

## ORQUIEPIDIDIMITE TUBERCULOSA MIMETIZANDO TUMOR TESTICULAR: RELATO DE CASO.

### *TUBERCULOUS EPIDIDYMO-ORCHITIS MIMICKING A TESTICULAR TUMOR: CASE REPORT.*

Ricardo Augusto Eineck **AURICHIO**<sup>1</sup>, Luiz Martins **COLLAÇO**<sup>2</sup>,  
Douglas Jun **KAMEI**<sup>3</sup>, Rafael Koerich **RAMOS**<sup>4</sup>.

Rev. Méd. Paraná/1409

Aurichio RAE, Collaço LM, Kamei DJ, Ramos RK. Orquiepididimite Tuberculosa mimetizando Tumor Testicular: Relato de Caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2016;74(1):80-83.

**RESUMO** - A tuberculose geniturinária é uma das manifestações mais comuns da tuberculose extra-pulmonar. Em muitos casos há a presença concomitante de tuberculose pulmonar ou outros órgãos do trato geniturinário, sendo raro o envolvimento epididimal e testicular. A orquite tuberculosa pode mimetizar tumor testicular em pacientes aparentemente saudáveis. A seguir, apresentamos um caso de um paciente encaminhado ao Hospital Santa Casa de Curitiba, com quadro de dor e aumento do volume testicular. Durante investigação, verificou-se a suspeita de neoplasia testicular, sendo optada pela remoção cirúrgica da massa testicular. O exame histopatológico diagnosticou uma orquiepididimite tuberculosa isolada.

**DESCRITORES** - Tuberculose, Testículo, Epidídimo.

#### INTRODUÇÃO

A tuberculose geniturinária é uma das manifestações mais comuns da tuberculose extra-pulmonar e representa 2,34% dos casos.<sup>1,2</sup> Em muitos casos há a presença concomitante de tuberculose pulmonar ou outros órgãos do trato geniturinário baixo como bexiga, ureter e próstata, sendo raro o envolvimento epididimal e testicular.<sup>3</sup> A orquite tuberculosa pode mimetizar tumor testicular, doença granulomatosa (sarcoidose) ou processo infeccioso (bacteriano ou viral) em pacientes aparentemente saudáveis, sendo sua distinção importante para o tratamento adequado.<sup>2</sup>

#### RELATO DO CASO

Paciente A.S, masculino, 75 anos, tabagista, foi encaminhado ao ambulatório do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Curitiba em maio de 2015 com queixa de aumento testicular à direita

e disúria. Sem queixas respiratórias e de emagrecimento ou sudorese noturna. Apresentava-se com ausculta pulmonar normal, sem linfonodomegalias palpáveis, com testículo direito doloroso e aumento difuso de volume. Relatou não ter tido exposição domiciliar ou laboral prévia à doença.

Durante investigação, os exames laboratoriais encontravam-se normais, incluindo os marcadores para tumor testicular, alfa-fetoproteína, beta-gonadotrofina coriônica humana e desidrogenase láctica. Nos exames de imagem realizados, a radiografia de tórax apresentava-se normal, entretanto a ultrassonografia (USG) de bolsa escrotal evidenciou, em testículo direito, múltiplas nodulações hipoeóicas sugestivas de processo neoplásico. A USG abdominal mostrou próstata de tamanho aumentado, sem presença de linfonodomegalias. Devido à impossibilidade da exclusão de malignidade, o paciente foi submetido à orquiectomia radical direita e posteriormente encaminhado para tratamento de tuberculose extra-pulmonar em Unidade de Saúde.

Trabalho Realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Curitiba.

1 - Preceptor do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Curitiba (PUC/PR).

2 - Professor Titular da Disciplina de Patologia Humana da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

3 - Médico Residente do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Santa Casa de Curitiba (PUC/PR).

4 - Acadêmico do Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR).

Durante a análise histopatológica foi observada orquiepididimite granulomatosa com necrose caseosa e presença de fragmentos de bacilos ácido-álcool resistentes sob coloração de Ziehl-Neelsen, sem alteração do cordão espermático, evidenciando-se a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, portanto descartou-se a suspeita de neoplasia.

FIGURA 1 -PARÊNQUIMA TESTICULAR SUBSTITUÍDO POR GRANULOMA, AUMENTO 100X.

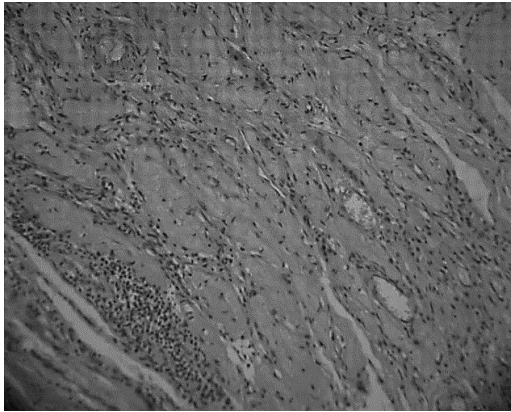


FIGURA 2 -ÁREAS DE NECROSE CASEOSA E CÉLULA DE LANGHANS (SETA) NAS MARGENS DO GRANULOMA, AUMENTO 100X.



FIGURA 3 - FRAGMENTO DO BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE (BAAR) NA COLORAÇÃO DE ZIEHL-NEESEN, AUMENTO 400X.

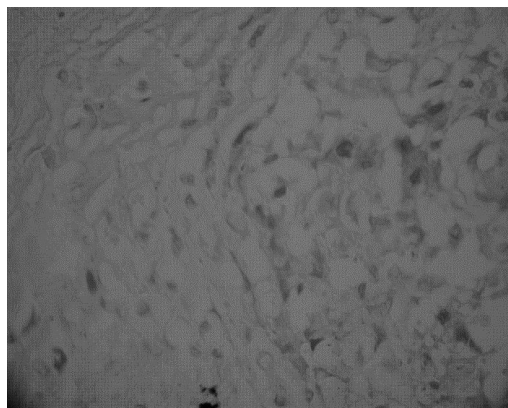


FIGURA 4 - FRAGMENTOS DO BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE (BAAR) NA COLORAÇÃO DE ZIEHL-NEESEN, AUMENTO 400X.

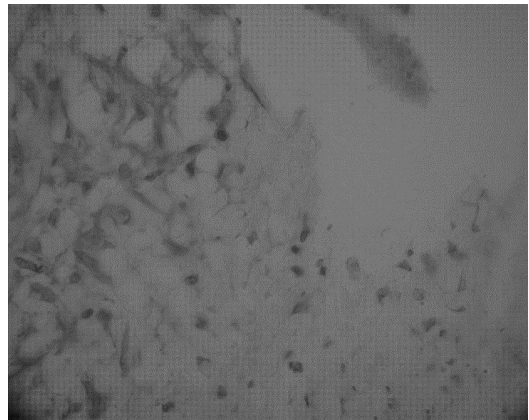
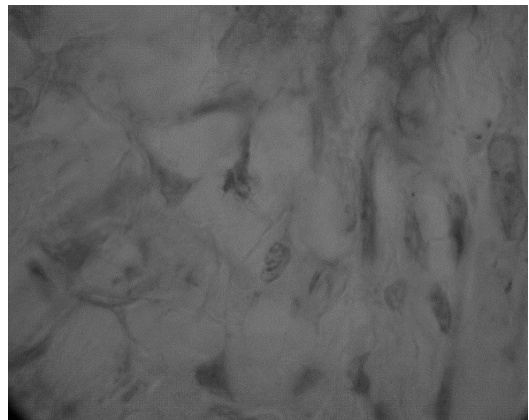


FIGURA 5 - FRAGMENTOS DO BACILO ÁLCOOL-ÁCIDO RESISTENTE (BAAR) NA COLORAÇÃO DE ZIEHL-NEESEN, AUMENTO 1000X. FONTE: O AUTOR.



## DISCUSSÃO

A tuberculose (TB) é uma doença global com mais de 2 bilhões de pessoas infectadas.<sup>4</sup>Em 2014 a TB matou cerca de 1,5 milhões de pessoas, sendo a maioria de homens e apenas 400.000 apresentavam coinfeção pelo HIV.<sup>5</sup>Nas últimas décadas houve aumento da incidência de TBEP devido à associação da doença com o HIV.<sup>3</sup> 43 milhões de vidas foram salvas de 2000 até 2014 graças ao diagnóstico e tratamento correto da doença.<sup>5</sup> Apesar da TB pulmonar ser a apresentação mais comum da doença, a tuberculose extra-pulmonar (TBEP) apresenta grande importância clínica e seu correto diagnóstico e tratamento é de suma importância para a sobrevivência do paciente.

A TBEP possui importância devido à forma de apresentação, pois manifestações clínicas inespecíficas e variadas apresentações radiográficas podem simular tumores malignos, sendo difícil o diagnóstico e o tratamento. Os locais mais comuns de instalação da doença são os linfonodos, seguido do trato geniturinário. Além disso, estão incluídos órgãos abdominais, medula espinhal e pele.<sup>3</sup>Cerca de 28% dos pacientes com tuberculose geniturinária (TBGU) apresentam envolvimento

genital isolado.<sup>6</sup>

A TBGU acomete geralmente homens com idade entre 20 e 40 anos, entretanto também já foram relatados casos em crianças. A tuberculose testicular manifesta-se com aumento, edema e dor escrotal unilateral.<sup>7</sup> A presença de abscesso e ulceração escrotal indicam doença avançada. São incomuns pacientes assintomáticos.<sup>3</sup> Os sintomas mais comumente relacionados ao acometimento prostático são polaciúria e noctúria, além de disúria, hematúria e hemospermia.<sup>6</sup>

O modo de disseminação da tuberculose para o testículo é controverso, apresentando vários mecanismos propostos: hematogênica, linfática, retrouretral e por extensão direta.<sup>8</sup> A maneira mais comum de propagação é a hematogênica, porém pode resultar também da extensão retrógrada da infecção a partir da próstata e vesículas seminais. Inicialmente, a infecção afeta o epidídimo, sendo a orquite resultado de uma extensão contígua, refletindo um estágio tardio da doença.<sup>2</sup>

A orquite tuberculosa isolada, sem envolvimento do epidídimo, constitui uma entidade ainda mais rara dentro do espectro da TBGU, compondo aproximadamente 3% dos doentes. A orquite granulomatosa pode mimetizar tumor testicular, como o seminoma, ocorrendo na mesma faixa etária e com apresentação clínica semelhante.<sup>3</sup>

Para o diagnóstico da TBGU é necessário a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* na urina. A análise da urina através do esfregaço *acidfastbacill*(AFB) é frequentemente negativa para detecção do bacilo e a cultura AFB leva 6 a 8 semanas devido ao crescimento lento do *M. tuberculosis*. Outros testes mais sensíveis e específicos, como o PCR, não possuem ampla disponibilidade.<sup>6</sup>

A análise histológica da massa testicular através da punção aspirativa por agulha fina guiada por USG pode

contribuir para a investigação da suspeita de tuberculose.<sup>9</sup> Na ausência do acesso à histologia o diagnóstico de tuberculose testicular pode ser impossível de ser realizado.<sup>10</sup> A realização da USG isolada pode indicar aumento do epidídimo junto da lesão testicular, sugerindo um processo infeccioso.<sup>2</sup>

No caso de confirmação da tuberculose testicular através desses exames, o tratamento é realizado com medicação antituberculosa, evitando-se a intervenção cirúrgica e complicações relacionadas à fertilidade por bloqueio da irrigação sanguínea ou atrofia secundária.<sup>11,12</sup> Porém, a orquiectomia deve ser considerada em casos de não resposta ao tratamento medicamentoso ou suspeita de malignidade.<sup>6</sup>

No caso em questão, o paciente não apresentava sinais clínicos da doença ou histórico de exposição do bacilo. A radiografia de tórax e os marcadores tumorais solicitados encontravam-se dentro da normalidade. A ultrassonografia realizada indicou em testículo direito nodulações hipoeecóicas sugestivas de processo neoplásico. Dessa maneira, devido à ausência de sinais indicativos de tuberculose e à impossibilidade de exclusão do caráter neoplásico da massa testicular optou-se pelo tratamento cirúrgico para elucidação do caso, posteriormente confirmado pelo exame histopatológico.

## CONCLUSÃO

A orquiepididimite tuberculosa deve ser considerada no diagnóstico diferencial de edema de bolsa escrotal, possibilitando diagnóstico e tratamento precoce, evitando-se complicações do trato genitourinário. Em casos de não resposta ao tratamento medicamentoso ou suspeita de malignidade o tratamento cirúrgico deve ser considerado.

---

Aurichio RAE, Collaço LM, Kamei DJ, Ramos RK. Tuberculous Epididymo-Orchitis Mimicking a Testicular Tumor: Case Report. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2016;74(1):80-83.

**ABSTRACT** - Genitourinary tuberculosis is one of most common localization of extrapulmonary tuberculosis. In most cases, there is a simultaneous invasion on lungs or other genitourinary tract organs. The infection restricted to testicle and epididymis is quite rare. Testicle orchitis can mimic a testicular tumor in healthy patients. We will present the case of a patient attended in Santa Casa de Curitiba Hospital, presenting pain and an increase on testicle size. During the investigation, Doctors suspected of a testicular neoplasia, so they decided to remove the mass surgically. Pathological examination revealed an isolated tuberculous epididymo-orchitis.

**KEYWORDS** - Tuberculosis, Testicule, Epididymis.

---

**REFERÊNCIAS**

1. Muttarak M, Wilfred PGC, Lojanapiwat B, Chaiwun B. Tuberculous epididymitis and epididymo-orchitis. *Am J Roentg* 2001;176:1459-66.
2. Viveiros F, Tente D, Espiridião P, Carvalho A, Duarte R. Testicular tuberculosis: Case report. *Rev Port Pneumol* 2009;15(6):1193-7.
3. Dayal S, Kumar A, Singh SP, Verma A. Tuberculous orchitis mimicking a testicular tumor: A diagnostic dilemma. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 2014;3(1):80-2.
4. Furlow B. Tuberculosis: A review and update. *Radiol Technol* 2010;82:33-52.
5. Mario Raviglione, et al.. *Global Tuberculosis Report 2015*. France. World Health Organization, 2015.
6. Cho YS, Joo KJ, Kwon CH, Park HJ. Tuberculosis of testis and prostate that mimicked testicular cancer in young male soccer player. *Journal of Exercise Rehabilitation* 2013;9(3):389-93.
7. Biswas M, Rahi R, Tiwary SK, Khanna R, Khanna AK. Isolated tuberculosis of testis. *Kathmandu University Medical Journal* 2006;4(1):98-9.
8. Wolf Jr JS, McAninch JW. Tuberculous epididymo-orchitis: Diagnosis by fine needle aspiration. *J Urol* 1991;145:836-8.
9. Badmos KB. Tuberculous epididymo-orchitis mimicking a testicular tumour: A case report. *African Health Sciences* 2012;12(3):395-7.
10. Shugaba AI, Rabi AM, Uzokwe C, Matthew RM. Tuberculosis of the testis: A case report. *Clinical Medicine Insights: Case Reports* 2012;5:169-72.
11. Lee IK, Yang WC, Liu JW. Scrotal tuberculosis in adult patients: A 10-year clinical experience. *Am J Trop Med* 2007;77(4):714-8.
12. Shenoy VP, Viswanath S, D'Souza A, Bairy I, Thomas J. Isolated tuberculous epididymo-orchitis: An unusual presentation of tuberculosis. *J Infect Dev Ctries* 2012;6(1):92-4.