

## **TUMOR ADENOMATOIDE EPIDIDIMÁRIO: RELATO DE DOIS CASOS E REVISÃO DA LITERATURA**

### ***ADENOMATOID TUMOR OF THE EPIDIDIMYS: REPORT A TWO CASES AND REVIEW THE LITERATURE***

Eduardo Felipe **MELCHIORETTO**<sup>1</sup>, Mayra Dal Bianco **NEGRISOLI**<sup>2</sup>, Rafael Cavalheiro **CAVALLI**<sup>3</sup>, Marcelo **ZENI**<sup>3</sup>, João Paulo Medeiros **GUIMARÃES**<sup>3</sup>, Bruno Vinicius Duarte **NEVES**<sup>3</sup>, Mateus Cosentino **BELLOTE**<sup>3</sup>, Renato Tambara **FILHO**<sup>4</sup>, Luiz Carlos de Almeida **ROCHA**<sup>5</sup>

Rev.Méd.Paraná/1302

Melchiorretto EF, Negrisoli MDB, Cavalli RC, Zeni M, Guimarães JPM, Neves BVD, Bellote MC, Filho RT, Rocha LCA. Tumor adenomatoide epididimário: relato de dois casos e revisão da literatura. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):22-25.

**RESUMO** - Tumores adenomatoides são tumores mesoteliais benignos geralmente encontrados nas estruturas paratesticulares. Relatamos dois casos de tumor adenomatoide no epidídimo. Revisamos a literatura sobre tumores epididimários, suas apresentações, métodos de diagnósticos e tratamento.

**DESCRITORES** - Tumores. Epidídimo. Adenomatoide. Paratesticular.

### **INTRODUÇÃO**

Os tumores sólidos paratesticulares são pouco frequentes, representando menos de 5% das neoplasias escrotais. Destes, 75% são benignos, entre eles o mais comum é o tumor adenomatoide, que representa 30% das massas paratesticulares<sup>(3)</sup>. Sua localização típica é no epidídimo, geralmente no polo inferior, mas também pode ser encontrado na túnica albugínea, no cordão espermático ou no ducto ejaculatório. Como sua evolução é benigna, o tratamento é a exérese do tumor, mas o diagnóstico é muito importante para diferenciar de neoplasias malignas, que necessitam de tratamento mais agressivo. Na maioria dos casos, o diagnóstico definitivo só é fechado após a cirurgia, através da imuno-histoquímica.

### **CASOS CLÍNICOS**

#### **Caso 1**

Paciente masculino, 34 anos, percebeu massa palpável em testículo direito há vinte dias, acompanhada por desconforto no local. Ao exame físico foi palpado um nódulo de cerca de um centímetro, aderido ao testículo direito, pouco doloroso à pal-

pação. Os marcadores tumorais foram negativos. A ecografia de bolsa escrotal mostrou pequena hidrocele bilateral, além de um nódulo hipoeoico heterogêneo, com halo hiperecoico, localizado entre o polo superior do testículo direito e o epidídimo direito, em amplo contato com o testículo, medindo 1,3cm no maior eixo (Figuras 1 e 2).



Figura 1

*Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR (Universidade Federal do Paraná).*

1. Médico Residente do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

2. Acadêmica do Curso de Medicina da UFPR.

3. Médico-Residente do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

4. Professor-Associado II da Disciplina de Urologia – UFPR.

5. Professor-Titular e Chefe do Serviço de Urologia do Hospital de Clínicas – UFPR.

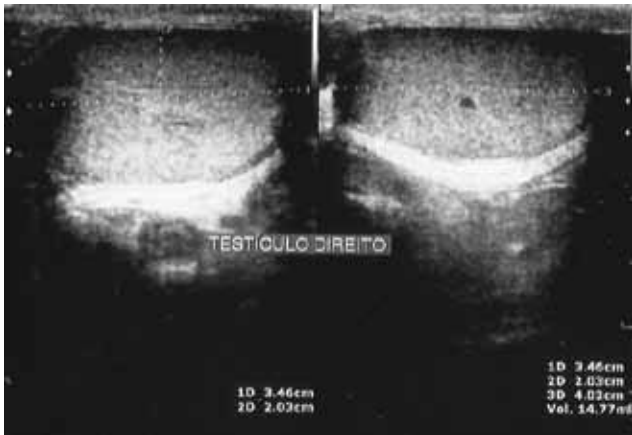


Figura 2

O paciente foi então submetido a exploração cirúrgica via inguilotomia direita, e após isolado o funículo espermático, a exposição do testículo mostrou um nódulo encapsulado de 1,3cm, aderido à túnica albugínea, junto à cabeça do epidídimo (Figura 3). A lesão foi então ressecada, incluindo a albugínea, sem lesão da cápsula tumoral. Nenhum sinal macroscópico de malignidade foi encontrado. O tumor em si media 1,3 x 1,1 x 1,0cm.



Figura 3

Microscopicamente se observou uma lesão proliferativa atípica de padrão pleomórfico, com margens livres de neoplasia. À imuno-histoquímica foram positivos os seguintes anticorpos: CK AE1/AE3 (figura 4), Vimentina e Fator VIII (figura 5), fechando o diagnóstico de tumor adenomatoide epididimário.

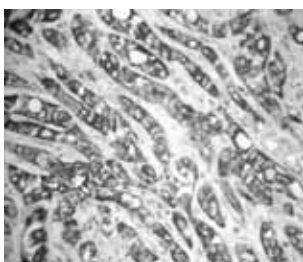


Figura 4

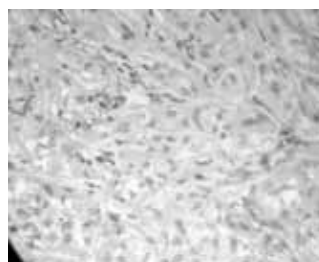


Figura 5

**Caso 2**

Paciente masculino, 45 anos, com surgimento de nódulo em topografia de epidídimo direito e aumento de volume progressivo com seis meses de evolução, confirmado ao exame físico. À ecografia evidenciou-se um nódulo hipoeicoico de 1,3cm na cauda do epidídimo direito, com vascularização ao Doppler e ausência de contato com a túnica albugínea testicular (Figuras 6 e 7).

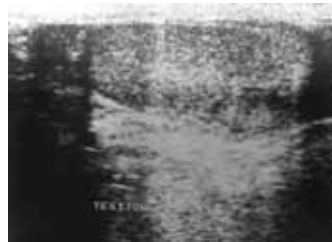


Figura 6



Figura 7

Foi realizada uma escrototomia mediana, evidenciando-se a lesão na cauda do epidídimo, de 1,0 x 1,3 cm. Realizada ressecção da lesão e enviada para análise histológica (figura 8) que confirmou a ressecção com margens livres o diagnóstico de tumor adenomatoide através da análise imuno-histoquímica.

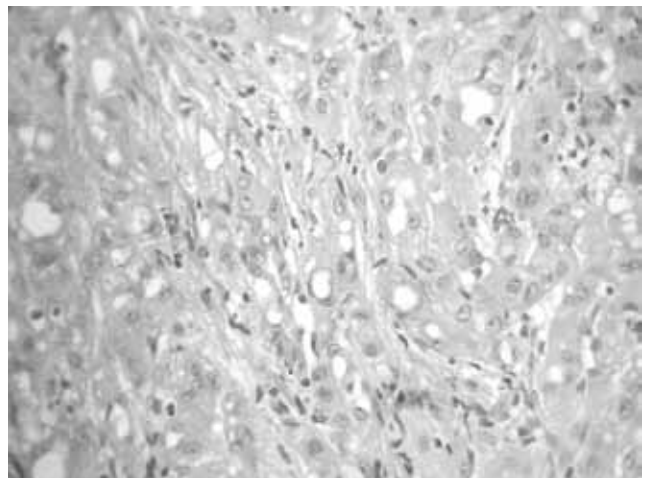


Figura 8

**DISCUSSÃO**

Os tumores paratesticulares são pouco frequentes, sendo benignos em sua maioria, e o tumor adenomatoide é o mais frequente. A localização típica é o epidídimo, mas também podem ser encontrados na túnica albugínea, no cordão espermático, nos deferentes, no ducto ejaculatório, na próstata ou nas suprarrenais, ou ainda invadir o parênquima testicular. Menos frequentemente, nas mulheres, ainda podem se desenvolver nas tubas uterinas e no útero<sup>(3, 4, 9)</sup>. No epidídimo, 15% dos casos aparecem de forma bilateral, sendo quatro

vezes mais frequentes no polo inferior e apresentando uma ligeira preferência pelo epidídimo esquerdo<sup>(1)</sup>. Podem aparecer em qualquer idade, mas são mais comuns entre os 30 e 50 anos<sup>(11)</sup>.

Clinicamente, o tumor adenomatóide se apresenta como tumoração sólida, geralmente indolor, arredondada, circunscrita, de pequeno tamanho (até 3cm) e de crescimento muito lento<sup>(5, 10)</sup>. Relaciona-se com hidrocele em até 50% dos casos, e 30% estão associados com processos inflamatórios ou traumas recorrentes que, mesmo não sendo a causa direta do tumor, estão ligados ao diagnóstico<sup>(8, 10)</sup>.

À microscopia podem ser observados três padrões morfológicos básicos:

1. Angiomatoide: formado por canais de aspecto vascular, mais ou menos dilatados, preenchidos por células planas de morfologia endotelial.

2. Sólido: os cordões, canais e ninhos celulares estão mais próximos, deixando menos espaço entre eles. O tipo celular predominante é uma célula epitelióide, de amplo citoplasma eosinófilo, núcleo pequeno e nucléolo não proeminente.

3. Adenoide: formado por tubos de células cúbicas anastomosados, que dão um aspecto histológico pseudoglandular.

Além dos tipos celulares descritos se observam com frequência células de citoplasma vacuolado que podem adotar morfologia em “anel de sinete”<sup>(6)</sup>.

A palpação escrotal mostra uma formação sólida, firme, indolor, situada como antes descrito na maioria das vezes no epidídimo, mais frequentemente na cauda, com um tamanho variável entre 5 mm podendo chegar até 5 cm<sup>(7)</sup>.

A ecografia é uma ferramenta diagnóstica muito im-

portante que, apesar de não diagnosticar definitivamente o tumor, exclui as lesões císticas e orienta quanto à benignidade e quanto à localização extratesticular. A imagem é de um nódulo sólido, isoecoico ou hiperecoico e quase sempre homogêneo, diferenciando-se na maioria das vezes do parênquima testicular<sup>(1, 10)</sup>. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética podem ajudar no diagnóstico diferencial dessas lesões. Alguns autores preconizam o emprego confirmatório da ressonância magnética para o diagnóstico, mas isso é controverso, já que a ultrassonografia dá a suspeita<sup>(7)</sup>, e o diagnóstico somente é confirmado com o exame anatomopatológico.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com formações líquidas, como cisto de epidídimo, cisto funicular, espermatocelo ou hérnia inguinoescrotal, ou com formações sólidas, como o tumor testicular, processos inflamatórios ou infecciosos e hematoma intratesticular<sup>(7)</sup>.

Uma vez obtido o diagnóstico, a escrototomia facilitará o acesso ao tumor, e a exérese posterior se dá de forma simples, quando o tumor se assenta em forma extratesticular. Quando intratesticular ou de difícil localização, deve-se recorrer a uma inguinotomia, como no caso deste paciente, em que a ecografia não foi totalmente esclarecedora<sup>(7, 11)</sup>. Alguns autores ainda preconizam uma biópsia por congelamento no intraoperatório em casos duvidosos, para evitar uma orquiectomia<sup>(2)</sup>.

Não foram descritas recidivas, mesmo nos raros casos que apresentavam atipias celulares ou invasão local<sup>(4, 5, 7, 11)</sup>.

---

Melchiorretto EF, Negrisoli MDB, Cavalli RC, Zeni M, Guimarães JPM, Neves BVD, Bellote MC, Filho RT, Rocha LCA. Adenomatoid tumor of the epididymis: report a two cases and review the literature. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2010; 68(1-2):22-25.

**ABSTRACT** - Adenomatoid tumors are benign mesothelial tumors most commonly found in the paratesticular structures. Herein, we report a two cases of adenomatoid tumor originating in the epididymis. We review the literature regarding adenomatoid tumors, its presenting, diagnostic methods and treatment.

**KEYWORDS** - Tumors. Epididymis. Adenomatoid. Paratesticular.

---

## REFERÊNCIAS

1. Akbar SA, Sayyed TA, Jafri SZ, Hasteh F, Neill JS. Multimodality imaging of paratesticular neoplasms and their rare mimics. *Radiographics*, 2003; 23(6):1461-1476.
2. Barry P, Chan KG, Hsu J, Quek ML. Adenomatoid tumor of the tunica albuginea. *Int J Urol*. 2005 May;12(5):516-8.
3. Beccia DJ, Krane RJ, Olsson CA. Clinical management of non-testicular intrascrotal tumors. *J Urol*. 1976 Oct;116(4):476-9
4. Bestard Vallejo JE, Tremps Velazquez E, Blazquez Mana C, Celma Domech A, de Torres Ramirez I, Morote Robles J. [Adenomatoid tumour of epididymis: the most common tumour of the paratesticular structures]. *Actas Urol Esp*. 2008 Jun;32(6):611-7.
5. Garrido Abad P, Jimenez Galvez M, Herranz Fernandez LM, Bocardo Fajardo G, Arellano Ganan R, Pereira Sanz I. [Adenomatoid tumor of the epididymis. Report of two cases]. *Arch Esp Urol*. 2007 Jul-Aug;60(6):700-3.
6. Gonzalez Resina R, Carranza Carranza A, Congregado Cordoba J, Conde Sanchez JM, Congregado Ruiz CB, Medina Lopez R. [Paratesticular adenomatoid tumor: a report of nine cases]. *Actas Urol Esp*. 2010 Jan;34(1):95-100.
7. Llarena Iburguren R, Rodriguez JG, Olano Grasa I, Azurmendi Arin I, Canton Aller E, Pertusa Pena C. [Adenomatoid tumor of the epididymis. Report of five cases]. *Arch Esp Urol*. 2008 Sep;61(7):831-4.
8. Montserrat V, Vessa J, Montane M y cols. Tumores adenomatoideos de epididimo. *Arch. Esp. Urol*.1993, 46: 725
9. Moyano Calvo JL, Giraldez Puig J, Sanchez de la Vega J, Davalos Casanova G, Morales Lopez A. [Adenomatoid tumor of the epididymis]. *Actas Urol Esp*. 2007 Apr;31(4):417-9
10. Pila Perez R, Rosales Torres P, Pila Pelaez R, Holguin Prieto V, Torres Vargas E. [Adenomatoid tumor of the epididymis: an infrequent case]. *Arch Esp Urol*. 2009 Oct;62(8):656-60.
11. Vesga Molina F, Acha Perez M, Llarena Iburguren R, Lecumberri Castanos D, Pertusa Pena C. [Paratesticular adenomatoid tumor]. *Arch Esp Urol*. 1997 Apr;50(3):292-4.