

ALTERAÇÕES E NEOPLASIAS DE TESTÍCULO E PÊNIS: MAIS ATENÇÃO À SAÚDE MASCULINA

Rafael Braz de Almeida¹, Elenice Stroparo²

Resumo

A atenção à saúde do homem foi negligenciada por muito tempo e, por esse fato, as doenças nessa população são diagnosticadas mais tardiamente, acarretando pior prognóstico e diminuindo a expectativa de vida. Esta revisão bibliográfica tem como objetivo apresentar uma síntese sobre as alterações e as neoplasias genitais masculinas, enfatizando a promoção à saúde. Estudos e programas de saúde para os homens são mais direcionados ao câncer de próstata, mas não a outros tipos de doenças ou cânceres. Os cânceres de testículo e de pênis são agressivos e provocam alto impacto psicológico nos pacientes, sendo que a incidência de câncer de pênis está relacionada à infecção por Papiloma Vírus Humano, má higiene íntima, fimose e não circuncisão, enquanto o câncer testicular é a neoplasia maligna mais frequente em jovens, cuja criptorquidia é o fator de risco mais associado, que também tem correlação direta com infertilidade. Existem, ainda, as alterações benignas, entre elas, varicocele, ectasia tubular da *rete testis*, espermatocelo, cistos e microlitíases, que podem causar desconforto e possível predisposição à malignidade, exigindo acompanhamento. Exames de imagem, biópsia e dosagem de marcadores tumorais como Gonadotrofina Coriônica Humana e Alfa-fetoproteína distinguem as características das lesões neoplásicas e não neoplásicas, direcionando o diagnóstico, a conduta terapêutica e o prognóstico. É importante gerar a cultura do autoexame, ampliar estudos e políticas públicas voltadas à saúde masculina, para promover a prevenção, qualidade de vida e o autocuidado do homem, havendo urgência no reconhecimento de implementação de programas para a promoção à saúde para este gênero.

Palavras-chave: Saúde masculina. Neoplasia genital. Câncer de pênis. Câncer testicular.

Abstract

The attention to men's health has been neglected for a long time and, due to this fact, the diseases in this population are diagnosed later, causing worse prognosis and decreasing life expectancy. This literature review aims to present a synthesis about male genital alterations and neoplasms, emphasizing health promotion. Studies and health programs for this population are more directed to prostate cancer, but not to other types of diseases or cancers. Penile and testicular cancers are aggressive and have a high psychological impact on patients. The incidence of penile cancer is related to Human Papillomavirus infection, poor intimate hygiene, phimosis and non-circumcision, whereas testicular cancer is the most common malignant neoplasm in young people and cryptorchidism is the most commonly associated risk factor, which also has a direct correlation with infertility. There are also benign alterations, including varicocele, tubular ectasia of the rete testis, spermatocelo, cysts and microlithiasis, which can cause discomfort and possible predisposition to malignancy, requiring follow-up. Imaging exams, biopsy and measurement of tumor markers such as human chorionic gonadotropin and alpha-fetoprotein distinguish characteristics of neoplastic and non-neoplastic lesions, directing therapeutic management and prognosis. It is important to generate the culture of self-examination, expand studies and public policies focused on male health, to promote the prevention, quality of life and male self-care, with urgency in the recognition of implementation of health promotion for this gender.

Keywords: Male health. Genital neoplasm. Cancer of the penis. Testicular cancer.

¹ Acadêmico do curso de Bacharelado em Biomedicina, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR. rah.rba@gmail.com
² Farmacêutica Bioquímica, Professora Doutora, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, PR. elenice.stroparo@utp.br

1. Introdução

A negligência com a saúde masculina tem raízes culturais, fazendo com que as doenças nos homens sejam diagnosticadas tardiamente, acarretando pior prognóstico e encurtando a expectativa de vida (MEIRELES E HOHL, 2009). Neste contexto, câncer nos homens mostra-se subestimado, principalmente quando atinge a região genital, símbolo de virilidade dentro da cultura machista. Por este motivo, o homem hesita em procurar ajuda e quando o faz, o câncer, na maioria das vezes, já se encontra em estágio avançado (SILVA *et al.*, 2015).

Os cânceres de pênis e de testículo acometem pequena parcela dos homens, porém, de uma forma geral, são sempre agressivos e provocam impacto psicológico nos pacientes. A incidência de câncer de pênis está relacionada, principalmente, à infecção por Papiloma Vírus Humano (HPV) e má higiene íntima, sendo um dos mais perigosos cânceres, chegando a superar os de próstata e de bexiga em algumas regiões (SOUZA *et al.*, 2011).

Há dados que sugerem para o câncer de testículo a possibilidade de predisposições genéticas ou eventos intrauterinos no nível embrionário, resultando em anormalidades urogenitais graves, entre elas, o defeito de descida gonadal e até a presença de células neoplásicas (MARRA *et al.*, 2008). Segundo Barba *et al.* (2016), esse tumor é relativamente raro, representando apenas 1,5% dos cânceres masculinos, sendo a neoplasia maligna mais frequente em jovens, mas de alta possibilidade de cura.

É importante gerar uma cultura de autoexame, sendo que, a investigação bimanual do conteúdo escrotal é o básico. Dessa forma, o tamanho, contorno e consistência do testículo normal são determinados em comparação com o suspeito, em que toda massa escrotal dura e indolor tem que ser orientada como tumor, até que se prove o contrário, devendo-se realizar ecografia, que permite detectar lesões com 100% de sensibilidade (RODRIGUEZ E GODOY, 2008; BARBA *et al.*, 2016).

O desenvolvimento de ações voltadas ao público masculino ainda mostra-se como um grande desafio para gestores e trabalhadores de saúde, revelando a necessidade de maior compreensão dos aspectos socioculturais que permeiam as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento oncológico na população masculina (MODENA *et al.*, 2013).

Sendo assim, este trabalho tem como objetivo apresentar uma revisão bibliográfica sintetizada sobre as alterações e neoplasias genitais masculinas, enfatizando, principalmente, a necessidade para a promoção do autocuidado do homem.

2. Metodologia

Este trabalho é uma revisão de literatura, cuja pesquisa foi feita entre julho de 2019 a novembro de 2019, baseada em trabalhos de 2001 a 2019, sobre saúde masculina e neoplasias genitais nessa população, onde os dados foram consultados e coletados em artigos científicos nas bases *PubMed*,

SciELO e Google Scholar. Foram utilizados descritores como saúde masculina, câncer de pênis e de testículo, microlitíase testicular, cistos e tumoração testicular, ações e prevenção do câncer em homens, diagnóstico e tratamentos.

3. Discussão

3.1 Fatores de risco

O câncer de testículo é um tumor relativamente raro, representa apenas 1 a 1,5% dos cânceres masculinos, no entanto, é o mais frequente em homens jovens, principalmente na faixa etária de 20 a 35 anos. Entre os fatores de risco, a criptorquidia está associada com maior parte dos casos, sendo, portanto, a principal causa e tem 40 vezes mais possibilidade de se malignizarem, quando comparados àqueles que migraram corretamente para o escroto (MARRA *et al.*, 2008; BARBA *et al.*, 2016).

Os fatores de risco para desenvolvimento de câncer de testículo, relatados na literatura são, principalmente, criptorquidia, predisposição genética, filhos de gestantes que utilizaram estrogênio exógeno, e não há, até o momento, documentações comprobatórias relacionando orquite viral, exposição à radiação, trauma testicular e síndrome de Fournier como fatores de risco para o desenvolvimento deste câncer (MARRA *et al.*, 2008; LOPES *et al.*, 2012).

Zerati Filho *et al.* (2010) também aponta como outros fatores a microlitíase testicular, vasectomia, hérnia inguinal e tabagismo, mas ressalva que, vários estudos conflitantes não mostraram relação direta entre esses eventos e o risco de neoplasia testicular.

Inicialmente, acreditava-se que a microlitíase testicular era um processo benigno, que não necessitaria de seguimento. Porém, tem sido vista como fator de risco, por forte associação com a presença de tumores de células germinativas, particularmente o seminoma e a neoplasia de células germinativas intratubulares, que progridem para carcinoma em 50% das vezes (VITAL *et al.*, 2007).

A microlitíase pode surgir de forma isolada, mas em até 30 a 40% dos casos associa-se a tumores do testículo. Ocasionalmente, surge associada a outras patologias, como varicocele, torção do testículo, síndrome de Klinefelter, síndrome de Down, síndrome de Carney, pseudo-hermafroditismo masculino, mas a prevalência é significativamente maior quando há associação com tumores testiculares malignos, testículo não descido e infertilidade, podendo ser uma manifestação precoce de tumor testicular (COELHO *et al.*, 2005; VITAL *et al.*, 2007).

A criptorquidia, além de principal fator de risco associado, também é uma causa conhecida de infertilidade, devido à alteração da espermatogênese pela exposição dos testículos não descendentes a temperaturas elevadas, combinada com desequilíbrios hormonais, tais como andrógenos e fatores semelhantes à insulina, que representam papel importante no desenvolvimento do gubernáculo e da subsequente migração testicular, resultando em oligozoospermia grave ou azoospermia (LOPES *et al.*, 2012).

Segundo Lopes *et al.* (2012), cerca de 80% dos testículos criptorquídicos são palpáveis, enquanto 20% não são palpáveis, e os locais mais comuns são: canal inguinal (63%), localização ectópica (11%), anel inguinal externo (9%) e somente 2% no abdome.

Vários relatos sugerem uma correlação direta entre câncer testicular e infertilidade. Muitos estudos sobre pacientes com câncer testicular indicam que a maioria deles tem sêmen pobre em qualidade (PASQUALOTTO *et al.*, 2003).

Outras possíveis etiologias incluem trauma e inflamação, que podem causar oclusão dos ductos espermáticos com ectasia subsequente e alterações císticas nos testículos. Os cistos intratesticulares são, quase sempre, descobertos acidentalmente, impalpáveis e geralmente não associados com sintomas ou, muito ocasionalmente, ampliar e causar dor (KANG *et al.*, 2013).

Em relação ao câncer de pênis, apesar da etiologia ser desconhecida, estudos relacionam o achado de DNA-HPV associado à doença entre 15% a 46,3% dos casos, com presença maior do subtipo 16. Outros fatores de risco que também estão associados com este câncer são fimose, má-higienização, condições inflamatórias crônicas, fotoquimioterapia com raios-ultravioleta A e tabagismo (SOUZA *et al.*, 2011). Segundo Mrinakova *et al.* (2019), a infecção pelo HPV, mais comumente as cepas HPV-16 e HPV-18, aponta que a promiscuidade sexual aumenta o risco de não apenas o câncer masculino, mas também o câncer em suas parceiras (os).

Um fator importante na formação do câncer de pênis é a higiene insuficiente da bolsa de prepúcio, onde o esmegma se acumula como um subproduto da ação bacteriana sobre as células da mucosa, causando irritação da glande e do prepúcio, levando à inflamação crônica (MRINAKOVA *et al.*, 2019).

3.2 Alterações testiculares não-neoplásicas

É importante identificar o tipo da alteração nos testículos, onde a ultrassografia é usada para confirmar a presença de uma massa testicular e para explorar o testículo, cuja sensibilidade na detecção de um tumor é praticamente 100% e desempenha um papel importante quando se trata de determinar se a massa é intra ou extratesticular (BARBA *et al.*, 2016).

Nos casos de cistos de testículo não neoplásicos, dois tipos devem ser diferenciados: cistos da túnica albugínea e cistos intratesticulares. A distinção entre estes dois tipos é feita, principalmente, à palpação. Ao contrário dos cistos da túnica albugínea, os cistos intratesticulares são descobertos apenas pela ultrassonografia, não sendo palpáveis (REZENDE, 2001).

Os cistos intratesticulares são lesões com dimensões variando de 2 mm até 2 cm de diâmetro, uni ou multiloculados e, usualmente, são únicos e não-palpáveis, podendo ser múltiplos e bilaterais. Microscopicamente, são revestidos por células cuboides não-ciliadas ou planas, circundadas por parênquima testicular com conteúdo seroso (VITAL *et al.*, 2007).

A microlitíase testicular caracteriza-se por múltiplas microcalcificações, de 1 a 2 mm de diâmetro, que se distribuem de forma aleatória por todo o testículo. Pode ser uma situação

predisponente, um possível fator indireto de doença pré-maligna ou um marcador tumoral, pois estudos não têm comprovado a evolução desta entidade para patologia tumoral (COELHO *et al.*, 2005).

A espermatocèle consiste numa lesão cística intraparenquimatosa adjacente ao mediastino testicular, na área da rede testicular, podendo ser septada e em comunicação com os túbulos seminíferos. Na avaliação histológica, apresentam parede fibromuscular circundada por epitélio cuboide, sendo que, raramente, são notados epitélios pseudoestratificado ou ciliado. Suas paredes costumam ser mais irregulares que as de um cisto (VITAL *et al.*, 2007).

Múltiplas estruturas tubulares serpiginosas e anecóicas, de variados tamanhos, geralmente maiores que 3 mm de diâmetro, localizadas ao redor do mediastino testicular, são denominadas de varicocele. Esses vasos dilatados são mais frequentemente encontrados à esquerda, cuja queixa mais frequente é a dor local, enquanto infertilidade, edema ou massa escrotal também são sintomas comuns, destaca Vital *et al.* (2007).

A ectasia tubular da *rete testis* consiste numa entidade benigna relativamente rara, que resulta da obstrução parcial ou completa dos ductos eferentes. Esta obstrução pode acontecer em diferentes níveis, podendo ser classificada em intra ou extratesticular. São numerosas pequenas estruturas tubulares e císticas, de conteúdo fluído e hipoecoico, no local da rede testicular, próximas ao mediastino testicular (VITAL *et al.*, 2007).

3.3 Alterações testiculares neoplásicas

O câncer de testículo é classificado em três grupos: tumores de células germinativas (TCG), tumores da medula estromal e tumores dos cordões sexuais. O TCG representa 95% dos casos, dividindo-se em dois subgrupos: seminomas e não-seminomas. Estes últimos são formados por 4 variedades histológicas: carcinoma embrionário não seminomatoso, tumor do seio endodérmico, coriocarcinoma e teratoma (BARBA *et al.*, 2016).

O carcinoma *in situ* (CIS) de testículo, que é uma alteração pré-invasiva precursora das neoplasias germinativas (exceto seminoma espermatocítico), pode progredir para neoplasia em até 50% dos pacientes não tratados em 5 anos. Em razão de sua baixa incidência, o rastreamento populacional só é recomendado a pacientes portadores de fatores de alto risco (ZERATI FILHO *et al.*, 2010).

O TCG origina-se do CIS, que devido a uma série de alterações genéticas e epigenéticas que acarretam falha da maturação normal dos gonócitos durante o desenvolvimento fetal ou pós-natal, progride para a forma invasiva (TCG) seminoma e não-seminoma depois da puberdade, que diferem-se em seu comportamento biológico, no prognóstico e, também, na resposta ao tratamento, seja quimioterapia ou radioterapia. Os não-seminomas constituem-se de mais de um tipo de células, até mesmo do tipo seminomatoso (RODRIGUEZ E GODOY, 2008; BATOOL *et al.*, 2019).

Segundo Rodriguez e Godoy (2008), o seminoma é o mais frequente entre todos os TCG, sendo um tumor mole, de textura regular e cor cinza-rosada, histologicamente homogêneo e com células de carcinoma *in situ* e semelhante à célula germinativa primitiva, com algumas células gigantes e infiltrado linfocitário. É dividido em clássico ou puro (76%), anaplásico (10%), espermatocítico (9%) e trofoblástico (5%).

Rodriguez e Godoy (2008) também destacam que, entre os não-seminomatosos, o carcinoma embrionário é o mais frequente e, histologicamente, assemelha-se a um embrião primitivo, possuindo a presença de citotrofoblasto e sinciciotrofoblasto com células somáticas indiferenciadas, necrose e hemorragia de coriocarcinoma, sendo considerado o mais agressivo, evoluindo rapidamente com metástases sanguíneas e linfáticas.

Outros tipos de TCG não-seminomatosos são: o tumor do saco vitelino, que é derivado do seio endodérmico, sendo raro como tumor testicular puro e mais comum em tumores extragonadais; e o teratoma, que consiste em células somáticas de duas ou três camadas germinativas (ectoderme, mesoderme, endoderma), que apesar de sua natureza benigna, tende a crescer, obstruir e invadir estruturas adjacentes que sugerem ressecção, além de 3% a 6% de malignidade (RODRIGUEZ E GODOY, 2008).

A análise genética do TCG mostrou que quase 100% dos tumores apresentam um aumento no número de cópias do cromossomo 12p, ou seja, os ganhos do braço cromossômico 12p e da aneuploidia são quase universais neste câncer, mas eles têm baixa taxa de mutação pontual (MORATINOS *et al.*, 2013; BATOOL *et al.*, 2019).

3.4 Diagnóstico e conduta terapêutica

Quando comparado a outros cânceres que atingem o homem, o câncer de testículo apresenta baixo índice de mortalidade e, atualmente, é considerado um dos mais curáveis, principalmente se detectado em estágio inicial, tendo o tratamento baseado em cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (SOUZA *et al.*, 2011).

O diagnóstico é baseado principalmente na suspeita clínica, ultrassonografia testicular e marcadores séricos. Exames ultrassonográficos distinguem facilmente características de cistos simples de outros cistos, como epidermóides, neoplasias, cistos da túnica albugínea, espermatoceles, hidroceles e outras lesões, permitindo uma clara diferenciação entre cistos neoplásicos e não neoplásicos, fazendo o manejo conservador ser justificado (HATSIPOULOU E DAWSON, 2001; BARBA *et al.*, 2016).

O diagnóstico diferencial inclui cistos epididimários, cistos epidermóides e displasia cística e, mais importante, tumores de células germinativas, especialmente teratomas, cuja distinção pode ser feita histologicamente, pois as neoplasias de células germinativas consistem em tipos de tecidos maduros e imaturos: os cistos epidermóides contêm epitélio queratinizado escamoso e a displasia cística envolve o parênquima testicular, túnica albugínea e *rete testis*, enquanto cistos simples estão confinados ao parênquima (HATSIPOULOU E DAWSON, 2001).

Nos casos de alto risco, em que a prevalência de tumor testicular é maior, como microlitíase focal unilateral não associada à massa, infertilidade, atrofia testicular e aumento das dimensões do testículo, aconselha-se a realização de biópsia testicular. As biópsias do testículo contralateral ao TCG (realizadas pela via inguinal) não são sistematicamente recomendadas, devido ao seu balanço risco-benefício (COELHO *et al.*, 2005; MUREZ *et al.*, 2018).

O manejo de cistos intratesticulares simples é controverso: orquiectomia radical pode ser defendida, porque lesões benignas podem coexistir com áreas malignas não reconhecidas. Com essa abordagem, o diagnóstico pode ser definitivamente confirmado ou refutado histopatologicamente. Contudo, existe claramente um risco significativo de remoção de um testículo normal, se não houver malignidade detectada (KANG *et al.*, 2013). Para alterações não-neoplásicas, a maioria dos autores recomenda vigilância clínica, educação do paciente para a autoexaminação, a realização de ecografia testicular e determinação de marcadores séricos tumorais anualmente (COELHO *et al.*, 2005).

Certos marcadores (alfa-fetoproteína e gonadotrofina coriônica humana) demonstraram ser informativos para a classificação de TCG seminomas e não-seminomas. Porém, o estado hormonal e estes marcadores tumorais podem apresentar-se normais, mesmo na presença de TCG (PASQUALOTTO *et al.*, 2003; STENMAN *et al.*, 2013).

A alfa-fetoproteína (AFP) é produzida principalmente por tumores vitelínicos e carcinoma embrionário, sua meia-vida é de 5 a 7 dias e não é específico. A gonadotrofina coriônica humana total (hCG) é sistematicamente secretada pelo coriocarcinoma, pode ser encontrada em alguns carcinomas embrionários e seminomas, cuja meia-vida é de 24 a 36 horas. A lactato desidrogenase (LDH) é inespecífica e correlacionada com tumor celular e volume tumoral (MUREZ *et al.*, 2018).

Enquanto a ultrassonografia testicular desempenha um importante papel na especificidade da lesão, a tomografia toraco-abdominopélvica é o melhor teste para detectar metástases e a determinação dos marcadores tumorais, cuja alfa-fetoproteína elevada sugere fortemente a presença de um componente não-seminomatoso e, entre 5 e 10% dos pacientes apresentam um ligeiramente elevados níveis de β -hCG, enquanto a fosfatase alcalina placentária é elevada em 100% dos seminomas em estágio avançado (MORATINOS *et al.*, 2013).

Embora tenha sido estudado um grande número de marcadores no soro, até agora apenas a hCG, a AFP e a LDH demonstraram ter valor diagnóstico e prognóstico independente (Tabela 1). A LDH é elevada em 40-60% dos pacientes com seminoma ou não-seminoma. A classificação é baseada no exame histológico, mas se a AFP sérica estiver elevada, um tumor classificado como seminoma é reclassificado como não-seminoma e tratado adequadamente (STENMAN *et al.*, 2013).

Segundo Moratinos *et al.* (2013), em relação ao tratamento, uma vez realizada a orquiectomia radical, há controvérsias sobre como atuar no estágio I, uma vez que é possível optar pela radioterapia ou quimioterapia; no estágio II A / B, a radioterapia adjuvante é o tratamento de escolha, e nos estágios II C e III, a quimioterapia adjuvante, incluindo os derivados da platina.

O tratamento de tumores testiculares bilaterais, assim como tumores unilaterais, depende da histologia e do grau de metástase e, quando a terapia de escolha é a orquiectomia bilateral,

requer tratamento com substituto hormonal para toda vida. Além disso, deve-se considerar a criopreservação do sêmen em caso de desejo de prole, e possível implante de prótese para as alterações estéticas (GÓMEZ *et al.*, 2007).

O atraso no diagnóstico e tratamento desses tumores não supõe, à época da quimioterapia, um sério revés quando se avaliam os resultados de sobrevida específica, mas esse atraso pode ter impacto na morbidade dos pacientes, já que condutas terapêuticas, necessariamente, terão que ser mais agressivas ao se encontrar a doença em estágios mais avançados (MORATINOS *et al.*, 2013).

Segundo Rodriguez e Godoy (2008), uma vez que a presença de TCG é suspeita e são encontrados achados sugestivos no ultrassom testicular, os seguintes passos serão tomados:

1. Marcadores tumorais (AFP, hCG, LDH).
2. Exames de extensão:
 - a. Raio-X de Tórax;
 - b. Tomografia computadorizada pélvica;
 - c. Tomografia computadorizada de tórax (justificada em TCG não seminomatoso);
 - d. Ressonância magnética cranioencefálica: em coriocarcinomas, especialmente pulmões, e na busca de lugar escondido da doença (pacientes com marcadores elevados, mas sem evidência de metástase).
3. Exploração cirúrgica e orquiectomia, sempre inguinalmente.
4. Determinação do risco de recidiva.

Uma taxa lenta de redução de marcadores é de uso potencial em pacientes com baixo risco e pode implicar a necessidade de terapia mais agressiva. Com tal vigilância, na maioria dos casos, a reincidência é detectada antes que os sintomas clínicos apareçam (STENMAN *et al.*, 2013). Nicholson *et al.* (2019) aponta que a especificidade para recorrência de TGC com AFP e hCG é alta (90-100%), mas que a sensibilidade destes marcadores foi muitas vezes relativamente baixa (< 50%), sugerindo que muitas recorrências não seriam detectadas apenas pelos marcadores tumorais, sobretudo, o desempenho diagnóstico da LDH, que aparece mais pobre, sugerindo que ainda faltam evidências de alta qualidade sobre sua precisão, limites ótimos e a estratégia de vigilância mais eficaz relação às modalidades investigativas contemporâneas.

TABELA 1. Positividade dos marcadores tumorais em TCG

Tipo do TCG	β -hCG	α -fetoproteína
Seminoma	10-20	(-)
Carcinoma embrionário	80%	75%
Teratoma	25%	37%
Coriocarcinoma	100%	(-)

NOTA: A tabela mostra a porcentagem de positividade dos marcadores em cada um dos TCG, que, além de auxiliar no diagnóstico, determinam o risco de recidiva, uma vez que se a alfafetoproteína ou β -hCG ou ambos, permanecerem elevados após o tratamento, há um risco de progressão de 70%, ao contrário se normalizarem, em que o risco diminui para 7%. Observe a negatividade do seminoma puro para AFP e a escala de positividade da mesma para β -hCG.

FONTE: Rodriguez e Godoy, 2008.

Enquanto ao câncer de pênis, a suspeita do diagnóstico é o aparecimento ferida avermelhada que não cicatriza ou de pequeno nódulo, na glande, no prepúcio ou no corpo do pênis, manchas esbranquiçadas ou perda de pigmentação na glande, presença de esmegma com cheiro forte e de gânglios inguinais inchados na virilha, cuja confirmação é alcançada através da biópsia, na qual é feita a colheita de uma amostra do tecido acometido e posterior análise laboratorial (SILVA *et al.*, 2015).

O exame ultrassonográfico fornece informações sobre infiltração em corpos cavernosos, semelhante à ressonância magnética com ereção induzida, sendo os exames de imagem métodos tradicionais também para o acompanhamento, especialmente ultrassonografia e PET-CT (MRINAKOVA *et al.*, 2019).

Os resultados das terapêuticas clínicas no câncer de pênis apresentam alta toxicidade e baixa eficácia e os estudos ainda apresentam baixos níveis de evidências e recomendação, fazendo com que este tipo de câncer seja considerado um dos mais perigosos tumores que acometem o homem (SOUZA *et al.*, 2011).

Segundo Silva *et al.* (2015), o tratamento é diretamente determinado pela gravidade e extensão da doença: nas lesões iniciais o tumor e uma pequena parte dos tecidos ao redor podem ser removidos cirurgicamente ou por ressecção a laser, de forma a manter as funções sexuais e urinárias, enquanto nas fases mais avançadas da doença é indicada a remoção completa do pênis e dos gânglios inguinais.

A radioterapia é o método de tratamento padrão, além de existirem outros métodos de tratamento, dependendo de cada caso, que podem ser tópico, fotodinâmico, criopreservação, eletrocauterização, fotocoagulação a laser, cirurgia conservadora (para lesões superficiais), cirurgia radical (para estágios mais avançados), quimioterapia neoadjuvante e terapia sistêmica (MRINAKOVA *et al.*, 2019).

Os autores enfatizam a autoexaminação como fator importante para o diagnóstico, vigilância, inclusive para o acompanhamento na reincidência dos tumores de testículo e pênis, devendo-se estimular os pacientes a essa prática (RODRIGUEZ E GODOY, 2008; SOUZA *et al.*, 2011; BARBA *et al.*, 2016; MRINAKOVA *et al.*, 2019).

3.5 Prevenção

Existem evidências para a prevenção dos cânceres de testículo e pênis (Quadro 1). A prevenção do câncer de pênis está associada à higiene diária, especialmente na hora do banho e depois das relações sexuais, circuncisão, uso de preservativos nas relações sexuais e vacinação contra o HPV. Na prevenção do câncer de testículo os estudos foram unânimes ao identificar como estratégia preventiva o autoexame do órgão e a orquidopexia para crianças com alto risco (SOUZA *et al.*, 2011).

QUADRO 1. Síntese de evidências para a prevenção de cânceres

Estratégias de Prevenção do Câncer de Testículo	Estratégias de Prevenção do Câncer de Pênis
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar o autoexame, observando se existe presença de nódulos, inchaços ou outras alterações em ambos os testículos. - Submeter-se à orquidopexia na fase pré-puberal, em caso de criptorquidia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar circuncisão na infância. - Melhorar os hábitos de higiene íntima, lavando o pênis minuciosamente, especialmente após relações sexuais e masturbação. - Ensinar a criança desde cedo como fazer a higienização do pênis. - Realizar o autoexame, tracionando o prepúcio e fazendo inspeção cuidadosa, observando se existe presença de lesões, manchas, nódulos, inchaços ou outras alterações. - Vacinar-se contra o HPV.

FONTE: Souza *et al.*, 2011. Adaptado.

3.6 Abordagem atual e promoção à saúde

Segundo Modena *et al.* (2013), embora apresente taxas de incidência semelhantes entre os sexos, estudos constataam a maior taxa de letalidade por câncer entre a população masculina, revelando as implicações de gênero na configuração deste cenário, por negligência do próprio paciente ou por falta de políticas públicas destinadas a esta população.

As práticas de autocuidado e a utilização dos serviços de saúde, ainda hoje, vêm sendo percebidas como atributos femininos e, dadas as desigualdades de gênero, são pouco reconhecidas e valorizadas pelos homens (MODENA *et al.*, 2013).

Por falta de informação ou constrangimento, muitos homens demoram em procurar atendimento médico e deixam de tratar uma doença que pode ter cura. Na prática assistencial percebe-se que o número de homens que procuram o centro de saúde é inferior ao número de mulheres (SOUZA *et al.*, 2011; SILVA *et al.*, 2015).

Modena *et al.* (2013) destaca que, a falta de procura não se restringe à falta de informações específicas de saúde, mas, também, temor em descobrir doenças ou ao tratamento, “falta de tempo”, tensão emocional, incapacidade para o trabalho, problemas socioeconômicos, preocupação com a manutenção do *status* de provedor familiar e impossibilidade do exercício da sexualidade.

Silva *et al.* (2015) afirma ser necessário pensar em estratégias para trazer os homens para a atenção primária, iniciando pelo Programa Saúde da Família e as Unidades Básicas de Saúde, que devem ter um plano voltado, especialmente, para a saúde do homem, com enfoque nas necessidades reais deste gênero.

No âmbito acadêmico, verifica-se que cerca de 80% das publicações dão maior ênfase nas neoplasias da próstata, revelando um maior interesse dos pesquisadores nesta enfermidade, apontando uma lacuna no que se refere à produção de conhecimento acerca de outros tipos de cânceres, assim como o silenciamento a respeito da prevenção também na mídia e nos serviços de saúde (MODENA *et al.*, 2013).

Meireles e Hohl (2009) observam que as políticas públicas de saúde só agora estão reconhecendo a necessidade de oferecer programas voltados à prevenção ao tratamento das patologias mais prevalentes ou específicas dos homens. Mais do que criar infraestrutura apropriada, será preciso mudar o comportamento da população masculina com relação à própria saúde.

Conclusão

As doenças que afetam homens trazem grandes desafios a seus acometidos, seja por falta de informação ou por necessitarem de diversas adaptações no modo de vida, fazendo com que essa população não tenha o hábito de recorrer aos serviços de saúde. Atualmente existem mais programas voltados a saúde da mulher, enquanto a atenção à saúde masculina é mais direcionada ao câncer de próstata, mas não a cânceres de testículo e de pênis, ou outros.

Chegar ao diagnóstico precoce, principalmente de doenças neoplásicas, se inicia criando políticas públicas mais específicas aos homens e ampliando as já existentes, especialmente, para que se gere a cultura do autocuidado, incentivando-os, desde jovens, a se prevenirem e a fazerem o autoexame nos testículos e pênis, assim como é feito no programa voltado ao autoexame para câncer de mama na população feminina, dando-se grande publicidade ao assunto e melhorando o sistema de saúde para receber esses pacientes, para que as orientações e os exames laboratoriais de marcadores e imagem estejam ao alcance, direcionando prontamente diagnósticos às suas respectivas condutas terapêuticas.

Em contrapartida, a população masculina deve fazer que o autocuidado com a saúde se torne hábito, sendo que, para isso, é preciso que mudanças comportamentais aconteçam, para que se propicie diagnóstico e tratamento precoces, conseqüentemente, qualidade de vida mais próxima de seu cotidiano normal.

Referências

- BARBA, V. N.; GARCÍA, J. J. C.; GAMBOA, J. M. Tumoración testicular. *Rev. Clín. Med. Fam.*, España, v. 9, n. 2, p. 131-134, 2016.
- BATOOL, A.; KARIMI, N.; WU, X.; CHEN, S.; LIU, Y. Testicular germ cell tumor: a comprehensive review. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s00018-019-03022-7>>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- COELHO, R.; BRITO, M. J.; CASELLA, P.; BRAGANÇA, G.; MACHADO, M. C. Microlithiasis and testicular tumor. *Acta Médica Portuguesa*, Portugal, v. 18, p. 485-487, 2005.
- GÓMEZ, J. P.; ARMANDA, B.; PLANES, T. M.; PROSPER, V. A.; TORTOSA, R. I.; SALOM, G. M. Bilateral testicular cancer: a report of four cases. *Actas Urol. Esp.*, España, v. 31, n. 10, p. 1117-1122, 2007.
- HATSIPOULOU, O.; DAWSON, C. Simple intratesticular cysts in adults: a diagnostic dilemma. *BJU International*, Reino Unido, v. 88, n. 1, p. 248-250, 2001.
- KANG, S. M.; HWANG, D. S.; LEE, J. W.; CHON, W. H.; PARK, N. C.; PARK, H. J. Multiple intratesticular cysts. *World J Mens Health*, Korea, v. 31, n. 1, p. 79-82, 2013.

- LOPES, R. I.; MEDEIROS, M. T.; ARAP, M. A.; COCUZZA, M.; SROUGI, M.; HALLAK, J. Splenogonadal fusion and testicular cancer: case report and review of the literature. *Einstein*, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 92-95, 2012.
- MARRA, M. O.; SILVA, A. L.; TOLEDO, R. R. Síndrome de Fournier e câncer do testículo: apresentação de caso. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 287-289, 2013.
- MEIRELLES, R.; HOHL, A. Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens. *Arq Bras Endocrinol Metab*, Rio de Janeiro, v. 53, n. 8, p. 899-900, 2009.
- MODENA, C. M.; MARTINS, A. M.; RIBEIRO, R. B. N.; ALMEIDA, S. S. L. Os homens e o adoecimento por câncer: um olhar sobre a produção científica brasileira. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 37, n. 3, p. 644-660, 2013.
- MORATINOS, B. A.; ACOSTA, S. A.; CORTES, J. B.; GONZÁLES, G. G.; GORDILLO, A. D.; ROMÁN, J. C. A.; REYES, A. R.; CABREZA, J. A. et al. Seminoma: puesta al día. *Sanidad Militar*, [S.L], v. 69, n. 1, p. 22-37, 2013.
- MRINAKOVA, B.; ONDRUSOVA, M.; SVANTNEROVA, M.; ONDRUS, D. Malignant tumors of the penis - diagnostics and therapy. *Klin Onkol*, Bratislava, v.32, n.1, p. 31-39, 2019.
- MUREZ, T.; FLÉCHON, A.; SAVOIE, P. H.; ROCHER, L.; CAMPARO, P.; MOREL-HOURNEL, N.; FERRETTI, L.; SÈBE, P.; MÉJEAN, A. Recommandations françaises du comité de cancérologie de l'AFU - actualisation 2018 - 2020: tumeurs germinales dutesticule. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.purol.2018.08.002>>. Acesso em: 29 jul. 2019.
- NICHOLSON, B. D.; JONES, N. R.; PROTHEROE, A.; JOSEPH, J.; ROBERTS, N. W.; BRUEL, A. V.; FANSHAW, T. R. The diagnostic performance of current tumour markers in surveillance for recurrent testicular cancer: a diagnostic test accuracy systematic review. *Cancer Epidemiology*, Belgium, v. 59, p. 15-21, 2019.
- PASQUALOTTO, F. F.; PASQUALOTTO, E. B.; AGARWAL, A.; THOMAS-JR, A. J. Detection of testicular cancer in men presenting with infertility. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, v. 58, n. 2, p. 75-80. 2003.
- REZENDE, D. E. L. Cisto simples de testículo: relato de caso e revisão da literatura. *Revista Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 251-252, 2001.
- RORIGUEZ, Y.; GODOY, J. Tumor de células germinales. *Rev. Fac. Med.*, Colombia, v. 16, n. 2, p. 200-214, 2008.
- SILVA, S. E. D.; ALMEIDA, M. R. Câncer uma doença psicossocial: câncer no homem e a herança da cultura machista. *Revista Eletrônica Gestão*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 606-616, 2015.
- SOUZA, K. W.; REIS, P. E. D; GOMES, I. P; CARVALHO, E. C. Prevention strategies for testicular and penile cancer: an integrative review. *Revista Escola de Enfermagem USP*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 277-282, 2011.
- STENMAN, U. H.; LAMERZ, R.; LOOIJENGA, L. Marcadores tumorales en cánceres de testículo. *Acta Bioq. Clínica Latinoamer.*, Buenos Aires, v. 47, n. 1, p. 167-182, 2013.
- VITAL, R. J.; MATTOS, L. A.; SOUZA, L. R. M. F.; FIGUEIREDO, S. S.; SZEJNFELD, J. Aspectos ultrassonográficas das alterações não neoplásicas do testículo. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 61-67, 2007.
- ZERATI FILHO, M.; NARDOZZA JUNIOR, A.; REIS, R. B. *Urologia fundamental*. São Paulo: Planmark Editora Ltda, p. 180-188, 2010.