

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO HOMEM COM ERITROPLASIA DE QUEYRAT: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Juliana Araújo do Nascimento (1); Ana Camila de Medeiros Araújo (2); Jaqueline Holanda Brito (3); Silvia Tainá Barroso Guedes (4); Jocelly de Araújo Ferreira (5).

(1) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. juliana.f.n@outlook.com

(2) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. anacamilaamedeiros@gmail.com

(3) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. jaqueline.holanda@hotmail.com

(4) Acadêmica de Enfermagem. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), Campus Cuité-PB. silviataina@gmail.com

(5) Professora. Doutoranda em Enfermagem-UFGM. Mestre em Enfermagem- UFRN. *Universidade Federal de Campina Grande*. Centro de Educação e Saúde (CES), campus Cuité-PB. jocellyaferreira@hotmail.com

Resumo: INTRODUÇÃO: A Eritroplasia de Queyrat foi originalmente descrita por Queyrat em 1911 como carcinoma espinocelular *in situ* do pênis. A sua etiologia permanece desconhecida embora se pense que fatores como má higiene, esmegma, calor, fricção, trauma e infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) possam estar envolvidos na sua gênese. OBJETIVO: identificar na literatura os aspectos anatomopatológicos da eritroplasia, expor o conhecimento científico a respeito dessa patologia, avaliar a assistência de enfermagem em relação ao tratamento, diagnósticos e o plano de cuidados. METODOLOGIA: Abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘eritroplasia’ and ‘saúde do homem’ and ‘cuidados de enfermagem’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde. RESULTADOS E DISCUSSÃO: A doença é clinicamente caracterizada por queixas inespecíficas de queimação, prurido e/ou sangramento. À inspeção, percebe-se eczema, placa eritematosa bem delimitada, espessamento e irregularidade da pele; lesão geralmente vegetante e aveludada, de crescimento lento, assim como pode apresentar pequenas alterações, podendo muitas vezes passar despercebidas. O Diagnóstico de Enfermagem é uma etapa considerada primordial para construção do plano de cuidados. CONCLUSÃO: Ressalta-se que a literatura ainda é muito restrita, no que concerne a esta temática, principalmente a assistência de enfermagem. Entretanto, reitera-se que a assistência deve ser direcionada a prevenção e as orientações quanto à higiene adequada e a realização do autoexame e exames diagnósticos.

Palavras-chaves: Eritroplasia; Saúde do Homem; Cuidados de Enfermagem.

INTRODUÇÃO: A Eritroplasia de Queyrat foi originalmente descrita por Queyrat em 1911 como carcinoma espinocelular *in situ* do pênis. Durante algum tempo foi interpretada como lesão pré maligna das mucosas, seja femininas ou masculinas, mas nos últimos anos o seu uso tem sido restrito à referência ao carcinoma *in situ* da glândula do pênis e estruturas mucosas adjacentes. Trata-se de uma lesão do homem não circuncidado e de meia-idade (NARDOZZA JÚNIOR, 2010).

A sua etiologia permanece desconhecida embora se pense que fatores como má higiene, esmegma, calor, fricção, trauma e infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV) possam estar envolvidos na sua gênese. Geralmente apresenta-se como uma lesão em mancha ou placa fina, eritematosa, bem delimitada e assintomática (GÓMEZ, 2005).

A progressão para carcinoma espinocelular invasivo ocorre em 10% e a metastização à distância em 2% dos doentes. Aproximadamente 5% dos doentes morrem devido à metastização (GERBER, 1994).

Anteriormente estas lesões penianas eram submetidas à curetagem com eletrocirurgia, excisão cirúrgica, irradiação ou mesmo amputação. Estas opções resultavam frequentemente em estenose uretral ou mutilação severa. Atualmente a escolha

terapêutica tem considerado a funcionalidade peniana, aliada a um elevado índice de cura clínica (GERBER, 1994). As diferentes modalidades são a excisão cirúrgica (para lesões de menores dimensões), circuncisão (para lesões confinadas ao prepúcio), tratamento tópico com 5-FU ou imiquimod, ou a laserterapia de dióxido de carbono.

A relevância desse estudo está pautada na educação em saúde que pode ser prestada aos homens, como parte da assistência de enfermagem, proporcionando esclarecimentos sobre a patologia, bem como sobre assistência propriamente dita, no que diz respeito ao tratamento e ao processo de enfermagem. Reitera-se a importância da realização de pesquisas envolvendo a temática, mediante os escassos achados literários e a evidência da falta de adesão dos homens à tratamentos e medidas de prevenção à Eritroplasia de Queyrat.

Mediante esta contextualização, este estudo tem como objetivo identificar na literatura os aspectos anatomopatológicos da eritroplasia de queyrat, expor o conhecimento científico a respeito da dessa patologia, avaliar a assistência de enfermagem em relação ao tratamento, diagnósticos e o plano de cuidados ao indivíduo acometido por essa patologia.

METODOLOGIA: Este estudo é embasado em uma abordagem quanti-qualitativa do tipo revisão bibliográfica. Os dados foram levantados através das bases de dados e periódicos à exemplo do SciELO e BVS, utilizando como descritores de busca os termos: ‘eritroplasia’ and ‘saúde do homem’ and ‘cuidados de enfermagem’. Além dos artigos, livros e manuais do Ministério da Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: O sistema reprodutor masculino é constituído pelos testículos ou gônadas, vias espermáticas (epidídimo, canal deferente, ductos ejaculadores e uretra), pênis, bolsa escrotal e pelas glândulas anexas (próstata, vesículas seminais e glândulas bulbouretrais). Tem por principal função, a reprodução e secreção de hormônios reguladores das características sexuais masculinas.

Os testículos são as gônadas masculinas. Cada testículo é composto por um emaranhado de tubos, os ductos seminíferos. Esses ductos são formados pelas células de Sertoli e pelo epitélio germinativo, onde ocorrerá a formação dos espermatozoides. Em meio aos ductos seminíferos, as de Leydig produzem os hormônios sexuais masculinos, sobretudo a testosterona, responsáveis pelo desenvolvimento dos órgãos genitais masculinos e dos caracteres sexuais secundários: estimulam os folículos pilosos

para que façam crescer a barba masculina e o pelo pubiano, estimulam o crescimento das glândulas sebáceas e a elaboração do sebo, produzem o aumento de massa muscular nas crianças durante a puberdade, pelo aumento do tamanho das fibras musculares, ampliam a laringe e tornam mais grave a voz e fazem com que o desenvolvimento da massa óssea seja maior, protegendo contra a osteoporose.

Os epidídimos são dois tubos enrolados de aproximadamente seis metros de comprimento. Tem por função armazenar os espermatozoides até que estes sejam liberados no ato sexual. Cada epidídimo é ligado a um conduto fino e longo denominado canal deferente.

Os canais deferentes são dois tubos que partem dos testículos, circundam a bexiga urinária e unem-se ao ducto ejaculatório, onde desembocam as vesículas seminais. Esses canais se alargam em sua ampola, antes de entrar na glândula prostática. Por ele os espermatozoides passam e são lançados às glândulas anexas, recebendo suas secreções para serem expulsos do organismo pela uretra.

Os ductos ejaculatórios são dois vasos que causam a ação da emissão, em que os espermatozoides são depositados na uretra prostática interna.

A uretra é um canal condutor da urina, que parte da bexiga e termina na superfície

exterior do corpo, no pênis e também tem por função conduzir o esperma para o pênis.

O pênis tem forma cilíndrica e é considerado pelo homem como sendo o órgão sexual masculino mais importante. É formado por dois tipos de tecidos (dois corpos cavernosos e um esponjoso) e, em sua extremidade observar-se uma fenda, que é a terminação da uretra, canal que escoar o esperma e a urina.

A bolsa escrotal é caracteriza-se por ser uma bolsa externa ao órgão, e tem por finalidade proteger os testículos.

A próstata é uma glândula que secreta um líquido fino, leitoso e alcalino, que contém cálcio, íon de citrato, íon de fosforo, enzima de coagulação e pró-fibrinolizina. Incorpora a composição do sêmen, conferindo mais alcalinidade, o que ajuda a neutralizar a acidez dos outros líquidos seminais durante a ejaculação, aumentando a motilidade dos espermatozoides no meio exterior.

As vesículas seminais são duas glândulas localizadas cada uma em um dos lados da próstata. Tem por função liberar um líquido nutritivo, o fluido seminal, rico em açúcares, frutose, ácido cítrico, prostaglandinas e fibrinogênio. O fluido seminal tem propriedade alcalina, neutralizando acidez uretral e do canal

vaginal, evitando que os espermatozoides morram.

As glândulas bulbouretrais são produtoras de muco e se estendem em toda extensão da uretra. Durante a estimulação sexual, liberam uma secreção lubrificante que facilita a relação sexual, além de limpar a uretra dos resíduos da urina.

A *Eritroplasia de Queyrat* é um carcinoma *in situ* de células escamosas cutâneas, pertencente ao grupo dos tumores não-queratinizados. A doença é clinicamente caracterizada por queixas inespecíficas de queimação, prurido e/ou sangramento. À inspeção, percebe-se eczema, placa eritematosa bem delimitada, espessamento e irregularidade da pele; lesão geralmente vegetante e aveludada, de crescimento lento, assim como pode apresentar pequenas alterações, podendo muitas vezes passar despercebidas. Pode ter pouca ou nenhuma infiltração. Devem ser excluídas outras patologias para diagnóstico diferencial, tais como: doença de Paget, melanoma perianal, leucoplasia, condiloma acuminado e fissura anal (JUCÁ,2005).

É uma lesão peniana e vulvar, considerada como pré-maligna. Alguns autores afirmam que se trata de um carcinoma *in situ*. As neoplasias intraepiteliais a nível de pênis tem sido descrita na literatura com

vários nomes: Eritroplasia de Queyrat, Doença de Bowen, Carcinoma *in situ*, o que gera muita confusão (GERBER, 1994).

Esta patologia foi descrita, inicialmente, por Tarnovsky em 1801; Queyrat em 1911 (a quem se deve seu nome). Ela foi definida como uma mácula de cor vermelha, aveludada, localizada na glândula do pênis e com maior frequência no prepúcio (NARDOZZA JÚNIOR, 2010). Os autores Sulzberger e Satenstein (2013) associaram histologicamente essa entidade a um carcinoma *in situ* de células escamosas. Em 1912 Bowen descreveu em um de seus pacientes umas lesões muito similares a Queyrat, localizadas nas extremidades inferiores que também podiam aparecer no pênis, constituindo histologicamente um carcinoma *in situ* de células cutâneas. Ambas as lesões do ponto de vista histológico constituem de fato um carcinoma *in situ*. O termo “lesões pré-neoplásicas” não tem sido considerado como o mais apropriado, ao contrário do termo neoplasias intraepiteliais (ARAGONA et. al, 1994)

A Doença de Bowen aparece principalmente em adultos maduros e idosos, de pele clara, nas áreas de pele expostas ao sol, o que mostra a importância da radiação solar como causa do seu surgimento. Outras causas são a ingestão de arsênico, exposição a radiações ionizantes (como o Raio X) e

infecção pelo HPV no caso de lesões genitais. Quando localizada na glândula ou na parte interna da pele que a recobre, recebe o nome de Eritroplasia de Queyrat (DIEGO RODRÍGUEZ 2015).

A epidemiologia e a história natural da patologia, conforme alguns autores, podem preceder a aparição do câncer de pele e o carcinoma *in situ* anteceder um carcinoma invasor. Por ser uma doença rara, não há estatísticas descritas na literatura, mas acomete geralmente homens não circuncidados, com idade média de 50 anos.

O agente etiológico mais frequentemente encontrado é o Papiloma vírus Humano, popularmente conhecido por HPV (GÓMEZ et al., 2005). Fundamentalmente, o sorotipo mais encontrado é o 16 e em menor porcentagem o 18. Posteriormente estão também envolvidos o 32, 33, 35, 39 e 51. Wieland propôs que a presença do sorotipo 8 pudesse ajudar a diferenciar a Queyrat da doença de Bowen (WIELANS, et. al., 2000).

As manifestações clínicas da Eritroplasia de Queyrat é representada por: máculas ou placas eritematosas localizadas nas mucosas da glândula e/o no sulco prepucial. Essas placas eritematosas de superfície brilhante podem apresentar descamação fina e serem únicas ou múltiplas.

Os fatores de risco para a Eritroplasia de Queyrat, é a não-realização de circuncisão, a presença de fimose, a higiene inadequada, as infecções virais, o acúmulo de esmegma, a falta de informação, a baixa situação socioeconômica e educacional das pessoas e o comportamento sexual de risco (POW-SANG, et. al., 2002). Acrescenta-se a esses fatores, o traumatismo frequente e as infecções por HPV e herpes simples genital (GÓMEZ,2005).

O diagnóstico da Eritroplasia de Queyrat se dá por meio do exame histopatológico, com uma biópsia. Os achados da biópsia mostra hiperplasia epidérmica com total desorganização da arquitetura epidérmica, com células atípicas hiper Cromáticas, vacuolizadas e grande número de mitoses, conservando-se, entretanto, intacta a membrana basal, não havendo invasão dérmica.

Outra forma de diagnóstico bastante utilizada é o emprego de solução de azul de toluidina a 1%, para facilitar a visualização da lesão. As áreas de eritroplasia coram-se de azul, ao contrário de áreas de eritema puro, que não se coram. O azul de toluidina é um corante nuclear acidófilo e metacromático. Será retido por qualquer tecido com grande conteúdo nuclear, sem ser um corante específico para células neoplásicas. No contexto clínico, a maior parte das lesões

eritematosas da mucosa não retém o corante, talvez por causa da hiperqueratose associada e pela integridade da membrana. Deve-se salientar como exceção, a positividade do teste a certas formas do condiloma acuminado (ELIEZRI, 1988; BEGLIOMINI, 2001).

O diagnóstico diferencial inclui balanopostite crônica, psoríase, líquen plano, balanite plasmocitária, candidíase e eritema fixo (NARDOZZA JÚNIOR, 2010).

A biópsia da lesão é imperativa e o quadro histopatológico é característico, semelhante à Doença de Bowen. A proporção de transformação em carcinoma invasivo da eritroplasia é mais elevada que a observada em relação a Doença de Bowen e o carcinoma espinocelular dela resultante, é bem mais agressivo.

À semelhança de todos os carcinomas *in situ*, a Eritroplasia de Queyrat comporta o risco de malignização, o que justifica um tratamento eficaz e atempado. As modalidades terapêuticas descritas para esta patologia são variadas. A opção de tratamento deve considerar as características da lesão, a disponibilidade técnica do serviço, a habilidade do cirurgião e a preferência do doente, atendendo às consequências funcionais e estéticas que podem advir.

Há várias opções de tratamento descritas, tais como: creme com 5-

fluorouracil, crioterapia, radioterapia, YAG laser, laser com CO₂, exérese da lesão e penectomia parcial (ALESSI, 2009).

A utilização do 5-FU tópico e radioterapia, foram descritas com sucesso. No entanto, alguns autores defendem que esta última é menos eficaz na Eritroplasia de Queyrat do que na Doença de Bowen. A electrocirurgia é uma modalidade prática, mas, comparativamente ao laser CO₂, está associada a um nível mais profundo de necrose tecidual e conseqüente fibrose. A criocirurgia é um método barato, simples e eficaz, mas que exige um controle preciso da área a tratar. A terapêutica fotodinâmica também é um tratamento a ter em conta, no entanto a superfície cilíndrica do pênis, torna esta modalidade de difícil execução. Recentemente foi descrita a utilização de imiquimod a 5% no tratamento desta patologia, que poderá vir a ser uma alternativa interessante, particularmente nos casos associados à infecção pelo HPV (ALESSI,2009).

A cirurgia por laser está preconizada no tratamento de uma grande variedade de patologias cutâneas, incluindo cicatrizes, queloides, verrugas víricas, lesões vasculares, queilite actínica, rinofima e outras. As vantagens do uso deste laser são o controle preciso do alvo, dano térmico mínimo para além do plano cirúrgico e grande

variabilidade de potência. O tratamento com laser CO₂ possibilita uma destruição controlada do tecido, aliada à facilidade na execução da técnica cirúrgica e aos excelentes resultados funcionais. Embora não seja um tratamento de primeira linha para esta patologia, salienta-se a sua segurança, sendo uma opção válida em lesões de difícil abordagem (GUEDES,2011)

A assistência de enfermagem na pós contemporaneidade tem se firmado no Processo de Enfermagem. O Diagnóstico de enfermagem é um etapa considerada primordial a construção do plano de cuidados, em que encontra-se as intervenções de enfermagem a serem executadas. Para a Eritroplasia de Queyrat, cita-se alguns diagnósticos, como: Disfunção sexual, relacionada a alteração da função ou estrutura corporal, evidenciado por verbalização do problema e lesões na região genital; Integridade da pele prejudicada, relacionada ao processo infeccioso viral, evidenciado por lesões eritematosas na região genital.

Como intervenções importantes, pode-se referir: Obter a história clínica e fazer o exame físico completo, que inclui o padrão habitual de funcionamento e o nível de desejo sexual; Rever o tratamento farmacológico; Averiguar se o cliente utiliza outras fármacos ou drogas e fuma; Estabelecer uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o cliente, para

facilitar o tratamento e o comportamento;
Realizar a higiene corporal adequada, afim de atenuar a infecção; Avaliar a circulação sanguínea e a sensibilidade da área afetada;
Examinar a pele diariamente e descrever as características da lesão.

CONCLUSÃO: Em virtude do que foi descrito neste estudo, a Eritroplasia de Queyrat é um carcinoma *in situ* de células escamosas cutâneas, pertencente ao grupo dos tumores não-queratinizados. Por ser uma doença rara, não há estatísticas descritas na literatura, mas acomete geralmente homens não circuncidados, com idade média de 50 anos. O agente etiológico mais frequentemente isolado é o Papilomavírus Humano, popularmente conhecido por HPV.

O diagnóstico da Eritroplasia de Queyrat é feito a partir do histopatológico, com uma biópsia, além da utilização de solução de azul de toluidina a 1% para facilitar a visualização da lesão. Existem várias opções de tratamento descritas, tais como: creme com 5-fluorouracil, crioterapia, radioterapia, YAG laser, laser com CO₂, exérese da lesão e penectomia parcial.

Ressalta-se que a literatura ainda é muito restrita, no que concerne a esta temática, principalmente a assistência de enfermagem. Entretanto, reitera-se que a

assistência deve ser direcionada a prevenção e as orientações quanto à higiene adequada e a realização do autoexame e exames diagnósticos.

REFERÊNCIAS: ALESSI. S. S, et al. Treatment of cutaneous tumors with topical 5% imiquimod cream. **Clinics**, v. 64, n. 10, p. 961-966, 2009.

ARAGONA. F, et al. Queyrat's erythroplasia of the prepuce: a case-report. **Acta chirurgica Belgica**, v. 85, n. 5, p. 303-304, 1984.

Begliomini. H. Carcinoma superficial multifocal do pênis. Ênfase ao teste do azul de toluidina. **Rev. Col. Bras. Cir.** v.28 n.3. Rio de Janeiro Mai/Jun 2001.

DIEGO R. E, et al. Tratamiento tópico con Imiquimod crema al 5% de la enfermedad de Bowen del pene. **Actas Urológicas Españolas**, v. 29, n. 8, p. 797-800, 2005.

ELIEZRI. Y. D. The toluidine blue test: An aid in the diagnosis and treatment of early squamous cell carcinomas of mucous membranes. **Journal of the American Academy of Dermatology**, v. 18, n. 6, p. 1339-1349, 1988.

GÓMEZ. E, et al. Infección por papiloma virus en el Hombre. **Estado actual. Servicio de Urología, Servicio de microbiología,**

Hospital Ramón y Cajal. Madrid-España,
p. 365-362, 2005.

GERBER. G. S. Carcinoma in situ of the
penis. **The Journal of urology**, v. 151, n. 4,
p. 829-833, 1994.

GUEDES. R, et al. Eritroplasia de Queyrat:
tratamento com laser CO₂. **Rev da SPDV**, v.
69, n. 3, p.455-9, 2011.

JUCÁ. M. J, et al. Doença de Bowen
Perianal: Relato de caso. **Rev bras Coloproct**,
v. 25, n. 4, p. 378-381, 2005.

KAYE. V, et al. Carcinoma in situ of penis Is
distinction between erythroplasia of Queyrat
and Bowen's disease relevant? **Urology**, v. 36,
n. 6, p. 479-482, 1990.

NARDOZZA JÚNIOR. A; REIS. R. B;
CAMPOS. R. S. M. Manual de Urologia. São
Paulo: PlanMark, 2010.

POW-SANG. M. R, et al. Cancer of the
penis. **Cancer control**, v. 9, n. 4, p. 305-314,
2002.

SMELTZER. S.C; BARE. B.G. Brunner &
Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico-
Cirúrgica**. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara
Koogan, 2013.