

SERINGOCELE DAS GLÂNDULAS DE COWPER COM DIAGNÓSTICO TARDIO: RELATO DE CASO.

COWPER'S GLAND SYRINGOCELE WITH LATE DIAGNOSIS: CASE REPORT.

Laysla Muniz **MAMUS**¹, Douglas Jun **KAMEI**², Gustavo Bono **YOSHIKAWA**²,
Romulo De **TONI**², André Eduardo **VARASCHIN**³.

Rev. Méd. Paraná/1410

Mamus LM, Kamei DJ, Yoshikawa GB, De Toni R, Varaschin AE. Seringocele das Glândulas de Cowper com Diagnóstico Tardio: Relato de Caso. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2016;74(1):84-86.

RESUMO - A seringocele de Cowper é uma condição incomum que consiste na dilatação cística dos ductos das glândulas de Cowper, também conhecidas como glândulas bulbouretrais. A sintomatologia é inespecífica, tendo início durante a infância e adolescência, e em raros casos na idade adulta. O diagnóstico é realizado através da uretrocistografia retrógrada e pela uretrocistoscopia, com tratamento expectante em casos assintomáticos. Neste relato de caso é descrito um caso de seringocele com sintomas típicos e diagnóstico tardio.

DESCRIPTORIOS - Uretra, Glândulas de Cowper, Seringocele.

INTRODUÇÃO

A seringocele de Cowper é uma condição incomum que consiste na dilatação cística dos ductos das glândulas de Cowper, também conhecidas como glândulas bulbouretrais. As seringoceles são consideradas uma entidade rara, mais pronunciada na população pediátrica devido os sintomas se manifestarem geralmente nessa faixa etária.¹ A incidência estimada por autópsias é de 2 a 3%, porém devido à clínica pouco específica ou frequentemente estar ausente, a real incidência é desconhecida.^{2,3} As glândulas de Cowper estão relacionadas com a defesa imunitária e lubrificação da uretra, excretando o pré-ejaculado no trato urogenital.³

RELATO DO CASO

Paciente de 36 anos, masculino, encaminhado ao Serviço de Urologia do Hospital Santa Casa de Curitiba por queixa de disúria há 5 meses, com

quadro iniciado após episódio de infecção do trato urinário baixo, acompanhado de hematúria e diminuição voluntária do jato miccional devido sintoma álgico. Na ocasião, foi realizado tratamento para infecção urinária com posterior controle através de parcial de urina e urocultura, porém houve persistência do desconforto miccional. Não apresentava febre nem queixas relacionadas à ejaculação.

Durante a investigação, solicitou-se uretrocistografia miccional, com presença de acentuada irregularidade da uretra, observando-se próximo à uretra bulbar formação de trajeto luminal duplo (Figura 1). Na sequência, procedeu-se à cistoscopia em centro cirúrgico. No procedimento foi identificada membrana em região de uretra bulbar, separando a uretra verdadeira da dilatação cística (Figura 2). Em ressonância magnética de pelve realizada não foram verificadas irregularidades. Foi solicitada então ressonância magnética de pênis, com a identificação da duplicação da luz uretral em porção membranososa (Figura 3).

Trabalho Realizado no Serviço de Urologia do Hospital Santa Casa de Curitiba.

1 - Acadêmica do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

2 - Médicos Residentes do Serviço de Urologia do Hospital Santa Casa de Curitiba (PUCPR).

3 - Preceptor do Serviço de Urologia do Hospital Santa Casa de Curitiba (PUCPR).

FIGURA 1 - URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL DEMONSTRANDO NA FASE DE ENCHIMENTO A PRESENÇA DE DUPLICAÇÃO LUMINAL URETRAL NA ALTURA DA URETRA BULBAR.



FIGURA 2 - URETROSCOPIA COM LUZ URETRAL NORMAL (PARTE DE CIMA DA IMAGEM) E PRESENÇA DE MEMBRANA SEPARANDO A URETRA DA DILATAÇÃO CÍSTICA (PARTE DE BAIXO DA IMAGEM).



FIGURA 3 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE PÊNIS COM IDENTIFICAÇÃO DA DUPLICAÇÃO DA LUZ URETRAL EM PORTÃO MEMBRANOSA.



O paciente não possuía histórico de cateterismo vesical de demora, porém relatou episódio de queda a cavaleiro quando criança, associado a sangramento uretral intenso com resolução espontânea. Durante o acompanhamento ambulatorial, o paciente manteve queixa de disúria durante a micção de leve intensidade, sem os outros sintomas anteriormente referidos ou novos episódios de infecção urinária. Até o momento, não manifestou vontade de realizar a correção cirúrgica da seringocele.

DISCUSSÃO

As glândulas de Cowper, embriologicamente são estruturas ectodérmicas que se originam da uretra bulbomembranosa a partir da 12ª semana de vida intrauterina, sendo descritas pela primeira vez no século 18.^{3,6} Consistem em duas glândulas exócrinas localizadas no diafragma urogenital laterais à uretra bulbomembranosa, drenando para o orifício na uretra bulbar. São homólogas às glândulas de Bartholin na mulher.^{1,6}

A dilatação cística dos condutos foi descrita por Edling, em 1953. Já o termo seringocele e sua classificação foram atribuídos a Maizels:^{2,3,6,7,8,9,10}

* Tipo 1 (Imperfurada): Dilatação da porção distal do conduto de saída da glândula. Radiologicamente há uma cavidade cística que comprime estruturas vizinhas, afetando mais intensamente o trato urinário inferior.

* Tipo 2 (Simples): Comunicação entre a uretra e o cisto, sem evidência de lesão traumática. Este orifício ocasionalmente pode ser visível à endoscopia. A uretrocistografia retrógrada permite visualizar o preenchimento do cisto.

* Tipo 3 (Perfurada): Comunicação com a uretra por um grande orifício, que não levanta dúvidas à endoscopia. A cavidade cística simula um divertículo fusiforme. Estes pacientes frequentemente apresentam perdas involuntárias de urina após a micção.

* Tipo 4 (Rota): A uretroscopia permite observar a membrana lacerada que separa uretra da seringocele, previamente imperfurada.

Após a tradicional classificação proposta por Maizels, surgiram outras classificações. Uma delas diferencia as seringocèles em dois grupos: seringocele obstrutiva, que englobaria os Tipos 1 e 3, e seringocele não obstrutiva, correspondente aos Tipos 2 e 4 de Maizels.^{1,2} A outra classificação se baseia na configuração do orifício do ducto na uretra com sua respectiva apresentação clínica, dividindo-se em seringocele fechada e aberta.¹ O subtipo fechado possui um ducto cístico ocluído e dilatado, causando a compressão externa da uretra e originando os sintomas obstrutivos. Já o subtipo aberto possui um lúmen contínuo entre a uretra e o ducto cístico, manifestando quadro pós-miccional.¹

A seringocele pode ter origem congênita ou secundária a processos infecciosos e iatrogênicos, como o uso prolongado de cateter uretral.¹⁰ A sintomatologia é inespecífica, tendo início durante a infância e adoles-

cência, e em raros casos na idade adulta como o caso apresentado, correspondente ao Tipo 3 de Maizels. Em algumas ocasiões, pode manifestar quadro de disúria, hematúria, alterações do jato miccional, incontinência urinária, infecções urinárias de repetição, sensação de massa perineal.^{1,3} Diversas patologias entram como diagnósticos diferenciais, entre elas sinéquias, divertículos, valvas, tumores e abscessos periuretrais, duplicação uretral, válvula de uretra anterior, divertículo uretral, estenose congênita e adquirida de uretra, prolapso posterior de válvula uretral.^{2,4,5}

O diagnóstico é realizado através da uretrorotografia retrógrada e miccional, e pela uretrorotoscopia. No exame contrastado é possível observar a retenção de líquido, formando uma imagem diverticular ao nível da uretra bulbar, que corresponde ao conduto de Cowper dilatado. Selli propõe quatro critérios diagnósticos radiológicos:⁸

- * Paralelismo com a uretra.
- * Limite superior não supera o diafragma urogenital.
- * Forma tubular.
- * Orifício posicionado na porção ventral da uretra bulbar.

A ressonância nuclear magnética e a tomografia computadorizada possuem valor diagnóstico em casos duvidosos.^{2,3} Em uma revisão a respeito da patologia, é citada a utilização da ultrassonografia transretal e perineal em casos de alto nível de suspeição, especificamente na siringocele do tipo aberta.¹

O tratamento consiste em conduta expectante para os casos assintomáticos e incidentalmente diagnosticados. A intervenção cirúrgica por via endoscópica fica reservada aos casos sintomáticos, sendo este o tratamento intervencionista de eleição, em que se faz a marsupialização da siringocele. Quando há falha dessa abordagem, indica-se a cirurgia aberta, com ligadura do conduto de Cowper.^{1,2,3,4,6,7,9}

Na população pediátrica, a opção endoscópica transuretral é indicada. No entanto, a intervenção aberta em certos casos pode ser recomendada, como em crianças com divertículo grande e corpo esponjoso inadequado. Nesses casos, a diverticulectomia deve ser considerada. Na população infantil, quando há severo refluxo devido ao fenômeno de valva uretral anterior secundária à siringocele, a derivação urinária e a realização de cistostomia devem ser as opções.¹

CONCLUSÃO

A siringocele das glândulas de Cowper é uma condição pouco frequente com sintomatologia inespecífica. Deve ser considerada no diagnóstico diferencial não apenas em jovens, mas também em adultos com queixas miccionais de disúria e hematúria. Para os casos assintomáticos o tratamento consiste em conduta expectante, sendo a abordagem cirúrgica endoscópica reservada para os casos sintomáticos.

Mamus LM, Kamei DJ, Yoshikawa GB, De Toni R, Varaschin AE. Cowper's Gland Siringocele with Late Diagnosis: Case Report. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2016;74(1):84-86.

ABSTRACT - The Cowper's siringocele is an uncommon condition which consists of cystic dilatation of the Cowper's glands ducts, also known as bulbourethral glands. The symptoms are unspecific. The beginning starts in childhood and adolescence and in rare cases in adulthood. The diagnosis is made by retrograde urethrocytography and urethrocytostomy, and expectant treatment in asymptomatic cases. On this Case Report is described a case of siringocele with typical symptoms and late diagnosis.

KEYWORDS - Urethra, Cowper's glands, Siringocele.

REFERÊNCIAS

1. Melquist J, Sharma V, Sciullo D, McCaffrey H, Khan SA. Current diagnosis and management of siringocele: A review. *Int Braz J Urol* 2010;36(1):3-9.
2. Sáez Barranquero F, Herrera Imbroda B, Castillo Gallardo E, Cantero Mellado JA, Antuña Calle F, Bonilla Parrilla R, Marchal Escalona C, Machuca Santa Cruz FJ. Siringocele uretral en adulto. A propósito de un caso. *Arch Esp Urol* 2012;65(4):502-4.
3. Cerqueira M, Xambre L, Silva V, Prisco R, Santo R, Lages R, Almeida M, Petracchi P, Carreira F. Siringocele imperforado de las glândulas de Cowper. Tratamiento por vía laparoscópica. *Actas Urol Esp* 2004;28(7):535-8.
4. Alvarado PQ. Tumores de la glândula de Cowper. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica* 2014; 71(613):731-5.
5. European Society of Radiology (Austria). Cowper's siringocele: Pathological manifestations and radiological aspects [Homepage na Internet]. Viena: ESR 2016 [Acesso em jul 2016]. Disponível em: <http://www.mysr.org>.
6. López G N, Marangoni A, Buccolini T, Marangoni M, Re R, Galindez J, et al. Caso radiológico de desafío diagnóstico. *Rev Chil Radiol* 2013;19(19):88-90.
7. Pastor JN, Ligerio JG, García FG, Ros MT, Galiano JLR, Gutiérrez AS, et al. Siringocele de la glândula de Cowper. Presentación de dos casos diagnosticados em la edad adulta. *Arch Esp Urol* 2002;55(3):322-4.
8. Tristán D, Olmedo JJ, Ruiz P, Minuzzi G. Siringocele de Cowper. *Rev Arg Urol* 2008;73(3):144-7.
9. Campobasso P, Schieven E, Fernandes EC. Cowper's siringocele: An analysis of 15 consecutive cases. *Archives of Disease in Childhood* 1996;75:71-3.
10. Surana S, Elshazly E, Allam A, Jayappa S, AlRefai D. A case of giant Cowper's gland siringocele in an adult patient. *Case Reports in Urology* 2015;2015:1-4.