forma, o presente trabalho tem por objetivo, apresentar um caso raro de câncer de próstata que evoluiu com metástase atípica em glândula peniana.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, branco, 57 anos, acompanhado no serviço de Urologia de um hospital terciário de Fortaleza-CE, desde 2019. Deu entrada inicialmente com quadro de sintomas do trato urinário inferior (jato urinário fraco, noctúria, esvaziamento incompleto e polaciúria) e com história familiar positiva para neoplasia de próstata (pai com histórico de neoplasia de próstata).

Ao exame, apresentava toque retal com próstata maior que 80 gramas, endurecida, com nódulo em base direita (estágio clínico T2a). Durante a investigação, realizou PSA (antígeno prostático específico), com resultados de PSA total de 25,02 mg/dL e PSA livre de 4,77 mg/dL. Diante do quadro de PSA e toque retal alterados, procedeu-se com a realização de biópsia prostática.

Após realização de biópsia, foi confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma de próstata, sendo positivo em 11 de 12 fragmentos coletados e com graduação histológica de Gleason 9 (4 + 5). Em vista de um câncer de próstata inicialmente localizado e de alto risco, e pela recusa de tratamento cirúrgico pelo paciente, foi decidido em conjunto com a Oncologia Clínica e com a Radioterapia por realizar tratamento com radioterapia (37 sessões com dose de 74 Gy) e hormonioterapia.

Após cerca de 1 ano de acompanhamento com a Oncologia Clínica e com a Radioterapia, o paciente retorna ao ambulatório de Urologia com quadro de resistência à castração hormonal, apresentando elevação de PSA total para 64,4 mg/dL, além de persistir com sintomas urinários obstrutivos. Nesse momento, ao exame físico, apresentava pênis e bolsa escrotal edemaciados, além de um novo achado de lesões penianas em glândula de aspecto sólido e infiltrativo (figura 1A

e 1B). Indicado, nesse momento, ressecção transuretral de próstata via endoscópica para alívio dos sintomas urinários obstrutivos; castração cirúrgica com orquiectomia bilateral, além de biópsia de lesão de glândula peniana.

O estudo histopatológico do material extraído da ressecção endoscópica de próstata demonstrou carcinoma de próstata pouco diferenciado, com citoplasma amplo, compatível com tratamento com hormonioterapia, e o estudo histopatológico dos testículos demonstrou atrofia testicular moderada.

A histopatologia da lesão em glândula evidenciou neoplasia maligna pouco diferenciada (figura 2A), com necessidade de estudo imunoistoquímico para definição de histogênese. O perfil imunoistoquímico (figuras 2B e 2C), em conjunto com os achados morfológicos, foi consistente com adenocarcinoma pouco diferenciado (Gleason 5 + 4), metastático em glândula peniana e com PSA positivo, compatível com lesão primária em próstata.

DISCUSSÃO

Quanto ao estágio clínico, o estágio T refere-se aos achados do toque retal, sendo que os achados de imagem locais não são considerados na classificação TNM. O estágio clínico T2, por exemplo, refere-se ao tumor confinado à próstata, sem extensão através da cápsula. Quanto às metástases, elas podem ocorrer para linfonodos regionais (estágio N1), para linfonodos não regionais (estágio M1a), para ossos (M1b) ou outros sítios à distância (M1c). No que se refere à disseminação hematogênica do câncer de próstata, os ossos são o local mais comum de metástase¹.

Observamos que as metástases para as regiões da pele, prepúcio ou glândula peniana são bem menos comuns, uma vez que as metástases penianas estão geralmente localizadas no corpo cavernoso. Ao contrário, o carcinoma de células escamosas (CEC) primário de pênis começa na pele e comumente ocorre na glândula do pênis^{2,4}.

As possíveis formas de disseminação do tumor primário para o pênis são extensão direta, implante por instrumentação transuretral, embolização arterial e fluxo venoso ou fluxo linfático retrógrados^{2,3,4,6}. Embora o pênis possua uma rica vascularização, a disseminação de metástase do adenocarcinoma de próstata para o pênis é rara^{2,4,6}.

Quanto ao quadro clínico das metástases penianas são observados dor peniana, ulceração, nódulo peniano palpável, priapismo, ereção dolorosa, retenção urinária, disúria e hematuria^{2,4}. Mas para confirmação diagnóstica faz-se necessário o

uso da biópsia da lesão peniana e uso da imunoistoquímica para identificação de antígenos expressos pelo tumor^{4,5,6}.

Neste cenário, as alternativas de tratamento para o adenocarcinoma de próstata com metástase peniana, que dependem do estado geral do paciente, incluem excisão local do tumor, radioterapia, orquiectomia bilateral, terapia hormonal e / ou quimioterapia e amputação parcial ou total do pênis^{2,3,6}. A penectomia parcial ou total pode ser realizada em pacientes não responsivos ao tratamento paliativo, com ulcerações, secreções irritantes, priapismo ou dor incontrolável^{2,4,6}.

Recomenda-se tratamento sistêmico para doença metastática da próstata com terapia de privação androgênica para alívio de sintomas e redução do risco de potenciais sequelas de doença avançada¹. Os análogos de LHRH (hormônio liberador do hormônio luteinizante) e a orquiectomia são considerados tratamento de primeira linha no tratamento do câncer de próstata metastático¹.

O manejo de pacientes com metástases penianas de carcinoma da próstata deve focar na melhoria da qualidade de vida, com tratamento paliativo, uma vez que representam mau prognóstico e geralmente apresentam doença disseminada^{2,3,4,6}.

Nesse contexto, apresenta-se um caso de câncer de próstata localizado de alto risco, com história familiar positiva em parente de primeiro grau para a referida neoplasia, mas sem etnia típica, sendo tratado inicialmente com radioterapia e hormonioterapia. Nesse cenário, a literatura traz como recomendação forte o tratamento com radioterapia, associado à terapia de privação hormonal por longo período, em casos de câncer de próstata localizado de alto risco¹.

Embora a literatura evidencie que a disseminação hematogênica mais comum do câncer de próstata seja para os ossos, nos deparamos com um caso que evoluiu durante o acompanhamento com metástase rara para a região peniana. As metástases do câncer de próstata para o pênis são geralmente localizadas no corpo cavernoso, mas ao contrário disso, encontramos um caso com localização bem menos comum, na glândula peniana.

Assim como na literatura, a biópsia da lesão peniana foi a base do diagnóstico, sendo a imunoistoquímica necessária para a confirmação do sítio primário de metástase. O tratamento instituído para o caso em questão, no contexto do achado de metástase peniana, seguiu a perspectiva paliativa, com alívio de sintomas urinários obstrutivos, com a realização de ressecção transuretral de próstata; castração cirúrgica com

orquiectomia bilateral e preservação do pênis, sem a necessidade de penectomia.

CONCLUSÃO

Observamos, durante o caso, a importância e a necessidade de se tratar um câncer de próstata, inicialmente localizado de alto risco e que progrediu para o cenário metastático e resistente à castração, através de uma equipe multidisciplinar.

Nesse contexto, faz-se necessário o acompanhamento e tratamento longitudinal, adaptado ao cenário dos grupos de risco de gravidade e à possibilidade de progressão do câncer de próstata.

Dessa forma, busca-se por meio deste estudo, contribuir para o entendimento dessa rara possibilidade de metástase do câncer de próstata para a região peniana e contribuir para a construção de novos estudos com este cenário.

FIGURA 1A

Lesão sólida e infiltrativa em glândula peniana.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 1B

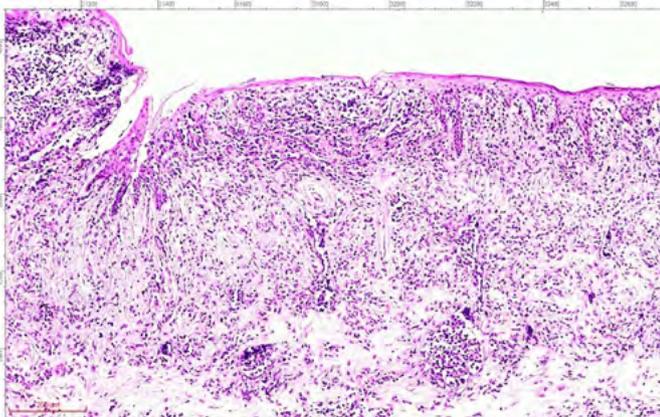
Lesão sólida e infiltrativa em glânde peniana.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2A

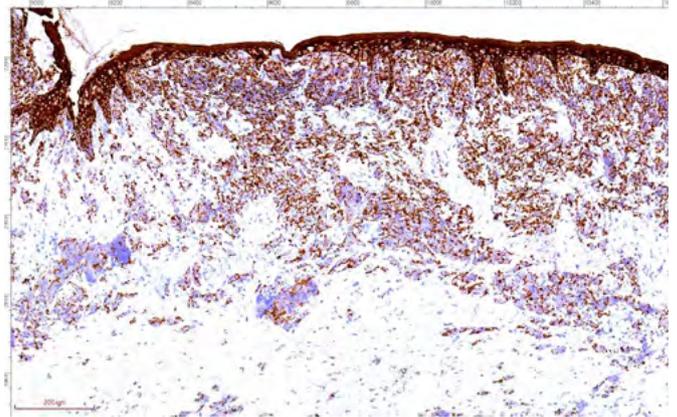
Imagem microscópica (coloração hematoxilina e eosina) mostrando características sugestivas de adenocarcinoma pouco diferenciado, subjacente a mucosa escamosa da glânde peniana (aumento de 100x, barra de 200uM).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2B

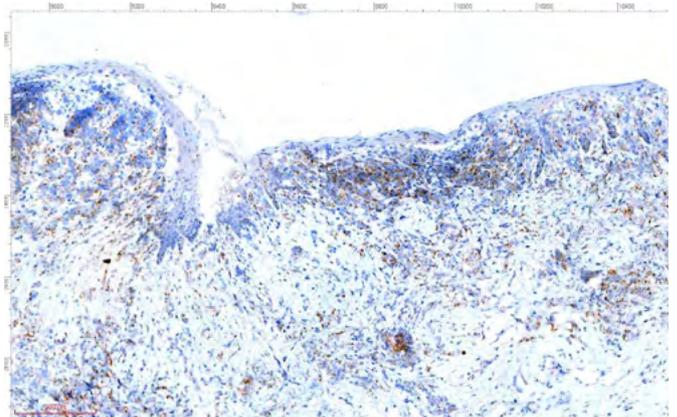
Estudo imunoistoquímico com coquetel de queratina (clone AE1/AE3) mostra positividade intensa em epitélio escamoso e neoplasia, confirmando natureza epitelial do tumor (aumento de 100x, barra de 200uM).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2C

Estudo imunoistoquímico com PSA confirma natureza prostática da neoplasia, de padrão citoplasmático em células neoplásicas, (aumento de 100x, barra de 200uM).



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mottet N, Cornford P, Van Den Bergh RCN, Briers E, De Santis M, Gillessen S, et al. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-SIOG Guidelines on Prostate Cancer. Eur Assoc Urol. 2020; 1-182.
2. Wong HL, Shi H, Koh LT. Solitary metastasis to the penis from prostate adenocarcinoma - a case report. J Radiol Case Rep. 2019 Dez; 13 (12): 20-28.
3. Nason GJ, O'reilly MK, Long RM, Ingoldsby H, Barrett C, O'malley KJ. A presentation of glandular penile metastases from prostate adenocarcinoma. Scand J Urol Nephrol. 2012 Abr; 46: 306-309.
4. Macedo PVO, Romero FR, Silva FS. Metástases penianas: relato de dois casos e revisão da literatura. Urominas 2019 Mar; 6.
5. Ellis CL, Epstein JI. Metastatic Prostate Adenocarcinoma to the Penis: a series of 29 cases with predilection for ductal adenocarcinoma. Am J Surg Pathol. 2015 Jan; 39 (1): 67-74.
6. Philip J, Mathew J. Penile metastasis of prostatic adenocarcinoma: Report of two cases and review of literature. World J Surg Oncol. 2003 Set; 1(16).