

participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.

Nilton Gioia Di Chiacchio: aprovação da versão final do manuscrito; desenho e planejamento do estudo; redação e edição do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual na conduta propedêutica e/ou terapêutica dos casos estudados; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito.




Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Arizaga AT, Guadhan MD, Bang RH. Generalized lichen nitidus. *Clin Exp Dermatol.* 2002;27:115-7.
2. Rodriguez-Martin M, Rodriguez-Garcia F, Sáez M, Cabera R, Pérez-Robayna N, Sidro M, et al. [Pruritic papules in the axillae]. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:281-3.

3. Bettoli V, De Padova MP, Corazza M, Virgili A. Generalized lichen nitidus with oral and nail involvement in a child. *Dermatology.* 1997;194:367-9.
4. Francouer C, Frost M, Treadwell P. Generalized pinhead-sized papules in a child. *Arch Dermatol.* 1988;124:935-8.
5. Arrue I, Arregui MA, Saracibar N, Soloeta R. Perforating lichen nitidus on an atypical site. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:429-31.

Walter Belda Junior ^a, Paulo Ricardo Criado ^b e Nilton Gioia Di Chiacchio ^{b,c,*}

^a Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina do ABC, São Paulo, SP, Brasil

^c Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

* Autor para correspondência.

E-mail: dichiacchiong@gmail.com (N.G. Di Chiacchio).

Recebido em 14 de janeiro de 2020; aceito em 11 de abril de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.04.012>
2666-2752/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. em nome de Sociedade Brasileira de Dermatologia. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Lesão peniana assintomática nodular de cor vermelha: apresentação incomum de carcinoma espinocelular



Prezado Editor,

Um homem de 65 anos de idade apresentava uma lesão nodular vermelha no corpo do pênis há dois meses. Ao exame físico, havia um crescimento eritematoso lobulado, sésil e não doloroso, bem definido, de tamanho aproximado de 5 × 3 cm envolvendo a glândula, o sulco coronal e a diáfise do pênis (fig. 1). Não havia linfadenopatia. Inicialmente, o paciente apresentou prurido discreto, e após um intervalo de tempo subsequente, notou o crescimento de pequena lesão peniana, que gradualmente progrediu para o tamanho atual – aumento que ocorreu em um intervalo de dois meses, juntamente com alguma dificuldade para retrair o prepúcio. Não havia história de disúria e o paciente apresentava boa saúde. Sua história familiar, médica e social não contribuíram com mais dados. O paciente tinha história de tabagismo durante 20 a 25 anos, e deixou de fumar nos últimos cinco anos.

Apesar de o paciente ter negado qualquer contato sexual, foi realizado o diagnóstico diferencial de condiloma acuminado, condiloma plano e granuloma inguinal com outros diferenciais remotos: xantoma verruciforme e carcinoma

espinocelular. Todas as investigações bioquímicas e hematólogicas, incluindo perfil lipídico, teste de função hepática, teste de função renal, eletrólitos séricos, exame de rotina e microscópico de urina e hemograma completo, estavam dentro dos limites normais. A microscopia em fundo escuro para *Treponema pallidum* e o esfregaço de tecido para corpúsculos de Donovan foram negativos. O teste sorológico para sífilis e ELISA para HIV tipos 1 e 2 foram negativos. A biópsia inicial mostrou condiloma acuminado com células escamosas apresentando perda de polaridade sem qualquer atipia citológica. Uma segunda biópsia foi realizada, e foi consistente com carcinoma espinocelular com padrão papilífero (fig. 2). A ultrassonografia do abdômen e da pelve apresentou resultado normal. Foi realizada excisão cirúrgica, que confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular *in situ*.



Figura 1 Crescimento bem definido, eritematoso, nodular, lobulado e sésil envolvendo a glândula, o sulco coronal e o corpo do pênis.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.019>

☆ Como citar este artigo: Rani S, Sardana K, Ahuja A. Beefy red asymptomatic penile lesion: unusual presentation of squamous cell carcinoma. *An Bras Dermatol.* 2021;96:383-4.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Dr Ram Manohar Lohia Hospital, Nova Delhi, Índia.

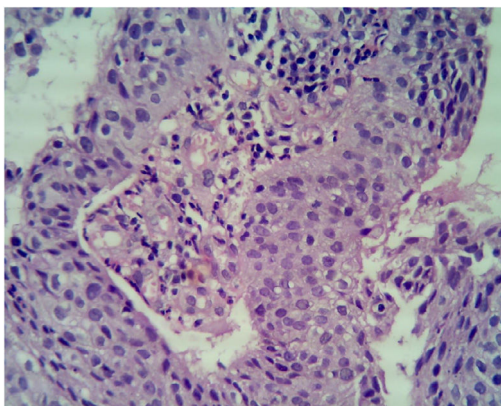


Figura 2 Lesão peniana assintomática nodular eritematosa: apresentação incomum de carcinoma espinocelular. Células atípicas com empilhamento nuclear, perda de polaridade, falta de maturação na superfície epitelial, alta relação N:C, núcleos hiper cromáticos e múltiplas figuras mitóticas. Alteração focal de células claras é observada na junção do epitélio atípico e epitélio normal (Hematoxilina & eosina, 40×).

Uma placa assintomática nodular lobulada de cor vermelha na região peniana tem vários diferenciais. Como o paciente apresentava esfregaço de tecido da lesão negativo, foi mantida a possibilidade de condiloma acuminado e xantoma verruciforme. O xantoma verruciforme é uma entidade rara que acomete principalmente a boca. A genitália é a segunda área mais frequentemente afetada, onde se apresenta como uma placa indolor, marrom-amarelado ou vermelha, verrucosa, sésil ou papilífera. Como o paciente não apresentava linfonodos regionais aumentados, o carcinoma espinocelular não foi considerado como primeiro diferencial. Além disso, não havia lesão preexistente que pudesse predispor ao desenvolvimento de carcinoma espinocelular. Mas a biópsia confirmou o diagnóstico de carcinoma espinocelular *in situ*.

O carcinoma espinocelular é o tumor mais comum do pênis e se apresenta como um tumor plano, infiltrante ou papilífero, ou como um nódulo duro indolor. O carcinoma peniano é sobretudo uma doença localizada (39%), com o carcinoma *in situ* constituindo 37% do total de casos de carcinoma peniano.^{1,2} Ele é mais comumente diagnosticado em pacientes idosos (50-70 anos).² Tem uma incidência maior nos países em desenvolvimento e é mais comumente localizado na glândula do pênis (48%), seguido pelo prepúcio (25%), glândula e prepúcio (9%), sulco coronal (6%) e no corpo do pênis (< 2%); 95% dessas neoplasias são carcinomas espinocelulares.³

Nosso caso foi atendido inicialmente no centro de referência para infecções sexualmente transmissíveis (IST) e, portanto, o diagnóstico de carcinoma espinocelular não foi considerado como primeiro diferencial. A ausência de quaisquer outros fatores predisponentes e a falta de envolvimento dos linfonodos regionais podem ter sido a razão para o diagnóstico clínico de condiloma acuminado e granuloma inguinal. A história curta sem fatores de risco associados para malignidade é outra razão para o carcinoma espinocelular não ter sido considerado.

O tratamento do carcinoma espinocelular *in situ* é a excisão local, embora a penectomia parcial e o seguimento mensal por pelo menos um ano sejam apropriados para paci-

entes com tumores primários pequenos e bem diferenciados. Pacientes com tumores primários grandes ou moderadamente a pouco diferenciados provavelmente devem ser submetidos à penectomia parcial ou total e linfadenectomia ilioinguinal imediata.⁴ Na ausência de metástases inguinais, os pacientes com carcinoma espinocelular invasivo do pênis envolvendo a glândula ou a parte distal da diáfise que são submetidos à amputação parcial adequada têm uma taxa de sobrevivência em longo prazo de 70%-80%. Dos pacientes com linfonodos envolvidos, 40%-50% podem ser curados com a dissecação dos linfonodos, enquanto os pacientes não tratados geralmente morrem em 2-3 anos.⁵ No caso aqui relatado, foi realizada penectomia parcial.

O presente caso demonstra com elegância a possibilidade de carcinoma espinocelular, mesmo sem quaisquer fatores predisponentes, podendo mimetizar IST comuns, neste caso o condiloma acuminado e o granuloma inguinal. É desnecessário dizer que, em casos ambíguos, uma repetição da biópsia é necessária, como demonstrado em nosso caso, para propiciar o manejo correto.

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuições dos autores

Seema Rani: Aprovação da versão final do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados; revisão crítica da literatura.

Kabir Sardana: Aprovação da versão final do manuscrito.

Arvind Ahuja: Aprovação da versão final do manuscrito; coleta, análise e interpretação dos dados.

Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

1. Kroon BK1, Horenblas S, Nieweg OE. Contemporary management of penile squamous cell carcinoma. *J Surg Oncol.* 2005;89:43-50.
2. Sufrin G, Huben R. Benign and malignant lesions of the penis. In: Gillenwater JY, editor. *Adult and Pediatric Urology.* Chicago: Year Book; 1997. p. 1997-2042.
3. Ramachandran T, Subramaniam P, Prakasam K. A Secondary Carcinomatous Lesion Masquerading as Primary Osteosarcoma. *J Clin Diagn Res.* 2013;7:563-5.
4. Fraley EE, Zhang G, Sazama R, Lange PH. Cancer of the penis. Prognosis and treatment plans. *Cancer.* 1985;55:1618-24.
5. Das S. Penile amputations for the management of primary carcinoma of the penis. *Urol Clin North Am.* 1992;19:277-82.

Seema Rani , Kabir Sardana  e Arvind Ahuja 

Dr Ram Manohar Lohia Hospital, Nova Delhi, Índia

* Autor para correspondência.

E-mail: drseemashexhar@gmail.com (S. Rani).

Recebido em 23 de janeiro de 2020; aceito em 16 de junho de 2020

<https://doi.org/10.1016/j.abdp.2020.06.020>

2666-2752/ © 2021 Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).