

PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DO CÂNCER DE PÊNIS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA REGIONAL, CAMPO MOURÃO, PARANÁ

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PENILE CANCER IN REGIONAL REFERRAL SERVICE, CAMPO MOURÃO, PARANÁ

MARCOS FRANCISCO PEREIRA LOBRIGATTE^{1*}, SIMONE SOUTO DE MATOS ROSOLEM², EMANNUEL ORQUIDES PEREIRA LOBRIGATTE³, WILSON RICARDO ROSOLEM⁴, EUFANIO ESTÉFANO SAQUETI⁴

1. Farmacêutico, Mestre e Acadêmico de Medicina da Faculdade Ingá; 2. Acadêmica de Medicina da Faculdade Ingá; 3. Enfermeiro pela Faculdade Ingá; 4. Médico Urologista e Membro TISBU.

* Av. Goioerê, 1599, Apto 501, Centro, Campo Mourão, Paraná, Brasil. CEP: 87303-110. marcosfpl@yahoo.com.br

Recebido em 26/10/2014. Aceito para publicação em 04/11/2014

RESUMO

O Brasil tem uma das maiores incidências de câncer de pênis no mundo, havendo poucos estudos sobre esse câncer no Brasil e no Paraná. O conhecimento clínico e epidemiológico sobre um câncer é muito importante para o planejamento de ações de controle. O objetivo do estudo foi analisar o perfil clínico e epidemiológico do câncer de pênis, de 2005 a 2013, em um hospital regional, referência para 25 municípios paranaense. Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo, baseado na coleta de dados de prontuários, a partir de ferramentas hospitalares de Registro Hospitalar de Câncer e Serviço de Arquivo Médico e Estatística. Identificou-se 11 casos de câncer de pênis, com incidência regional de 0,74/100 mil habitantes. Todos pacientes eram não circuncidados e apresentavam fimose ao diagnóstico de câncer de pênis. Nove pacientes apresentaram fase avançada do tumor. A idade média foi 67 anos e quatro pacientes tinham 80 anos ou mais. As informações clínicas e epidemiológicas podem revelar uma contradição na região estudada, onde mesmo com uma baixa incidência de câncer de pênis, a maioria dos casos foi classificada como doença avançada.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasia peniana, fatores epidemiológicos, registros médicos

ABSTRACT

Brazil has one of the highest incidences of penile cancer in the world, there are few studies on this cancer in Brazil and Paraná. The clinical and epidemiological knowledge about cancer is very important for planning control actions. The aim of the study was to analyze the clinical and epidemiological profile of penile cancer, between 2005 to 2013, in a regional hospital, reference for 25 municipalities in Paraná. This is a descriptive and retrospective study, based on data collection from medical records from the following hospital tools, Hospital Cancer

Registry and the Medical Records and Statistics. It was identified 11 cases of penile cancer, with an regional incidence of 0,74/100.000 inhabitants. All patients were uncircumcised and had phimosis at the diagnosis of penile cancer. Nine patients had advanced tumor stage. The average age was 67 years and four patients were 80 years or older. The clinical and epidemiological information may reveal a contradiction in the studied region, where even with a low incidence of penile cancer, most cases are classified as advanced disease.

KEYWORDS: Penile neoplasms, epidemiologic factors, medical records.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de pênis (CP) é uma neoplasia maligna potencialmente mutilante, cuja incidência varia entre países e regiões. O Brasil apresenta uma das maiores incidências de CP no mundo, com frequência variável dependendo da região estudada. As cidades de São Paulo e Goiânia entre 2001 e 2005 e as cidades de Natal e Manaus entre 2000 e 2005 apresentaram, respectivamente, uma incidência média anual de 1,48; 2,59; 2,21; 1,41 casos de CP por 100 mil habitantes¹. Países desenvolvidos, como Estados Unidos ou os da Europa Ocidental apresentam baixas taxas (<1/100 mil habitantes), e Judeus nascidos em Israel apresentam taxas próximas a zero².

No Brasil há poucos estudos sobre o câncer masculino³ e menos estudos ainda sobre o CP⁴. No Paraná os estudos limitam-se, praticamente, à capital Curitiba e se restringem a medidas de frequência¹. Por outro lado, o conhecimento clínico e epidemiológico de um tipo de câncer em uma dada região é uma valiosa informação na identificação de prioridades para o controle do câncer, pois permite conhecer a real magnitude da doença, suas

4. DISCUSSÃO

O CP ocorre predominantemente em idosos, podendo também ocorrer entre homens jovens. A idade média ao diagnóstico é 60 anos, com uma incidência máxima aos 70 anos^{2,8}. Apesar da idade média do presente estudo ter sido 67 anos, estando em acordo com a literatura, quatro pacientes (36%) foram diagnosticados com CP aos 80 anos ou mais, podendo sugerir algumas hipóteses como: demora na procura por assistência à saúde; medo ou desconhecimento por parte do paciente; dificuldade de acesso ao serviço especializado^{4,9}.

Em relação à histopatologia dos tumores malignos de pênis, mais de 95% é representado pelo carcinoma de células escamosas (CCE), também denominado carcinoma epidermóide ou espinocelular. Outros tipos histológicos, tais como, melanoma maligno, sarcoma, carcinoma basocelular e metástase, representam menos de 5% dos CP¹⁰. No presente estudo verificou-se que 100% dos casos foram do tipo CCE. Tal achado pode estar relacionado ao tamanho reduzido da população estudada.

O CP é considerado em fase avançada quando a classificação patológica do tumor atinge T2, T3 ou T4. O estágio avançado está fortemente relacionado com o grau de invasão e a probabilidade de metástases regionais e sistêmicas, sugerindo um pior prognóstico^{11,12}. Um importante estudo sobre CP no Brasil mostrou que 58% dos pacientes estudados foram diagnosticados com a doença em fase avançada⁴, por outro lado, no presente estudo, 9 pacientes (82%) foram diagnosticados em T2 ou T3, ou seja, uma fase avançada da doença, o que é muito preocupante em relação à sobrevida e ao sucesso terapêutico desses pacientes. Sob outro ponto de vista, esta informação sugere, novamente, que muitos pacientes podem estar demorando em buscar assistência em saúde, permitindo a evolução do CP.

Em relação ao grau de diferenciação do tumor, um estudo norte americano sobre a epidemiologia do CP com base populacional, mostrou que no diagnóstico de CP, 59% dos pacientes se encontravam em G1 ou G2. Este estudo também refere dificuldade de comparação deste dado, pois na literatura, os trabalhos contendo resultados do grau de diferenciação tumoral são escassos¹³. No presente estudo observou-se que 8 pacientes (73%) apresentaram-se em G1 ou G2, o que pode favorecer ao prognósticos desses pacientes, pois quanto menor o grau de diferenciação, menor a chance de haver metástase em linfonodos inguinais e ilíacos¹⁴.

Também se evidenciou que todos os pacientes eram não-circuncidados e apresentavam fimose no diagnóstico de CP. O desenvolvimento de CP tem sido atribuído à inflamação crônica devido aos efeitos irritantes do esmegma e também ao efeito oncogênico de alguns tipos de HPV (Papilomavírus humano), sobretudo o tipo 16. A circuncisão e a higiene adequada têm um efeito protetor contra o CP, cuja explicação pode estar relacionada à

presença de fimose, pois proporciona maior dificuldade de higienização do pênis, levando a maior retenção de esmegma e potencializando o risco de infecção por HPV. Entre indivíduos não circuncidados, o risco de CP é 3,2 vezes maior quando comparados a circuncidados ao nascimento. Logo, há uma forte relação entre a presença do prepúcio e o desenvolvimento de CP, onde o principal fator de risco para CP é a não realização de circuncisão neonatal^{15,18}.

Em relação à sublocalização anatômica do tumor, 48% podem se apresentar na glândula, 21% no prepúcio, 9% na glândula e prepúcio, 6% no sulco coronal e 2% no corpo do pênis¹⁹. Um estudo realizado em Lima, Peru¹⁶ traz que 22,5% das lesões foram localizadas na glândula e 47,5% na glândula e prepúcio. Outro trabalho apresenta 34% das lesões na glândula¹³. O presente estudo traz que 6 pacientes (55%) apresentavam lesões na glândula, no entanto, a localização da lesão foi ignorada no prontuário de dois pacientes. Assim, pode-se verificar que a sublocalização anatômica do CP varia de acordo com o estudo realizado, embora a glândula seja apontada em vários estudos como a principal região de lesão do CP.

A incidência de CP encontrada no presente estudo foi de 0,74/100 mil habitantes, sendo maior do que o encontrado em Curitiba/PR (0,37/100 mil habitantes) e Jaú/SP (0,34/100 mil habitantes), porém abaixo do encontrado em 15 capitais brasileiras¹. De acordo com aquele importante estudo brasileiro sobre CP, a região sul, com um alto IDH (índice de desenvolvimento humano), apresenta a menor taxa de incidência de CP do Brasil⁴. Essas informações corroboram o que a literatura sobre CP nos traz, de que regiões com maior incidência de CP estão diretamente relacionadas a um menor nível socioeconômico e educacional e, conseqüentemente a maus hábitos de higiene genital, além de um menor acesso à saúde^{20,21,4}.

Algumas limitações são reconhecidas no presente trabalho. É provável que a incidência de CP encontrada esteja subestimada, pois algumas das 25 cidades da área de abrangência da 11ª RS referenciam seus pacientes com lesão peniana para outros hospitais, localizados nas cidades de Cascavel, Curitiba, Maringá ou Londrina. Há também a possibilidade de pacientes da 11ª RS se deslocarem voluntariamente em busca de assistência em outra região. O baixo número de casos de CP identificados no estudo pode limitar as comparações com outros estudos. Além disso, os dados de algumas variáveis estavam ausentes ou incompletos no prontuário e também a dificuldade de entender a letra nos registros. Apesar das limitações, este é um estudo inédito na região, contribuindo com a escassa literatura brasileira sobre o CP, além de apontar possíveis alvos para estratégias de controle do CP na região.

5. CONCLUSÃO

Apesar da baixa incidência de CP comparada com outras regiões do Brasil, os dados clínicos e histopatológicos, como a idade avançada e a classificação do tumor em T2 ou T3 de alguns pacientes, podem sugerir demora na procura por assistência médica ou dificuldade de acesso à saúde. Isso mostra uma contradição, onde mesmo com uma baixa incidência de CP, a maioria dos casos é classificada como doença avançada. Tornam-se necessárias ações para a detecção precoce da doença na população masculina pertencente à 11ª RS do Paraná, tais como a adoção da atenção à saúde voltada prioritariamente ao gênero masculino, com ações na faixa etária após os 40 anos e ações de promoção e desmistificação deste câncer, independentemente do nível de escolaridade e condição socioeconômica da população exposta.

As principais medidas preventivas do CP são: circuncisão precoce, higienização genital, vacinação contra HPV, cessação do tabagismo e uso de preservativo.

Mais estudos são necessários em outras regiões do Paraná e do Brasil para que se conheça o real impacto desta doença na saúde pública e para que sejam realizadas medidas de detecção e controle pelas autoridades nacionais nas três esferas da gestão pública.

6. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Hospital Santa Casa de Campo Mourão/PR, em especial aos servidores do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) e do RHC (Registro Hospitalar de Câncer) e também à Profª Drª Udelysyes Janete Veltrini Fonzar e ao Profº Drº Aissar Eduardo Nassif, pelo apoio na correção do manuscrito.

REFERÊNCIAS

- [1] Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: Inca; 2010.
- [2] Solsona E, Algaba F, Horenblas S, Pizzocaro G, Windahl T. EAU Guidelines on penile cancer. *Eur Urol.* 2004; 46(1):1-8.
- [3] Martins AM, Moraes CAL, Riberiro RBN, Almeida SSL, Schall VT, Modena CM. A produção científica brasileira sobre o câncer masculino: estado da arte. *Rev Bras Cancerol.* 2013; 59(1):105-12.
- [4] Favorito LA, Nardi AC, Ronalsa M, Zequi SC, Sampaio FJ, Glina S. Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. *Int Braz J Urol.* 2008; 34(5):587-91.
- [5] Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Manual de rotinas e procedimentos para registros de câncer de base populacional. 2 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
- [6] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). IBGE cidades [Internet]. 2013 [acesso 2013 fev 07]. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232d5>.
- [7] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010: características da população e dos

domicílios: resultados do universo [Internet]. 2013 [acesso 2013 fev 07]. Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pr&tema=r_esultuniverso_2010.

- [8] Bleeker MC, Heideman DA, Snijders PJ, Horenblas S, Dillner J, Meijer CJ. Penile cancer: epidemiology, pathogenesis and prevention. *World J Urol.* 2009; 27(2):141-50.
- [9] Reis AAS, de Paula LB, de Paula AAP, Saddi VA, Cruz AD. Aspectos clínico-epidemiológicos associados ao câncer de pênis. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(1):1105-11.
- [10] Pizzocaro G, Algaba F, Horenblas S, Solsona E, Tana S, Van Der Poel H, *et al.* EAU penile cancer guidelines 2009. *Eur Urol.* 2010; 57(6):1002-12.
- [11] Horenblas S. Lymphadenectomy for squamous cell carcinoma of the penis. Part 2: the role and technique of lymph node dissection. *BJU Int.* 2001; 88(5):473-83.
- [12] Stancik I, Holtl W. Penile cancer: review of the recent literature. *Curr Opin Urol.* 2003; 13(6):467-72.
- [13] Barnholtz-Sloan JS, Maldonado JL, Pow-sang J, Giuliano AR. Incidence trends in primary malignant penile cancer. *Urol Oncol.* 2007; 25(5):361-7.
- [14] Spiess PE, Horenblas S, Pagliaro LC, Biagioli MC, Crook J, Clark PE, *et al.* Current concepts in penile cancer. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013; 11(5):617-24.
- [15] Schoen EJ, Oehrli M, Colby C, Machin G. The highly protective effect of newborn circumcision against invasive penile cancer. *Pediatrics.* 2000; 105(3):E36
- [16] Pow-Sang MR, Benavente V, Pow-Sang JE, Morante C, Meza L, Baker M, *et al.* Cancer of the Penis. *Cancer Control.* 2002; 9(4):305-14.
- [17] Maden CI, Sherman KJ, Beckmann AM, Hislop TG, Teh CZ, Ashley RL, *et al.* History of circumcision, medical conditions, and sexual activity and risk of penile cancer. *J Natl Cancer Inst.* 1993; 85(1):19-24.
- [18] Daling JR1, Madeleine MM, Johnson LG, Schwartz SM, Shera KA, Wurscher MA, *et al.* Penile cancer: importance of circumcision, human papillomavirus and smoking in in situ and invasive disease. *Int J Cancer.* 2005; 116(4):606-16.
- [19] Huben RP, Sufrin G. Benign and malignant lesions of the penis. In: Gillenwater JY, Grayhack JT, Howards SS: *Adult and pediatric urology.* 2ª ed. St. Louis (MO): Mosby; 1991.
- [20] Santana TBM, Benigno BS, Zequi AC, Guimarães GC. Câncer de pênis: aspectos demográficos, epidemiológicos e clínicos. In: Reis RB, Zequi AC, Zerat Filho M: *Urologia moderna.* 1ª ed. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia; 2013.
- [21] Chauv A, Netto GJ, Rodríguez IM, Barreto JE, Oertell J, Ocampos S, *et al.* Epidemiologic profile, sexual history, pathologic features, and human papillomavirus status of 103 patients with penile carcinoma. *World J Urol.* 2011; 31(4):861-7.

