

Reconstrução Funcional do Pênis: Relato de Caso

Marcos Vinicius de Azevedo, Ana Bárbara Sousa Fiedler, Sílvio Mendes Fiedler e Gabriel Manfro*.

Hospital Universitário Santa Terezinha – Departamento de Oncologia.

Correspondência*: Rua Felipe Schmidt, 400
Joaçaba - SC
CEP: 89600-000
Telefone: (49)9965-1709
E-mail: gbmanfro@yahoo.com.br / silviofiedler@gmail.com

RESUMO

Introdução: O Carcinoma peniano representa 10% das neoplasias em homens na América do Sul, Ásia e África. É uma neoplasia cuja incidência aumenta abruptamente a partir da 6ª década de vida e o tratamento cirúrgico do carcinoma peniano pode variar conforme estadiamento tumoral.

Materiais e Métodos: Realizado relato de caso acompanhado no serviço de Uro-oncologia no Hospital Universitário Santa Terezinha em Santa Catarina e feita uma revisão da literatura, usando como fonte de dados artigos do Pubmed.

Discussão: Há vários tipos de retalhos cirúrgicos que podem ser usados para reconstrução peniana, sendo o retalho livre radial antebraquial, na cirurgia de reconstrução total do pênis, a técnica mais utilizada. Porém, o uso de retalhos da região ântero-lateral da coxa pediculado vem sendo uma técnica aceitável em determinados serviços devido ao fato de não ser realizado anastomose microcirúrgica e por possuir características mais parecidas com a região pélvica.

Conclusão: O tipo de retalho livre a ser escolhido para a reconstrução peniana, depende na maioria das vezes da preferência pessoal e da experiência do cirurgião que está realizando a faloplastia. A faloplastia é um procedimento muito complexo onde os resultados interferem diretamente no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes.

INTRODUÇÃO

O Carcinoma peniano representa 0,4% a 0,6% das neoplasias em homens na América do Norte e Europa e pode chegar até aproximadamente 10% na América do Sul, Ásia e África. É uma neoplasia cuja incidência aumenta abruptamente a partir da 6ª década de vida e seu surgimento está relacionado com número de parceiros, exposição ao vírus do HPV, higiene, presença de fimose, tabagismo entre outros.

O carcinoma de células escamosas é o tipo histológico mais comum. O tratamento cirúrgico do carcinoma peniano pode variar conforme estadiamento tumoral. A linfadenectomia inguinal é sempre indicada quando há suspeita de acometimento dos linfonodos pela doença. A necessidade e a melhor técnica de reconstrução peniana vão depender do tratamento indicado para controle do tumor primário.

A faloplastia é um termo utilizado para cirurgias de reconstrução peniana, quando ocorreu por algum motivo uma perda parcial ou completa do órgão. Também pode ser chamada de plástica peniana, reconstrução peniana, cirurgia de redesignação sexual¹. Ela consiste na reconstrução do pênis feita com técnicas de transferência tecidual (tecidos retirados de outra parte do corpo e transferidos para a região genital). O objetivo é reestabelecer a capacidade funcional ou estética do pênis.

A aparência estética do pênis deve ser o mais normal possível e deve conter uma uretra capaz de permitir a micção em posição ereta e com fluxo normal. A reconstrução do pênis tem de permitir a implantação de um enrijecedor peniano, a fim de permitir o coito. A morbidade da área doadora deve ter mínima cicatriz facilmente escondida. Embora a reconstrução peniana é um procedimento cirúrgico complexo, hoje em dia é possível cumprir a maioria dos requisitos, utilizando as novas técnicas desenvolvidas em cirurgia plástica reconstrutiva e microcirurgia¹.

O tipo de cirurgia escolhida vai depender da experiência de cada grupo e das necessidades de cada paciente. Podem ser utilizadas técnicas de microcirurgia ou não².

RELATO DE CASO

VVF, sexo masculino, 52 anos, deu entrada no serviço de uro-oncologia deste hospital apresentando lesão peniana de grande monta, com 3 anos de evolução, queixando sintomas locais de dor, sangramento e odor (Figura 1). E presença de linfonodos inguinais aumentados bilateralmente.

Paciente submetido a amputação total de pênis com orquiectomia bilateral (emascação) e linfadenectomia inguinal bilateral (Figura 2 e 3). Realizado reconstrução peniana usando retalho pediculado da coxa direita, realizando anastomose micro cirúrgica do nervo da coxa direita (Figura 4, 5 e 6).

FIGURA 1

Demonstrando a lesão peniana com extensa massa ulcerada vegetante.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2 E 3

Penectomia total com linfadenectomia inguinal bilateral, com rascunho em coxa direita do retalho para reconstrução.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

Imagem demonstrando construção da uretra peniana tipo "rolo sobre rolo".



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5 E 6

Imagem final da reconstrução peniana com retalho de coxa direita pediculado.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 7 E 8

Aparência atual do pênis reconstruído



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

As técnicas de reconstrução peniana começaram a ser realizadas e implementadas nas lesões traumáticas do pênis em vítimas de guerra. A primeira técnica de reconstrução peniana a ser descrita foi em 1936, por Bogoraz, em 1944, foi a vez de Frumkin que descreveu reconstruções penianas na guerra da ex-União Soviética. E em 1948, Gillies e Harrison relataram uma série de casos de faloplastia em vítimas da 2ª Guerra Mundial, em Londres³.

Em 1984, Chang e Hwang popularizaram o retalho antebraquial baseado na artéria radial, para a técnica de reconstrução fálica. Esta técnica foi posteriormente alvo de modificações, no desenho e na posição relativa da uretra⁴.

A principal desvantagem dessa técnica era o fator da morbidade dos pacientes. Dessa maneira, começaram a usar outros retalhos, na tentativa de minimizar o índice de morbidade, como retalhos ântero-lateral da coxa e retalhos do braço, mas devido à natureza dessas abas, embora associada a uma menor morbidade, a função do neo-falo não foi tão satisfatória como no retalho radial antebraquial^{6,7,8}.

Atualmente o retalho livre radial antebraquial constitui na cirurgia de reconstrução total do pênis a técnica mais aceitável. Essa grande aceitação deve-se ao fato de que ele permite ao cirurgião muitas variações técnicas, além de sua anatomia ser mais constante do que a de outros retalhos⁵.

Em um estudo realizado com 8 pacientes para a reconstrução peniana 7 utilizaram a técnica radialante-braquial, e um deles optou pela técnica do retalho ântero-lateral da coxa. Não foram relatadas complicações relativas à viabilidade de retalhos ou no sítio doador, o aspecto estético foi bom, na insuficiência peniana também relatam resultados encorajadores com uma boa aparência estética e baixa morbidade do sítio doador. A sensibilidade que é um fator preocupante na faloplastia, a técnica do retalho ântero-lateral da coxa, teve menor sensibilidade que os que utilizaram a técnica do retalho radial ante-braquial¹⁰.

O uso de retalhos da região ântero-lateral da coxa não é muito utilizado, devido a maus resultados estéticos e funcionais secundários à contratura muscular⁹. Esta técnica é um retalho perfurante pediculada fornecido pelo ramo descendente da artéria circunflexa femoral lateral. Os vasos perfurantes são identificados usando Doppler ultra-som pouco antes da incisão. O nervo cutâneo femoral lateral é transcendente após a coleta do retalho. A aba é em túnel debaixo dos músculos adutores e, em seguida, transferido para a região púbica. Neste

momento, a aleta é moldada em um falo usando a técnica de tubo-em-tubo. Uma vez na região pubiana, a anastomose da uretra está terminado. Qualquer tensão sobre o pedículo deve ser evitada. O nervo é recolocado ao seu coto usando um túnel subcutâneo acima dos músculos adutores¹⁰.

No entanto, neste relato de caso o uso do retalho ântero-lateral da coxa direita foi bem-sucedido e sem complicações. Pois é bem comum em faloplastias, as complicações urinárias e também complicações de próteses penianas quando utilizadas. Mas, pode-se dizer que o aperfeiçoamento técnico e o conhecimento nesta área, vem contribuindo cada vez mais para redução e para resolução dessas complicações⁴.

O tipo de retalho livre a ser escolhido para a reconstrução peniana, depende na maioria das vezes da preferência pessoal e da experiência do cirurgião que está realizando a faloplastia. A técnica de reconstrução peniana deve ser de acordo com as expectativas do paciente, da postura corporal, procedimentos cirúrgicos anteriores, uso de tabaco e se possui comorbidades como diabetes, hipertensão, dislipidemia e obesidade.

A faloplastia é um procedimento muito complexo onde os resultados interferem diretamente no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes. É um tratamento valioso que esta disponível e que pode trazer satisfação e diminuição do sofrimento dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Phalloplasty with an Innervated Island Pedicled Anterolateral Thigh Flap in a Female-to-Male Transsexual. Article in *Acta medica Okayama* 67(5):325-31. September 2013.
2. Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafarakidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph. Penile reconstruction in the male. doi: 10.1016/j.aju.2013.04.003
3. Jordan GH, Schlossberg SM. Surgery of the Penis and Urethra In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA, editors. *Campbell-Walsh Urology*. 9 edition. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2007: 1023-97.
4. A. Quinta, H. Zenha, L. Azevedo, L. Rios, A. Cardoso, H. Costa. Faloplastia com Retalho Livre Antebraquial Radial. *Acta Urológica* 2009, 26; 3: 25-29. Disponível em: www.apurologia.pt. Acesso em: setembro de 2016.
5. Lazo, Daniel Álvaro Alvarez, Filho, Olímpio Colicchio, Silva, Ricardo Martins Gomes da, Tadshi, Marcelo, Chade, Salomão. Aplicações Clínicas do Retalho Antebraquial na Microcirurgia Reconstructiva. *Rev. Soe. Bras. Ciro Plást. São Paulo* v.15 n.1 p. 35-44 jan abr. 2000.
6. Gilbert DA, Schlossberg SM, Jordan GH. Ulnar forearm phallic reconstruction and penile reconstruction. *Microsurgery* 1995;16:314–21. IN: Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafarakidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph. Penile reconstruction in the male. doi: 10.1016/j.aju.2013.04.003
7. Rubino C, Figus A, Dessy LA, Alei G, Mazzocchi M, Trignano E, et al. Innervated island pedicled anterolateral thigh flap for neo-phallic reconstruction in female-to-male transsexuals. *J Urol* 1993;150:1093–8. IN: Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafarakidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph. Penile reconstruction in the male. doi: 10.1016/j.aju.2013.04.003
8. Papadopulos NA, Schaff J, Biemer E. The use of free prelaminated and sensate osteofasciocutaneous fibular flap in phalloplasty. *Int J Care Injuries* 2008;39s:s62–7. IN: Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafarakidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph. Penile reconstruction in the male. doi: 10.1016/j.aju.2013.04.003
9. Persky L, Resnick M, Desprez J. Penile reconstruction with gracilispedicled grafts. *J Urol* 1983;129:603–5. IN: Giulio Garaffa, Vincenzo Gentile, Gabriele Antonini, Petros Tsafarakidis, Amr Abdel Raheem, David J. Ralph. Penile reconstruction in the male. doi: 10.1016/j.aju.2013.04.003
10. N. Lumen, S. Monstrey, P. Ceulemans, E. van Laecke. Reconstructive Surgery for Severe Penile Inadequacy: Phalloplasty with a Free Radial Forearm Flap or a Pedicled Anterolateral Thigh Flap. Received 19 April 2008; Accepted 6 July 2008.