

TUMOR CÍSTICO PARATESTICULAR NA INFÂNCIA.**PARATESTICULAR CYSTIC TUMOR IN CHILDHOOD.**Francisco Carlos **YOKOYAMA**¹, Gilberto **PASCOLAT**², André Luis Fortes **ALVES**³,
Flávia Natália Marques **KINGERSKI**¹, Thais Dias **CÔRTE**S¹.

Rev. Méd. Paraná/1369

Yokoyama FC, Pascolat G, Alves ALF, Kingerski FNM, Côrtes TD. Tumor cístico paratesticular na infância. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):39-42.

RESUMO - Na oncologia pediátrica, os tumores de testículo são exemplos de neoplasias que apresentam padrão bimodal de incidência, com um pico em crianças de 2 a 4 anos e outro em adolescentes. Os tumores de testículo são raros e correspondem a 1-2% dos tumores sólidos pediátricos nos meninos. O objetivo do artigo é relatar um caso de tumor paratesticular benigno com apresentação e faixa etária atípicas e demonstrar a importância de seu conhecimento para o diagnóstico e tratamento adequados. As informações foram obtidas por meio de revisão do prontuário, entrevista com a mãe do paciente, registro fotográfico dos métodos e revisão da literatura. O paciente recebeu o diagnóstico de tumor cístico paratesticular, sendo submetido o tratamento definitivo através de exérese do material, sendo preservados ambos os testículos. O caso relatado se apresenta fora do pico epidemiológico e da apresentação clínica mais comum.

DESCRITORES - Doenças Testiculares, Cisto Paratesticular, Pediatria.

INTRODUÇÃO

Na oncologia pediátrica, os tumores de testículo são exemplos de neoplasias que apresentam padrão bimodal de incidência, com um pico em crianças e outro em adolescentes^{1,3}. Embora raros, esses tumores possuem características clínicas, epidemiológicas, histológicas e comportamento biológico distintos nas diferentes faixas etárias⁴. Com uma incidência anual de 0,5 a 2/100.000 meninos², os tumores de testículo são raros e correspondem a 1-2% dos tumores sólidos pediátricos deste sexo², dos quais cerca de 95% dos tumores são benignos e, nos pós-puberes, cerca de 19% destes apresentam metástases. Nesse grupo, os tumores apresentam características biológicas que os diferenciam das neoplasias do adulto e, por isto, devem ser estudados à parte.

Os tumores de testículo constituem um grupo heterogêneo, com neoplasias de comportamento biológico, histológicos e prognósticos distintos e são divididos em duas categorias principais: tumores de células germinativas (TCGs) e tumores não

germinativos-derivados do estroma ou cordão espermático.⁵ Na região paratesticular predominam os rabdmiossarcomas (RMSs), tumores malignos originados de célula mesenquimal primitiva. Além dos tumores testiculares e paratesticulares, há descrição dos chamados pseudotumores ou proliferações tumorais.

Clinicamente, essas lesões (cistos, lesões vasculares, lesões inflamatórias) são de suma importância, uma vez que possui topografia semelhante, representando importante diagnóstico diferencial de tumores.⁶

Neste artigo será relatado um caso de tumor cístico paratesticular em pré-pubere e discutido as principais massas testiculares na faixa pediátrica, suas apresentações clínicas e características ultrassonográficas.

RELATO DE CASO

Masculino, lactente de sete meses de idade, foi atendido, acompanhado por sua mãe, no pronto-socorro pediátrico do Hospital Universitário Evan-

Trabalho realizado no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba, Curitiba – PR, Brasil.

1 - Médicos residentes de pediatria.

2 - Coordenador da residência de pediatria.

3 - Cirurgião Pediátrico do HUEC.

gélido de Curitiba (HUEC). A queixa principal da mãe era a presença de um nódulo testicular direito associado a pilificação, notada há 1 mês, em bolsa escrotal. Afirma que no início havia apenas um pêlo e percebeu aumento da quantidade progressiva no último mês. Negava evidência de dor durante mobilização local ou presença de sinais flogísticos e qualquer outro sintoma associado.

Paciente nasceu de parto cesáreo (apresentação pélvica), a termo, peso ao nascer de 3.080 gramas, estatura: 50 cm. Recebeu alta com 48 horas de vida, sem intercorrências durante internamento. Em relação ao seu desenvolvimento neuropsicomotor, paciente sustentava a cabeça desde os três meses. Sentava sem apoio por curto período de tempo.

Mãe negava doenças, internamentos ou cirurgias prévias do filho. Com relação a história familiar mãe 38 anos de idade relatava ter asma e pai, 31 anos, hígido. Possuía 2 irmãs por parte de mãe – 15 e 10 anos – ambas hígidas. Avós maternos falecidos com cerca de 60 anos devido Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Avós paternos hígidos. Negava história de câncer na família. Carteirinha vacinal encontrava-se em dia.

Residia com pais e irmãs em casa de alvenaria. Frequentava creche desde os 4 meses. Não teve aleitamento materno. Alimentava-se bem e recebia fórmula do segundo semestre.

Ao exame físico, paciente apresentava-se com peso de 7,660 quilos, estatura: 61,5 cm .

Exame geral sem alterações. Bolsa escrotal direita com presença de discreta pilificação escura, espessa. Testículo direito aumentado de tamanho -3X3 cm - e testículo esquerdo sem alterações. Transiluminação testicular positiva.

A primeira hipótese diagnóstica levantada foi de massa testicular a esclarecer, evidenciada durante exame físico por bolsa escrotal direita com presença de discreta pilificação escura e espessa e testículo direito aumentado de tamanho -3X3 cm, notada durante palpação. Para elucidar o diagnóstico, foram solicitados ultrassonografia testicular, marcadores tumorais – alfafetoproteína, LDH e betahcG. Em relação aos exames laboratoriais, mostrou-se um LDH de 652U/l (VR: 313-616), alfafetoproteína de 7,62 (VR: 7,22) e betahcG negativos. Na ultrassonografia de bolsa escrotal com Doppler, foi obtido o seguinte laudo: testículo esquerdo com forma, contornos e ecotextura normais. Parênquima testicular a esquerda é homogêneo, aparentemente sem sinais de nódulos, cistos, calcificações ou qualquer outra alteração focal ou difusa demonstrável pelo método. Testículo direito aumentado a custa de lesão cística com septações periféricas medindo 17 X 15 X 13 mm e fluxo periférico ao estudo com Doppler colorido (Fig. 1). Sem sinais de hidrocele ao estudo.

FIGURA 1 – LESÃO CÍSTICA PARATESTICULAR DIREITA COM SEPTAÇÕES PERIFÉRICAS.



Para descartar presença de metástases ou alterações associadas, foi solicitada uma tomografia de abdome sem contraste, não sendo evidenciada qualquer alteração. Para elucidação diagnóstica e com finalidade terapêutica, paciente foi encaminhado ao centro cirúrgico para realização de exereses do material e encaminhamento a exame histopatológico. Para a realização de exame anátomo-patológico foram obtidos materiais para análise de congelação e análise histológica. Para o exame de congelação foram enviados os seguintes materiais: 1 – Tumor cístico do testículo direito e 2 – Parênquima do testículo direito, ambos negativos para malignidade.

Para o diagnóstico histológico, foram enviados: 1– Tumor cístico de testículo direito e 2 – Tumor cístico de testículo direito, biópsia do parênquima. A macroscopia dos materiais apresentava a seguinte descrição: 1 – Material representado por fragmento irregular de tecido acastanhado, elástico, liso e opaco, medindo em conjunto 0,6X0,5X0,3 cm e 2 - Material representado por fragmento irregular de tecido acastanhado, elástico, liso e opaco, medindo em conjunto 1,0X1,0X0,5 cm. O diagnóstico histológico obtido foi o seguinte: 1 – Cisto paratesticular simples e 2 – Parênquima testicular preservado com cisto paratesticular.

O paciente recebeu o diagnóstico de tumor cístico paratesticular, de característica benigna, recebeu tratamento definitivo com exereses do material, sendo preservados ambos os testículos. Não necessitou de tratamento adjuvante, apenas analgesia. Paciente recebeu alta hospitalar após um dia do procedimento cirúrgico, em bom estado geral, com orientações gerais e retorno com acompanhamento ambulatorial semestral.

DISCUSSÃO

As neoplasias representam mais de 20% de todas as doenças testiculares e paratesticulares na infância. No entanto, são raros e constituem 1% do total de tumores sólidos pediátricos, com uma incidência anual de 0,5 a 2/100000 meninos². Apresenta um pico entre 2-4 anos, decaindo progressivamente, com aumento de sua incidência em adultos jovens. O paciente em questão se encontra fora do período mais comum – sete meses de idade –, sendo considerado precoce. Tumores testiculares são dez vezes menos frequente em crianças do que após a puberdade, uma vez que estes apresentam uma incidência de 5,4 por 100.000 adultos^{7,8}. Em contraste com os tumores testiculares em homens, sua apresentação em pré-púberes é geralmente benigna, além de apresentar tipos histológicos predominantes diferentes. Em particular, massas císticas intratesticulares em crianças são benignas em mais de 95% de casos. Com relação ao diagnóstico anatomo-patológico, o caso relatado é enquadrado no tipo mais comum, uma vez que apresentava características de benignidade.

Uma entidade testicular que merece atenção são as lesões pseudotumorais (massas não neoplásicas). Clinicamente, estas lesões (cistos, vascular, inflamatória, ou lesões hiperplásicas) são de grande interesse devido a sua topografia pela possibilidade de se apresentarem como diagnósticos diferenciais. Existem muitas lesões que podem simular uma neoplasia no testículo ou estruturas paratesticulares.^{9,10} Sua incidência entre tumores que surgem dentro do saco escrotal varia de acordo com diferentes séries entre 6 a 30%. Podem ser divididas entre as que se assemelham macroscopicamente ou microscopicamente a uma neoplasia.^{6,11} Nessa subdivisão das massas testiculares podemos enquadrar o caso do paciente, pois apresentava-se como uma lesão cística paratesticular.

Com relação as manifestações clínicas das massas testiculares/paratesticulares, diferenças podem ocorrer de acordo com o tipo histológico do tumor. Em geral, manifestam-se como uma massa palpável, indolor, sem outros sintomas associados. Em 15-50 % dos casos pode ocorrer hidrocele associada. Nesses casos, ao exame físico se notará uma transluminação positiva. De acordo com a literatura, raros casos são associados a sinais de virilização ou puberdade precoce e, quan-

do surgem, estão correlacionados a tumor de células de Leydig ou Sertoli.² A forma de apresentação da massa do caso em questão se encaixa na clínica mais frequente encontrada, que é a de uma massa palpável e indolor. Porém, ao exame físico uma manifestação atípica de cisto foi o achado de pilificação em bolsa escrotal, mais encontrado em tumor de células de Leydig.

A ultrassonografia com transdutor de alta frequência tornou-se a modalidade de imagem de escolha para a avaliação desses órgãos. Este método ajuda a melhor caracterizar lesões intratesticulares e, em muitas situações, sugere um diagnóstico mais específico, principalmente nos casos em que há manifestações clínicas similares, tais como dor, inchaço e aumento volumétrico local. Na ultrassonografia, o testículo normal é ecóico, ovalado, com textura granular. O mapeamento com Doppler colorido é uma ferramenta importante para demonstrar padrões anormais de perfusão testicular e auxilia no diagnóstico de condições clínicas agudas. A familiaridade com as características ecográficas e clínicas das alterações testiculares é essencial para o estabelecimento do diagnóstico correto e início da terapêutica mais eficaz, quando necessária.⁴ A ultrassonografia do caso relatado era inespecífica, porém sugestiva de massa cística.

A tomografia computadorizada é, provavelmente, o exame mais usado para avaliar o retroperitônio quanto à presença de neoplasia testicular metastática. A tomografia do paciente relatado não demonstrou qualquer alteração sugestiva de metástase, corroborando sua benignidade.

O achado de tumor cístico simples de testículo (pseudotumor) é bastante raro. Desde o primeiro caso descrito por Schmidt¹, em 1966, poucos outros casos foram publicados. Pode ocorrer em qualquer faixa etária, desde neonatos² até idosos^{3,4}. A origem destes cistos permanece imprecisa e diversos autores têm considerado três fatores causais: anomalia congênita, trauma ou infecção. Possivelmente, há superposição de dois ou mais fatores^{3,5,6}.

Apesar dos tumores testiculares/paratesticulares representarem entidades pouco frequentes na infância, seu conhecimento é de grande relevância para diagnóstico e tratamento adequados. Devido sua escassa incidência, guias terapêuticos são raros. Identificar cistos e massas benignas corretamente é de suma importância, a fim de se evitar orquiectomias desnecessárias.

Yokoyama FC, Pascolat G, Alves ALF, Kingerski FNM, Côrtes TD. Paratesticular cystic tumor in childhood. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2015;73(1):40-43.

ABSTRACT - In pediatric oncology, testicular tumors are examples of cancers that have bimodal pattern of incidence, with a peak in children 2-4 years and another in adolescents. Testicular tumors are rare and account for 1-2% of pediatric solid tumors in boys. The main objective is to report a case of benign paratesticular tumor with atypical presentation and age and demonstrate the importance of their knowledge for diagnosis and treatment. Data were obtained through patient chart review, interview with the patient's mother, photographic record of the methods and

literature review. The patient was diagnosed with paratesticular cystic tumor and underwent definitive treatment by removal of material, being preserved both testicles. The case report is presented outside the epidemiological peak and the most common clinical presentation.

KEYWORDS - Testicular Disorders, Cyst Paratesticular, Pediatrics.

REFERÊNCIAS

1. Schneider DT, Calaminus G, Koch S, Teske C, Schmidt P, Haas RJ, et al. Epidemiologic analysis of 1,442 children and adolescents registered in the German germ cell tumor rotocols. *Pediatr Blood Cancer*. 2004;42:169-75.
 2. Metcalfe PD, Farivar-Mohseni H, Farhat W, McLorie G, Khoury A, Bägli DJ. Pediatric testicular tumors: contemporary incidence and efficacy of testicular preserving surgery. *J Urol*. 2003;170:2412-6
 3. Terenziani M, Piva L, Spreafico F, Salvioni R, Massimino N, Luksch R, et al. Clinical stage I nonseminomatous germ cell tumors of the testis in childhood and adolescence: an analysis of 31 cases. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2002;24:454-8.
 4. Ahmed HU, Arya M, Munner A, Mushtaq I, Sebire NJ. Testicular and paratesticular tumours in the prepubertal population. *Lancet Oncol*. 2010;11:476-83.
 5. Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn IA, editors. *World Health Organization classification of tumours: pathology and genetics of tumours of the urinary system and male genital organs*. Lyon: IARC Press; 2004.
 6. Haas GP, Shumaker BP, Cerny JC (1986) The high incidence of benign testicular tumors. *J Urol* 136:1219-1220
 7. Pohl HG, Shukla AR, Metcalf PD, Cilento BG, Retik AB, Bagli DJ, et al. Prepubertal testis tumors: actual prevalence rate of histological types. *J Urol* 2004;172:2370e2.
 8. Oottamasathien S, Thomas JC, Adams MC, DeMarco RT, Brock JW 3rd, Pope JC 4th. Testicular tumours in children: a single institutional experience. *BJU Int*. 2007; 99(5):1123-6.
 9. Einstein DM, Paushter DM, Singer AA, Thomas AJ, Levin HS (1992) Fibrotic lesions of the testicle: sonographic patterns mimicking malignancy.
 10. Dixon AK, Ellis M, Sikora K. Computed tomography of testicular tumors: distribution of abdominal lymphadenopathy. *Clin Radiol* 1986; 37(6):519-52
 11. Collins DH, Pugh RC (1964) Classification and frequency of testicular tumors. *Br J Urol* 36(Suppl):1-11 [PubMed]
-