

Linfadenectomia Inguinal Bilateral Laparoscópica Assistida por Robô em Paciente com Câncer de Pênis Invasivo e Linfonodos Clinicamente Negativos – Relato de Caso

Matheus N. M. Reis^{1*}, Julia P. Vaz², João V. Ferreira², Laura L. Oliveira², Paulo B. O. Arantes³, Pedro R. Castro³

1) Urologista no Orizonti Instituto Oncomed de Saúde e Longevidade

2) Acadêmica de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano

3) Urologista no Hospital Madre Teresa,

Correspondência*: Tel.: +55 31 98313-1139
matheus.nister@gmail.com

RESUMO

A linfadenectomia inguinal bilateral é considerada a mais importante intervenção com finalidade diagnóstica e terapêutica para pacientes com câncer de pênis invasivo. A abordagem minimamente invasiva surge com o intuito de reduzir a morbidade perioperatória.

O presente relato de caso retrata a eficácia e a segurança na realização da linfadenectomia inguinal bilateral laparoscópica assistida por robô em um paciente com linfonodos clinicamente negativos (cN0).

Palavras-Chave: Relato de caso, câncer de penis, linfadenectomia robótica, mínimamente invasivo.

INTRODUÇÃO

A neoplasia invasiva de pênis corresponde a menos de 1% de todos os tumores malignos na Europa e Estados Unidos, enquanto nos países em desenvolvimento a prevalência atinge aproximadamente 10% desses casos.^[1] O comprometimento ganglionar regional é o principal fator prognóstico da doença, com impacto na sobrevida do câncer específica.^[2]

A linfadenectomia inguinal é a intervenção mais importante com finalidade diagnóstica e terapêutica. Deve ser

considerada mesmo na ausência de acometimento linfonodal (cN0), [1] cujo risco de micrometástases, neste cenário, pode chegar a 25%.^[4]

Classicamente, a via aberta é considerada o padrão ouro, entretanto, a proporção de procedimentos realizados é muito baixa, a despeito das indicações.^[3,5] O fator limitante preponderante é a elevada morbidade perioperatória.^[1] O desenvolvimento das técnicas minimamente invasivas permitiu a redução de necrose do retalho, linfedema grave e infecção com necessidade de intervenção cirúrgica.^[1] São caracterizadas, ainda, por menor dor pós-operatória, volume de sangramento e tempo de internação.^[1,3]

O presente estudo retrata a eficácia e a segurança na realização da linfadenectomia inguinal bilateral laparoscópica assistida por robô em um paciente com linfonodos clinicamente negativos.

RELATO DO CASO

Masculino, 54 anos, com história de balanopostite de repetição, apresentou lesão nodular infiltrativa de um centímetro na glândula, próximo à uretra com cN0. O paciente foi submetido à glandectomia cujo estudo anatomopatológico

evidenciou carcinoma de células escamosas, bem diferenciado, infiltrativo em corpo esponjoso, estadiamento T2. As margens cirúrgicas estavam livres de comprometimento. Foi realizada tomografia computadorizada de abdome a qual não identificou lesões metastáticas.

Posteriormente, foi realizada linfadenectomia inguinal bilateral robótica. O paciente foi colocado em litotomia, com rotação externa e abdução do quadril além de flexão dos joelhos (Figura 1). Um triângulo invertido foi desenhado em cada região inguinal cuja base correspondia ao ligamento inguinal. O limite lateral era o músculo sartório e, o medial, o músculo adutor longo (Figura 2). A plataforma foi colocada à sua direita, próximo ao ombro, perfazendo um ângulo de 45 graus. Dois dockings foram efetuados, sem necessidade de reposicionamento do robô. Os trocateres foram posicionados conforme ilustrado na Figura 3.

A remoção dos linfonodos superficiais e profundos foi finalizada em bloco, com a preservação da veia safena magna. Um dreno de sucção foi posicionado de cada lado ao término da cirurgia. Foram identificados 8 linfonodos negativos para neoplasia em cada região.

O tempo cirúrgico total foi de 225 minutos, divididos em 120 para a direita e 98 para a esquerda. O tempo de console foi, respectivamente, 50 e 78 minutos. O sangramento final foi quantificado em 20 mL. Não houve complicações intraoperatórias.

O paciente permaneceu hospitalizado por 48 horas. O dreno permaneceu por 5 dias. No vigésimo dia após o procedimento, apresentou linfocele infectada à esquerda com necessidade de punção e antibioticoterapia. Após 35 dias da cirurgia evoluiu quadro semelhante à direita, sendo indicada a mesma conduta.

Durante o acompanhamento pós-operatório de três meses não houve quaisquer outras complicações.

DISCUSSÃO

O principal fator prognóstico da neoplasia de pênis é o comprometimento ganglionar locoregional, bem como a extensão da metástase. ^[1] Segundo Tobias et al., a sobrevida câncer específica em 5 anos cai de aproximadamente 90% nos cN0 para 40 a 70% se há um único inguinal palpável unilateral (cN1) e menos de 30% quando múltiplos ou bilaterais (cN2). ^[2] Correa et al descreveram ganho de sobrevida global de 18 meses nos pacientes cN0 e cN1 submetidos à abordagem, em comparação àqueles que não a realizaram. ^[5]

A linfadenectomia inguinal aberta está associada à alta morbidade cujas complicações maiores como necrose de retalho, trombose venosa profunda e linfocele com necessidade

de intervenção surgem em aproximadamente 35% dos casos. Já as menores manifestam-se em até 55% dos pacientes. ^[6]

O desenvolvimento das técnicas minimamente invasivas permitiu reduzir as complicações perioperatórias, bem como o tempo de internação e recuperação. ^[1] A abordagem laparoscópica foi o primeiro método descrito e, resultados preliminares de Machado et al., demonstraram impacto significativo na ocorrência de eventos adversos com manutenção dos resultados oncológicos e desempenho nodal. ^[7]

Posteriormente foi desenvolvida a robotic-assisted endoscopic inguinal lymphadenectomy (RAIL). A magnificação da imagem, a visão tridimensional e a maior destreza na dissecação proporcionaram benefícios adicionais. Segundo Coelho et al, a plataforma favorece principalmente na redução do linfedema grave, da necrose do retalho e infecção com indicação de intervenção. A preservação da veia safena foi possível em quase todos os casos. ^[1] Nosso paciente teve a estrutura preservada bilateralmente e a única complicação pós-operatória foi linfocele infectada tratada com punção única e antibioticoterapia.

Não há um valor de corte definido para o rendimento nodal. Evidências sugerem que a ressecção de 8 linfonodos está associada a ganho de sobrevida. ^[1,3,7,9] Tais resultados são compatíveis com o rendimento nodal apresentado em nosso caso.

A perda sanguínea estimada nas principais publicações de RAIL variou de 0 a 200 mL. ^[1,8,10] Já o tempo de console oscilou de 75 a 150 minutos; ^[1,9] Esses dados são compatíveis com o apresentado em nosso relato. O tempo de hospitalização, descrito na literatura, variou de 1 a 4 dias ^[1,8-10] enquanto o de drenagem apresentou intervalo de 10 a 30 dias. ^[1,9] Esses dados são compatíveis com o apresentado em nosso relato, entretanto identificamos redução importante no período com o dispositivo de sucção.

Relatamos um paciente submetido a RAIL, com posicionamento único da plataforma robótica. O método minimamente invasivo consiste em uma técnica segura e viável para pacientes com neoplasia invasiva de pênis que permite a preservação da veia safena e menor morbidade perioperatória quando comparados com a via aberta. Os resultados encontramos com nosso paciente são compatíveis com aqueles existentes na literatura.

FIGURA 1
Posicionamento do paciente.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2
Limites anatômicos linfadectomia inguinal.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3
Posicionamento dos trocateres.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G.J. Rodrigues, G.B. Guglielmetti, M. Orvieto, K.R. Seetharam Bhat, V.R. Patel, R.F. Coelho, Robot-assisted endoscopic inguinal lymphadenectomy: A review of current outcomes, *Asian J. Urol.* 8 (2021) 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2020.08.001>.
2. V. Ficarra, B. Akduman, O. Bouchot, J. Palou, M. Tobias-Machado, Prognostic factors in penile cancer, *Urology.* 76 (2010) S66–S73. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2010.04.008>.
3. A.F. Correa, Technical management of inguinal lymph-nodes in penile cancer: Open versus minimal invasive, *Transl. Androl. Urol.* 10 (2021) 2264–2271. <https://doi.org/10.21037/tau.2020.04.02>.
4. C.E. Stecca, M. Alt, D.M. Jiang, P. Chung, J.M. Crook, G.S. Kulkarni, S.S. Sridhar, Recent Advances in the Management of Penile Cancer: A Contemporary Review of the Literature, *Oncol. Ther.* 9 (2021) 21–39. <https://doi.org/10.1007/s40487-020-00135-z>.
5. A.F. Correa, F. Chase, E. Handorf, F. Chase, S.S. Joshi, F. Chase, D.M. Geynisman, D.G. Oncology, F.C. Cancer, A. Kutikov, D.Y. Chen, R.G. Uzzo, R. Viterbo, R.E. Greenberg, M.C. Smaldone, F. Chase, HHS Public Access, 199 (2020) 1238–1244. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2017.11.121>. Differences.
6. D. Niyogi, J. Noronha, M. Pal, G. Bakshi, G. Prakash, Management of clinically node-negative groin in patients with penile cancer, *Indian J. Urol.* 36 (2020) 8–15. <https://doi.org/10.4103/iju.IJU-221-19>.
7. M. Tobias-Machado, A. Tavares, A.A. Ornellas, W.R. Molina, R.V. Juliano, E.R. Wroclawski, Video Endoscopic Inguinal Lymphadenectomy: A New Minimally Invasive Procedure for Radical Management of Inguinal Nodes in Patients With Penile Squamous Cell Carcinoma, *J. Urol.* 177 (2007) 953–958. <https://doi.org/10.1016/j.juro.2006.10.075>.
8. R. Nabavizadeh, B. Petrinc, A. Necchi, I. Tsaor, M. Albersen, V. Master, Utility of minimally invasive technology for inguinal lymph node dissection in penile cancer, *J. Clin. Med.* 9 (2020) 1–15. <https://doi.org/10.3390/jcm9082501>.
9. G. Cozzi, G. Musi, M. Ferro, P. Prestianni, R. Bianchi, G. Giulia, M.F. Alessandro, S. Luzzago, E. Pennacchioli, O. de Cobelli, Robot-assisted inguinal lymphadenectomy: preliminary experience and perioperative outcomes from an Italian referral center, *Ther. Adv. Urol.* 12 (2020) 1–5. <https://doi.org/10.1177/1756287220913386>.
10. R. Sotelo, M. Cabrera, O. Carmona, R. De Andrade, O. Martin, G. Fernandez, Robotic bilateral Inguinal lymphadenectomy In penile cancer, development of a technique without robot repositioning: A case report, *Ecancermedicalscience.* 7 (2013) 1–12. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2013.356>.