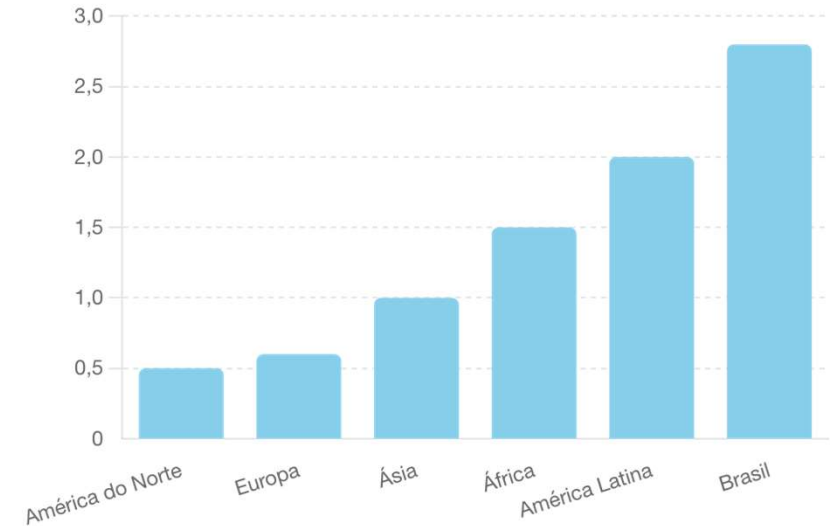


CÂNCER DO PÊNIS



Câncer do Pênis

- faixa etária: 20-90 anos
- raros nos indivíduos postectomizados
 - <1% dos tumores malignos nos EUA
- mais comum em indivíduos com fimose ou excesso de prepúcio
 - 10-20% dos tumores malignos na África, América Latina e Ásia



Incidência expressa a cada 100.000 homens (WHO e INCA)

FATORES DE RISCO

- Infecção pelo HPV

- Higiene inadequada

- Tabagismo

- Fimose

Fimose e risco de câncer do pênis

25-75% dos casos com ca pênis
tem fimose

tumor raro nos países com rotina
de circuncisão ao nascimento,
mas frequente nos países com
comportamento oposto

PATOLOGIAS BENIGNAS DO PÊNIS

cistos, angiomas, fibromas,
neuromas

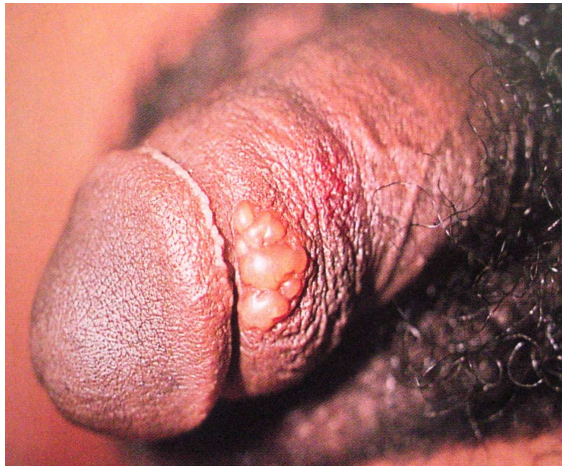
doença de Peyronie inicial

granuloma piogênico

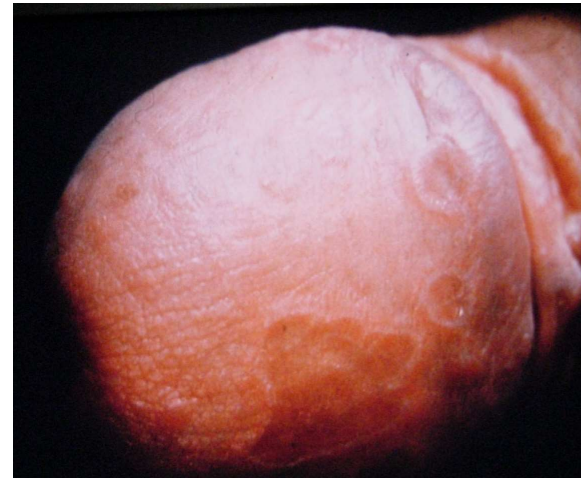
linfangite, flebites

Diagnóstico Diferencial do Câncer do Pênis

Herpes



Líquen



Lues



Ducrey



LESÕES PENIANAS PRÉ-MALIGNAS

- lesões cutâneas pré-malignas
 - balanite xerótica obliterante
 - leucoplaquia
- lesões virais (HPV)
 - condiloma acuminado (tipos 6, 11, 16, 18, 31,33)
 - pápula bowenóide (tipo 16)
 - tumor de Buschke-Lowenstein (tipos 6, 11)
- ca-in-situ (eritroplasia de Queyrat ou Doença de Bowen)

Lesões penianas pré-malignas

BXO



Pápula
Bowenóide



HPV



HPV

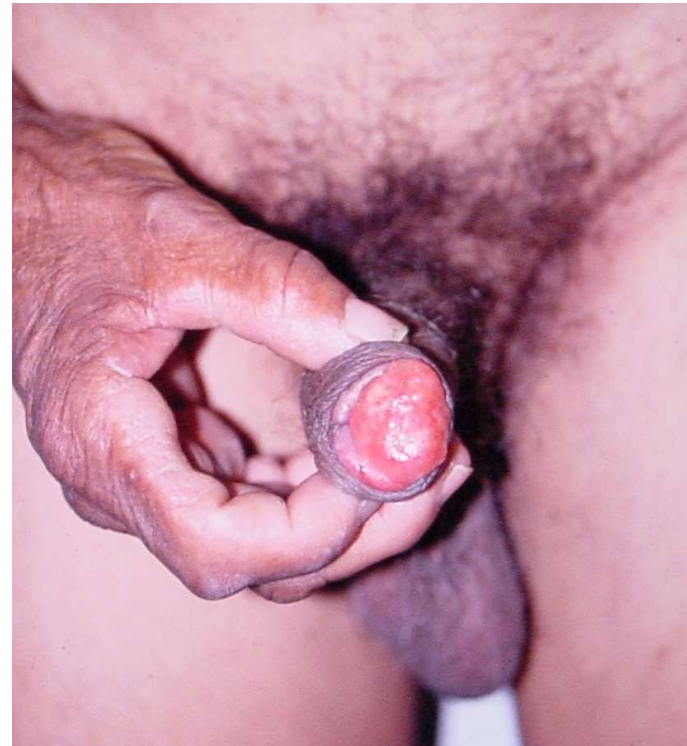


Lesões penianas pré-malignas

Buschke-Lowenstein



Eritroplasia de Queyrat



QUADRO CLÍNICO

lesão verrucosa ou ulcerada na glande, prepúcio ou corpo do pênis

indivíduos não postectomizados

infecção secundária comum

gânglios inguinais palpáveis

pouca ou nenhuma dor

Câncer do Pênis



HISTÓRIA NATURAL

lesão verrucosa ou ulcerada na glândula (48%) ou prepúcio (21%)

tumores >5 cm ou com >75% da haste peniana comprometida tem metástases frequentes e maior mortalidade

metástases para gânglios inguinais femorais e pélvicos

- promovem necrose da pele, infecção e lesão vascular

maioria das mortes ocorrem em 2 anos nos casos sem tratamento

Câncer do Pênis - Classificação AJCC/UICC American Joint Committee on Cancer

Estadio	Descrição	Nodos
Tis	ca-in-situ	
Ta	carcinoma verrucoso	N0
T1	carcinoma superficial	N1 inguinal único
T2	invasão de corpos cavernosos	N2 inguinal bilateral
T3	invasão da uretra ou próstata	N3 pélvico
T4	invasão outras estruturas	

Câncer do Pênis
Classificação de Jackson - 1966

Estadio	Descrição
I	tumor na glândula ou prepúcio
II	tumor com invasão dos corpos cavernosos
III	tumores com gânglios inguinais operáveis
IV	metástases a distância ou tumores inoperáveis

Diagnóstico

- biópsia da lesão verrucosa ou ulcerada: carcinoma espino-celular
- fatores prognósticos
 - grau de invasão tecidual
 - grau histológico
 - configuração tumoral
- US, CT ou RMN pélvis e abdome

Classificação histológica e prognóstico no câncer do pênis

Maiche et al., 1991

Grau histológico	Sobrevida 5 anos
1	80%
2 e 3	50%
4	30%

TIPOS HISTOLÓGICOS

- **Carcinoma Espinocelular** (Verrugo, Papilífero, Basaloide, Condilomatoso, Sarcomatóide)
- **Carcinoma In Situ** (Doença de Bowen, Eritroplasia de Queyrat)
- **Carcinoma Basocelular**
- **Melanoma**
- **Sarcomas**

TRATAMENTO

Cirúrgico:

- Postectomia

- Penectomia parcial ou total

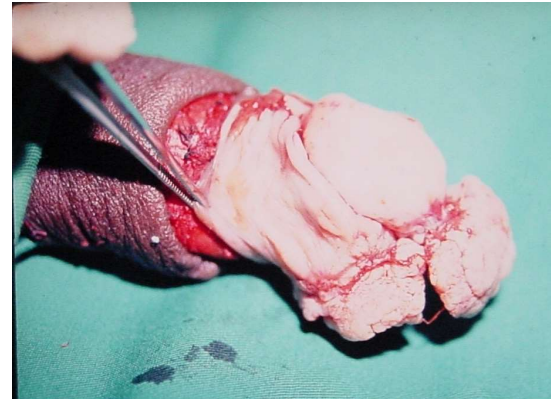
Radioterapia:

Quimioterapia:

Terapias alvo e imunoterapia:

- Avanços recentes

Penectomia parcial com preservação dos corpos cavernosos



Penectomy total com uretostomia perineal



TRATAMENTO DA LESÃO PRIMÁRIA COM RADIOTERAPIA

- tumores superficiais, exofíticos, < 2-3 cm
- restritos a glândula ou sulco prepucial
- **pacientes que não aceitam cirurgia**
- tumores inoperáveis que necessitam controle local
- ca-in-situ após uso de 5-FU tópico

*ca espinocelular é pouco sensível a RT

complicações são frequentes

TRATAMENTO DA LESÃO PRIMÁRIA COM RADIOTERAPIA

- lesões superficiais e pequenas
 - > 90% de controle

- Complicações
 - estenose de uretra: 30%
 - necrose peniana: 10%

TRATAMENTO DOS GÂNGLIOS REGIONAIS

- 50% dos pacientes com gânglios palpáveis ao diagnóstico tem metástases linfonodais
- 20-30% dos pacientes sem gânglios palpáveis tem metástases linfonodais

CONCLUSÃO: HÁ NECESSIDADE DE LINFADENECTOMIA ÍLEO-INGUINAL

INDICAÇÕES DA LINFADENECTOMIA ÍLEO-INGUINAL

- nodos presentes após exérese da lesão primária e antibioticoterapia
- nodos presentes após exame anterior negativo
- tumores invasivos (T2) e indiferenciados
- pacientes de seguimento clínico duvidoso

OBRIGADO



drhumbertomontoro



(82) 99981 8093



hmontoro@uol.com.br

humberto.chagas@famed.ufal.br