Metástase de Melanoma Maligno na Uretra Peniana: Entidade Rara!

Metastasis of Malignant Melanoma in the Penile Urethra: A Rare Entity!

Magno Serrano, Pedro[1]; Oliveira, Bárbara[1]; Barros, Pedro[1]; Dores, Marco[1]; Coutinho, Anibal[1]

Resumo

O melanoma do trato urogenital é raro, representando menos de 0,1% dos casos de melanoma. Atualmente, a literatura descreve apenas 220 casos de melanoma peniano, mais comumente localizado na glande. O principal desafio no melanoma peniano, além de determinar a origem cutânea ou mucosa, é a deteção precoce. A doença aparece como uma lesão indolor e pigmentada, de crescimento gradual e posterior ulceração.

Descrevemos o caso de um doente de 76 anos, que recorreu ao serviço de urgência por fleimão escrotal esquerdo, com uma lesão da uretra peniana suspeita associada a adenopatia inguinal esquerda móvel. Após confirmação do diagnóstico por biopsia excisional foi realizado o estadiamento, que confirmou doença metastática multiorgânica.

A abordagem destes doentes é multidisciplinar, sendo a Urologia, a Dermatologia e a Oncologia as especialidades responsáveis pela definição da melhor abordagem terapêutica, uma vez que a literatura é escassa relativamente ao melanoma mucoso genito-urinário.

O tratamento cirúrgico inclui procedimentos conservadores para doença localizada e cirurgia radical para casos localmente avançados.

Os casos de doença avançada podem envolver cirurgia citorredutora como ponte para quimioterapia adjuvante sistémica ou cuidados paliativos, muitas vezes no contexto de mitigação sintomática.

Palavras-chave: Melanoma; Neoplasias do Pénis; Neoplasias da Uretra

Abstract

Melanoma of the urogenital tract is extremely rare, accounting for less than 0.1% of melanoma cases. Currently, the literature describes only 220 cases of penile melanoma, most commonly located in the glans. The main challenge in penile melanoma, in addition to determining the cutaneous or mucosal origin, is early detection. The disease appears as a painless, pigmented lesion that gradually grows and then ulcerates.

We describe the case of a 76-year-old patient who came to the emergency department due to left scrotal phlegmon with a suspicious penile lesion associated with mobile left inguinal adenopathy confirmed by ultrasound in another hospital unit. After diagnostic confirmation by excisional biopsy, staging was performed, showing multiorgan metastatic disease.

Urology, Dermatology and Oncology are the specialties that should approach this type of cases in a multidisciplinary way, offering to the patient the best therapeutic option, since there are limitations in the literature regarding genitourinary mucosal melanoma.

Treatment is surgical, including on the one hand conservative procedures for localized disease and on the other radical surgeries for locally advanced cases. Advanced disease may involve cytoreductive surgery as a bridge to palliative care and systemic chemotherapy.

Keywords: *Melanoma; Penile Neoplasms; Urethral Neoplasms*

Introdução

O melanoma é um subtipo de neoplasia cutânea cuja incidência está a aumentar em ambos os sexos. A mortalidade por melanoma é elevada, com uma perda média de esperança de vida de 20,4 anos em comparação com outros tipos de cancro. O melanoma não cutâneo é menos comum e surge em superfícies mucosas da cabeça e pescoço, área anorretal ou trato gastrointestinal. No tracto geniturinário pode envolver a vagina, vulva, pénis ou uretra.[1,2]

O melanoma do trato urogenital é raro, representando menos de 0,1% dos casos de melanoma. Atualmente, a literatura descreve apenas 220 casos de melanoma peniano, mais comumente localizado na glande. Acomete principalmente idosos na sexta década de vida.[1,2]

Os melanomas mucosos não estão relacionados com a exposição à luz ultravioleta e são mais agressivos, com consequentemente pior prognóstico, uma vez que a maioria apresenta doença avançada ao diagnóstico, com elevado potencial metastático (sobrevivência global de 33% aos cinco anos).[3]

O principal desafio no melanoma peniano, além de determinar a origem cutânea ou mucosa, é a deteção precoce. A doença aparece como uma lesão indolor e pigmentada que cresce gra-

1 – Serviço de Urologia, Centro Hospitalar Universitário do Algarve, Faro, Portugal

DOI: https://doi.org/10.24915/aup.221





Figura 1 – *Status* pós biopsia excisional da lesão peniana





Figura 2 – Adenopatia inguinal esquerda

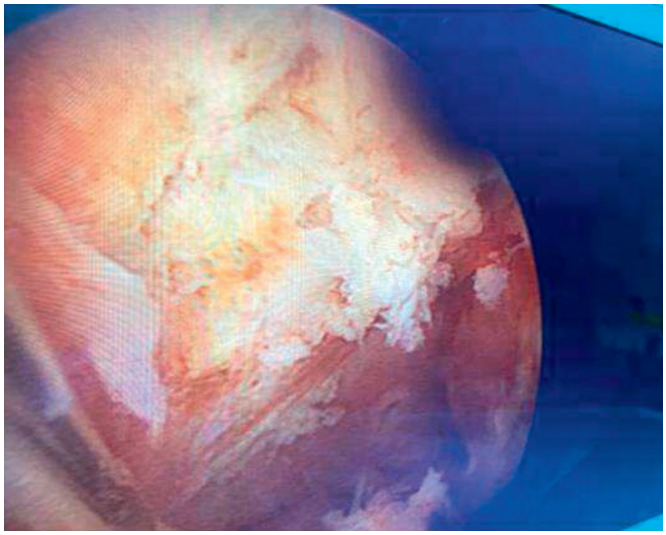


Figura 3 – Extensão uretral da lesão (cistoscopia)

dualmente e depois úlcera. A dermatoscopia é útil para distinguir o melanoma peniano de lesões benignas, como a melanose, mas o diagnóstico final é histológico por biópsia.[1,2]

A imuno-histoquímica é útil para detectar melanomas pouco diferenciados. Os marcadores mais utilizados são a proteína melan-A, HMB 45 e S-100. A desidrogenase láctica sérica deve ser medida para avaliar o volume de doença. O estadiamento é feito por tomografia computorizada (TC) de corpo inteiro ou a tomografia por emissão de pósitrons (PET), ou ambas.[1]

O estadiamento do melanoma do pénis divide-se em três estadios. O estadio A inclui doença localizada no pênis, independentemente da profundidade da invasão; o estadio B inclui melanoma envolvendo os gânglios linfáticos inguinais; e o estadio C refere-se à doença metastática disseminada.[2]

A fonte de colheita das informações correspondeu à anamnese e exame objectivo elaborados durante a entrevista ao doente e

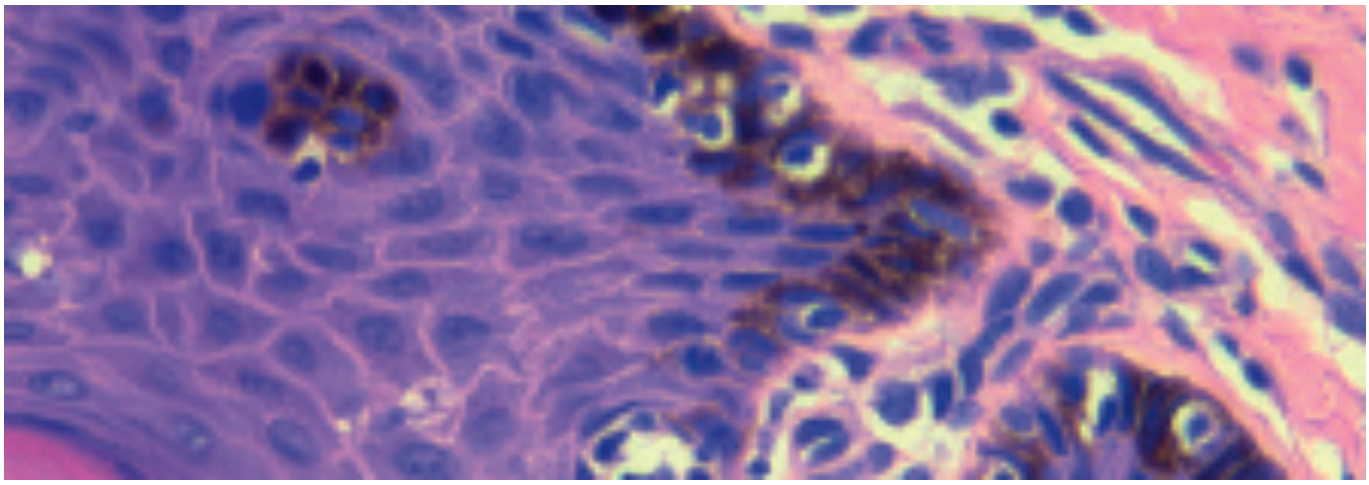


Figura 4 – Lâmina da anatomia patológica da lesão biopsada

a colheita das restantes informações, nomeadamente no que respeita aos meios complementares de diagnóstico (MCD) foi feita a partir da consulta do processo clínico hospitalar do doente.

Caso Clínico

Homem, 76 anos, com diagnóstico de melanoma maligno retro-auricular (lentigo focal) com excisão cirúrgica e alargamento de margens em 2021, que manteve seguimento irregular noutro Hospital Público, sem sinais de recidiva local à data da última consulta.

Recorreu ao serviço de urgência por fleimão escrotal esquerdo, referindo também quadro de uretrorragia ocasional e auto-limitada com 3 meses de evolução, constatando-se lesão da uretra peniana suspeita associada a adenopatia inguinal esquerda móvel.

Dado o quadro de fleimão escrotal, com importante espessamento fascial, cumpriu ciclo de antibioticoterapia em internamento. Por persistência de uretrorragia, decidida biópsia excisional da lesão no mesmo internamento. O estudo anatomo-patológico revelou fragmentos colhidos em neoplasia com atipia marcada de localização subepitelial e com perfil imuno-histoquímico (pS100+, HMB45+, SOX10+, melan A+, AE1/AE3-, vimentina+, Gata3-, CD45-, CK7-, CK20-, p63/p40-). Alterações estas enquadráveis numa metástase peniana por um melanoma maligno.

O estadiamento com tomografia computorizada de tórax, abdómen e pélvis (TC-TAP) e PET-TC revelou extensa disseminação metastática da doença, com envolvimento ósseo, pulmonar, hepático ganglionar, peniano, suprarrenal e seio frontal esquerdo.

O doente foi, assim, avaliado pela Oncologia, tendo realizado estudos moleculares dos genes *c-KIT* e *BRAF* para início de quimioterapia sistémica paliativa.

À data actual, passados 6 meses do diagnóstico, o doente encontra-se no quinto ciclo de nivolumab, com boa resposta terapêutica. Foi realizado novo PET-CT, neste caso no âmbito do seguimento do doente, com constatação de regressão da doença à distância, apenas captando actividade metabólica em um único gânglio mediastínico pré-traqueal (SUV máx. 2,5).

Na última consulta de seguimento, o doente encontrava-se com um bom estado geral, afirmando que tem vindo a constatar melhorias na qualidade de vida desde o início do tratamento sistémico paliativo.

Discussão

O melanoma mucoso do penis é uma doença rara que se apresenta com o aparecimento de uma lesão pigmentada, que muitas vezes está localizada na glande e pode ser tratada com cirurgia conservadora na maioria dos casos, dependendo do estadio clínico e da profundidade da invasão encontrada no momento do diagnóstico.

O risco de envolvimento ganglionar parece estar relacionado aos mesmos fatores de risco do melanoma cutâneo e, portanto, o sistema de estadiamento AJCC pode ser usado.[2]

A abordagem da maioria dos casos descritos na literatura descreve incisões locais amplas, com boas taxas de sobrevida a longo prazo.

Ainda assim, no caso do melanoma do pénis, o prognóstico é reservado e muitos relatos explicam-no com o atraso diagnóstico por medo e constrangimento relativo à localização. A presença de adenopatia inguinal é suspeita para disseminação local.[4]

O tratamento é cirúrgico e inclui procedimentos conservadores para doença localizada e cirurgia radical para casos localmente avançados. A cirurgia nos casos avançados pode ser usada como ponte para quimioterapia sistémica e cuidados paliativos, nos casos em que haja compromisso funcional da estrutura afectada.[1-4]

Actualmente, não existem tratamentos adjuvantes que melhorem a sobrevida de doentes com melanoma avançado do

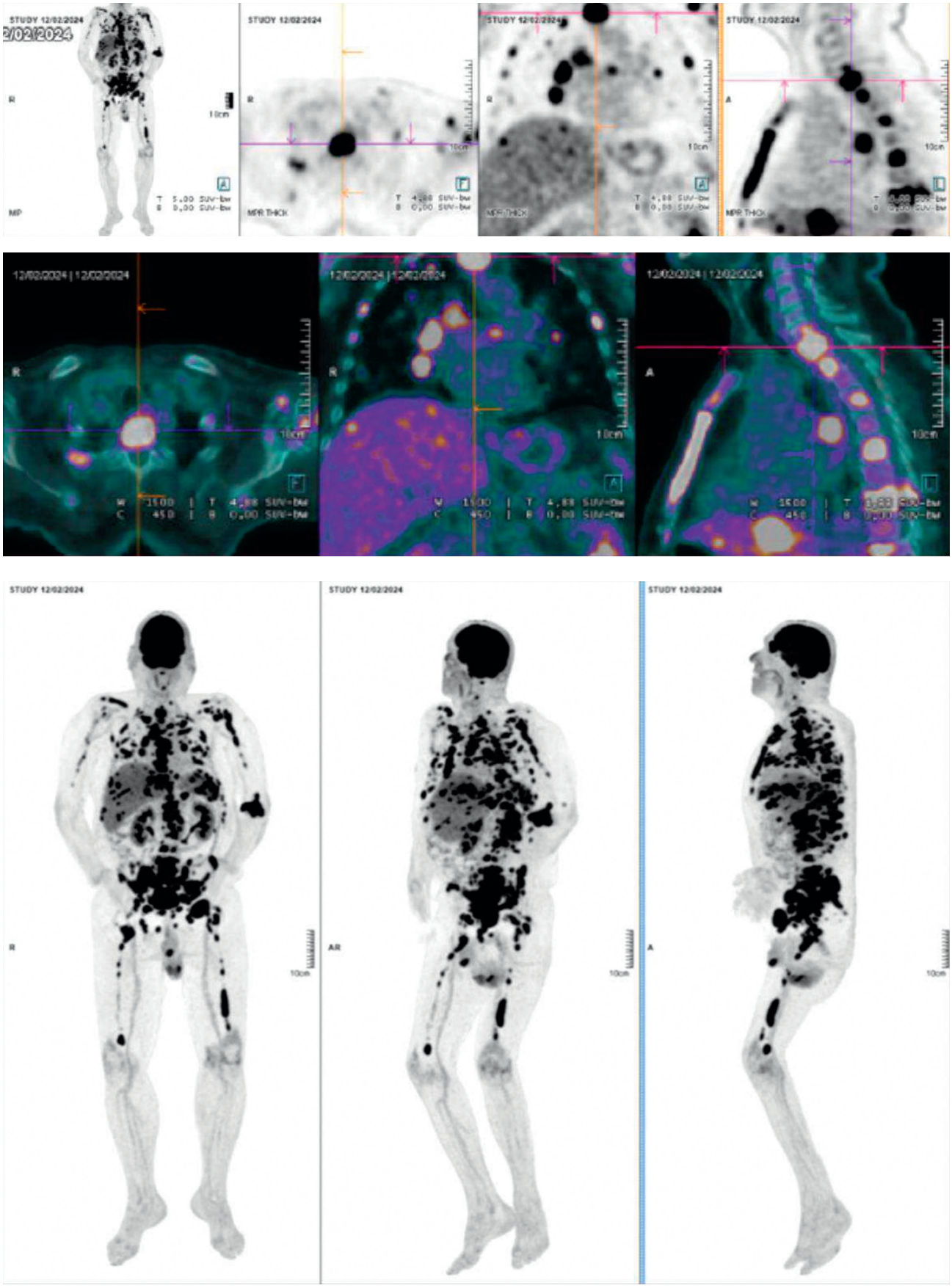


Figura 5 – Estadiamento com PET-CT – envolvimento ósseo, pulmonar, hepático ganglionar, peniano, suprarrenal e seio frontal

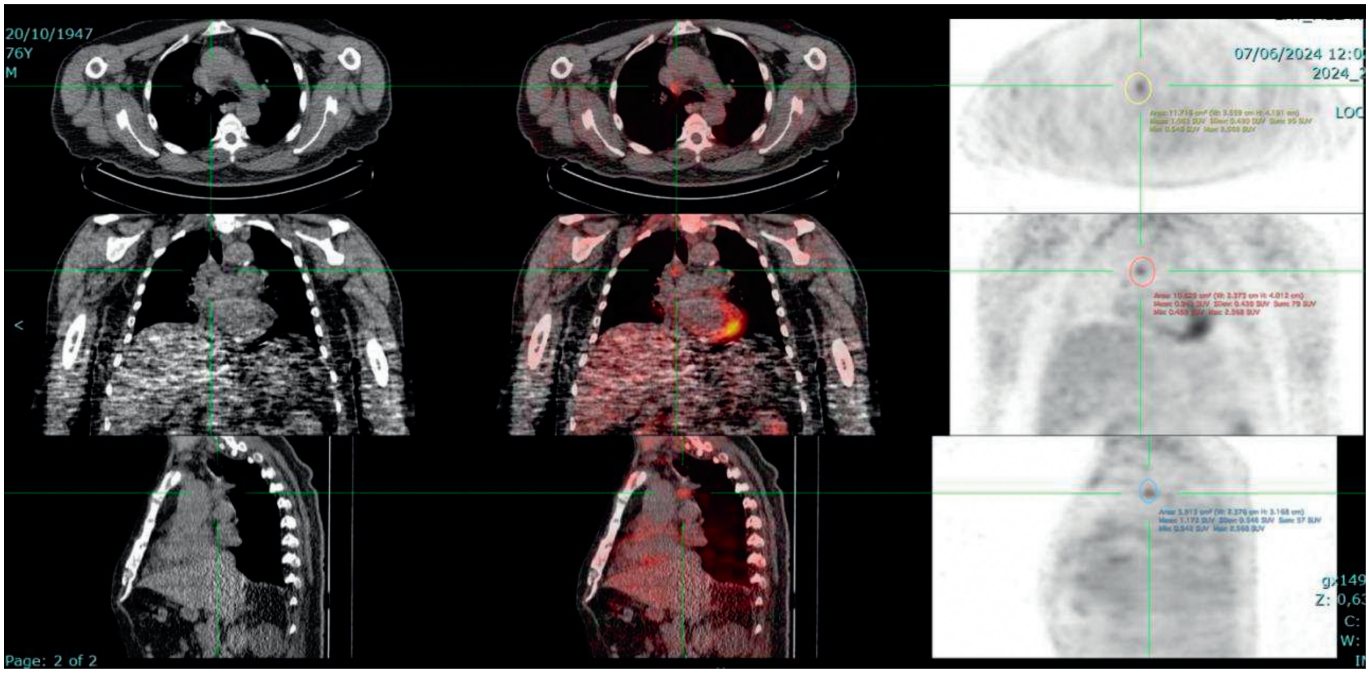


Figura 6 – Seguimento aos 5 meses de tratamento sistémico com PET-TC – envolvimento metabólica em apenas um gânglio

pénis, no entanto, a informação molecular pode ser útil para a eleição e individualização da mesma. As mutações no gene *BRAF* (cromossoma 7q) têm importância terapêutica tanto no contexto adjuvante como na doença metastática. Da mesma forma, mutações ativadoras no *cKIT* (cromossoma 4q) podem orientar e melhorar a resposta às terapêuticas sistémicas. A análise molecular destes genes deve ser realizada rotineiramente.[1,2]

Neste caso, a lesão uretral de melanoma enquadra-se num contexto de disseminação metastática da lesão primária retro-auricular, previamente intervencionada. Após o diagnóstico histológico e aquando do estadiamento, atendendo ao elevado potencial metastático deste tipo de tumor, tal como descrito na literatura, demonstrou-se envolvimento multiorgânico a nível ósseo, pulmonar, hepático, ganglionar, peniano, suprarrenal e seio frontal esquerdo.[3]

Em doença loco-regional ou metastática, o seguimento inclui tomografia computorizada do tórax, abdómen e pélvis (TC-TAP) e a ressonância magnética (RM) ou TC cerebral, geralmente em intervalos de 3 meses para doentes tratados com imunoterapia e intervalos de 2 meses para aqueles tratados com terapêuticas alvo.

Conclusão

Pela raridade do caso e apresentação clínica atípica, apresenta-se o presente caso por forma a manter-se um elevado grau de suspeição em doentes com história de melanoma, que desenvolvam quadro de uretrorragia ou alterações muco-cutâneas do pénis durante o seguimento do seu tumor primário.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: *The authors have no conflicts of interest to declare.*

Financing Support: *This work has not received any contribution, grant or scholarship.*

Confidentiality of Data: *The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of data from patients.*

Patient Consent: *Consent for publication was obtained.*

Provenance and Peer Review: *Not commissioned; externally peer reviewed.*

Declaração de Contribuição/*Contributorship Statement:*

PS – Elaboração do artigo

BO, PB, MD – Revisão crítica e redação do manuscrito

AC – Aprovação da versão final

Autor Correspondente/*Corresponding Author:*
Pedro Gonçalo Magno Serrano
pedrogmserrano@hotmail.com
Praceta António Cintra, 1, 7º D
ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9382-4567

Recebido/*Received:* 2024-04-09
Aceite/*Accepted:* 2024-09-08
Publicado online/*Published online:* 2024-09-27
Publicado/*Published:* 2025-08-01

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Acta Urol Port 2025. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC. Nenhuma reutilização comercial.
© Author(s) (or their employer(s)) and Acta Urol Port 2025. Re-use permitted under CC BY-NC. No commercial re-use.

Referências

1. Smith HG, Bagwan I, Board RE, Capper S, Coupland SE, Glen J, et al. Ano-uro-genital mucosal melanoma UK national guidelines. Eur J Cancer. 2020;135:22-30. doi: 10.1016/j.ejca.2020.04.030.
2. Guevara Jabiles A, Mar D, Gilmer FQ, Meza Montoya L, Manuel C. Penile melanoma: a 20-Year analysis of six patients at the National Cancer Institute of Lima: Ecancermedicalscience; 2017.
3. Castro A, Lacerda A, Fernandes M, Ribeiro Oliveira T, Palma Dos Reis J. Melanoma in situ of the penis: A very rare entity with an even rarer presentation. Urol Case Rep. 2023;47:102344. doi: 10.1016/j.eucr.2023.102344.
4. Tritton SM, Shumack S, Fischer G. Fatal delayed presentation of primary melanoma of the penis. Australas J Dermatol. 2008;49:239-41. doi: 10.1111/j.1440-0960.2008.00486.x