

Urominas

Revista Científica de Urologia da SBU-MG

Volume IX • Fascículo VIII • Março 2021



Melanoma de Uretra Feminina. Pág.: 36

- Editorial: Revista Urominas na Pandemia
- Editorial: O Covid-19 e a Saúde Masculina
- Artigos Originais
- Relatos de Casos

www.urominas.com

Sociedade Brasileira de Urologia - Seção Minas Gerais

Corpo Editorial

André Lopes Salazar

Editor, MD, MSc , TiSBU

Dr. Marcelo Esteves Chaves Campos

Editor, MD, MSc , TiSBU

EDITORES ASSOCIADOS

Bruno Mello Rodrigues dos Santos

MD, PhD, TiSBU

Marcelo Mamede

MD, DMSc

Denny Fabrício Magalhães Veloso

MD, MSc, PhD, TiSBU

Márcio Augusto Averbeck

MD, MSc, TiSBU

Gelbert Luiz C. do Carmo de Amorim

MD, MSc, TiSBU

Michael Manyak

MD, FACS

Gilberto L. Almeida

MSc, MD, TiSBU

Paulo Guilherme de Oliveira Salles

MD, MSc, PhD

Gustavo Franco Carvalhal

MD, MSc, PhD, TiSBU

Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra

MD, MSc, PhD, TiSBU

José Ailton Fernandes Silva

MD, MSc, PhD, TiSBU

Stella Sala Soares Lima

MD, PhD

Lívia Duarte Tavares

FT, MSc, PhD

Tharcisio Gê de Oliveira

MD, MSc, TiSBU

Luiz Ronaldo Alberti

MD, MSc, PhD

Túlio Leandro de Oliveira

MD, MSc, TiSBU

Sumário

EDITORIAIS

Revista Urominas na Pandemia.....	4
COVID 19 e a Saúde Sexual Masculina.....	5

ARTIGOS

Associação Entre Escore de Gleason e Estadiamento, Margens Cirúrgicas Livres e Idade em Pacientes com Adenocarcinoma de Próstata Submetidos à Prostatectomia Radical.....	9
Tratamento Minimamente Invasivo no Manejo de Fístula Vésico-retal Pós-traumática – Descrição da Técnica e Relato de Caso.....	16

RELATOS DE CASO

Leiomiossarcoma de Epidídimo Primário: um Relato de Caso.....	22
Epididimite Relacionada a Infecção por Coronavírus: Relato de Caso e Revisão da Literatura.....	25
Angiomiofibroblastoma Escrotal: Diagnóstico, Tratamento e Revisão de Literatura.....	29
Melanoma de Uretra Distal Feminina: Relato de Caso.....	34
Regressão Notável do Câncer de Pênis com Metástase para Linfonodo Inguinal Fixo Após Quimioterapia Neoadjuvante com Paclitaxel, Ifosfamida e Cisplatina (Tip): Relato de Caso.....	38
Retenção Urinária Pós-operatória, Prevenção e Tratamento: um Relato de Caso.....	43
Abordagem de Duplo J Calcificado com Migração Espontânea para Duodeno.....	46
Estrangulamento Peniano por Corpo Estranho Metálico: Relato de Caso.....	51
Linfoma de Bexiga – Relato de Caso e Revisão da Literatura.....	55

Revista Urominas na Pandemia

Marcelo Esteves Chaves Campos, André Lopes Salazar

Editores Chefes da Revista Urominas

As infecções por COVID-19 causam impactos não só na saúde, como também nas áreas sociais, econômicas, políticas e culturais de formas nunca antes vistas na história recente das epidemias.⁽¹⁾ Nesse contexto, a vacinação em escala global é o principal desafio da atualidade. Além de proteção individual, a vacinação evita a propagação da doença e consequentemente diminui o risco de morte e de sequelas graves na população em geral.⁽²⁾

Vacinas de vírus inativados, atenuados, subunidades proteicas, recombinantes e vetores virais, além daquelas que utilizam novas tecnologias de ácidos nucleicos (DNA e RNAm), foram desenvolvidas e estão sendo disponibilizadas em tempo recorde.⁽²⁾ Em consequência dessa aceleração do desenvolvimento, ainda existem lacunas no conhecimento das eficácias das vacinas e do tempo de memória imunológica. No Brasil, apesar dos grandes obstáculos ao plano nacional de vacinação, as primeiras doses já estão sendo aplicadas, o que certamente ajudará no enfrentamento da doença.⁽³⁾

Informações epidemiológicas e os estudos publicados nas principais revistas científicas categorizadas em todo o mundo são fundamentais para consolidar e estruturar os conhecimentos sobre o COVID-19, além de orientar a construção de estratégias seguras ao combate à pandemia. Nesse sentido, a Revista Urominas continuará expandindo e disponibilizando conhecimentos sobre esse tema tão importante nesse momento de vigilância, de bom senso e investigação científica em que vivemos. Nessa edição, além dos artigos originais e relatos de casos de grande relevância em todas as áreas da urologia, teremos o editorial especial sobre “COVID-19 e a saúde sexual masculina” elaborado pelo professor Dr. Augusto Barbosa Reis. Desejamos uma leitura proveitosa a todos!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. A year without precedent: WHO's COVID-19 response. www.who.int/news-room/spotlight/a-year-without-precedent-who-s-covid-19-response. (Acessado em 28 de fevereiro de 2021).
2. World Health Organization. COVID-19 vaccines (who.int). www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines. (Acessado em 28 de fevereiro de 2021).
3. Domingues, CMAS. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. Cad. Saúde Pública 2021; 37(1):e00344620.

COVID 19 e a Saúde Sexual Masculina

Dr. Augusto Barbosa dos Reis



A Comunidade urológica tem se preocupado com as repercussões da pandemia da COVID-19, causada pela síndrome respiratória aguda grave coronavírus ² (SARS-CoV-2), representa um desafio sem precedentes para os cuidados de saúde¹.

Já percebemos mudanças no cenário dos atendimentos urológicos com um grande número de cirurgias adiadas, a perda do controle ambulatorial de pacientes com queixas do trato geniturinário, principalmente as oncológicas, mas não menos importante, é a avaliação da saúde sexual masculina dos nossos pacientes.¹

Desde o primeiro relato de surto da SARS-CoV-2 em Wuhan em 2019 e a declaração do estado de pandemia pela Organização de Saúde (OMS) temos testemunhado um crescimento exponencial dos novos casos de COVID-19², não só no território brasileiro, mas em uma escala global. No Brasil, em fevereiro de 2021, atingimos a taxa cumulativa de dez milhões de casos de COVID-19 com 245.9777 mortes, no mundo chegamos a 111 milhões casos de COVID-19 com o número de 2.461.436 mortes.

A SARS-CoV-2 corresponde a uma nova forma de coronavírus estruturalmente e patologicamente relacionado ao original SARS-CoV-2, descrito em 2002. Como seu parente mais antigo, a nova cepa deste vírus pode ser internalizada nas células hospedeiras, pela sua interação com a enzima de membrana celular conhecida como com o receptor de

conversão de angiotensina ² (ACE2) em interação como o receptor de transmembrana celular (TMPRSS2). Este novo vírus é constituído por uma de fita simples de ácido ribonucleico (RNA) com sentido positivo. Este vírus demonstrou ser capaz de infectar múltiplos sistemas de órgãos em seu hospedeiro e esta capacidade de infecção está relacionada a densidade dos receptores ACE2 em cada tecido, esta densidade de receptores também se correlaciona com o risco de gravidade da patologia específica do órgão.²

Nos pulmões mais de 80% das células que expressam ACE2 são pneumócitos do tipo II, tornando o trato respiratório inferior o alvo mais vulnerável. Durante a síndrome respiratória aguda grave o coronavírus ² infecta estas células e inicia processos de replicação viral que induz a produção de citocinas pró-inflamatórias que recrutam componentes do sistema imunológico inato. As apresentações clínicas do COVID-19 nos diversos estudos retrospectivos de caso publicados até então, têm demonstrado uma evolução heterogênea, variando de casos assintomáticos, casos moderados com desconforto respiratório chegando à falência multissistêmica de órgãos e a morte.³

Uma teoria para explicar esta resposta variável é que a resposta inflamatória se torna descontrolada, resultando em uma tempestade de citocinas que pode danificar o tecido do hospedeiro. A patologia da doença COVID-19 é caracterizada por dano alveolar difuso com membranas hialinas ricas em fibrina podendo evoluir para um estado de cicatrização irregular das lesões alveolares pela presença excessiva de citocinas, que muitas vezes leva a formação de cicatrizes espessas. Este processo pode resultar na síndrome de angústia respiratória aguda (SDRA), durante a qual os pacientes frequentemente requerem o auxílio de ventiladores mecânicos, uma vez que este dano pulmonar resulta em doença pulmonar restritiva pela presença de fibrose e pneumonia.⁴

O SARS-CoV-2 também pode ser encontrado em células endoteliais do sistema vascular, cardiomiócitos, pericitos e fibroblastos do coração, tais achados fornecem uma base fisiopatológica que nos auxilia no entendimento dos eventos relacionados a lesão miocárdica aguda, e ao comprometimento da microvasculatura dos tecidos infectado pelo COVID-19, danos a pericitos e leitos vasculares podem desencadear

cascatas de coagulação anormal, trombose e isquemia resultando em um processo que envolve os fatores da cascata de coagulação, desencadeando a formação de microtrombos na microvasculatura e evoluindo para a coagulação intravascular disseminada (CID).^{4,5}

Os receptores ACE2 também são encontrados em tecidos extra pulmonares como as células epiteliais do trato gastrointestinal, fígado, rim, pâncreas e epitélio olfatório.⁶

Nosso grupo também já relatou a importância do sistema renina angiotensina nos tecidos do testículo e do pênis por técnicas de imuno-histoquímica, trabalhos estes confirmados com outras técnicas de marcação molecular como o sequenciamento de expressão de RNA.^{7,8}

Meta-análise e estudos retrospectivos publicados avaliando a incidência do COVID-19 entre os gêneros masculinos e femininos não tem demonstrado diferença importante quanto a incidência, entretanto, ao avaliar a severidade e a taxa de mortalidade a maioria destes estudos demonstra uma prevalência de mortes e evoluções desfavoráveis no gênero masculino^{9,10}, entre as causas relacionadas como fatores de risco potencial para explicar esta diferença, podemos citar a associação com um número elevado de comorbidades nesses homens, entre elas destacaram-se as doenças crônicas cardiovasculares, pulmonares (tabagismo) e a Diabetes.¹¹

Alguns estudos tem proposto que as diferenças dos hormônios sexuais encontradas nos diferentes gêneros sexuais explicariam algumas respostas inflamatórias descritas em relatos clínicos, como a alteração na modulação do sistema imunológico mediada pela testosterona e o estradiol, aumento do risco do evento da tempestade de citocinas no sexo masculino, aumento do processo de transdução das tiras de RNA virais moduladas por androgênios, nas células hospedeiras infectadas e a maior expressão da enzima ECA2 encontrada no sexo masculino, a ECA2 nos homens é codificada pelo cromossomo X, no sexo feminino a dupla carga de cromossomo sexual X causaria um efeito inibitório na expressão da ECA2.¹²

A OMS descreve que idosos e pessoas com doenças não transmissíveis, como doenças cardiovasculares (por exemplo, hipertensão, doença cardíaca e derrame), doenças respiratórias crônicas, diabetes e câncer têm um risco elevado de desenvolver quadros graves da COVID-19⁽²⁾. Estes grupos coincidentemente se sobrepõem a aqueles que apresentam um maior risco de desenvolvimento de disfunção erétil na população masculina.¹³

Esta sobreposição de fatores de risco comuns para má evolução do COVID 19 e o desenvolvimento de disfunção erétil ressalta a importância de avaliação da função sexual masculina em homens que possam ser acometidos pela forma grave do COVID 19.¹³

Outra causa associada é o fator psicológico, sentimentos de medo, perda do emprego e depressão já foram descritas anteriormente como fatores de risco para a presença da disfunção erétil psicogênica. Durante a pandemia diversos trabalhos com aplicação de questionários e uso de telemedicina com intuito de acompanhar a saúde mental dos pacientes têm descrito uma mudança no comportamento sexual, durante a implementação da política de isolamento social como forma de prevenção da COVID, homens e mulheres casados e solteiros têm relatado uma diminuição no número de atividades sexual, como também no desejo sexual.^{11,14}

Quando utilizamos a plataforma PubMed.gov para avaliar o número de publicações com o uso da palavra-chave; “saúde sexual masculina e COVID-19” encontramos a partir do ano de 2020 a publicação de 123 artigos e nos primeiros meses de 2021 já notamos 49 publicações, tal achado demonstra o interesse da comunidade científica em compreender e relatar as alterações da saúde sexual masculina durante a pandemia de COVID 19.

Em julho de 2020 Sansone et al publicaram uma importante revisão deste tema, no periódico “Journal of Endocrinological Investigation” que alertou a comunidade médica sobre os riscos de piora da saúde sexual masculina relacionados a pandemia de COVID 19.¹¹

Esta revisão ressaltou alguns pontos de interesse ao encontrar uma relação de causa efeito entre a fisiopatologia do COVID-19 e os riscos de alteração da função sexual masculina, dos quais devemos destacar a disfunção endotelial, o hipogonadismo subclínico, a angústia psicológica e a hemodinâmica pulmonar deficiente.¹¹

Alterações da função endotelial correlacionam-se com o aumento da incidência de disfunção erétil, tal correlação é bem descrita na literatura em periódicos da área de urologia, andrologia e fisiologia, a disfunção erétil é reconhecida como um preditor da doença endotelial e precede, usualmente, o início de doenças cardiovasculares secundárias a disfunção endotelial, nosso grupo de pesquisa colaborou com esta linha de pensamento publicando no ano de 2007 o artigo “Fisiopatologia da Disfunção erétil: aspectos moleculares e suas implicações clínicas” na revista Hipertensão.^{15,16}

Provas sólidas acumuladas nas últimas décadas apoiam a noção de que a função erétil é um excelente marcador de saúde sistêmico, como também da preservação da atividade vascular, partilhando muitos fatores de risco com a doença cardiovascular. Isto pode ser interpretado com o auxílio da equação $DE = DE$ (disfunção endotelial é igual a disfunção erétil e vice versa).¹⁶

A integridade vascular é necessária para função erétil, e danos vasculares associados com COVID-19 podem afetar o frágil leito vascular do pênis, resultando em deficiência da função erétil, o COVID-19 apresenta um estado de hiperinflação promovido por TNF-2, IL-6 e IL-19; estas mesmas citocinas têm sido associadas à progressão clínica do COVID-19.¹⁷

O papel do nível sérico de testosterona ainda é uma incógnita na literatura, não sabemos se ele atua como um fator de proteção ou como fator de má evolução do COVID-19. A prevalência do COVID 19 tem sido mais prevalente no sexo masculino, na faixa etária acima dos 60 anos, que apresenta um maior risco de evolução clínica desfavorável, encontramos uma incidência de hipogonadismo que chega a 17% em algumas regiões⁽¹⁸⁾, estudos de casos avaliando o nível sérico de testosterona tem demonstrado que o hipogonadismo é um fator de predição para evoluções desfavoráveis com COVID 19 com aumento da mortalidade de homens internados em Unidades de Cuidado Intensivo (UTI).¹⁹

Exames post-mortem do tecido testicular de 12 pacientes falecidos com COVID-19 demonstraram uma redução significativa das células Leydig, bem como a presença de edema no interstício testicular. Um relato recente que incluiu na sua amostra 31 pacientes masculinos com quadro clínico grave de COVID-19, realizado na Itália, identificou que alguns pacientes apresentaram hipogonadismo hipergonadotrófico após o surgimento da doença, no mesmo estudo a presença de níveis mais baixos de testosterona sérica (total e livre) atuaram como preditores de mau prognóstico na Síndrome Respiratória Aguda (SRA).^{20,21}

Se este estado de hipogonadismo é permanente ou temporário é uma questão até agora deixada sem resposta.²²

A testosterona atua como um modulador da função endotelial e suprime a inflamação através do aumento dos níveis de citocinas anti-inflamatórias (como a IL-10) e a redução níveis de citocinas pró-inflamatórias, tais como TNF-2, IL-6 e IL-1. Pode-se, portanto, propor a hipótese de que a supressão dos níveis de testosterona seria uma das razões para as diferenças encontradas em termos de mortalidade e hospitalização entre

o sexo masculino e o feminino e pode também explicar porque o SARS-CoV-2 infecta mais frequentemente os homens idosos.^{11,22}

Por outro lado, os andrógenos parecem desempenhar um papel importante na COVID-19, promovendo a transcrição da transmembrana protease, gene serina 2 (TMPRSS2), a expressão deste receptor de membrana está relacionado com o mecanismo de internalização celular do SARS-CoV-2.^{11,22}

No entanto, independentemente da testosterona ser um fator associado à proteção ou piora de prognóstico de COVID-19, deve ser reconhecido que o testículo é um alvo para a SARS-CoV-2 e a possibilidade de longa duração do processo inflamatório pode levar a consequências sobre a função endócrina existente, mesmo para pacientes recuperados.^{11,22}

A manutenção da função erétil não é uma prioridade durante o manejo de pacientes com quadro grave de COVID 19, principalmente, nas unidades de cuidado intensivo, entretanto, após a alta clínica destas unidades os pacientes masculinos que apresentaram quadros graves de COVID-19 deverão ter a sua saúde sexual acompanhada, devido ao risco de apresentar disfunção erétil associados aos fatores de risco discutidos acima

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos, M. Esteves C (2021) Impacto Da Pandemia De Covid-19 Na Urologia Em Diferentes Perspectivas, Urominas (2020:) V8 F7: 5-14
2. Wu, C., Chen, X., Cai, Y., Xia, J., Zhou, X., Xu, S., Huang, H., Zhang, L., Zhou, X., Du, C., Zhang, Y., Song, J., Wang, S., Chao, Y., Yang, Z., Xu, J., Zhou, X., Chen, D., Xiong, W., Xu, L., ... Song, Y. (2020). Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome And Death In Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia In Wuhan, China. *Jama Internal Medicine*, 180(7), 934–943.
3. Ragab, D., Salah Eldin, H., Taeimah, M., Khattab, R., & Salem, R. (2020). The Covid-19 Cytokine Storm; What We Know So Far. *Frontiers In Immunology*, 11, 1446.
4. Ackermann, M., Verleden, S. E., Kuehnel, M., Haverich, A., Welte, T., Laenger, F., Vanstapel, A., Werlein, C., Stark, H., Tzankov, A., Li, W. W., Li, V. W., Mentzer, S. J., & Jonigk, D. (2020). Pulmonary Vascular Endothelialitis, Thrombosis, And Angiogenesis In Covid-19. *The New England Journal Of Medicine*, 383(2), 120–128.
5. Driggin, E., Madhavan, M. V., Bikdeli, B., Chuich, T., Laracy, J., Biondi-zoccai, G., Brown, T. S., Der Nigoghossian, C., Zidar, D. A., Haythe, J., Brodie, D., Beckman, J. A., Kirtane, A. J., Stone, G. W., Krumholz, H. M., & Parikh, S. A. (2020). Cardiovascular Considerations For Patients, Health Care Workers, And Health Systems During The Covid-19 Pandemic. *Journal Of The*

- American College Of Cardiology, 75(18), 2352–2371.
6. Braga, C. L., Silva-aguiar, R. P., Battaglini, D., Peruchetti, D. B., Robba, C., Pelosi, P., Rocco, P., Caruso-neves, C., & Silva, P. L. (2020). The Renin-angiotensin-aldosterone System: Role In Pathogenesis And Potential Therapeutic Target In Covid-19. *Pharmacology Research & Perspectives*, 8(4), E00623.
 7. Webb Rc, Alenina N, Bader M, Santos Ra. (2007) Evidence That The Vasodilator Angiotensin-(1-7)-mas Axis Plays An Important Role In Erectile Function. *Am J Physiol Heart Circ Physiol*. ;293(4):H2588-96.
 8. Reis Ab, Araújo Fc, Pereira Vm, Dos Reis Am, Santos Ra, Reis Fm (2010). Angiotensin (1-7) And Its Receptor Mas Are Expressed In The Human Testis: Implications For Male Infertility. *J Mol Histol*. 41(1):75-80.
 9. Peckham, H., De Grujter, N. M., Raine, C., Radziszewska, A., Ciurtin, C., Wedderburn, L. R., Rosser, E. C., Webb, K., & Deakin, C. T. (2020). Male Sex Identified By Global Covid-19 Meta-analysis As A Risk Factor For Death And Its Admission. *Nature Communications*, 11(1), 6317.
 10. Papadopoulos, V., Li, L., & Samplaski, M. (2021). Why Does Covid-19 Kill More Elderly Men Than Women? Is There A Role For Testosterone?. *Andrology*, 9(1), 65–72.
 11. Sansone, A., Mollaioli, D., Ciocca, G., Limoncin, E., Colonnello, E., Vena, W., & Jannini, E. A. (2021). Addressing Male Sexual And Reproductive Health In The Wake Of Covid-19 Outbreak. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 44(2), 223–231.
 12. Gagliardi, M. C., Tieri, P., Ortona, E., & Ruggieri, A. (2020). Ace2 Expression And Sex Disparity In Covid-19. *Cell Death Discovery*, 6, 37.
 13. Maiorino, M. I., Bellastella, G., Giugliano, D., & Esposito, K. (2018). From Inflammation To Sexual Dysfunctions: A Journey Through Diabetes, Obesity, And Metabolic Syndrome. *Journal Of Endocrinological Investigation*, 41(11), 1249–1258.
 14. Banerjee, D., & Rao, T. (2020). Sexuality, Sexual Well Being, And Intimacy During Covid-19 Pandemic: An Advocacy Perspective. *Indian Journal Of Psychiatry*, 62(4), 418–426.
 15. Fisiopatologia Da Disfunção Erétil: Aspectos Moleculares E Suas Implicações Clínicas. *Hipertensão. Hipertensão (São Paulo. Impresso)*, V. 10, P. 4, 2007.
 16. Jannini E. A. (2017). Sm = Sm: The Interface Of Systems Medicine And Sexual Medicine For Facing Non-communicable Diseases In A Gender-dependent Manner. *Sexual Medicine Reviews*, 5(3), 349–364.
 17. Jung, F., Krüger-enge, A., Franke, R. P., Hufert, F., & Küpper, J. H. (2020). Covid-19 And The Endothelium. *Clinical Hemorheology And Microcirculation*, 75(1), 7–11.
 18. Wu, F. C., Tajar, A., Beynon, J. M., Pye, S. R., Silman, A. J., Finn, J. D., O'Neill, T. W., Bartfai, G., Casanueva, F. F., Forti, G., Giwercman, A., Han, T. S., Kula, K., Lean, M. E., Pendleton, N., Punab, M., Boonen, S., Vanderschueren, D., Labrie, F., Huhtaniemi, I. T., ... Emas Group (2010). Identification Of Late-onset Hypogonadism In Middle-aged And Elderly Men. *The New England Journal Of Medicine*, 363(2), 123–135.
 19. Rastrelli, G., Di Stasi, V., Inglese, F., Beccaria, M., Garuti, M., Di Costanzo, D., Spreafico, F., Greco, G. F., Cervi, G., Pecoriello, A., Magini, A., Todisco, T., Cipriani, S., Maseroli, E., Corona, G., Salonia, A., Lenzi, A., Maggi, M., De Donno, G., & Vignozzi, L. (2021). Low Testosterone Levels Predict Clinical Adverse Outcomes In Sars-cov-2 Pneumonia Patients. *Andrology*, 9(1), 88–98.
 20. Yang, M., Chen, S., Huang, B., Zhong, J. M., Su, H., Chen, Y. J., Cao, Q., Ma, L., He, J., Li, X. F., Li, X., Zhou, J. J., Fan, J., Luo, D. J., Chang, X. N., Arkun, K., Zhou, M., & Nie, X. (2020). Pathological Findings In The Testes Of Covid-19 Patients: Clinical Implications. *European Urology Focus*, 6(5), 1124–1129.
 21. Giagulli, V. A., Guastamacchia, E., Magrone, T., Jirillo, E., Lisco, G., De Pergola, G., & Triggiani, V. (2021). Worse Progression Of Covid-19 In Men: Is Testosterone A Key Factor?. *Andrology*, 9(1), 53–64.
 22. Duran, M. B., Yildirim, O., Kizilkan, Y., Tosun, C., Cirakoglu, A., Gultekin, M. H., Gul, U., Altan, M., Sah, C., Hasirci, E., Ceyhan, E., Ongun, S., & Turunc, T. (2021). Variations In The Number Of Patients Presenting With Andrological Problems During The Coronavirus Disease 2019 Pandemic And The Possible Reasons For These Variations: A Multicenter Study. *Sexual Medicine*, 9(1), 100292.

Associação Entre Escore de Gleason e Estadiamento, Margens Cirúrgicas Livres e Idade em Pacientes com Adenocarcinoma de Próstata Submetidos à Prostatectomia Radical

Adriana Schmidt^{1*}, Nicolas Almeida Leal da Silva²

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

1) Médica formada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Campus Passo Fundo/RS

2) Médico Urologista do SAU-Serviço Avançado de Urologia/Docente do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS/ Preceptor do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral HCPF/PF

ABSTRACT

Introduction: Prostate adenocarcinoma corresponds to one of the most frequent malignancies in men, affecting mainly the sixth to eighth decades and is the second leading cause of cancer death in men. Some histopathological characteristics of the tumor, such as degree of differentiation, angiolymphatic or extraprostatic invasion, staging, free surgical margins and Gleason score, can be correlated with the prognosis of the disease. Therefore, defining which prognostic factors are able of establishing disease-free survival time or a better prognosis facilitates the decision-making about which treatments can be used for each patient, that is, it allows the doctor to establish the conduct he may bring more benefits to patients with prostate adenocarcinoma.

Objectives: To estimate the association between Gleason score and prognostic factors, such as staging, free surgical margins, angiolymphatic invasion, extraprostatic extension and age in cases of prostatic adenocarcinoma in patients undergoing radical prostatectomy.

Material and method: The study evaluated 297 radical prostatectomy specimens from the Institute of Pathology of Passo Fundo between January 1, 2015 and May 30, 2018. In each anatomopathological study, the following data were extracted: age, lesion laterality, Gleason score, presence of angiolymphatic and perineural invasion and extraprostatic extension. The SPSS program was used to analyze the data and the chi-square to verify the association between the variables, considering a level of significance less than 5%.

Results: The average age corresponded to 65.01 years. There was a predominance of Gleason Score 7 (3 + 4) (144 cases - 48.48%), bilaterality (248 cases - 83.50%) and T2c stage (172 cases - 57.91%). Free surgical margins were the most frequent (180 cases - 60.61%), as well as absence of extraprostatic invasion (230 cases - 77.44%) and absence of angiolymphatic invasion (259 cases - 87.21%). The Gleason score was significantly associated with surgical margins ($p < 0.001$), angiolymphatic invasion ($p < 0.001$), perineural invasion ($p < 0.001$), extraprostatic extension ($p < 0.001$) and staging ($p < 0.001$), in relation to age, there was also an association ($p < 0.05$). A significant association was found between age and extraprostatic invasion ($p < 0.05$) and between age and surgical margins ($p < 0.05$). There was no significant association between age and the other variables analyzed.

Conclusion: In prostate adenocarcinoma, the Gleason score represents one of the main histological factors described, showing a significant relationship with other anatomopathological criteria, such as extension, perineural and angiolymphatic invasion and staging.

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

R. Eng. Veríssimo de Mattos, 15
Apto 302
Bairro Bela Vista
CEP 90440-180
Porto Alegre, RS
adrianaschmidt@gmail.com

Palavras-Chave:

Escore de Gleason, estadiamento, margens cirúrgicas livres, idade, adenocarcinoma de próstata

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma de próstata é sinônimo de câncer de próstata (CaP) devido a sua predominância (mais de 95% dos casos), e representa um problema de saúde pública. O CaP é uma das neoplasias malignas mais frequentes em homens,

perde apenas para o câncer de pele não melanoma; é mais comum entre a sexta e a oitava décadas de vida e é a segunda causa de morte por câncer no sexo masculino. Sua frequência é maior em países desenvolvidos, com aproximadamente 70%

dos casos diagnosticados nessas regiões. Isso talvez se justifique pelo estilo de vida dessa população ou porque nesses países a expectativa de vida é mais alta ou ainda pelo maior emprego do rastreamento nessas regiões, proporcionando o diagnóstico de um maior número de casos. Na Europa, a incidência é de 124 casos/1000 homens¹. Nos Estados Unidos, segundo estimativas do National Cancer Institute, eram esperados 161.360 novos casos e 26.730 mortes por CaP em 2017, representando 28% dos cânceres no homem². Para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2021, estimam-se 65.840 novos casos de câncer de próstata, o que corresponde a um risco estimado de 62,95 novos casos a cada 100 mil homens³. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país³. O aumento da expectativa de vida, a evolução dos métodos diagnósticos, principalmente pelo rastreamento por meio do teste do antígeno prostático específico (PSA) sérico e toque retal e a melhoria na qualidade dos sistemas de informação, podem explicar o crescimento das taxas de incidência ao longo dos anos no país⁴.

Os maiores fatores de risco identificados para o câncer de próstata são: idade, história familiar de câncer e etnia/cor da pele. Desses, a idade é o único fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata. A maioria dos cânceres de próstata é diagnosticada em homens acima dos 65 anos. Com o aumento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos de câncer de próstata aumente⁵.

A sobrevida livre da doença depende de alguns fatores prognósticos, como a extensão da patologia no momento do diagnóstico, que pode ser avaliada pelo estadiamento do tumor nesta fase. Para o estadiamento patológico utiliza-se a classificação TNM (T: tumor, N: linfonodos comprometidos, M: metástase), sendo feita analisando dados do anatomo-patológico. Quanto mais precoce for o diagnóstico e mais restrito à próstata o tumor se apresentar, tanto melhor será o prognóstico. Além do estadiamento TNM, o antígeno prostático específico (PSA) e o escore de Gleason são parâmetros prognósticos bem estabelecidos que prevêm o resultado clínico dos pacientes. O sistema de graduação de Gleason tem se mostrado como uma importante ferramenta para prever a evolução dos pacientes com neoplasia prostática. Por exemplo, escores de Gleason altos estão associados com maiores taxas de recorrência bioquímica e mortes por câncer de próstata.⁵

Outros fatores prognósticos são lateralidade da lesão (uni ou bilateral), presença de invasão neoplásica capsular, angiolinfática e extra prostática, margens cirúrgicas livres ou comprometidas e presença de metástases em linfonodos

regionais ou a distância. Esses estão associados ao maior risco de progressão da doença.

O escore de Gleason (EG), obtido através da análise anatomo-patológica das peças da prostatectomia, é o fator prognóstico isolado mais relevante. É um preditor bem estabelecido do comportamento clínico e da resposta à terapêutica e um importante parâmetro patológico para a estratificação de risco e à tomada de decisão terapêutica em pacientes com câncer de próstata⁶. O sistema de Gleason tem vários princípios básicos. Classificam-se os padrões histológicos de acordo com a extensão de diferenciação glandular e o padrão de crescimento no estroma prostático.

O EG refere-se ao padrão arquitetural da neoplasia de próstata, sendo obtido através da soma das graduações de Gleason mais abundantes na amostra e é dividida em 5 graus, sendo que 1 é bem diferenciado e 5 é pobremente diferenciado. Escores de Gleason com valores de 8 a 10 têm mais chance de recorrência após tratamento primário, assim como maior letalidade. Já valores de 2 a 6 estão relacionados a um melhor prognóstico. O Gleason 7 compreende um grupo heterogêneo, pois o EG 7 (4+3) tem pior prognóstico que o EG 7 (3+4)⁷.

Após o diagnóstico do CaP avalia-se a gravidade e a extensão da doença através do estadiamento, que identifica se o tumor está confinado à glândula prostática ou se já ultrapassou os seus limites, se estendendo para cápsula e vesículas, ou apresentando metástases em linfonodos e à distância, usualmente os ossos. Uma vez que todos os tratamentos com intenção curativa estão relacionados com complicações importantes, é fundamental selecionar os casos que tenham chance de cura, ou seja, aqueles com tumor restrito à próstata⁸.

O estadiamento patológico é realizado analisando a lateralidade da lesão, extensão extracapsular, invasão angiolinfática e extensão extraprostática. Pacientes com estadiamento patológico T3a (invasão da cápsula prostática) e T3b (invasão de vesículas seminais) apresentam um maior risco de recidiva da doença. O estadiamento T2a (tumor envolvendo até metade de um dos lobos da próstata) apresenta bom prognóstico; para o T2b (tumor envolvendo mais da metade de um dos lobos) e T2c (tumor envolvendo os dois lobos prostáticos) o prognóstico é mais reservado⁸.

Além disso, invasão de vesícula seminal, presença de margens cirúrgicas comprometidas e acometimento linfonodal no câncer de próstata são considerados fatores de mau prognóstico. Presença de metástase linfonodal e invasão de vesícula seminal tem sido associadas a maiores chances de recidiva bioquímica de PSA e menor sobrevida. A presença de

margens cirúrgicas comprometidas está relacionada a escores de Gleason mais elevados.

Portanto definir quais os fatores prognósticos são capazes de estabelecer tempo de sobrevida livre de doença e/ou um melhor prognóstico em casos de CaP facilita a tomada de decisão sobre quais tratamentos poderão ser usados para cada paciente, ou seja, permite ao médico estabelecer a conduta que poderá trazer mais benefício aos pacientes com CaP.

Assim, o objetivo deste estudo foi identificar a associação do escore de Gleason com fatores prognósticos como idade, margens cirúrgicas livres e estadiamento patológico em pacientes com adenocarcinoma de próstata. Foram analisados 297 anatomopatológicos de peças provenientes de prostatectomia radical analisados pelo Instituto de Patologia de Passo Fundo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, abrangendo todo os casos de adenocarcinoma de próstata submetidos a prostatectomia radical em hospitais de Passo Fundo e avaliados pelo Instituto de Patologia do mesmo município, durante o período de 02 de Janeiro de 2015 a 31 de Maio de 2018.

Foram incluídos todos os anatomopatológicos de pacientes com adenocarcinoma de próstata submetidos à prostatectomia radical, de qualquer idade, com escore de Gleason acima de 6 (3+3) (quando o escore de Gleason primário ou secundário for igual a 2 esse não representa um tecido cancerígeno e sim uma proliferação atípica) e com os laudos completos com todas as informações. Dessa forma, foram analisados os laudos de 297 pacientes.

Vale ressaltar que não houve entrevista direta com os pacientes, prezando o anonimato e a confidencialidade das informações coletadas.

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com as normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, sendo submetida à apreciação para aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFFS, sendo os dados coletados após a obtenção do consentimento para sua realização.

Todas as informações foram coletadas e armazenadas em um arquivo do programa Microsoft Excel. A consistência dos dados foi verificada através de dupla digitação, e os valores válidos para cada variável foram previamente estabelecidos. Foram coletados dos exames de anatomoAtravés da análise

dos laudos dos anatomopatológicos das peças cirúrgicas coletou-se os seguintes dados: idade, escore de Gleason, lateralidade da lesão, identificação do comprometimento das margens cirúrgicas, invasão angiolinfática, perineural e de vesícula seminal e extensão extraprostática. O estadiamento foi feito a partir dos dados coletados.

A análise deste estudo foi feita utilizando o programa computacional GNU PSPP versão 1.0.1, e compreendeu distribuição absoluta e relativa de frequência e análise de associação por meio do teste Qui-quadrado de Pearson. Valores de $p < 0,05$ foram considerados significativos.

RESULTADOS

Foram avaliados 297 anatomopatológicos provenientes de prostatectomia radical de pacientes com diagnóstico de adenocarcinoma de próstata. A idade média correspondeu a 65,01 anos (variando de 47 a 94 anos). Observou-se a predominância do Escore de Gleason 7 (3+4) (144 casos – 48,48%), de bilateralidade (248 casos – 83,50%) e do estádio T2c (172 casos – 57,91%). Margens cirúrgicas livres foi a mais frequente (180 casos - 60,61%), assim como ausência de invasão extraprostática (230 casos - 77,44%) e ausência de invasão angiolinfática (259 casos - 87,21%). O escore de Gleason teve associação significativa à margens cirúrgicas ($p < 0,001$), à invasão angiolinfática ($p < 0,001$), à invasão perineural ($p < 0,001$), à extensão extraprostática ($p < 0,001$) e ao estadiamento ($p < 0,001$), em relação à idade também houve associação ($p = 0,022$). Foi encontrada associação significativa entre idade e invasão extraprostática ($p = 0,01$) e entre idade e margens cirúrgicas ($p = 0,009$). Entre idade e as demais variáveis analisadas não houve associação significativa. Entre idade e lateralidade da lesão P foi igual a 0,114; com invasão angiolinfática P igual a 0,420 e idade e estadiamento foi encontrado um P de 0,076.

DISCUSSÃO

O prognóstico no CaP está relacionado com o estágio da doença ao diagnóstico, o tipo de câncer (existem alguns tipos mais agressivos que outros) e o estado geral do paciente. No câncer prostático outros fatores são de fundamental importância no prognóstico da doença, como o estadiamento, o escore de Gleason, a idade e o antígeno prostático específico (PSA) sérico⁹.

O estadiamento do CaP constitui fase obrigatória para o planejamento terapêutico e avaliação do prognóstico. A

associação do toque retal, PSA sérico, escore de Gleason (biópsia) e exames de imagem mostra-se efetiva em prever o estadiamento patológico final e deve ser realizado rotineiramente.

Uma associação significativa entre o estadiamento e o grau de Gleason foi determinada na atual casuística. Na maior parte dos casos, os tumores foram classificados como T2c (57,91%) e T3b (22,56%). Sendo o escore de Gleason 7 (3+4) o mais comum, representando 48,48% da amostra, destes, 65,28% foram classificados como T2c. Foi constatado nesse estudo que quanto maior o valor do escore de Gleason pior é o estadiamento.

A positividade de margens cirúrgicas é um preditor independente de recorrência bioquímica e local assim como de doença sistêmica. O acometimento multifocal resulta em um risco maior de progressão quando comparado a margens solitárias. A margem cirúrgica extensamente positiva está associada a pior prognóstico em relação àquela apenas focalmente acometida.¹⁰ Em nosso estudo, 60,61% da amostra apresentou margens cirúrgicas livres e evidenciou que quanto maior o valor do escore de Gleason maior foi o comprometimento das margens, como mostrado na Tabela 4. Assim como quanto maior o estadiamento maior o comprometimento das margens, como mostrado na Tabela 3, e consequentemente maior o Gleason.

A presença de invasão neoplásica angiolinfática, em geral, está relacionada com o potencial de metástases e com neoplasias de pior prognóstico, sendo encontrada em 12,79% das amostras de nosso estudo. A presença de invasão neoplásica angiolinfática está associada ao tempo de sobrevida livre de doença. Nosso estudo encontrou a associação entre a presença de invasão neoplásica angiolinfática e o escore de Gleason ($p < 0,001$) e a extensão neoplásica extraprostática ($p < 0,001$)¹¹.

As características clínicas e associações de nosso estudo são comparáveis a de outros estudos semelhante.

CONCLUSÃO

O presente estudo sugere a associação entre o escore de Gleason ao estadiamento, à idade, a margens cirúrgicas e, também, à presença de invasão neoplásica angiolinfática e extensão extraprostática. O escore de Gleason parece ser um fator histopatológico associado ao tamanho e/ou à extensão tumoral, assim como ao potencial de envolvimento extraprostático.

A presença de doença extraprostática (invasão da cápsula

ou das vesículas seminais), além de margens cirúrgicas positivas, relacionou-se com um maior valor de Gleason. Variáveis anatomopatológicas como invasão angiolinfática ou perineural, além da presença de linfonodos comprometidos na peça cirúrgica, se relacionaram com maior escore de Gleason.

O escore de Gleason corresponde a um dado fundamental na avaliação do adenocarcinoma prostático, e nosso estudo estabeleceu uma relação significativa desse grau histológico com outras características morfológicas.

TABELA 1 – Caracterização de uma amostra de anatomopatológicos de adenocarcinoma de próstata provenientes de prostatectomia radical em Instituto de patologia de Passo Fundo, RS (n = 297).

VARIÁVEIS	N	%
ESCORE DE GLEASON		
6 (3+3)	85	28,62
7 (3+4)	144	48,48
7 (4+3)	42	14,14
8 (4+4)	5	1,68
9 (4+5)	20	6,73
9 (5+4)	1	0,35
MARGENS CIRÚRGICAS LIVRES		
Sim	180	60,61
Não	117	39,39
LATERALIDADE DA LESÃO		
Unilateral	49	16,50
Bilateral	248	83,50
INVASÃO ANGIOLINFÁTICA		
Sim	38	12,79
Não	259	87,21
INVASÃO PERINEURAL		
Sim	237	79,80
Não	60	20,20
INVASÃO EXTRAPROSTÁTICA		
Sim	67	22,56
Não	230	77,44
ESTADIAMENTO		
T2a	22	7,41
T2b	25	8,42
T2c	172	57,91
T3a	11	3,70
T3b	67	22,56
IDADE		
≤ 60	82	27,61
61-69	130	43,77
≥ 70	85	28,62

TABELA 2 – Associação entre variáveis de uma amostra de anatomopatológicos de adenocarcinoma de próstata oriundos de prostatectomia radical (n = 297).

VARIÁVEIS							
ESCORE DE GLEASON	INVASÃO ANGIOLINFÁTICA		INVASÃO EXTRAPROSTÁTICA		INVASÃO PERINEURAL		P*
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	
	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)	n (%)	n(%)	
6 (3+3)	0 (0)	85 (28,62)	1 (0,34)	84 (28,28)	44 (14,81)	41 (13,80)	<0,001
7 (3+4)	6 (2,02)	138(46,46)	28 (9,48)	116 (39,06)	128 (43,10)	16 (5,39)	
7 (4+3)	14 (4,71)	28 (9,43)	19 (6,40)	23 (7,74)	40 (13,47)	2 (0,67)	
8 (4+4)	2 (0,67)	3 (1,01)	5 (1,68)	0 (0)	5 (1,68)	0 (0)	
9 (4+5)	15 (5,05)	5(1,68)	13 (4,38)	7 (2,36)	19 (6,40)	1 (0,34)	
9 (5+4)	1 (0,34)	0 (0)	1 (0,34)	0 (0)	1 (0,34)	0 (0)	

*Teste Qui-quadrado

TABELA 3 – Associação entre Escore de Gleason e Idade e Margens cirúrgicas livres (n = 297).

VARIÁVEIS							
ESCORE DE GLEASON	IDADE (ANOS)			P*	MARGENS CIRÚRGICAS LIVRES		P*
	≤ 60 n (%)	61-69 n (%)	≥ 70 n (%)		SIM n (%)	NÃO n (%)	
6 (3+3)	32 (10,77)	33 (11,11)	20 (6,73)	0,022	71 (23,91)	14 (4,71)	<0,001
7 (3+4)	34 (11,45)	72 (24,24)	38 (12,79)		85 (28,62)	59 (19,87)	
7 (4+3)	12 (4,04)	17 (5,72)	13 (4,38)		18 (6,06)	24 (8,08)	
8 (4+4)	0 (0)	1 (0,34)	4 (1,35)		1 (0,34)	4 (1,35)	
9 (4+5)	3 (1,01)	7 (2,36)	10 (3,37)		5 (1,68)	15 (5,05)	
9 (5+4)	1 (0,34)	0 (0)	0 (0)		0 (0)	1 (0,34)	

*Teste Qui-quadrado

TABELA 4 – Associação entre escore de Gleason e Estadiamento (n = 297)

VARIÁVEIS						
ESCORE DE GLEASON	ESTADIAMENTO					P
	T2a n (%)	T2b n (%)	T2c n (%)	T3a n (%)	T3b n (%)	
6 (3+3)	18 (6,06)	7 (2,36)	59 (19,87)	0 (0)	1 (0,34)	< 0,001
7 (3+4)	4 (1,35)	14 (4,71)	94 (31,65)	4 (1,35)	28 (9,43)	
7 (4+3)	0 (0)	4 (1,35)	15 (5,05)	4 (1,35)	19 (6,40)	
8 (4+4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	5 (1,68)	
9 (4+5)	0 (0)	0 (0)	4 (1,35)	3 (1,01)	13 (4,38)	
9 (5+4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (0,43)	

*Teste Qui-quadrado

TABELA 5 – Relação entre idade, extensão extraprostática e margens cirúrgicas livres (n = 297)

VARIÁVEIS					
IDADE (ANOS)	EXTENSÃO EXTRAPROSTÁTICA		P*	MARGENS CIRÚRGICAS LIVRES	
	SIM n (%)	NÃO n (%)		SIM n (%)	NÃO n (%)
≤ 60	9 (3,03)	73 (24,58)	0,01	56 (18,86)	26 (8,75)
61 – 69	33 (11,11)	97 (32,66)		84 (28,28)	46 (15,49)
≥ 70	25 (8,42)	60 (20,20)		40 (13,47)	45 (15,15)

*Teste Qui-quadrado

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. Globocan 2008 V1.2, Cancer incidence and mortality worldwide: Iarc Cancerbase. No. 10. Lyon, France: International Agency For Research On Cancer; 2010;
2. Siegel RL, Miller KD E Jemal A (2017), Cancer Statistics, 2017. Ca: Cancer Journal for clinicians, 67: 7-30. Doi: 10.3322 / Caac.21387;
3. Instituto Nacional Do Câncer (Inca - Brasil). Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. – Rio de Janeiro: INCA, 2019
4. Instituto Nacional Do Câncer (Inca - Brasil). ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva. – 4. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: Inca, 2018.
5. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, et al. (2017) Seer Cancer Statistics Review, 1975-2014. National Cancer Institute, Bethesda, MD.
6. Helpap B, Ringli D, Tonhauser J, Poser I, Breul J, Gevensleben H, Seifert H. The significance of accurate determination of Gleason score for therapeutic options and prognosis of prostate cancer. Pathol. Oncol. Res. 2015.
7. Pierorazio PM, Walsh PC, Partin AW And Epstein JI (2013), Prognostic Gleason grade grouping: data based on the modified Gleason scoring system. Bju Int, 111: 753–760.
8. Epstein JI, Allsbrook WCJ, Amin MB; Egevad LL. The 2005 International Society Of Urological Pathology (Isup) Consensus Conference On Gleason Grading Of Prostatic Carcinoma. The American Journal Of Surgical Pathology. 2005;29(9):1228–42.
9. D'amico AV, Whittington R, Malkowicz SB et al. Pretreatment nomogram for prostate-specific antigen recurrence after radical prostatectomy or External-Beam Radiation therapy for clinically localized prostate cancer. J Clin Oncol 1999; 17:168-72.
10. Pompeo AL, Nardi AC et al (Eds). Recomendações em câncer de próstata. São Paulo, Sp. Sociedade Brasileira De Urologia. 1a. Edição. 2013.
11. Curto F et al. Nerve Sparing Laparoscopic Radical Prostatectomy: Our Technique. Eur Urol. 2006;49:344-52.
12. Kupelian PA, Katcher J, et al. Stage T1-2 Prostate Cancer: A multivariate analysis of factors affecting biochemical and clinical failures after radical prostatectomy. Int J Radiat Oncol Biol Phys, V.37, N.5, Mar 15, P.1043-52. 1997.
13. Heidenreich A, Bastian PJ, Bellmunt J, Bolla M, Joniau S, Kwastf T, Van Der Mason M, Matveev V, Wiegel T, Zattoni F, Mottet N. Eau Guidelines On Prostate Cancer. Part 1: Screening, diagnosis, and local treatment with curative intent-Update 2013. European Urology 65 (2014) 124–137
14. Mottet N, Bellmunt J, Bolla M, Cornford P, Santis M. De, Henry A, Joniau S; Lam, T; Mason, Md; Matveev, V; Van Der Poel H, Van Der Kwast TH, Rouvière O, Wiegel T, Guidelines Associates: Van Den Bergh, Rcn; Van Den Broeck, T; Van Casteren, NJ; Everaerts, W; Marconi, L; Moldovan, P. Eau - Estro - Siog - Guidelines On Prostate Cancer. European Association Of Urology 2016. Prostate Cancer - Update March 2016.
15. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-Cancer Mortality At 11 Years Of Follow-Up, N Engl J Med, 2012, Vol. 366 (Pg. 981-990)
16. Jemal A et al. Annual Report To The Nation On The Status Of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. Journal Of The National Cancer Institute, Bethesda, V. 109, N. 9, 2017.
17. Stewart BW, Wild CP (Ed.). World Cancer Report: 2014. Lyo

Tratamento Minimamente Invasivo no Manejo de Fístula Vésico-retal Pós-traumática – Descrição da Técnica e Relato de Caso

Flávio Assumpção Zambelli Loyola^{1*}, Matheus Resende Marciano Rosa¹, Paulo Vilela Neto¹, Leticia Lima Santos²

Universidade José do Rosário Velano (Unifenas)

- 1) Médico Urologista, Professor da Universidade José do Rosário Velano (Unifenas)
- 2) Acadêmica de Medicina da Universidade José do Rosário Velano (Unifenas)

ABSTRACT

Rectourinary fistulas are pathological communications between the rectum and the lower urinary tract, which can originate from a post-surgical iatrogenic injury or, more rarely, from traumatic abdominal injury. The classic clinical presentation consists of urinary drainage through the rectum, fecaluria, pneumaturia and recurrent urinary tract infection. This study aims to describe the minimally invasive approach used successfully in the treatment of vesico-rectal fistula after blunt abdominal trauma in a child. Case presentation: a 10-year-old male patient, previously healthy, presented with blunt trauma to his lower abdomen after a bicycle versus car accident, which resulted in an intraperitoneal bladder injury diagnosed by imaging exams. An exploratory laparotomy was performed for cistorrhaphy in the anterior bladder wall, which occurred without any complications. On the 11th day after the intervention, the patient developed a vesico-rectal fistula with a fistulous orifice of 5 to 10 mm of diameter in an infratrighonal position. A minimally invasive approach of the fistula was performed with drainage of the upper urinary tract through bilateral implantation of 6 Fr diameter ureteral catheters externalized by the urethra parallelly to the urinary bladder catheter, whose distal end was positioned inside the urine collector through an orifice created on the side of the collector tube. The patient presented a good clinical evolution and, in the outpatient reevaluation after hospital discharge, he remained asymptomatic and without signs of a vesico-rectal fistula. Conclusion: The low prevalence of post-traumatic rectourinary fistulas has not allowed, until now, a study with a good level of evidence on the therapeutic method of choice. Therefore, the minimally invasive approach must be carefully evaluated through studies with broader methodologies, since it can become a safer and simpler option for the treatment of vesico-rectal fistulas, when compared with conventional surgical techniques.

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

R. João Paulino Damasceno, 1216
Alfenas, MG
CEP: 37133-602
flaviozambelli@gmail.com

Palavras-Chave:

vesico-rectal fistula; abdominal trauma; minimally invasive treatment; surgical technique.

INTRODUÇÃO

Fístulas reto-urinárias são formadas por uma comunicação patológica entre o reto e o trato urinário. São consideradas raras, especialmente em crianças (1). A principal causa é lesão iatrogênica por prostatectomia ou por cirurgias retais, mas também podem ser decorrentes de trauma, radiação, processo inflamatório pélvico e anormalidades congênitas (1).

As principais manifestações clínicas são eliminação de urina pelo reto, fecalúria, pneumatúria e/ou infecções urinárias recorrentes (2). Quando estas ocorrem por complicações de cirurgia prévia, a apresentação inicial pode ser apenas infecciosa, por infecções do trato urinário inferior, pielonefrite

ou até mesmo sepse de origem perineal (3).

Apesar da variedade de métodos cirúrgicos disponíveis, a baixa prevalência das fístulas vésico-retais não permitiu, até o momento, um estudo clínico randomizado que compare de forma efetiva o seu tratamento (4), que pode ser conservador ou cirúrgico. A abordagem conservadora, por sua vez, não é habitualmente usada para casos pós-traumáticos, mas já foi descrita para casos de fístulas reto-uretrais pós-cirúrgicas (5). Este trabalho objetiva descrever a abordagem minimamente invasiva utilizada com sucesso no tratamento de um caso de fístula vésico-retal após trauma abdominal fechado.

MÉTODOS

Paciente de 10 anos de idade, do sexo masculino, previamente hígido, apresentou-se em pronto socorro após acidente de bicicleta versus carro com trauma contuso em abdome inferior. À admissão hospitalar o paciente encontrava-se estável hemodinamicamente, com queixa de dor abdominal em região hipogástrica, onde se observava tatuagem traumática; sem sinais de irritação peritoneal ao exame físico. Apresentava ferida corto-contusa superficial em mesogástrio, que foi suturada. Prosseguiu-se com realização de tomografia computadorizada (TC) de abdome com contraste venoso, que evidenciou presença de líquido intraperitoneal com a impressão diagnóstica de lesão vesical intraperitoneal. Foi submetido a laparotomia exploradora, na qual foi realizada cistografia de lesão na parede anterior da bexiga. Não houve intercorrências durante o procedimento e não foram detectadas demais lesões vesicais, mesmo à exploração visual intravesical. O paciente evoluiu bem no pós operatório, com boa drenagem urinária via cateter vesical de demora (CVD), o qual foi mantido à alta hospitalar no 4º dia pós operatório (DPO). Sete dias após a alta hospitalar (11º DPO), foi readmitido no hospital apresentando redução do débito urinário via CVD associada a diarreia líquida volumosa. Foi então realizada cistografia que identificou fístula vésico-retal (imagem 1). Após discussão em equipe, optou-se pelo tratamento minimamente invasivo da fístula, com drenagem da via urinária superior com o intuito de reduzir o débito pela fístula e permitir a sua cicatrização por segunda intenção. Foi realizada cistoscopia sob sedação e anestesia tópica, que evidenciou orifício fistuloso de 5 a 10 mm de diâmetro em posição infratrigonal. Neste mesmo ato foram implantados cateteres ureterais de 6 Fr de diâmetro bilateralmente, passados sobre fio guia hidrofílico, com posicionamento confirmado por radioscopia. Os cateteres foram exteriorizados pela uretra, paralelos a sonda vesical de demora, e a extremidade distal foi posicionada dentro do coletor urinário de demora por orifício criado na lateral do tubo de drenagem do coletor fechado.

RESULTADOS

O paciente apresentou boa evolução após o procedimento, com redução do débito urinário via retal e recebeu alta hospitalar dois dias após o mesmo. Ele apresentou dois episódios de infecção urinária durante o seguimento, prontamente tratados com antibiótico. Os cateteres ureterais e vesical foram retirados 28 dias após o implante, depois de realizada a TC que não revelou novos vazamentos urinários (imagem 2). Após 3 meses, foi realizada cistografia de controle (imagem 3), a qual não evidenciou sinais de trajeto fistuloso vesico-retal. O

paciente foi reavaliado após 18 meses da abordagem inicial e manteve-se bem clinicamente, sem sintomas ou alterações do trato urinário ou intestinal.

DISCUSSÃO

Fístulas reto-urinárias são caracterizadas pela formação de uma passagem estreita entre o reto e o trato urinário inferior. A etiologia mais importante é a lesão iatrogênica pós-cirúrgica. Outras causas descritas são Síndrome de Fournier, radiação pélvica e traumas (1). A origem traumática destas fístulas ocorre em até 18% dos trauma abdominopélvicos penetrantes (2), estando menos relacionadas aos traumas contusos livres de fraturas pélvicas.

Em crianças, as fístulas reto-urinárias são consideradas ainda mais raras do que em adultos. A origem congênita desta condição está associada a anomalias anorretais, enquanto a origem adquirida ocorre principalmente por trauma local, fratura pélvica, cirurgias para ressecção de tumor, irradiação pélvica e doença de Hirschsprung (1).

Clinicamente, manifesta-se com eliminação de fezes e ar pelas vias urinárias (fecalúria e pneumatúria, respectivamente), passagem de urina pelo reto e infecções urinárias recorrentes. Quando as fístulas são complicações cirúrgicas, pode haver infecção do trato urinário alto ou baixo, e até mesmo sepse de foco perineal (3). Tal situação pode prolongar a internação dos pacientes por tempo indeterminado e apresenta risco de evolução desfavorável (6).

A uretrocistografia retrógrada e miccional permitem o diagnóstico da lesão e oferecem a localização da origem da fístula, de seu trajeto e de sua extensão. Quando a cistografia é realizada em conjunto com tomografia computadorizada, a definição de detalhes anatômicos é melhor e pode ajudar na decisão terapêutica. A cistoscopia e a retossigmoidoscopia permitem a visualização do segmento envolvido, bem como a realização de biópsia das margens fistulosas para excluir neoplasia em casos suspeitos (7).

Vários métodos cirúrgicos foram descritos para tratar as fístulas reto-urinárias, incluindo cirurgias realizadas por via transperineal, transesfincteriana, transabdominal e transanal (1). Os princípios cirúrgicos que devem ser respeitados são a adequada exposição do trato fistuloso; a remoção dos tecidos desvitalizados e/ou isquêmicos; a separação dos órgãos envolvidos; e o fechamento da fístula com tecido vascularizado e em várias camadas, para evitar infecção (7).

Rivera et al. propuseram uma classificação das fístulas

reto-urinárias para orientar a abordagem terapêutica: Estágio I: fístulas não relacionadas à irradiação, localizadas a pelo menos 4 cm da margem anal; Estágio II: fístulas não relacionadas à irradiação, localizadas a mais de 4 cm da margem anal; Estágio III: fístulas relacionadas à irradiação, localizadas a menos de 2 cm da margem anal; Estágio IV: fístulas relacionadas à irradiação, localizadas a mais de 2 cm da margem anal; Estágio V: fístula grande, normalmente secundária a úlceras de decúbito (8). De acordo com essa classificação, o reparo transanal é indicado para fístulas no estágio I. A técnica de York Mason, por sua vez, é preferível para as fístulas estágios II e III (8). Os estágios IV e V devem ser abordados pela via de acesso perianal, com interposição de retalhos pediculados (7).

A abordagem conservadora é principalmente descrita para o tratamento de fístulas reto-uretrais pequenas, não relacionadas à irradiação e não associadas à sepse (5). Alguns autores defendem que esta técnica associada à drenagem adequada da bexiga permite a cura espontânea da fístula sem manipulação direta do trato urinário (11). Esta estratégia refere-se a procedimentos sem intervenção cirúrgica da fístula, os quais podem incluir dieta com poucos resíduos, cateterismo uretral, desvio urinário (cistostomia ou nefrostomia) e/ou desvio fecal (colostomia ou ileostomia) (12). Pode-se optar por cateterização uretral ou cistostomia (13). Na presença de sinais de gravidade, como fecalúria, a derivação urinária e/ou fecal deve ser considerada (14). Em contrapartida, para fístulas não graves, o cateterismo uretral e a dieta totalmente absorvível podem ser empregados isoladamente (12).

A auto resolução das fístulas pode ocorrer em até 12 semanas (12), porém, apenas 33% das fístulas se fecham espontaneamente (15). Dessa forma, a maioria dos pacientes exige fechamento cirúrgico mesmo após a confecção de derivações, o que significa que as derivações urinárias e fecais tendem a ser manobras preparatórias antes do reparo cirúrgico (4).

A drenagem urinária do trato superior com inserção de cateteres ureterais bilateralmente associada à cateterização vesical de demora pode ser interessante para otimizar a redução de fluxo urinário pela fístula e facilitar o seu fechamento espontâneo. Embora inicialmente descrita para tratamento de pacientes com fístula uretro-retal pós prostatectomia radical que falharam ao tratamento inicial com drenagem vesical, esse foi o método escolhido para tratamento no presente caso relatado (6), em paciente que apresentou desenvolvimento de fístula já em uso de CVD.

O caso estudado apresentou boa evolução clínica e

radiológica com o emprego do método de cateterização uretral bilateral e cateterização vesical de demora. O fechamento completo da fístula foi confirmado por meio de TC e cistografia realizada após 4 e 18 semanas da inserção dos cateteres, respectivamente. Os episódios de pielonefrite apresentados pelo paciente são complicações possivelmente comuns, visto que até a cicatrização do trajeto fistuloso, há a contaminação da cavidade vesical com conteúdo retal. Além disto, a presença de cateter vesical de demora e cateteres ureterais exteriorizados via uretral são uma fonte adicional de contaminação do trato urinário (16). Haja vista que o tratamento adequado foi instituído, essas infecções não interferiram negativamente na cicatrização espontânea da fístula nem no desfecho do caso clínico. Em análise retrospectiva, consideramos que a antibioticoprofilaxia poderia ter sido utilizada, com objetivo de reduzir os episódios infecciosos, porém faltam estudos na literatura para embasar tal conduta.

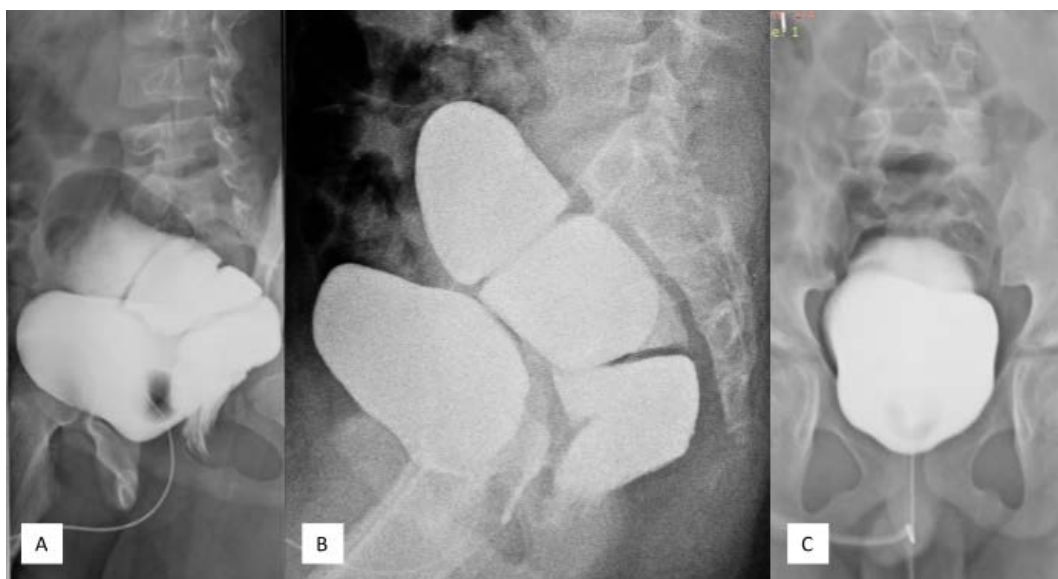
Vários métodos terapêuticos podem ser usados no manejo das fístulas reto-urinárias. Contudo, a baixa prevalência desta condição ainda não permitiu a confecção de um estudo clínico com bom nível de evidência que compare de forma efetiva os tratamentos e eleja um método de escolha. A possibilidade de drenagem do trato urinário superior em conjunto com o trato inferior parece melhorar os resultados dos tratamentos minimamente invasivos na resolução das fístulas.(4).

CONCLUSÃO

As fístulas reto-urinárias são patologias raras, provenientes de diversas etiologias. Muitas abordagens cirúrgicas são descritas como opções terapêuticas, porém, ainda não existe consenso sobre o melhor método a ser empregado. O sucesso obtido com a abordagem minimamente invasiva com drenagem urinária adequada tem sido descrito com maior frequência nos últimos anos e deve ser considerado no armamentário do urologista que se depara com tais situações. Consideramos que tal abordagem deve ser avaliada com atenção através de estudos com metodologias mais amplas, uma vez que pode se torna uma opção segura e mais simples para o tratamento das fístulas vésico-retais, quando comparados com técnicas cirúrgicas convencionais.

FIGURA 1

Cistografia diagnóstica de fístula vésico-retal. A, B: Incidências oblíquas. C: Incidência ântero-posterior



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

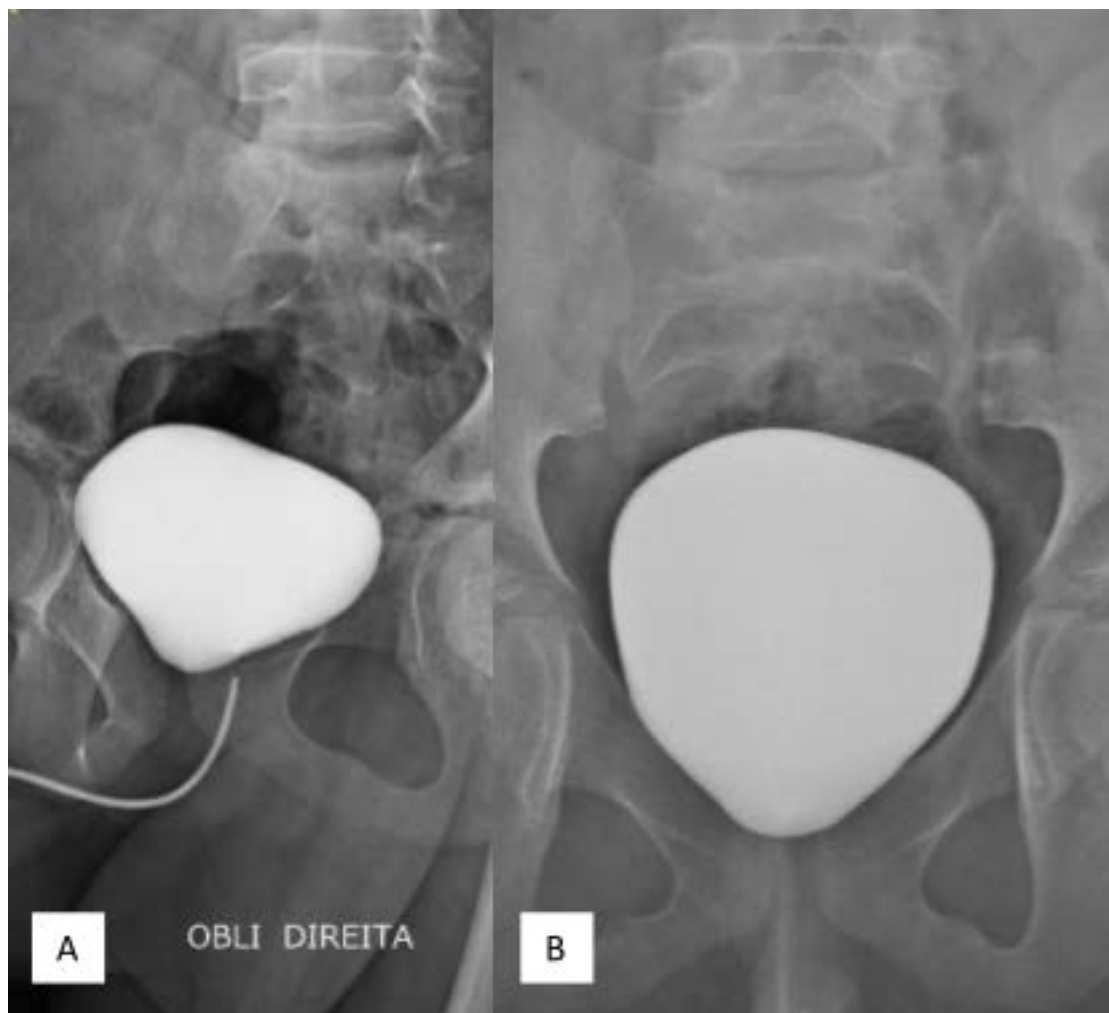
Tomografia Computadorizada sem evidência de fístulas. A: Corte transversal. B: Reconstrução evidenciando trato urinário íntegro; presença de cateteres ureterais e vesical.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Cistografia de controle pós tratamento de fístula vésico-retal. A: Incidência oblíqua. B: Incidência ântero-posterior



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nerli RB, Koura A, Prabha V, et al. Acquired recto-urethral fistula in children: Long-term follow-up. *J Pediatr Urol.* 2009;5(6):485–9.
2. Kucera WB, Jezior JR, Duncan JE. Management of Post-Traumatic Rectovesical/Rectourethral Fistulas: Case Series of Complicated Injuries in Wounded Warriors and Review of the Literature. *Mil Med.* 2017;182(3):e1835–9.
3. Dafnis G. Transsphincteric repair of rectourethral fistulas: 15 years of experience with the York Mason approach. *Int J Urol.* 2018;25(3):290–6.
4. Kitamura H, Tsukamoto T. Rectourinary Fistula after Radical Prostatectomy: Review of the Literature for Incidence, Etiology, and Management. *Prostate Cancer.* 2011;2011:1–8.
5. Hechenbleikner EM, Buckley JC, Wick EC. Acquired rectourethral fistulas in adults: A systematic review of surgical repair techniques and outcomes. *Dis Colon Rectum.* 2013;56(3):374–83.
6. Elmor TR, Rubinstein M, Lima G, Cruz AC, Pereira CFT, Rubinstein I. Tratamento minimamente invasivo para fistula vesicouretral após prostatectomia radical videolaparoscópica. *Rev Col Bras Cir.* 2016;43(3):185–8.
7. Dal Moro F, Secco S, Valotto C, Mancini M, Beltrami P, Zattoni F. Twenty-year experience with surgical management of recto-urinary fistulas by posterior sagittal transrectal approach (York-Mason). *Surgery.* 2011;150(5):975–9.
8. Rivera R, Barboglio PG, Hellinger M, Gousse AE. Staging Rectourinary Fistulas to Guide Surgical Treatment. *J Urol.* 2007;177(2):586–8.
9. Cathelineau X, Sanchez-Salas R, Flamand V, Barret E, Galiano M, Rozet F, et al. Surgery illustrated Surgical atlas: The york mason operation. *BJU Int.* 2010;106(3):436–47.
10. Walker GM, Bowen JC. Case report: The transvesical approach to a traumatic rectovesical fistula. *Pediatr Surg Int.* 2003;19(4):303–4.
11. Bargão Santos P, Ferrito F, Pires R. Surgical Treatment of Iatrogenic Rectourinary Fistula—York-Mason Technique—a Case Report. *ISRN Urol.* 2011;2011(Figure 1):1–5.
12. Chen S, Gao R, Li H, Wang K. Management of acquired rectourethral fistulas in adults. *Asian J Urol.* 2018;5(3):149–54. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajur.2018.01.003>
13. Crestani A, Dal Moro F. Surgical treatment of rectourinary fistulas: review of the literature. *Urologia.* 2015;82(1):30–5.
14. Thomas C, Jones J, Jäger W, Hampel C, Thüroff JW, Gillitzer R. Incidence, Clinical Symptoms and Management of Rectourethral Fistulas After Radical Prostatectomy. *J Urol.* 2010;183(2):608–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.juro.2009.10.020>
15. McKibben MJ, Fuchs JS, Rozanski AT, Scott JM, Olson C, Araghizadeh F, et al. Modified Transanosphincteric (York Mason) Repair of Nonradiated Rectourinary Fistulae: Patient-reported Fecal Continence Outcomes. *Urology.* 2018;118:220–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.urology.2018.05.010>
16. Nazarko L. Catheter-associated urinary tract infections in the community. *Br J Community Nurs.* 2020;25(4):188–92.

Leiomiossarcoma de Epidídimo Primário: um Relato de Caso

Daiane Pretto¹, Fernanda Formolo^{2*}, Caroline Marsilio³

Centro de Pesquisas do Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS (CEPES) e Instituto do Câncer do Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS (INCAN)

1) Médica pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Médica Oncologista no Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-5852-2184>.

2) Mestre em Biotecnologia pela Universidade de Caxias do Sul (UCS). Coordenadora do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS. Docente do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2030-9860>.

3) Acadêmica de Enfermagem do Centro Universitário da Serra Gaúcha (FSG). Estagiária em Pesquisa Clínica do Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS. ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-4721-5503>.

Correspondência*: Av. Júlio de Castilhos, 2163
Caxias do Sul, RS
CEP: 95010-005
marsilio.caroline@gmail.com
Tel.: 054 3220.8000 (Ramal 1801)

RESUMO

Introdução: leiomiossarcomas de epidídimo primários são raros e sua singularidade faz com que não haja protocolos de tratamento. **Objetivo:** reportar um caso de leiomiossarcoma de epidídimo esquerdo em um homem de 49 anos. **Relato do Caso:** paciente do sexo masculino, caucasiano, com diagnóstico de leiomiossarcoma grau 1 seguido de ressecção em 2015, sem tratamento adjuvante. Um ano após a ressecção tumoral houve uma falsa suspeita de recidiva local. Paciente segue em acompanhamento e sem recidivas até o momento. **Conclusão:** a presença de relatos de caso em literatura auxilia ao apresentar experiências e compartilhar informações válidas ao manejo do paciente acometido por essa neoplasia. O presente relato acresceu a literatura com mais um caso desta neoplasia rara e almeja-se que os dados aqui apresentados auxiliem mais profissionais em sua prática clínica. Este relato foi aprovado pelo CEP pelo parecer nº 311.052.

Palavras-chave: Doenças raras; Neoplasias urogenitais; Saúde do Homem.

INTRODUÇÃO

Leiomiossarcomas de epidídimo primários são raros e apenas 18 casos são descritos em literatura¹⁻⁴. Sua singularidade faz com que não haja protocolo de tratamento bem estabelecidos, devido ao número insuficiente de indivíduos para que definições concretas e acuradas sejam feitas, e pouco se saiba sobre seu comportamento clínico¹⁻⁴. O objetivo do presente artigo é reportar um caso de leiomiossarcoma de epidídimo esquerdo em um homem de 49 anos, o qual segue acompanhado de revisão de literatura. Este relato foi aprovado pelo CEP pelo parecer nº 311.052 e o consentimento do paciente foi obtido.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, caucasiano, morador de Vitória- ES, foi diagnosticado com leiomiossarcoma de epidídimo esquerdo aos 49 anos de idade, no ano de 2015. Este

relatou que alguns meses antes do diagnóstico, em exame de rotina, notou-se uma nodulação escrotal e meses depois foi realizada a ressecção da mesma. O exame anatomopatológico relatou leiomiiossarcoma de epidídimo grau 1, com margens exúguas, dimensão menor de 1mm e pT1a. Devido ao estadiamento ilustrando doença inicial, EC I, não foi realizado tratamento adjuvante.

O paciente passou a realizar consultas de acompanhamento no Instituto do Câncer do Hospital Pompéia de Caxias do Sul/RS (INCAN) cerca de um ano após a ressecção tumoral e em exames de rotina foi visualizada nodulação inguinal à esquerda. Com isso, ao final de 2016 foi realizada a ressecção da nodulação, acompanhada de orquiectomia esquerda. O exame anatomopatológico negou a suspeita de recidiva oncológica e relatou a presença de apenas um cisto simples, não neoplásico. O paciente segue em acompanhamento oncológico e sem evidência de recidiva de doença.

DISCUSSÃO

Sarcomas do trato geniturinário são incomuns e representam apenas 1 a 2% de todas malignidades urológicas^{1,3}. Ao que se trata de tumores primários de tecidos moles na região escrotal, observa-se divisão em grupos de acordo com a estrutura afetada, sendo a afecção do epidídimo abordada neste caso encontrada na categoria paratesticular¹⁻⁴.

Sarcomas paratesticulares são raros, correspondendo a 44% de todos os sarcomas geniturinários, e seus subtipos histológicos mais recorrentes incluem lipossarcomas, rabdomiossarcomas e leiomiiossarcomas, sendo o último o mais comum¹⁻⁴. Não obstante, leiomiiossarcomas paratesticulares atingem com maior frequência a parede paratesticular e o cordão espermático, tornando sua presença primária no epidídimo de caráter excepcional, acrescentando singularidade ao caso aqui reportado¹⁻⁴.

A suspeita clínica desta neoplasia se dá através das características tumorais identificadas pelo exame físico e por exames de imagem¹⁻⁴. Geralmente, o leiomiiossarcoma de epidídimo se apresenta como uma massa crescente que, ao aumentar em tamanho, pressiona estruturas próximas, causando sintomas como desconforto, ou dor, no escroto e virilha¹⁻⁴. Outros sinais e sintomas também podem estar presentes, como o encontrado pelo autor Yuen et al (2011), o qual encontrou em um de seus pacientes uma história de sangramento uretral discreto prévio ao diagnóstico¹. À palpação, a massa comumente possui aspecto firme, bem definido e lobulado, não-transluminante, com fácil mobilidade e acompanhada ou

não de hidrocele¹⁻⁴. Mesmo com a ausência de protocolos de manejo, a ultrassonografia (USG) é o exame indicado como auxiliar no diagnóstico, uma vez que representa graficamente fatores relevantes ao prognóstico, como localização, densidade, vascularidade e tamanho do tumor¹⁻⁴. De acordo com os relatos de caso presentes em literatura, os tumores em questão se apresentam vascularizados e com tamanho entre 2 a 9cm, com variação quanto à sensibilidade local¹⁻⁴.

Para que ocorra um diagnóstico definitivo de leiomiiossarcoma de epidídimo, uma biópsia do tumor seguida de avaliação histológica deve ser realizada, uma vez que é necessário descartar diagnósticos diferenciais, como pseudotumor inflamatório, epididimite ou neoplasia benigna¹⁻⁴. Crê-se que o leiomiiossarcoma primário de epidídimo decorra de células musculares lisas de origem mesenquimal, presentes na parede do túbulo epididimal ou em sua própria vascularização¹. Vale ressaltar que é necessário atentar para sua tendência, inerente à condição de sarcoma, de infiltrar tecidos locais¹.

A incidência de leiomiiossarcomas tem seu pico na sexta e sétima décadas de vida, atingindo homens com uma média de idade de 62 anos, contudo, na análise dos casos reportados em literatura, encontram-se divergências¹⁻⁴. Enquanto aproximadamente metade dos relatos de caso já existentes retratam indivíduos na faixa etária determinada como a mais recorrente e corroboram com a fala anterior, os demais são indivíduos mais jovens, como o paciente em análise, com idades entre 35 e 58 anos¹⁻⁴. Ainda, um caso extraordinário é digno de menção, pois, em 1979 os autores Farrell e Donnolly relataram a presença de um paciente pediátrico de apenas 6 anos acometido por essa malignidade¹⁻⁴.

Acerca do tratamento, há um consenso que assume como tratamento primário a orquiectomia inguinal radical com alta ligadura do cordão espermático, além de inteirar o seguimento do paciente à longo prazo¹⁻⁴. A maioria dos autores defende que a excisão cirúrgica seja o suficiente e discussões acerca da aplicabilidade e eficácia da terapia adjuvante são encontradas na literatura¹⁻⁴. A taxa de recidiva em pacientes submetidos apenas à orquiectomia e seguimento é de aproximadamente 27%, desta forma, existem dissertações defendendo a importância de tratamentos como a quimio e radioterapia, mesmo sem eficácia comprovada¹⁻⁴. A carência de um protocolo de tratamento definido deixa espaço para julgamento clínico dos oncologistas, muitos dos quais defendem que esta malignidade deve ser manejada como outros leiomiiossarcomas mais comuns¹⁻⁴.

Como citado anteriormente, o prognóstico do leiomiiossarcoma de epidídimo depende de uma série de

variáveis, incluindo o estadiamento e a presença de metástase¹⁻⁴. Enquanto tumores de graus mais baixos, como é o caso do paciente em questão, se comportam de maneira indolente, aqueles com graus mais altos são agressivos e associados com um desfecho clínico ruim¹.

CONCLUSÃO

Leiomiossarcomas de epidídimo são raros e essa condição impede a formulação de protocolos e padrões diagnósticos e terapêuticos, configurando um desafio aos profissionais oncológicos. Dito isso, a presença de relatos de caso em literatura auxilia ao apresentar experiências e compartilhar informações válidas ao manejo do paciente acometido por essa neoplasia, sendo estes de suma importância. O presente relato acresceu a literatura com mais um caso desta neoplasia rara e almeja-se que os dados aqui apresentados auxiliem mais profissionais em sua prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Yuen VTH, Kirby SD, Young CW. Leiomyosarcoma of the epididymis: 2 cases and review of the literature. *Can Urol Assoc J.* 2011; 5(6): E121-E124. DOI: <http://dx.doi.org/10.5489/cuaj.11008>.
2. Muduly DK, Kallianpur AA, Deo SVS, Shukla NK, Kapali AS, Yadav R. Primary leiomyosarcoma of epididymis. *Journal of Cancer Research and Therapeutics.* 2012; 8(1): p. 109-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0973-1482.95185>.
3. Rezvani S, Bolton J, Crump A. A rare case of paratesticular leiomyosarcoma. *Journal of Surgical Case Reports.* 2018; 10: p. 1-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjy267>.
4. Bressenot A, Marcon N, Feuillu B, Gauchotte G, Montagne K. Léiomyosarcome de l'épididyme: À propos d'un cas avec revue de la littérature. *Progrès en urologie.* 2009; 9: p.643-647. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.purol.2009.04.004>.

Epididimite Relacionada a Infecção por Coronavírus: Relato de Caso e Revisão da Literatura

Ailton Gomes Faion¹, Isadora Stephan Faion², Marina Mattar de Melo Miranda Salim³, Mariana Martins Bento Maria², Mateus Belisario Schettino⁴, Rafael Stephan Faion⁵

1) Membro titular da Sociedade Brasileira de Urologia, Diretor Clínico do Hospital Urológica, Professor do Centro Universitário de Belo Horizonte

2) Estudante de medicina do Centro Universitário de Belo Horizonte

3) Estudante de medicina da Faculdade Unifenas BH

4) Médico Urologista do Hospital Urológica e Hospital SOCOR

5) Estudante de medicina da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Correspondência*: R. dos Otoni, 909 (15º Andar)
Bairro Santa Efigênia
CEP: 30130-140
Tel: (31) 3222-272
ailtonfaion@gmail.com

RESUMO

A pandemia por Sars-Cov-2 iniciada em dezembro de 2019, na China, em seu primeiro ano, contaminou aproximadamente 113 milhões de pessoas, levando a óbito 2,5 milhões delas (BRASIL.Ministério da Saúde, 2021), ainda sem perspectivas de fim, deve tornar-se uma doença endêmica, que necessitará de atenção e estudos acerca dos cuidados e tratamentos para seu correto manejo. Seus sinais, sintomas, manifestações clínicas e laboratoriais ainda não foram totalmente descritas, e devem ser pesquisados e estudados a fundo.

Nesse artigo apresentamos caso de epididimite com associação temporal a um quadro de infecção por SARS-COV-2. Paciente masculino, 43 anos de idade que buscou atendimento em clínica privada de Urologia em Belo Horizonte queixando orquialgia testicular unilateral direita nas 72 horas anteriores ao atendimento, relatando evolução com piora, e que havia sido infectado pelo vírus (Sars-Cov-2) 20 dias antes da consulta urológica.

Revisão da literatura apresentou estudos acerca de acometimento secundário dos epidídimos e testículos relacionados a outras doenças viróticas tais como influenza, parotidite epidêmica, caxumba, varicela, Epstein-Barr, ECHO e Cocksackie. Estudos recentes descrevem casos de epididimite após infecção pelo Covid-19. Este caso destaca, portanto, a necessidade de estudos adicionais sobre a apresentação clínica do COVID-19 e a potencial associação com sintomas não respiratórios.

Palavras-chaves: COVID-19, epididimite, angiotensina II, SARS-CoV 2.

INTRODUÇÃO

Com início em 31 de dezembro de 2019, na China, o coronavírus (Sars-Cov-2) tem sido alvo de estudos das mais diversas áreas médicas. A virose patológica viral foi

inicialmente relacionada somente ao acometimento do sistema respiratório, no entanto, se revelou, na verdade, tratar-se de uma doença sistêmica com potencial de gravidade e disfunção de múltiplos órgãos com apresentações patológicas variadas (Nunes Duarte Neto et al., 2020 ; Wiersinga et al., 2020).

Nessa perspectiva, o sistema urogenital masculino está ganhando cada vez mais atenção como um sistema alvo da infecção, partindo do pressuposto que as células tubulares renais, células de Leydig e células dos ductos seminíferos expressam amplamente a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2), enzima que demonstrou ser um dos principais receptores que medeiam a entrada do Sars-Cov-2 nas células humanas.

As epididimites constituem as formas mais frequentes de infecção intra escrotal e são mais frequentes em indivíduos adultos, raramente ocorrendo antes da primeira década de vida (Delavierre D., 2003) O aumento de volume do epidídimo com dor local intensa, febre baixa (em geral menos de 38,5 °C) e sinais inflamatórios na parede escrotal constitui a manifestação mais frequente dessa afecção (Trojian TH, Lishnak TS, Heiman D., 2009). Essa forma clínica costuma acometer pacientes com infecção bacteriana ou viral, ou após manipulação uretral ou cirurgia prostática. As epididimites agudas devem ser distinguidas clinicamente dos casos de torção de testículo, torção de apêndices testiculares e dos tumores testiculares.

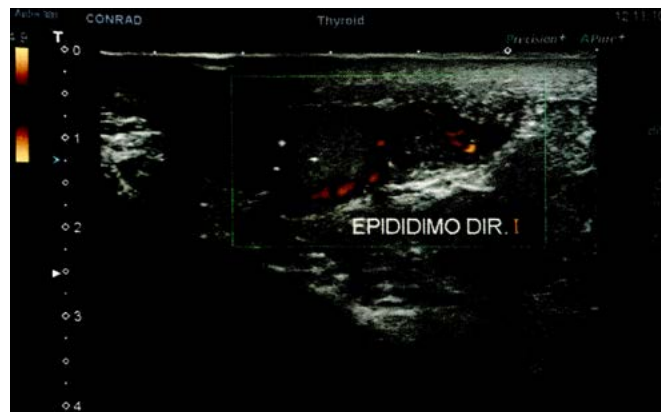
RELATO DE CASO

Trata-se de um paciente do sexo masculino, A.S.F., 43 anos, com relato de dor testicular unilateral direita, de início há 72 horas, com piora do quadro nas últimas horas. Paciente previamente hígido, sem histórico de trauma testicular, apresentou, de relevante, relato de infecção por Covid, diagnosticado há vinte dias atrás, através de RT-PCR.

Exame físico mostrou um edema do escroto direito, com epidídimo desse lado aumentado de volume e doloroso à palpação, sugestivo de epididimite. A dor apresentava melhora com levantamento escrotal manual.

Ultrassom escrotal com Eco Doppler identificou um hiperfluxo na região do epidídimo direito, confirmando quadro inflamatório e descartando a possibilidade de torção testicular. Detalhes da ultrassom são mostrados na “Figura 1”.

FIGURA 1



Fonte: Arquivo Pessoal.

Foi iniciado terapia com analgésicos e suspensório escrotal, com aplicação de calor local. O paciente apresentou boa evolução, porém com retorno das queixas três dias depois. Foi então optado por iniciar ciprofloxacino de forma empírica, devido ao risco de infecção bacteriana oportunista, mesmo com o paciente com febre leve, e o edema e a dor no testículo direito melhoraram gradualmente. Está confuso o último parágrafo. Paciente orientado para controle periódico e a comunicar eventuais alterações do quadro.

DISCUSSÃO

As epididimites constituem-se infecções intra escrotal decorrentes da ascensão bacteriana ou viral através do trato urogenital e são mais prevalentes em indivíduos adultos com idade entre 14 e 35 anos, embora a ocorrência não esteja restrita a essa faixa etária. (Krieger JN. Epididymitis, orchitis, and related conditions. 1984) O aumento de volume do epidídimo acompanhado de dor local intensa, febre baixa (em geral menos de 38,5 °C) e sinais inflamatórios na parede escrotal constituem a manifestação mais frequente dessa afecção. Essa forma clínica costuma surgir em pacientes com uretrites independente da etiologia e ainda após manipulação uretral ou cirurgia prostática.

A infecção pelo Sars-Cov-2 está sendo associada a múltiplas apresentações clínicas e a diversos órgãos alvos, além de complicações que ultrapassam a lesão celular comumente

causada pelos vírus no organismo humano. Essas ocorrências demonstraram serem relacionadas principalmente ao processo inflamatório secundário que é desencadeado pela reação imunológica do indivíduo infectado, devido a ativação da cascata de coagulação, ocasionando complicações sistêmicas variadas.

É sabido que a orquiepididimite pode levar a hipotrofia dos órgãos e à infertilidade, fato que foi relatado em estudos de outras doenças viróticas que atingem o epidídimo e, com menos frequência, o testículo, pela corrente sanguínea. Do ponto de vista patológico ocorre dano celular direto ou mesmo indiretamente através do sistema de citocinas, induzindo uma resposta inflamatória local. Isso é visto na influenza, parotidite epidêmica, caxumba, varicela, Epstein-Barr, ECHO e Coxsackie.

Através deste relato de caso associamos a infecção por Covid-19 como um fator de risco para ocorrência de epididimite, uma vez que diversas células do organismo tais como as células tubulares renais, células de Leydig e células dos ductos seminíferos expressam amplamente a enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2). Essa enzima é componente do sistema renina angiotensina aldosterona, responsável por converter a angiotensina II em angiotensina¹⁻⁷. Tem importância médica por estar relacionada à patogênese de várias desordens cardiovasculares, como hipertensão, aterosclerose e infarto do miocárdio. Muitos estudos relacionam a expressão alterada de ACE2 à gravidade e progressão da CoVid-19, incluindo idade, sexo, etnia, medicação e comorbidades.

Pacientes com CoVid-19, mesmo sem envolvimento testicular clínico, apresentam redução na produção de testosterona e hormônio luteinizante indicando possível dano subclínico à função gonadal masculina (Ma L, 2020).

Em 2002, na Ásia, houve uma epidemia do vírus da Síndrome Respiratória Aguda (Sars) que também tinha sua infecção mediada pela ACE2. Estudos realizados comprovaram que pacientes com casos mais graves da infecção apresentaram quadros clínicos de orquiepididimite, exibiram destruição generalizada de células germinativas, poucos ou nenhum espermatozóide no túbulo seminífero, membrana basal espessada e infiltração de leucócitos. (XU et al; 2005. YANG et al; 2004).

Nesse caso não possuímos nenhuma demonstração direta da presença do SARS-COV 2 no tecido testicular, no entanto, o curso simultâneo de infecção e epididimite, aliada a ausência de outras etiologias comuns demonstradas de inflamação do epidídimo, sugerem um possível papel causal do vírus.

CONCLUSÃO

Através deste estudo compreende-se a possibilidade de uma correlação entre Covid-19 e epididimite, decorrente da presença abundante, nos epidídimos, de ACE2 que medeiam a entrada do Sars-Cov-2 nas células humanas. Desse modo, percebe-se, portanto, que é responsabilidade dos profissionais médicos da atenção geral bem como especialistas estarem atentos a tais manifestações clínicas relacionadas à infecção viral pelo CoVid-19, tornando imprescindível estudos adicionais das consequências urológicas pela infecção pelo Sars-Cov-2 e seu respectivo manejo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

1. BOURGONJE AR, ABDULLE AE, TIMENS W, HILLEBRANDS JL, NAVIS GJ, GORDIJN SJ, BOLLING MC, DIJKSTRA G, VOORS AA, OSTERHAUS AD, VAN DER VOORT PH, MULDER DJ, VAN GOOR H. Angiotensin-converting enzyme 2 (ACE2), SARS-CoV-2 and the pathophysiology of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *J Pathol.* 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial; Doença pelo Coronavírus COVID-19. Brasília, 2021
3. BRIDWELL RE ; MERRIL DR; GRIFFITH SA; WRAY J; OLIVER JJ; A coronavirus disease 2019 (COVID-19) patient with bilateral orchitis: A case report; *Am J Emerg Med.* 2020.
4. CARNEIRO F, TEIXEIRA TA, BERNARDES FS, PEREIRA MS, MILANI G, DUARTE-NETO AN, KALLAS EG, SALDIVA PHN, CHAMMAS MC, HALLAK J; Radiological patterns of incidental epididymitis in mild to moderate COVID19 patients revealed by colour Doppler ultrasound; São Paulo; 2021.
5. Delavierre D. Orchi-épididymites [Orchi-epididymitis]. *Ann Urol (Paris).* 2003 Dec;37(6):322-38. French. PMID: 14717035.
6. FAN C; LI K; DING Y; LU W; ACE2 Expression in Kidney and Testis May Cause Kidney and Testis Damage After 2019-nCoV Infection; Suzhou, 2020.
7. GAGLIARDI L; BERTACCA C; CENTENARI C; MERUSI I; PAROLO E; RAGAZZO V; TARABELLA V; Orchiepididymitis in a Boy With COVID-19; *Pediatr Infect Dis,* 2020.
8. LIAO C; XIN H; ZOUHUIZI Y; QING D; NAN J; CHUANGLI F; QING Z; BIN S; WENWEL C; RUIGIANG G; Ultrasound Imaging Findings of Acute Testicular Infection in Patients With Coronavirus Disease 2019; Wuhan, 2020.
9. MACERA M; DE ANGELIS G; SAGNELLI C; COPPOLA N; Vanvitelli Covid-Group; Clinical Presentation of COVID-19: Case Series and Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health.* 2020.
10. SCHUPPE HC, MEINHARDT A. Immune privilege and inflammation of the testis. *Chem Immunol Allergy.* 2005.
11. Trojan TH, Lishnak TS, Heiman D. Epididymitis and orchitis: an overview. *Am Fam Physician.* 2009 Apr 1;79(7):583-7.
12. XU J, QI L, CHI X, YANG J, WEI X, GONG E, PEH S, GU J. Orchitis: a complication of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Biol Reprod.* 2006.
13. YANG M, LI CK, LI K, HON KL, NG MH, CHAN PK, FOK TF. Hematological findings in SARS patients and possible mechanisms (review). *Int J Mol Med.* 2004.

Angiomiofibroblastoma Escrotal: Diagnóstico, Tratamento e Revisão de Literatura

Paulo Henrique Oliveira Lage¹, Luciano Semenssato de Oliveira¹, Sebastião Osmar Lourenço Neto², Samara de Souza Santos², Natália Vieira Saint-Clair Mafra³, Rogério Saint-Clair Pimentel Mafra⁴

Santa Casa de Franca, São Paulo

1) Urologista e Cirurgião Geral, Assistente do Serviço de Urologia da Santa Casa de Franca e AME Franca, Professor da disciplina de Urologia da UNIFACEF (Centro Universitário Municipal de Franca), Pós Graduando em Sexualidade Humana pela CBI of Miami

2) Acadêmicos do sexto ano de Medicina da UNIFACEF (Centro Universitário Municipal de Franca)

3) Médica Cirurgiã geral

4) Urologista e Cirurgião Geral; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia – SBU; Membro da American Urological Association – AUA; Membro da Confederación Americana de Urología – CAU; Assistente Efetivo do serviço de urologia da Santa Casa de Belo Horizonte; Preceptor da residência em urologia da Santa Casa de Belo Horizonte; Professor Titular da Faculdade de Medicina – UIT; Coordenador do curso de Medicina da Universidade de Itaúna; Mestre em medicina; Doutor em medicina; Pós-doutor em medicina; Pesquisador do CNPq

Correspondência*: Santa Casa de Franca
R. Dr. Júlio Cardoso, 1826
Centro, Franca, SP
CEP: 14400-730
ph_lage@yahoo.com.br

RESUMO

Angiofibroblastoma is a type of mesenchymal neoplasia, a rare cause of tumor that can affect the inguinoscrotal region. Clinical examination often does not allow the diagnosis to be elucidated, requiring imaging tests and even surgical resection with immunohistochemical analysis. It has a benign character and must be differentiated from other spindle-shaped neoplasms, with metastatic potential. This study is a case report of a patient affected at 18 years old. The recommended treatment for this type of tumor is extensive surgical resection. Among several diseases that lead to increased inguinoscrotal volume, it is necessary to remember angiofibroblastoma as a differential diagnosis, due to the benignity of this pathology.

INTRODUÇÃO

O angiofibroblastoma, um tipo de neoplasia mesenquimal, é uma causa rara de tumor que pode acometer a região inguinoescrotal. Possui maior incidência entre 50 e 80 anos de idade, já tendo sido descrito em criança aos 3 anos, no qual surgiu ainda no período neonatal⁽¹⁾. O exame clínico muitas vezes não permite a elucidação do diagnóstico, necessitando de exames de imagem e até ressecção cirúrgica com análise

por imuno-histoquímica. Possui caráter benigno e deve ser diferenciado de outras neoplasias fusiformes, com potencial metastático.

A ocorrência de aumento da bolsa escrotal é relativamente comum na prática clínica da urologia, e pode apresentar diversas causas, desde hérnias inguino escrotais à hidrocele. Dessa maneira, uma investigação minuciosa se faz necessária para a identificação de sua etiologia, além de diagnósticos diferenciais oncológicos.

A hidrocele corresponde a uma coleção de líquido seroso entre as camadas visceral e parietal da túnica vaginal, que pode, também, estar junto ao cordão espermático. Em crianças é um dos fatores mais comuns de edema escrotal indolor. Quando presente em pacientes adolescentes ou adultos, a hidrocele está mais associada a processos inflamatórios, torção testicular, trauma, tumor ou pode ser idiopática, sendo, esta última, derivada de um desequilíbrio entre o processo de produção de fluido e reabsorção ou até mesmo devido ausência de vasos linfáticos eferentes⁽²⁾. Este é um importante diagnóstico diferencial a ser considerado.

O angiofibroma é um tumor raro e de apresentação benigna constituído de um tecido fibroso que acomete pacientes de ambos os sexos, geralmente na região vulvovaginal em mulheres e inguino escrotal em homens, com maior incidência entre a quinta e oitava década de vida⁽³⁾.

Origina-se nas células tronco e se assemelha morfológicamente e na imuno-histoquímica com lipomas de células fusiformes, miofibroblastos mamários e angios mixomas agressivos⁽⁴⁾.

Alguns relacionam tal patologia aos receptores de estrogênio e progesterona, postulando que esses surgem de células mesenquimais positivas de receptor de hormônio^(5, 6). Porém, a relação não foi confirmada em estudo mais recente, cujos casos apresentaram imunoreatividade negativa para receptor de estrogênio e progesterona⁽⁷⁾.

Devido à raridade desta patologia, principalmente em pacientes fora da faixa etária descrita, este trabalho justifica-se em apresentar um caso de angiofibroma diagnosticado em um paciente com 18 anos, além de possibilitar um estudo clínico e terapêutico desta afecção.

RELATO DE CASO

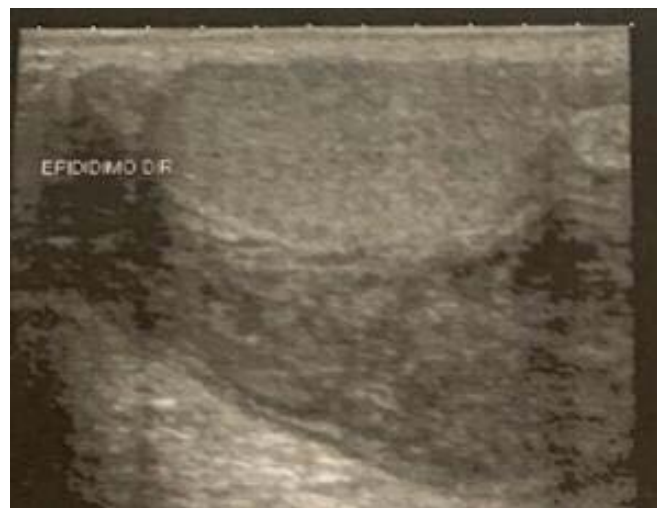
Paciente masculino, 18 anos, natural e procedente de Franca – SP, procurou atendimento no serviço de urologia devido aumento progressivo da bolsa escrotal há dois anos, sem dor. Negava comorbidades, vícios, trauma local e alergias.

Ao exame físico o paciente apresentava-se em bom estado geral, afebril, anictérico e acianótico. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome plano, ruídos hidroaéreos presentes e normoativos, indolor à palpação superficial e profunda, sem massas ou visceromegalias e ausência de sinais de peritonite. A genitália apresentava-se com aumento de região escrotal direita, com testículos tópicos e indolores à palpação, linfonodos inguinais não palpáveis.

Foi solicitada ultrassonografia (Figura 1) de bolsa escrotal, que evidenciou testículos com formas, contornos, dimensões, ecotextura e ecogenicidade dentro dos padrões de normalidade, porém com a presença de coleção heterogênea extra testicular na bolsa escrotal direita de aspecto indeterminado.

FIGURA 1

Ultrassom de Bolsa Escrotal



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

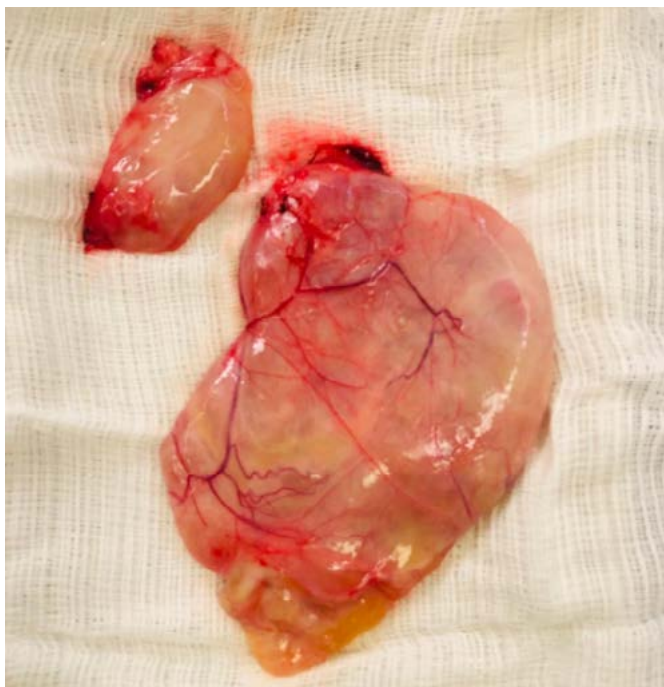
Ultrassom de Bolsa Escrotal



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Peça Cirúrgica



Fonte: Arquivo Pessoal.

O material foi encaminhado para anatomopatológico que evidenciou neoplasia fusocelular e a seguir foi encaminhado para laboratório especializado para estudo imuno-histoquímico que concluiu tratar-se de uma neoplasia constituída por proliferação de células fusiformes com núcleos de cromatina delicada, sem atipias significativas. O estroma é ora collagenizado, ora mixoide (Figura 3).

Chama atenção, ainda a presença de numerosos vasos de pequeno e médio calibre com paredes hialinizadas (Figura 4). Figura de mitoses são raras e não apresenta necrose. Presença de pleomorfismo nuclear e hiper cromasia foi notada, ocorrendo a positividade para CD34 (Figura 5) no estudo imuno-histoquímico, compatível com angiofibroma celular.

FIGURA 4

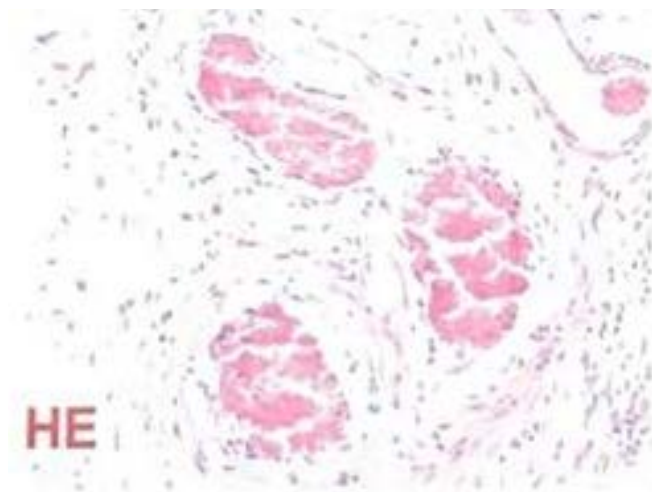
Estudo Imuno-Histoquímico



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5

Estudo Imuno-Histoquímico



Fonte: Arquivo Pessoal.

TABELA 1 – Estudo Imuno-Histoquímico

Anticorpos	Clone	Resultado	Obs. / Bloco
• Receptor de Estrógeno	EPI	Negativo	(AP9481/20)
• Citoceratinas de 40, 48, 50 e 50,6 kDa	AE1/AE3	Negativo	(AP9481/20)
• Desmina (filamento intermediário célula muscular)	D33	Negativo	(AP9481/20)
• CD34 - antígeno de células hematopoéticas e pericitos	QBEnd 10	Positivo	(AP9481/20)
• Proteína S-100	Policlonal	Negativo	(AP9481/20)
• Actina de músculo liso	1A4	Negativo	(AP9481/20)
• Catenina beta	14	Negativo	(AP9481/20)

DISCUSSÃO

As neoplasias mesenquimais do trato genital ocorrem com maior frequência na vulva, períneo e pelve das mulheres, e foram descritas no cordão espermático, hérnias inguinais, escroto e períneo em homens⁽⁴⁾. Geralmente, esse tipo de tumor apresenta curso clínico benigno, raramente invasivo e com maior frequência entre a quinta e sexta década de vida⁽⁸⁾. Algumas dessas neoplasias ocorrem com ou sem diferenciação miofibroblástica.

Devido às características histológicas, o diagnóstico diferencial é amplo e inclui tumores de células de Schwann, perineuroma, lipoma de célula fusiforme, angiomixoma agressivo, angiofibroblastoma, tumor fibroso solitário e leiomioma⁽⁴⁾.

A distinção entre angiomixoma agressivo e angiomiofibroblastoma foi realizada pela primeira vez por Fletcher em 1992, sendo o último, descrito como uma neoplasia benigna que atingia apenas a região vulvar de mulheres de meia idade. Em 1997, Nucci, relata pela primeira vez um tumor semelhante ao descrito por Fletcher, definido como “angiofibroma celular”, terminologia modificada em 1998 por Laskin, Fetsch e Mostoli para angiomiofibroblastoma-Like, por terem diferenças histológicas, bem como uma diferença na idade de acometimento, superior nos homens. Porém os autores consideram o angiofibroma celular e o angiomiofibroblastoma a mesma entidade⁽⁹⁾.

Os sinais e sintomas consistem em uma massa tumoral em região de escroto de até 3 cm, que acomete pacientes de 50 a 80 anos, totalmente indolor à palpação, que pode se assemelhar a uma hérnia inguinal, porém sem a possibilidade de manobras de redução.

Quando realizada a análise histológica verifica-se uma aparência heterogênea, sendo o angiofibroma constituído por células fusiformes, feixes de colágeno com a presença de

vasos de parede espessa e hializados e ausência de mitoses ou atipias⁽¹⁰⁾.

A análise imuno-histoquímica mostra que a expressão leve de CD34 tem predomínio em 60% dos pacientes descritos. Já 21% apresentam-se com atrofia espinhal (origem epitelial ou glandular) e 8% de origem muscular⁽¹⁰⁾.

Recentemente foi estabelecida a importância da ressonância magnética para a avaliação da patologia. As imagens feitas por ressonância magnética se mostraram confiáveis para a diferenciação entre lesões extratesticulares e intratesticulares⁽⁹⁾.

Os angiomixomas agressivos se assemelham aos angiomiofibroblastomas em muitas maneiras, exceto por um padrão de crescimento infiltrativo, menor celularidade e menor vascularização. O angiomixoma agressivo exibe alta intensidade em imagens de ressonância ponderadas em T2⁽¹¹⁾.

A ressonância magnética pode caracterizar uma lesão em cística, sólida e mista, e pode detectar gordura e fibrose dentro de uma lesão. No angiofibroma, é geralmente intermediário em imagens ponderadas em T1, mas pode ser hipo ou hiperintenso em imagens ponderadas em T2, dependendo da quantidade de células fusiformes, gordura e colágeno no estroma⁽¹²⁾.

O diagnóstico é de extrema dificuldade, e os exames de imagem pouco colaboram para a conclusão do caso, sendo pouco elucidativos frente ao amplo leque de tumores testiculares. Desta maneira a opção pela ressecção cirúrgica é a terapêutica de escolha.

O tratamento recomendado para esse tipo de tumor é a ressecção cirúrgica ampla. De acordo com estudos, foi descrita apenas um caso de recorrência, no qual ocorreu após 13 anos da cirurgia⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Em meio a ampla variedade de patologias que cursam com aumento do volume inguinoescrotal, é necessário, em casos de dúvida diagnóstica, lembrar do angiofibroblastoma como um diagnóstico diferencial, inclusive nas faixas etárias menos típicas de aparecimento, a fim de aprimorar a investigação, já que, tendo em vista o caráter benigno de tal patologia, pode-se evitar a orquiectomia radical desnecessária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arena S, Barresi V, Romeo C. Giant Angiofibroma of the Scrotum in a Child. *Journal of Urology*. 2016 February; p. 15-16.
2. Resende DdAQP, Souza LRMF, Monteiro IdO, Caldas MHdS. Coleções na bolsa testicular: ensaio iconográfico correlacionando achados ultrassonográficos com a ressonância magnética. *Radiologia Brasileira*. 2014 janeiro/fevereiro: p. 43-48.
3. Berna A, Ulviye Y, Hakan V. Angiomyofibroblastoma-Like Tumor of the Scrotum: A Case Report and Review of Literature. *Turkish Journal of Pathology*. 2010 Dezembro; 28(2).
4. Canales BK, Weiland D, Hoffman J, Slaton J, Tran M, Manivel C, et al. Angiomyofibroblastoma-like tumors (cellular angiofibroma). *International Journal of Urology*. 2006 February; 13(2).
5. McCluggage WG, R. G, L. H, Rollason TP. Cellular angiofibroma and related fibromatous lesions of the vulva: report of a series of cases with a morphological spectrum wider than previously described. *Histopathology*. 2004 outubro: p. 360-368.
6. L. DJ, N. dSA, M.G. G, V. V, P. C, J.C. N. Cellular angiofibroma of the vulva: a clinicopathological study of two cases with documentation of some unusual features and review of the literature. *Journal of Cutaneous Pathology*. 2003 junho: p. 405-411.
7. Arakaki K, Chinen K, Kamiya M, Tanabe Y, Tawata N, Ikehara F, et al. Evidence for an association between increased oxidative stress and derangement of FOXO1 signaling in tumorigenesis of a cellular angiofibroma with monoallelic 13q14: a case report. *International Journal of Clinical and Experimental Pathology*. *Int J Clin Exp Pathol* 2014;7(12):8972-8979: p. 8972-8979.
8. Kass T, Cohen D, Gottlieb P, Strauss S. Sonographic appearance of angiomyofibroblastoma-like tumor of the scrotum. *Journal of Ultrasonography*. 2019 junho: p. 158-160.
9. Ntorkou AA, Tsili AC, Giannakis D, Batistatou A, Stavrou S, Sofikitis N, et al. Magnetic resonance imaging findings of cellular angiofibroma of the tunica vaginalis of the testis: a case report. *Journal of Medical Case Reports*. 2016 março; 10(76).
10. Iwasa Y, Fletcher CDM. Cellular angiofibroma: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 51 cases. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2004; 28(11).
11. Maruyama M, Yoshizako T, Kitagaki H, Araki A, Igawa M. Magnetic resonance imaging features of angiomyofibroblastoma-like tumor of the scrotum with pathologic correlates. *Clinical Imaging*. 2012 setembro: p. 632-635.
12. Chun KH, Inn FX, Hing EY, Hong GE. Imaging modalities for an uncommon inguinal scrotal pathology: A case report and literature review. *Urology Annals*. 2017 outubro-dezembro: p. 387-389.

Melanoma de Uretra Distal Feminina: Relato de Caso

Rodrigues, D.S.^{1*}, Miconi, W.G.^{2,3,5}, Menezes, A.C.^{2,3,4}, Marques, L.S.¹, Corradi, R.G.¹, Junior, A.C.¹, Frois, M.C.¹, Souza, T.A.¹, Cabral W.L.^{2,3,4}

- 1) Residente de Urologia do Hospital Luxemburgo / Instituto Mario Penna
- 2) Preceptor de Urologia do Hospital Luxemburgo / Instituto Mario Penna
- 3) Membro titular da Sociedade Brasileira de Urologia
- 4) Membro do corpo clínico de Urologia da rede Hospital Mater Dei
- 5) Membro do corpo clínico de Urologia da rede Hospital Madre Tereza

Correspondência*: Rua Gentios, 1350
Luxemburgo - Belo Horizonte, MG
CEP 30380-472
diegofcmmg@gmail.com

RESUMO

O melanoma é uma neoplasia maligna dos melanócitos, cuja incidência aumentou de 3% para 7% durante as últimas décadas.^[1] Os fatores de risco para o desenvolvimento da doença incluem história familiar, marcadores genéticos, pele clara, olhos de cor clara e história de exposição excessiva à radiação ultravioleta (especialmente múltiplas bolhas provocadas por queimaduras na infância ou adolescência).^[1] Na embriogênese, os melanócitos originam-se na área da crista neural e migram para muitos locais além da pele.^[2] Somente 4-5% de todos melanomas primários não ocorrem na pele, e estes possuem uma clínica complexa, sendo muitas vezes diagnosticados em estágio avançado.^[3] O prognóstico é ruim, com sobrevida em cinco anos inferior a 10%.^[2] Os melanomas malignos da região genitourinária não são comuns, e entre eles, o de uretra representa menos de 1% de todos melanomas.^[4] Aproximadamente 200 casos foram descritos na literatura, e devido a sua raridade, essa patologia não possui protocolo padrão de tratamento.^[5] A presente proposta é apresentar um relato de caso sobre uma paciente do sexo feminino, 61 anos,

com diagnóstico de melanoma maligno de uretra.

Palavras-chave: melanoma de uretra, melanoma, uretra.

INTRODUÇÃO

O melanoma maligno de uretra feminina foi primeiramente reportado por Reed em 1896^[5], sendo três vezes mais comum em mulheres, com pico de incidência entre 50 e 70 anos de idade. Essa neoplasia representa 0,2% de todos os melanomas e 4% da totalidade dos tumores malignos de uretra no sexo feminino. No homem, o local mais comum é a fossa navicular (73%), seguida por uretra prostática (11%), uretra bulbar (8%) e uretra peniana (8%). Na mulher, o local mais comum de ocorrência é a uretra distal ou meato uretral.^[5]

O melanoma de uretra pode se apresentar com uma massa uretral e causar sintomas como disúria, sangramento local, hematúria, incontinência, dor perineal não específica, sintomas obstrutivos, alterações de jato urinário e sintomas

devido doença metastática.^[6,7,8] Sua aparência varia de pápulas pigmentadas azul escuro até vermelho amarronzado, placas ou ulcerações.^[5] Essas ulcerações presumivelmente refletem um crescimento tumoral muito agressivo, que infiltra e destrói a mucosa.^[7] Com alto risco de metástases a distância, o diagnóstico e tratamento precoce do melanoma de uretra são cruciais. O diagnóstico definitivo é feito pela avaliação histopatológica da lesão.^[5] Devido a grande variedade de espectros histológicos, o estudo imunohistoquímico para análise dos melanócitos se tornou uma fase importante para diferenciação diagnóstica. Os marcadores mais usados são a proteína S-100 e o HMB-45 (Human Melanoma, Black 45). Além disso, como avaliação prognóstica, são estudados também a espessura da lesão, o número de mitoses por campo de grande aumento, metástases a distância (pulmão, osso e cérebro) preferencialmente por PET-CT, tamanho tumoral e recorrência a distância, todas com influência para um pior prognóstico.^[7,8]

O relato de um caso de melanoma de uretra (raro na literatura mundial) é importante para o entendimento de sua história natural, podendo assim contribuir com a agregação de informações presentes sobre o assunto e criação de um padrão eficiente de diagnóstico, tratamento e seguimento do doente com essa patologia.

RELATO DE CASO

A paciente em questão, do sexo feminino, com 61 anos de idade, foi encaminhada pelo serviço de ginecologia para avaliação urológica, devido a lesão pigmentada próxima a meato uretral. Essa paciente possuía uma história de vulvectomia parcial recente por melanoma em vulva. Em exame físico de controle oncológico, foi evidenciada pela ginecologista lesão em meato uretral, sugestiva de recidiva de melanoma.

Foi realizada uma uretrocistoscopia, evidenciando lesão pigmentada plana em uretra distal (Figura 1). Em mesmo tempo cirúrgico, foi realizada ressecção transuretral da lesão com envio de peça para anatomopatológico (Figura 2).

Em análise histológica foi evidenciado melanoma com distribuição pagetóide, infiltrando focalmente a lâmina própria e com extensão máxima do componente invasivo de 0,9mm. Foi realizado também o estudo imunohistoquímico, com expressão de proteína S-100, HMB45 e Melan A positivos, confirmando o diagnóstico de melanoma de uretra.

Foi optado por seguimento oncológico, durante o qual evidenciou-se nova lesão em uretra. A paciente foi prontamente

FIGURA 1

Melanoma de uretra distal feminina de aspecto plano amarronzado.



Fonte: Arquivo Pessoal.

submetida a ressecção transuretral e, em nova análise histológica, foi confirmada a recidiva de lesão. A paciente então foi submetida a um re-estadiamento com PET-CT, o qual não acusou presença de lesões à distância.

Após discussão multidisciplinar com equipe de urologia, oncologia e ginecologia, foi optado e procedido com cistoureterectomia radical (esvaziamento pélvico anterior) com desvio urinário heterotópico não continente a Bricker e linfadenectomia retroperitoneal estendida bilateral após aproximadamente 10 meses da segunda ressecção transuretral, no dia 23/07/2019. O anatomopatológico evidenciou melanoma lentiginoso de mucosa uretral, in situ (não invasivo), medindo 1,4mm em sua maior extensão, ausência de infiltração linfovascular e perineural, com margens cirúrgicas livres. Evidenciado também linfonodos retroperitoneais sem particularidades histológicas (00/16 – N0). A paciente recebeu alta hospitalar e encontra-se atualmente em controle oncológico ambulatorial, até o momento, sem sinais de recidiva tumoral.

DISCUSSÃO

Os fatores mais importantes para melhorar a terapêutica de melanoma em trato urinário são o diagnóstico precoce e

FIGURA 2

Produto de ressecção de lesão uretral pigmentada.



Fonte: Arquivo Pessoal.

cirurgia radical. Tumores aparecendo em diferentes locais necessitam abordagens cirúrgicas urológicas distintas. Comparado ao melanoma cutâneo, o urinário possui pior prognóstico, possivelmente pela maior dificuldade diagnóstica.^[3] As lesões podem ter caráter polipóide, podendo ser confundidas com outras lesões (inclusive benignas) como pólipos de uretra, carúnculas ou prolapsos de mucosas.^[6,7] Melanoma maligno primário de uretra feminina tende a metastatizar precocemente via linfáticos superficiais para vulva e vagina, pelos linfáticos profundos para linfonodos inguinais e ocasionalmente para locais distantes por via hematogênica.^[7]

O melhor tratamento para o melanoma geniturinário é incerto. A princípio é preferencialmente cirúrgico, mas há controvérsias sobre a extensão da margem cirúrgica em doenças localizadas. A biópsia de linfonodo sentinela é de fundamental importância para estadiamento linfonodal.^[5]

A excisão local ou amputação parcial de pênis com apropriada margem cirúrgica pode ser efetiva no controle de melanomas de uretra masculina em estágios iniciais. Em melanomas de uretra em mulheres, podem ser necessárias grandes extensões de ressecção para atingir margens cirúrgicas negativas.^[5] É importante ressaltar que a margem cirúrgica é um fator fundamental para prognóstico. Um estudo reportou recorrência local em 6 de 7 pacientes submetidos a uretrectomia parcial com margem cirúrgica negativa de no mínimo 2,5mm.^[9] Portanto, a uretrectomia radical é recomendada para tratamento cirúrgico em melanoma primário de uretra em mulheres, podendo se estender a cistoureterectomia em caso de possibilidade de invasão de bexiga.^[9] Assim, o princípio do tratamento do melanoma é uma excisão local ampla com dissecação de linfonodo sentinela, baseado no conceito de que ele é a primeira estação para metástases. Linfadenectomia regional é realizada somente se linfonodo sentinela positivo, evitando a morbidade do procedimento de rotina. Pacientes com profundidade da lesão a partir de 3 mm, podem ser beneficiadas de exenteração pélvica anterior. Cirurgia radical é contraindicada em casos de metástases inguinais e tumores grandes.^[7]

Recorrência local e metástases a distância geralmente se desenvolvem precocemente no período pós-operatório para cirurgia de melanoma maligno de uretra. Portanto, conclui-se que cirurgia sozinha não é suficiente para controle de recidiva local ou metástases a distância, e que tratamento adjuvante é necessário para prevenir progressão da doença. O uso combinado de múltiplos quimioterápicos como cisplatina, dacarbazina, carmustina e tamoxifeno são recomendados, apesar de não melhorarem satisfatoriamente a sobrevida dos pacientes com melanoma metastático. Imunoterapia baseada em interferon-alfa e vacinas tumorais também foram sugeridas em estudos recentes, mas também sem evidência científica significativa devido a falta de número de casuística.^[9]

CONCLUSÃO

Apesar de publicados aproximadamente 200 casos de melanoma de uretra, cada caso necessitou de uma avaliação e conduta individualizada do tratamento de acordo com a apresentação, estagio clínico e condições gerais do paciente. Então, é esperado que, com a ausência de tratamento padrão,

esse relato de caso ajude no tratamento de pacientes com quadros similares. A cirurgia radical associada a quimioterapia adjuvante parece oferecer uma resposta nesse cenário de prognóstico sombrio. Os achados histológicos e imunohistoquímicos podem ser úteis para realizar um diagnóstico acurado precoce de melanoma primário de uretra, para assim melhorar as chances de sobrevida dos paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CAMPBELL-WALSH UROLOGIA. WEIN, A.J.; KAVOUSSI, L.R.; PARTIN, A.W.; PETERS, C.A. Revisão científica e tradução Busato Jr, W.F.S. ... [et al.] – 11ª ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.
2. SABISTON TRATADO DE CIRURGIA: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. TOWNSEND; BEAUCHAMP; EVERS; MATTOX. Tradução Midão, A.M. ... [et al.] – Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
3. SZABÓ, B.; SZUCS, M.; HORVÁTH, A.; SZÉKELY, E.; PÁNCZÉL, G.; LISZKAY, G.; HOLLÓ, P.; WIKONKÁL, N.; NYIRÁDY, P. Mucosal melanoma primary and metastatic case with urogenital localization in our department. Hungarian, Mar 2019.
4. SAFADI, A.; SCHWALB, S.; BEM-SHACHAR, I.; KATZ, R. Primary malignant urethral melanoma resembling a urethral caruncle. Urology Case Reports, v. 15, p. 28 – 29, Ago, 2017.
5. SALI, G.M.; NAIR, K.R.; BINDHU, M.R.; KUMAR, P.G.; SANJEEVAN, K.V.; THOMAS, A. Primary Malignant Melanoma of Urethra – Our Experience with 2 cases. Indian Journal of Surgical Oncology, v. 10, n. 1, p. 137 – 140, Mar, 2019.
6. KAWAGUCHI, N.; NAMBU, K.; SEKIYA, A.; SAKAKIMA, T.; MATSUYAMA, M.; ETORI, F.; KOMEDA, H.; HIRAI, K.; WATANABE, N.; NAIKI, T.; YAMADA, T.; TANAKA, T. Primary malignant melanoma of the female urethra: a rare case of cytological observation. Pathology Discovery, v. 2, artigo 5, 2014.
7. BHUTANI, N.; KAJAL, P.; PAWAR, D. Primary malignant melanoma of the female urethra: Report of a rare neoplasm of the urinary tract. International Journal of Surgery Case Reports, v. 41, p. 319 – 322, Nov, 2017.
8. EL-SAFADI, S.; ESTEL, R.; MAYSER, P.; MUENSTEDT, K. Primary malignant melanoma of urethra: a systematic analysis of the current literature. Published Online: DOI 10.1007/s00404-013-3130-3, Dez, 2013.
9. AKBAS, A.; AKMAN, T.; ERDEM, M.R.; ANTAR, B.; KILICASLAN, I.; ONOL, S.Y. Female, Urethral Malignant Melanoma With Vesical Invasion: A Case Report. Kaohsiung J Med Sci, v. 26, N. 2, p. 96 – 98, Fev, 2010.
10. BROUSSARD, A.P.; CHAUDOIR, C.; GOMELSKY, A. Urethral melanoma in an elderly woman. International Urogynecologist Journal, v. 26, p. 149 – 150, 2015.
11. PANDEY, P.K.; VIJAY, M.K.; GOEL, H.; SHUKLA, S. Primary malignant melanoma of female urethra: A rare neoplasm. Journal of Cancer Research and Therapeutics, v. 10, n. 3, p. 758 – 760, Jul-Set, 2014

Regressão Notável do Câncer de Pênis com Metástase para Linfonodo Inguinal Fixo Após Quimioterapia Neoadjuvante com Paclitaxel, Ifosfamida e Cisplatina (Tip): Relato de Caso.

Rizza Chierici Baptista^{1*}, Abilio de Castro Almeida², Pedro Ribeiro da Mota³, Ana Luiza Borges Abreu⁴, Camila Damiani de Matos⁵, Daniel Carvalho Ribeiro⁶

Hospital do Câncer de Muriaé e Faculdade de Medicina Unifaminas, Muriaé

- 1) Acadêmica do Curso de Medicina da Unifaminas-Muriaé;
- 2) Uro-oncologista do Hospital do Câncer de Muriaé;
- 3) Urologista do Hospital do Câncer de Muriaé;
- 4) Acadêmica do Curso de Medicina da Unifaminas-Muriaé;
- 5) Acadêmica do Curso de Medicina da Unifaminas-Muriaé;
- 6) Mestre pela Universidade Federal Fluminense, Uro-oncologista do Hospital do Câncer de Muriaé.

Correspondência*: Av. Cristiano Ferreira Varella, 555
Bairro Universitário
Bloco 2 Centro de Estudos
Muriaé, MG
CEP: 36880-000
carvalho_daniel@id.uff.br

RESUMO

Introdução: O câncer de pênis representa 2% dos tumores que acometem os homens, tendo maior incidência a partir da quinta década de vida. Má higiene íntima, fimose e falta de circuncisão são fatores de risco. A doença consiste em ulceração, ferida persistente ou tumoração no pênis. A detecção e tratamento precoce fazem essencial ao bom prognóstico.

Relato de caso: paciente de 41 anos com tumoração em região inguinal esquerda, de evolução rápida com aumento e progressão da lesão. **Discussão e conclusão:** Há necessidade de estadiamento detalhado dos pacientes com linfonodos inguinais volumosos. Estes apresentam um prognóstico ruim e recomenda-se um tratamento multimodal com quimioterapia. O uso de quimioterapia neoadjuvante a base de Paclitaxel, Ifosfamida e Cisplatina representou aumento da sobrevida global em pacientes com linfonodos regionais.

Palavras-chave: câncer de pênis, linfonodomegalia, quimioterapia, TIP.

INTRODUÇÃO

O câncer de pênis é uma enfermidade rara que acomete predominantemente homens a partir da quinta década de vida. No entanto, jovens podem ser acometidos, visto que 22% dos casos são identificados em indivíduos com idade inferior a quarenta anos.¹ De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), esse tipo de tumor representa 2% dos tumores que afetam a população masculina; entre os quais, cerca de 300-400 evoluem a óbito por ano, de acordo com dados estimados entre 2008 a 2018, sendo o Brasil uma das regiões com maior índice desta neoplasia.

Vários fatores de risco são associados, incluindo falta de circuncisão, fimose, obesidade, má higiene íntima, tabagismo e o uso de raios ultravioleta no tratamento de lesões cutâneas genitais. Fatores epidemiológicos/sociais precisam ser

considerados, como, por exemplo, o estado civil solteiro e a baixa condição socioeconômica.²

A doença manifesta-se geralmente com úlcera ou ferida persistente, tumoração na glândula, prepúcio, corpo do pênis ou gânglios inguinais, alterações de cor ou textura da pele do pênis ou do prepúcio³. A detecção precoce do câncer faz-se primordial para um melhor prognóstico, uma vez que na fase inicial tem maior chance de cura; entretanto, de acordo com o INCA, mais da metade dos pacientes demoram até doze meses do início do aparecimento das manifestações cutâneas para procurar o serviço de saúde e essa realidade ocorre comumente devido ao constrangimento e estigma associado à doença².

RELATO DO CASO

Paciente J.C.G., 41 anos, lavrador, casado, diabético, nega etilismo e tabagismo. Referiu aparecimento de tumoração em região inguinal esquerda em dezembro de 2019. Procurou atendimento no hospital da cidade de origem onde foi realizada uma drenagem devido suspeita de abscesso. A lesão evoluiu com rápido aumento e progressão, sendo referenciado para o Hospital do Câncer de Muriaé-MG em abril de 2020. Apresentava-se com massa linfonodal ulcerada e secretiva em região inguinal (Figura 1), além de uma massa palpável e secretiva em pênis.

Mediante suspeita de Carcinoma de Pênis, foi submetido a Penectomia Parcial. Realizou-se desbridamento de tecido necrosado e sutura hemostática da grande lesão metastática necrótica em região inguinal esquerda. O exame de congelamento revelou carcinoma epidermoide de alto grau (G3) e margens livres. E o anatomopatológico da penectomia parcial evidenciou carcinoma epidermoide de pênis pT2Nx.

Após a amputação e desbridamento da região ulcerada, foi solicitada uma tomografia computadorizada (TC) de abdome/pelve para estadiamento, a qual revelou volumosa formação expansiva medindo 9,7 x 7,9 cm na região inguinal esquerda, linfonodomegalias inguinais bilaterais, medindo cerca de 2,3 cm. Os vasos femorais e ilíacos apresentavam-se pênvies e com plano de clivagem bem definido com a lesão (Figura 2).

Devido ao Linfonodo Fixo c(N3), o paciente foi submetido a quimioterapia neoadjuvante com esquema TIP (primeira escolha), sendo Paclitaxel: 175 mg/m² EV em 03 horas no D1, Cisplatina: 25 mg/m² EV D1 ao D3, Ifosfamida: 1200 mg/m² EV durante D1 ao D3 associado a Mesna: 400 mg/m² EV antes, 4 e 8 horas após Ifosfamida a cada 21 dias.

Após os cinco ciclos de quimioterapia, observou-se

regressão importante da lesão inguinal (Figura 3). A TC de abdome/pelve, para controle, apresentou significativa regressão dimensional do volumoso conglomerado linfonodal na região inguinal esquerda associado a pequeno componente ulcerado cutâneo em região central, medindo cerca de 4,6 x 2,2 cm (Figura 4). Houve regressão numérica dos linfonodos, também daqueles junto aos vasos ilíacos externos ipsilaterais. A TC de tórax não revelou alterações.

Em outubro, realizou-se uma linfadenectomia pélvica e inguinal bilateral. Com o intuito de proteção dos vasos femorais realizou-se a cobertura dos mesmos com o músculo Sartório. Concomitantemente, realizou-se uma rotação de retalho (Figura 5) por consequência da falta de tecido ocasionada pela retirada da área necrosada em decorrência da quimioterapia neoadjuvante (Figura 5).

O paciente recebeu alta no quarto dia de pós-operatório, com as feridas sem sinais de deiscências (Figura 6).

Retornou ao ambulatório com 30 dias após a cirurgia, apresentando boa evolução. Sem sinais de recidiva ao exame clínico, laudo histopatológico da resseção do sítio do linfonodo fixo e das linfadenectomias inguinais e pélvicas. Observado no sítio do linfonodo inguinal um hemangioma inflamatório e nos demais linfonodos, hiperplasia linfóide reacional; bem como, foram solicitados exames de seguimento (tomografia de abdome/pelve, raio-x de tórax e laboratório) para retorno em 3 meses. O mesmo retornou assintomático, sem queixas e exames sem sinais de recorrência.

DISCUSSÃO

Pacientes com linfonodos inguinais volumosos, às vezes ulcerados e fixos, requerem estadiamento por TC de tórax, abdome e pelve, com o intuito de avaliar a cadeia pélvica e progressão sistêmica. Em casos clinicamente inequívocos, a verificação histológica não é necessária.

Esses pacientes têm um prognóstico ruim. O tratamento multimodal com quimioterapia em respondedores é recomendado⁴. Foi relatado que os respondedores à quimioterapia neoadjuvante com cirurgia após a quimioterapia alcançaram sobrevida de longo prazo em 37% dos casos. Estudos recentes confirmam este benefício para o paciente⁵.

Com base em experiências bem sucedidas e já consolidadas no uso de Paclitaxel, Ifosfamida e quimioterapia à base de Cisplatina (TIP) como parte do tratamento do câncer de pênis, citando caso análogo no estudo do grupo de Kubota et al⁶, encontramos uma resposta dramática após o uso do

esquema TIP neoadjuvante para linfonodo inguinal fixo. Tal neoplasia consiste em uma doença agressiva, na qual o sucesso para o manejo local da lesão só poderia ser alcançado durante os estágios iniciais. O desenredo do manejo dessa doença, com metástases regionais e sistêmicas, ainda é um desafio para os urologistas. Em situações em que existem metástases em linfonodos regionais, a administração de quimioterapia combinada com tratamento cirúrgico agressivo pode ser eficaz, embora a taxa de recorrência e progressão ainda permaneçam elevadas. Nos casos em que foi encontrada metástase sistêmica, a quimioterapia torna-se a única opção de tratamento⁷.

A administração de quimioterapia para essa patologia peniana com metástases em linfonodos é bastante comum. Tanto a quimioterapia adjuvante quanto a neoadjuvante podem aumentar a sobrevida global^{8,9}. Na pesquisa de Pagliaro, foram encontrados três pacientes com resposta completa e doze pacientes apresentando resposta parcial do total de 30 pacientes; 13,6% de todos os pacientes apresentando uma resposta patológica completa⁵. Outras pesquisas que usaram uma combinação à base de Taxano como quimioterapia neoadjuvante nesse tipo de câncer, em estágio avançado, resultaram em 60% dos pacientes responsivos, com 4% mostrando resposta patológica completa¹⁰. Zou B et al. relataram que a combinação TIP foi eficaz para câncer de pênis com envolvimento de nódulos linfáticos¹¹.

CONCLUSÃO

Assim sendo, relatamos um caso de resposta notável ao uso da quimioterapia neoadjuvante a base de Paclitaxel, Ifosfamida e Cisplatina no tratamento do câncer de pênis, apresentando possibilidade de resseção completa da massa linfonodonal e com isso gerando uma melhora na sobrevida global de pacientes com envolvimento de linfonodos regionais.

FIGURA 1

Região inguinal com massa linfonodal ulcerada (seta preta), lesão satélite (seta verde).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Tomografia computadorizada de abdome/pelve pré quimioterapia neoadjuvante. Com Linfonodo Inguinal fixo (seta azul).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Aspecto da massa em região inguinal esquerda após 5 ciclos de quimioterapia neoadjuvante (seta vermelha)



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

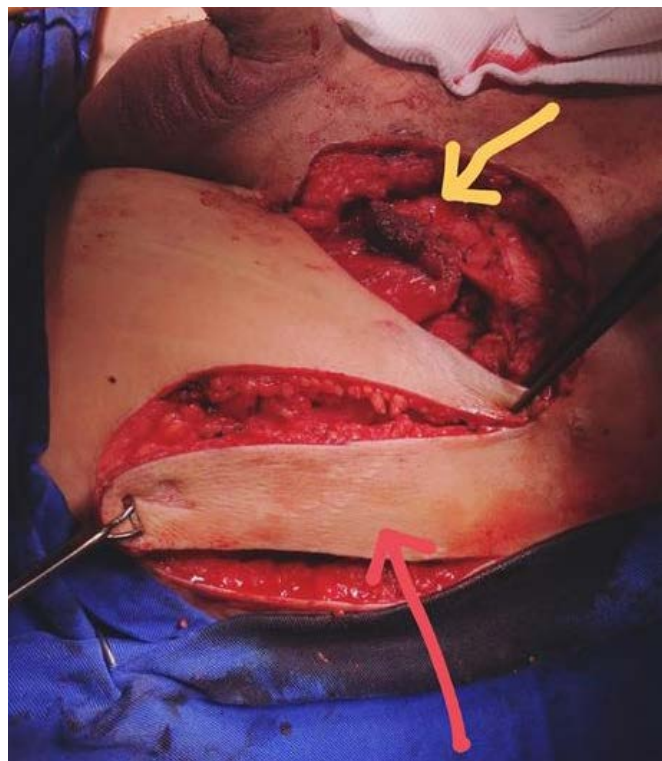
Tomografia computadorizada de abdome/pelve após quimioterapia neoadjuvante, apresentando regressão da massa (seta branca).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5

Rotação com fixação do músculo Sartório no ligamento inguinal (seta amarela), Confecção de retalho (seta vermelha).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 6

Aspecto no quarto dia de pós-operatório.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wind, Mariana Malagoni et al. Câncer de pênis: aspectos epidemiológicos, psicológicos e fatores de risco/Penile cancer: epidemiological, psychological and risk factors. Brazilian Journal of Development, v. 5, n. 9, p. 14613-14623, 2019.
2. Douglavi, Antoin; MASTERSON, Timothy A. Penile cancer epidemiology and risk factors: a contemporary review. Current opinion in urology, v. 29, n. 2, p. 145-149, 2019.
3. Lindoso, Gissela Santos et al. Epidemiologia e estratégias de prevenção do câncer de pênis no estado do Maranhão. Revista de Investigação Biomédica, v. 10, n. 3, p. 237-242, 2019.
4. Bermejo, C., et al. Neoadjuvant chemotherapy followed by aggressive surgical consolidation for metastatic penile squamous cell carcinoma. J Urol, 2007. 177: 1335.
5. Pagliaro, L.C., et al. Neoadjuvant paclitaxel, ifosfamide, and cisplatin chemotherapy for metastatic penile cancer: a phase II study. J Clin Oncol, 2010. 28: 3851.
6. Kubota Y, Nakano M, Nagai S, Matsuoka K, Arakawa H, Horie K, et al. Dramatic response of penile cancer with inguinal lymph node metastases to neoadjuvant chemotherapy with paclitaxel, ifosfamide and cisplatin: a case report. Acta urologica Japonica. 2015;61(1):33-7.
7. Hakenberg OW, Protzel C. Chemotherapy in penile cancer. Therapeutic Advances in Urology. 2012;4(3):1338. <https://doi.org/10.1177/1756287212441235> PMID:22654965 PMCID:PMC3361747.
8. Pagliaro LC, Williams DL, Daliani D, Williams MB, Osai W, Kincaid M, et al. Neoadjuvant Paclitaxel, Ifosfamide, and Cisplatin Chemotherapy for Metastatic Penile Cancer: A Phase II Study. Journal of Clinical Oncology. 2010;28(24):3851-7. <https://doi.org/10.1200/JCO.2010.29.5477> PMID:20625118 PMCID: PMC2940402.
9. Sharma P, Djajadiningrat R, Zargar-Shoshtari K, Catanzaro M, Zhu Y, Nicolai N, et al. Adjuvant chemotherapy is associated with improved overall survival in pelvic node-positive penile cancer after lymph node dissection: a multi-institutional study. Urol Oncol. 2015;33(11):1723.
10. Djajadiningrat RS, Bergman AM, Werkhoven Ev, Vegt E, Horenblas S. Neoadjuvant taxane-based combination chemotherapy in patients with advanced penile cancer. cLINICal GenitourinaryCancer. 2015;13(1):449. <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2014.06.005> PMID:25009098.
11. Zou B, Han Z, Wang Z, Bian J, Xu J, Wang H, et al. Neoadjuvant therapy combined with a BMP regimen for treating penile cancer patients with lymph node metastasis: a retrospective study in China. Journal of Cancer Research and Clinical Oncology. 2014;140(10):1733-8. <https://doi.org/10.1007/s00432-014-1720-5> PMID:24906876.

Retenção Urinária Pós-operatória, Prevenção e Tratamento: um Relato de Caso

Ivon Teixeira de Souza¹, Jose Fernandes Neto^{2*}, Pedro Ivo Rangel², Luccas Victor Rodrigues Dias², Sarah de Sousa Magalhaes², Guilherme Carneiro Teixeira³.

Serviço de Urologia da Universidade de Fortaleza - Fortaleza - CE

- 1) Urologista e Professor do Curso de Medicina da Universidade de Fortaleza, Brasil
- 2) Acadêmico de Medicina da Universidade de Fortaleza, Brasil;
- 3) Acadêmico de Medicina do Centro Universitário Christus, Fortaleza, Brasil.

Correspondência*: Rua Professor Jacinto Botelho, 1080
Apto 805
Fortaleza, Ceará
Cel: (85) 99916-0395
jfernandesneto@edu.unifor.br

RESUMO

A retenção urinária pós-operatória tem incidência significativa após intervenções cirúrgicas, podendo levar a prolongamento do internamento e disfunções musculares vesicais permanentes. O presente estudo visa relatar o caso clínico e revisar os fatores de risco, prevenção e tratamento dessa complicação a partir do relato de caso de um paciente. Paciente do sexo masculino, 65 anos, em uso de sonda vesical de demora devido a sintomas de dificuldade de urinar e dor hipogástrica após hemorroidectomia. Apresentava queixas prévias de noctúria, fluxo urinário fraco e hiperplasia prostática benigna. Houve retirada de sonda vesical após 10 dias, uso de terapia combinada de doxazosina e finasterida, investigação ultrassonográfica da próstata e estudo urodinâmico. Foi demonstrado obstrução infravesical com necessidade de ressecção transuretral da próstata. Com base nessa exposição, discutiram-se os fatores predisponentes com destaque para sexo masculino, idoso, bloqueios do neuroeixo, presença de sintomas urinários e intervenções cirúrgicas específicas. Ademais, foram pontuados mecanismos de prevenção

importantes, entre eles restrição hídrica transoperatória, uso com moderação de opiodes e evitar retenção urinária prolongada após o procedimento. Em suma, uma visão ampla da situação clínica e das características do paciente pode oferecer propostas terapêuticas que permitam diminuir a ocorrência de retenção urinária pós-operatória.

Palavras-chave: Próstata; Retenção Urinária; Urologia.

ABSTRACT

Postoperative urinary retention has a significant incidence after surgical interventions, which can lead to prolonged hospital stay and permanent bladder muscle dysfunction. This study aims to report the clinical case and review the risk factors, prevention and treatment of this complication based on a patient's case report. Male patient, 65 years old, using a catheter-delay bladder due to symptoms of difficulty urinating

and hypogastric pain after hemorrhoidectomy. He had previous complaints of nocturia, weak urinary flow and benign prostatic hyperplasia. There was removal of a catheter bladder after 10 days, use of combined therapy of doxazosin and finasteride, ultrasound investigation of the prostate and urodynamic study. Infravesical obstruction requiring transurethral resection of the prostate has been demonstrated. Based on this exposure, predisposing factors were discussed, with emphasis on male, elderly, neuraxial blocks, presence of urinary symptoms and specific surgical interventions. In addition, important prevention mechanisms were scored, including intraoperative water restriction, use with moderation of opioids and avoid prolonged urinary retention after the procedure. In short, a broad view of the clinical situation and the characteristics of the patient can offer therapeutic proposals to reduce the occurrence of postoperative urinary retention.

Keywords: Prostate; Urinary Retention; Urology.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de retenção urinária no pós-operatório (RUPO) é uma complicação relativamente comum, afeta ambos os sexos, em todas as idades e após qualquer intervenção cirúrgica. É bastante desconfortável para o paciente e quando não tratada adequadamente a RUPO pode levar a significativas morbidades, tais como prolongamento do internamento, infecção urinária e disfunção do músculo vesical com comprometimento de sua função. Rotineiramente, pacientes de meia idade ou idosos, em pré-operatório, são encaminhados ao urologista para avaliação de uma possível obstrução do trato urinário inferior e dessa forma prevenir uma retenção urinária. Com incidência variando entre 30 e 40%, as causas dessa complicação são inúmeras e dentre estas podemos elencar a idade, o uso de opióides, a hiperplasia prostática, drogas anticolinérgicas, anestésias neuroaxiais, hernioplastias, cirurgias anorretais e hidratação excessiva no transoperatório.

Relatamos um caso de retenção pós-operatória e revisamos os fatores de risco, prevenção e tratamento desta patologia.

MÉTODO

As informações contidas neste relato de caso foram obtidas por meio de revisão do prontuário, nas quais constava a evolução e métodos diagnósticos no serviço de Urologia da Santa Casa de Fortaleza (CE). Em seguida, revisão da literatura acerca do tema.

RELATO DO CASO

Paciente JMAL, Masculino, 65 anos, encaminhado ao ambulatório de urologia, em uso de sonda vesical de demora introduzida há 35 dias. Foi submetido à hemorroidectomia, com anestesia espinal, recebendo alta no dia seguinte, urinando pouco e com uma discreta dor no hipogástrio. Retornou ao hospital 24h depois, com piora da dor e sem conseguir urinar (Figura 1), realizado sonda de demora e orientado a procurar um urologista. Paciente relatou que tinha noctúria e a urina saía mais devagar, já havia consultado um urologista há 2 anos e foi dito que ele tinha uma próstata aumentada, mas que não precisava de tratamento. Sem comorbidade. O exame digital retal detectou um aumento da próstata que tinha consistência fibroelástica e sem nódulos. Após exame, foi prescrita terapia combinada com doxazosina 2mg e finasterida 5mg, orientado a retirar a sonda após 10 dias de tratamento e solicitado uma ultrassonografia das vias urinárias e da próstata. O paciente retorna 15 dias depois, com sonda vesical para mostrar o exame: Informa que retirou a sonda como combinado previamente, mas que não conseguiu urinar, sendo necessário o uso da sonda novamente. O ultrassom revela aumento da próstata (peso de 50g), rins normais, bexiga com parede espessada. O paciente foi orientado a realizar um estudo urodinâmico que demonstrou obstrução infravesical. Diante desse quadro se fez necessário encaminhamento para uma ressecção transuretral da próstata.

FIGURA 1

Abaulamento da região hipogástrica decorrente da retenção urinária.



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

A Retenção Urinária Pós-Operatória (RUPO) é definida de algumas maneiras tais como: inabilidade para urinar entre 6-12h após a intervenção cirúrgica, bexiga distendida palpável, incapacidade para urinar quando a bexiga está cheia. Outros a definem com a incapacidade de esvaziar um volume urinário superior a em um período de 30min após o diagnóstico da retenção urinária.⁽²⁾

No tocante aos fatores de risco, vários estudos demonstram que a incidência da RUPO é maior no idoso e no sexo masculino. As razões para a predominância do problema no homem seriam o tamanho da uretra (em torno de 20 cm de extensão), o crescimento natural da próstata a partir da 4ª década de vida e a degeneração das vias neurológicas responsáveis pela micção.⁽⁵⁾ Algumas intervenções cirúrgicas predispoem à ocorrência de RUPO. Dentre estas, incluem-se cirurgias urológicas, ortopédicas, proctológicas e uroginecológicas. Nas cirurgias anorretais para tratamento de patologias benignas, a RUPO é a complicação mais comum.

O diagnóstico de RUPO é feito por três métodos: clínico, cateterismo vesical e ultrassom. Clinicamente, detecta-se o problema baseado nos sintomas e com a palpação do fundo vesical acima da sínfise púbica, porém, nem sempre é viável devido à ferida operatória, curativos, obesidade, cirurgia prévias. A cateterização vesical tem objetivo diagnóstico e terapêutico. Como é um método invasivo, há risco de trauma uretral e infecção urinária além de trazer desconforto ao paciente. Alguns autores têm utilizado o ultrassom pélvico para o diagnóstico RUPO na sala de recuperação pós-operatória por ser não invasivo e acurado, mesmo em obesos e crianças.

Como prevenção aconselha-se restringir a hidratação no trans-operatório, usar opióides com parcimônia (quando usado intratecal causa mais RUPO do que administrado intravenoso). Nos casos de maior risco fazer um cateterismo de alívio no final da cirurgia. Drogas como a tansulosina (antagonista alfa adrenérgico) que atua aumentando a pressão vesical e relaxando o esfíncter interno pode reduzir o risco de RUPO.⁽⁸⁾

Em casos a retenção urinária prolongada, o esvaziamento vesical deve ser feito prontamente seja com cateterismo de alívio ou de demora. A opção é pela cateterização intermitente, porém dependendo do caso opta-se pela sondagem contínua prolongada. Por fim, a retenção urinária é um problema relativamente comum que se não diagnosticada e tratada adequadamente pode trazer sérias complicações para o paciente. Deve-se também dar atenção aos fatores de risco e

atuar na prevenção dessa ocorrência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baldini G, Bagry H, Aprikian A, Carli F. Postoperative urinary retention: anesthetic and perioperative considerations. *Anesthesiology* 2009; 110: 1139-1157.
2. Keita H, Diouf E, Tubach F, Brouwer T, Dahmani S, Mantz J, Desmonts JM. Predictive factors of early postoperative urinary retention in the postanesthesia care unit. *Anesth Analg* 2005; 101: 592-596.
3. Toyonaga T, Matsushima M, Sogawa N, Jiang SF, Matsumura N, Shimojima Y, Tanaka Y, Suzuki K, Masuda J, Tanaka M. Postoperative urinary retention after surgery for benign anorectal disease: potential risk factors and strategy for prevention. *Int J Colorectal Dis* 2006; 21: 676-682.
4. Greig JD, Mahadaven M, John TG, Garden OJ. Comparison of manual and ultrasonographic evaluation of bladder size in patients prior to laparoscopy. *Surg Endosc* 1996; 10: 432-433.
5. Tammela T, Kontturi M, Lukkarienen O. Postoperative urinary retention. II. Micturition problems after the first catheterization. *Scand J Urol Nephrol* 1986; 20: 257-260.
6. Darrah DM, Griebing TL, Silverstein JH. Postoperative urinary retention. *Anesthesiol Clin* 2009; 27: 465-484.
7. Cosgrave D, Shanahan E, Colon N. Opióides Intratecais, www.wfsahq.org/resources/anaesthesia-tutorial-of-the-week, 2017.
8. Agrawal K et al. Post-operative urinary retention. *World J Anesthesiol* 2019; 8(1): 1-12.

Abordagem de Duplo J Calcificado com Migração Espontânea para Duodeno

Guilherme Canabrava Rodrigues Silva¹, Leticia França de Almeida², Letícia Abramo Ribeiro², Leonardo Soares Marques³, Robson de Oliveira Guimarães³, Rodrigo Campos Sales Silvério³

Departamento de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens - Belo Horizonte, MG

- 1) Autor e Médico da Equipe de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens
- 2) Co Autor e Residente da Equipe de Cirurgia Geral do Hospital Municipal Odilon Behrens
- 3) Médico da Equipe de Urologia do Hospital Municipal Odilon Behrens

Correspondência*: Rua Formiga, 50
Bairro São Cristóvão
CEP: 31.210-780
Belo Horizonte, MG
drguilhermecanabravauro@gmail.com

CASE REPORT

Patient had an ureteral stent placed over three Years before. Did not know the reason nor had followed up. Was admitted at public health hospital in Belo Horizonte with back pain. Undertaken a computed tomography scan and blood exams, Which suspect of complicated pyelonephritis with stent calcification

At the operation theatre, endoscopic treatment was not feasible, thus underwent exploratory laparotomy. Preoperative findings included erosion and stent migration into the duodenum, ureteral-duodenum fistula, and stent calcification into duodenum. Treatment included stent removal, ureteral and duodenal walls reconstruction and drainage.

Patients progressed satisfactory at postoperative care and pyelonephritis treatment.

Background: This case report is unique in medical literature. To describe fistulae details, etiology and treatment may help supporting staff to manage stent complications.

Conclusion: Ureteral stent is a useful prosthesis in urological practice, and provide comfort for patient and confidence to surgeons. However with its routinely use complications may

happen, some can be as critical as this case report describes.

This description helps orientation for the professional to control stent usage and treatment of this specific complication, alerting the risk of additional complications after calcification.

Keywords: Ureteral stent / ureteral-duodenum fistula / calcification

RESUMO DO CASO CLÍNICO

Apresentação do Caso: Paciente atendida no sistema público de saúde de Belo Horizonte com duplo J colocado há cerca de 03 anos, sem seguimento, e com quadro clínico de pielonefrite complicada. Diagnosticada inicialmente com revisão laboratorial e tomografia computadorizada.

Submetida a tratamento cirúrgico, inicialmente endoscópico, seguido por laparotomia. Durante o procedimento foi evidenciado complicação adicional com migração do dreno para o interior do duodeno, fístula uretero-duodenal e calcificação do duplo J intraduodenal.

Tratada com retirada do duplo J e reconstituição das paredes duodenais e ureterais e drenagem ampla.

Evoluiu bem após tratamento da pielonefrite e recuperação do pós-operatório.

Antecedentes: O caso clínico é o único descrito na literatura com os detalhes da fistula uretero-duodenal e calcificação intra-duodenal e atenda o assistencialista sobre os cuidados com o duplo J e o seu tratamento.

Conclusões: O Cateter duplo J é uma prótese muito útil na prática urológica, e que confere conforto ao paciente e segurança ao cirurgião. Entretanto com seu uso rotineiro, complicações podem aparecer, algumas delas muito graves como a descrita no caso.

Essa descrição ajuda a orientar o profissional quanto ao controle do uso do cateter e tratamento dessa complicação específica, alertando o mesmo dos riscos de complicações adicionais à calcificação.

Palavras-Chave: Duplo J / fistula uretero-duodenal / calcificação

RELATO DE CASO

Abordagem de cateter de duplo J calcificado com migração espontânea para duodeno.

INTRODUÇÃO

O cateter ureteral de duplo J é utilizado para manter a drenagem de urina do rim até a bexiga, seja em condições adversas do ureter ou em pós operatório de cirurgia das vias urinárias.

A cada dia se torna cada vez mais disponível nos serviços de urologia. A sua universalização, também ampliou as complicações relacionadas, tanto em número (sendo as mais comuns^{1,2}: cólica, infecção, saída espontânea do cateter e calcificação) quanto em complexidade, como migração para o ventrículo³. Idealmente, o cateter de duplo J deve ser retirado em até 6 meses ou, em alguns produtos mais recentes, 12 meses. Cateteres que permanecem por um período superior a este, não raro, complicam com calcificação e incrustação.

Fístulas uretero-entéricas são extremamente raras e a maioria dos casos identificados em bases de dados como PubMed e CIELO foram de fístulas uretero-duodenais

secundárias a infecções renais crônicas, cálculos ureterais, doença ulcerosa duodenal, lesão iatrogênica, trauma ou ingestão de corpo estranho. Foi encontrado apenas um caso de fístula uretero-duodenal devido ao uso de cateter de duplo J, porém sem associação com calcificação do cateter⁴.

MÉTODO

Relato de caso após revisão bibliográfica utilizando as fontes PubMed e Scielo. Não foi encontrado caso semelhante a este, no qual o cateter de duplo J se calcificou dentro do duodeno por meio de uma fístula uretero-duodenal.

RESULTADO

O caso será descrito minuciosamente, com auxílio de fotografias, levantamento de dados do prontuário e das condutas tomadas com o objetivo de compartilhar conhecimento para episódios semelhantes que possam advir.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 30 anos, sem comorbidades, admitida em pronto-socorro com queixa de dor abdominal em flanco e fossa ilíaca direitos, disúria, febre e inapetência. História de implante de cateter de duplo J a direita há três anos, porém sem qualquer seguimento urológico.

Optou-se por realizar revisão laboratorial e solicitar uma tomografia computadorizada de abdome total.

Os exames laboratoriais indicaram infecção urinária sem leucocitose e função renal no limite da normalidade. O laudo inicial da tomografia identificou calcificação do cateter de duplo J em toda a extensão ureteral e litíase de 6 cm na extremidade vesical (Figura 1).

Neste laudo inicial não foi mensurado sobre calcificação intra duodenal, porém em avaliação após o procedimento pode-se identificar achado já sugestivo deste diagnóstico conforme consta em Figura 2.

Realizou-se a internação da paciente e foi iniciado a antibioticoterapia. A mesma evoluiu com melhora clínica, sem dor ou febre, sendo então indicada a retirada do cateter e do cálculo vesical. Até este momento não era certo sobre a fístula duodenal, uma vez que o laudo tomográfico inicial não correlacionou a calcificação duodenal ao cateter duplo J e a paciente não apresentou, em nenhum momento, queixa de

mudança da coloração da urina ou sintomas gastroduodenais que levantasse suspeita para tal hipótese.

Antes do procedimento foi esclarecido a paciente e entregue termo de consentimento sobre a possibilidade de conversão da cirurgia para via convencional caso não fosse possível a retirada endoscópica do cateter de duplo J.

O procedimento iniciou-se por meio endoscópico, mas não obteve sucesso; optado por conversão cirúrgica para via aberta, com incisão inicial mediana infra-umbilical, exposição e abertura de bexiga e identificado cálculo vesical aderido a extremidade distal do cateter, que se mostrava firmemente aderido ao ureter impedindo a retirada desse segmento. A incisão cirúrgica foi estendida para xifo-púbica, com liberação completa do ureter direito e confirmação de calcificação em todo o seu trajeto e na pelve renal. Nessa fase, durante a liberação do segmento superior do ureter, foi identificada a aderência ao duodeno e a extremidade do cateter de duplo J migrando para o interior da luz duodenal (Figura 3).

Realizado incisão longitudinal do ureter proximal, liberação da aderência/fístula uretero-duodenal e retirada a extremidade calcificada do cateter de duplo J do interior da luz duodenal. Procedeu-se a duodenorrafia em dois planos com PDS 4.0 em sutura contínua e posicionado “patch” de momento sobre o local.

Após a retirada do cateter e revisão do ureter, foi identificado calcificações remanescentes no ureter médio, sendo necessário ureterotomia para a retirada das calcificações residuais e posterior rafia com fio PDS 4.0 (Figura 4). Posicionado novo cateter de duplo J, que foi amarrado à extremidade do cateter vesical de demora tipo Foley. Rafiadas as demais aberturas ureterais e a bexiga urinária em sutura contínua de fio PDS 4.0. Posicionados drenos sentinela do tipo penrose e cateter nasoentérico distal a rafia duodenal. A paciente foi encaminhada ao CTI no pós-operatório imediato para monitorização devido ao porte da cirurgia. Permaneceu hemodinamicamente estável, sem a necessidade de aminas ou de suporte ventilatório. Recebeu alta do CTI no primeiro dia de pós-operatório. Evoluiu clinicamente bem na enfermaria, tolerando a dieta, mantendo bom débito urinário e sem náuseas, vômitos ou extravasamento de conteúdo alimentar pelo dreno sentinela periduodenal, que apresentou apenas baixo débito de secreção citrina (<100ml/24 horas). Realizada mensuração de uréia e creatinina dessa drenagem e confirmou tratar-se de uma fístula urinária. Recebeu alta hospitalar, sem a retirada do cateter de demora, no nono dia de pós-operatório para acompanhamento ambulatorial.

O dreno de penrose referente a fístula urinária teve débito decrescente, sendo retirado na primeira consulta de acompanhamento. O cateter vesical de demora com o cateter de duplo J amarrado foram retirados no 45º dia de pós-operatório.

A paciente encontra-se em acompanhamento ambulatorial do serviço há quase um ano, sem queixas urinárias ou gerais e sem qualquer alteração do trato duodenal ou das vias urinárias.

FIGURA 1

Tomografia computadorizada identificando calcificação ureteral e volumosa calcificação vesical.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Tomografia computadorizada identificando calcificação em ureter proximal e calcificação duodenal.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

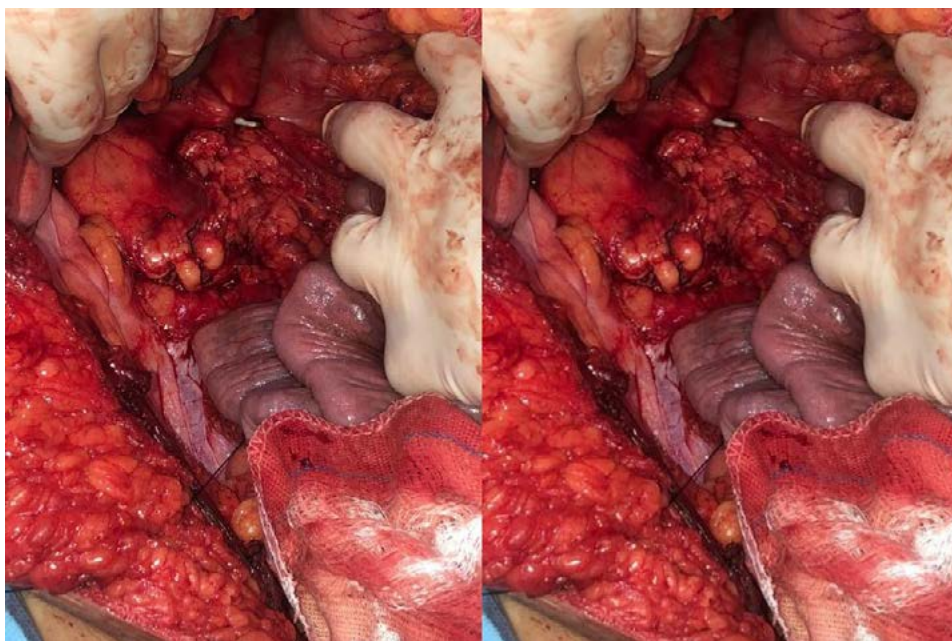
Cateter duplo J retirado por completo demonstrando diversas calcificações em seu trajeto.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

Fotos demonstrando fístula uretero-duodenal com identificação de cateter duplo J em trajeto fistuloso.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio Corrêa Lopes Neto et. al, MD. Forgotten Double-J Ureteral Stent. Int Braz J Urol. (2019); 45: 1087-9.
2. K el Khader et. al. Complications of double J ureteral stents. J Urol (Paris) (1996);102 (4):173-5.
3. Ismail Oral Hastaoglu et. al. Double J ureteral stent displaced through the right ventricle. Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery 18 (2014) 853–854.
4. Bhavin Patel et. al. Ureteroduodenal fistula. J Surg Case Rep. 2015 Jul; (2015)7.

Estrangulamento Peniano por Corpo Estranho Metálico: Relato de Caso

Michelle Maia Garcez¹, Henrique Amorim Santos², Renato Oliveira Argondizzi³, Roberto Oliveira Argondizzi¹, Vítor Augusto Alves Côbo⁴, Paulo R. Monti⁵

Unidade de Urologia da FM-UFTM

- 1) Acadêmico(a) de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro;
- 2) Médico, Residente em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Triângulo Mineiro;
- 3) Acadêmico de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – Campus Três Lagoas;
- 4) Médico, residente em Urologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
- 5) Médico, Doutorado em Urologia pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Chefe da Unidade de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Triângulo Mineiro;

Correspondência*: Av. Lucas Borges, 1971
Bairro Vila Militar
CEP: 38066-152
Uberaba, MG
vitorcobo@yahoo.com.br

RESUMO

O estrangulamento peniano é uma emergência urológica rara e desafiadora para o cirurgião. A demora na procura do atendimento e os vários tipos de objetos constritores dificultam a abordagem, a qual visa minimizar e reparar as lesões cutâneas e gênito-urinárias.

Paciente de 41 anos, natural e procedente de Frutal/MG, em situação de rua, encaminhado após relato de ter inserido um objeto metálico em base peniana há 25 horas, ocasionando estrangulamento do órgão. Foi realizada tentativa frustrada de retirada na cidade de origem, sendo encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UFTM. Avaliado pela equipe de urologia, foi optado pela retirada imediata do objeto através da passagem de um fio de algodão entre o pênis e o objeto, sendo a extremidade distal enrolada ao redor do eixo peniano e a extremidade proximal tracionada, fazendo com que o objeto deslize em direção à glândula do pênis, até ser retirado.

Paciente evoluiu clinicamente bem com alta no segundo após procedimento, sendo encaminhado para seguimento ambulatorial.

O estrangulamento peniano é reportado de forma esporádica na literatura e uma gama de variados objetos constritores. Tal ato, geralmente, está associado na busca de melhora da performance sexual, tentando prolongar ereção ou aumentar o tamanho do órgão.

O pênis após 25 horas de estrangulamento por objeto metálico apresentava com importante edema a jusante, porém sem sinais de necrose, uma vez que o torniquete gerado pelo ato havido dificultado somente a drenagem das veias superficiais dorsal e lateral, não obliterando a irrigação arterial. A retirada imediata do anel metálico possibilitou novamente o retorno da drenagem venoso e regressão do edema distal, porém em caso de insucesso poderia ocorrer a necrose do pênis por falta de aporte sanguíneo arterial devida a piora progressiva da estase venosa e do edema. A técnica empregada foi primordial, uma vez que evitando possíveis lesões como queimaduras térmicas ou elétricas e preservando a função genitourinária do paciente.

Palavras-Chave: estrangulamento peniano anel metálico.

INTRODUÇÃO

O estrangulamento peniano, embora infrequente na realidade clínica, é uma emergência e um desafio para o cirurgião. Apesar de o diagnóstico ser evidente na maioria dos casos, a demora na procura do atendimento médico se torna um fator agravante, influenciando diretamente na gravidade do caso.¹

Nesse contexto, a dificuldade na abordagem do caso é consoante à natureza do objeto constritor, bem como as repercussões causadas pela compressão podem variar de obstruções circulatórias com pequeno impacto a danos circulatórios significativos, como a necrose tecidual isquêmica.²

FIGURA 1



Fonte: Arquivo Pessoal.

Assim, o cirurgião deve encontrar a melhor maneira de remover o objeto constritor e reparar as lesões associadas, através de uma conduta que obtenha bons resultados estéticos e a preservação da função gênito-urinária.

RELATO CASO

Paciente de 41 anos, natural e procedente de Frutal/MG, em situação de rua, encaminhado ao Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da UFTM relatando ter inserido um objeto metálico em base peniana, há 25 horas, resultando em estrangulamento do órgão. Ainda em Frutal, foi realizada abordagem não especificada para retirada do objeto, sob raquianestesia, no entanto não houve sucesso.

O paciente negava no momento da admissão dor local, disúria ou outras queixas urinárias e ao exame físico da região urogenital, apresentava pênis edemaciado com estrangulamento em base peniana por anel metálico (Figura 1), medindo cerca de 3 cm de largura e 3 mm de espessura e sem sinais de trauma. A princípio, foi solicitada a avaliação da unidade de urologia que optou pela retirada imediata do objeto constritor.

O paciente foi levado à sala de procedimento onde foi realizada a retirada do objeto com o auxílio de um fio de algodão sob anestesia local. A técnica empregada consiste em deslizar o fio por baixo do anel, sendo a extremidade distal enrolada ao redor do eixo peniano e a extremidade proximal tracionada, o que faz com que o anel deslize, progressivamente, em direção à glande do pênis, até ser retirado (Figura 2 e 3).³

O paciente evoluiu bem no pós-procedimento, com diurese espontânea, sem disúria e apenas queixas algícas leves em haste peniana, já no segundo dia após o procedimento, sem demais queixas urinárias, recebeu alta hospitalar e foi orientado a realizar seguimento ambulatorial.

DISCUSSÃO

O estrangulamento peniano foi relatado pela primeira vez em 1755 e desde então, casos esporádicos têm sido relatados na literatura que descrevem uma variedade de corpos estranhos constritores inseridos no pênis. O aprisionamento ou estrangulamento do pênis geralmente está associado a uma tentativa de melhorar o ato sexual, manter uma ereção prolongada ou de aumentar o tamanho do órgão.²

O objeto constritor se torna um torniquete incompleto, que permite a irrigação arterial, mas leva à estase venosa, provocando aumento da circunferência do pênis e dificultando a drenagem das veias superficiais dorsal e lateral. O edema distal ao estrangulamento torna o objeto difícil de remover e, à medida que a congestão venosa progride, o pênis recebe menos fluxo sanguíneo arterial, levando à isquemia e, em período prolongado, à necrose.⁴

FIGURA 2



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3



Fonte: Arquivo Pessoal.

O tratamento precoce é essencial para evitar lesões isquêmicas e para escolher a melhor abordagem deve-se levar em conta o tipo de material do objeto, a gravidade da lesão peniana e a disponibilidade de instrumental cirúrgico.⁵

Nesse caso, por se tratar de um objeto metálico e resistente, optou-se por utilizar a técnica de remoção com fio.

CONCLUSÃO

Uma vez que o estrangulamento peniano havia sido feito há 25 horas da apresentação médica, o pênis encontrava-se edemaciado, mas sem sofrimento isquêmico grave.

Nesse caso, o grande desafio foi a retirada do anel metálico, por se tratar de um objeto de material resistente não foi possível cortá-lo e outras ferramentas poderiam acarretar em lesões como queimaduras térmicas ou elétricas. Sendo assim, a técnica de remoção com fio se mostrou a melhor opção por possibilitar a remoção do objeto, preservando a função genit urinária do paciente e não provocando maiores lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patel NH, Schulman A, Bloom J, Uppaluri N, Iorga M, Parikh S, et al. Penile and Scrotal Strangulation due to Metal Rings: Case Reports and a Review of the Literature. *Case Reports in Surgery*. 2018; 2018:1-4
2. Vyas KN, Solanki MI. Penile strangulation by a metal ring: an easy and unique thread method for removal of the ring. *International Surgery Journal*. 2019; 6(2):623-626
3. Alkizim FO, Kanyata D, Githaiga J, Oliech J. Penile incarceration-A tight affair. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2015; 17:5-7
4. Yeast C, Marks J, Huynh D, Johnson G, Wakefield M. Penile Strangulation: A Case Report and Novel Management Strategy. *SM Journal of Urology*. 2015; 1:1-3
5. Kumar P, Lavania P. Penile Strangulation due to a Metallic Foreign Body: A Case Report. *Surgery: Current Research*. 2019; 8:3

Linfoma de Bexiga – Relato de Caso e Revisão da Literatura

Rodrigo Spínola e Silva^{2 3*}, Denilson Santos Custódio¹, Jose Julio Sicard^{2 3}, Siliyizeth Gomez Restrepo^{2 3}, Alexandre Fonseca de Castro⁴

Serviço de Urologia do Hospital Felício Rocho - Belo Horizonte - MG

- 1) Urologista do Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte, MG
- 2) Residentes de Urologia do Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte, MG
- 3) Pós Graduação Feluma (Ciências Médicas, MG)
- 4) Oncologista clínico da ONCOMED, Instituto Orizonti e Hospital Felício Rocho – Belo Horizonte

Correspondência*: Rua Luis Aponi, 40, Apt 146.
Vila Príncipe de Gales
Santo André, SP
CEP: 09060-570
rodspinola@hotmail.com

RESUMO

Antecedentes: O linfoma de bexiga é uma condição rara, responsável por apenas 0,2 % dos linfomas não-Hodgkin extranodais, existindo pouco dados na literatura. Apresenta prognóstico favorável se identificado precocemente e realizado tratamento adequado.

Apresentação do Caso: Paciente do sexo masculino, 74 anos, com relato de hematúria macroscópica há 2 meses, associado à disúria. A ultrassonografia de vias urinárias mostrava espessamento da parede posterior da bexiga com até 30 mm, em uma extensão de cerca de 7cm. A tomografia de abdome total mostrava acentuado espessamento da parede póstero inferior da bexiga, estendendo-se para as paredes laterais, determinando redução dos meatos ureterais e hidronefrose bilateral, além de linfonodos com até 3,0 cm em cadeias ilíacas comum, interna e externa a direita. Exames laboratoriais com alteração da função renal. Diagnóstico presumido inicial era de tumor urotelial invasivo. Foi submetido à cistoscopia, que evidenciou abaulamento proeminente na parede póstero lateral esquerda, com mucosa íntegra e sem qualquer tipo de lesão vegetante ou ulcerada. Foi então realizada ressecção, porém o anátomo patológico não mostrou presença de tecido

neoplásico. Optou-se então por inguinotomia com realização de biópsia da massa tumoral. O laudo histopatológico com imuno-histoquímica havia expressão de CD20, BCL2, CD23 e negatividade para ciclina D1, CD10, CD3 e SOX10, demonstrando se tratar de um linfoma linfocítico de pequenas células. Iniciou quimioterapia com o esquema RCHOP, com melhora da função renal. A TC de abdome e pelve, comparativamente a exames pré-Tratamento evidenciou regressão parcial da lesão vesical e regressão completa das linfonodomegalias e da dilatação ureteropélvica.

Conclusões: Os linfomas de bexiga são uma entidade rara. Estes tumores apresentam um bom prognóstico, se detectados em estágios mais iniciais, sendo assim importante o conhecimento da doença dentro da procura diagnóstica da hematúria associada a espessamento vesical.

Palavras-Chave: Linfoma de bexiga, Hematúria, Cistoscopia.

INTRODUÇÃO

O Linfoma Maligno é um tumor que se desenvolve nos tecidos linfóides e pode se originar em várias partes do corpo. No aparelho urogenital, o número de linfomas é relativamente pequeno e raramente ele ocorre na bexiga⁵. O linfoma de bexiga foi descrito pela primeira vez em 1885 por Eve e Chaffney, e desde então existem poucos relatos do mesmo na literatura. A apresentação clínica desses linfomas pode se dar de 3 formas: casos primários na bexiga, casos que ocorrem na bexiga como manifestação primária de uma doença sistêmica e casos secundários com história clínica de linfoma maligno prévio em outro sítio^{6,10}. O linfoma primário que ocorre isoladamente na bexiga sem evidência de doença detectável em outros lugares é uma condição rara, responsável por apenas 0,2 % dos linfomas não-Hodgkin extranodais e menos de 1% de todos os tumores primários da bexiga^{3,6}.

Esta patologia ocorre predominantemente na faixa etária entre 40 e 70 anos, e no sexo feminino. A hematúria é o sintoma habitual nos linfomas da bexiga e geralmente é acompanhada de polaciúria e disúria^{1,11}. O diagnóstico pode ser suspeitado por exames de imagem, mas é exclusivamente histológico, e o subtipo mais comum é o linfoma de zona marginal extranodal de baixo grau / tecido linfóide associado à mucosa (MALT). No geral, o linfoma da bexiga tem um prognóstico favorável quando comparado a outros tipos de câncer de bexiga⁶. Devido ao pequeno número de casos relatados de linfoma primário da bexiga, não existe uma padronização no tratamento, passando pelo tratamento cirúrgico, radioterápico e pela quimioterapia, variando conforme o estágio da doença². No presente trabalho relatamos o caso de um paciente do sexo masculino de 74 anos, com diagnóstico de linfoma de bexiga e realizamos uma revisão bibliográfica acerca do tema.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 74 anos, encaminhado ao Serviço de Urologia do Hospital Felício Rocho em Agosto de 2019 com relato de hematúria macroscópica há 2 meses, associado também à disúria mais recentemente. Na história pregressa apresentava hipertensão arterial, diabetes mal controlado e hipotireoidismo. Sem histórico de tabagismo ou história familiar para neoplasias. A ultrassonografia de vias urinárias mostrava espessamento da parede posterior da bexiga com até 30 mm. A tomografia de abdômen total mostrava acentuado espessamento da parede pósterio inferior da bexiga, estendendo-se para as paredes laterais, determinando redução dos meatos ureterais e hidronefrose bilateral, além de linfonodos com até 3,0 cm em cadeias ilíacas comum,

interna e externa a direita. Exames laboratoriais com alteração da função renal (creatinina 1,48 mg/dl / ureia de 63 mg/dl) e hiperglicemia (glicemia de jejum de 364 mg/dl e Hemoglobina Glicada de 14,3%). Exame de Urina Rotina confirmava campos repletos de Hemácias e Urocultura sem evidência de infecção. Sem mais alterações relevantes nos exames laboratoriais.

A ressonância nuclear magnética de abdome e pelve mostrava lesão expansiva infiltrativa vesical, acometendo parede posterior, lateral esquerda e domo da bexiga. Tal lesão mostrava infiltração transmural com invasão direta das vesículas seminais, da reflexão peritoneal, da fáscia mesorretal e da fáscia umbilical-vesical, além de linfonodomegalias em cadeias obturadoras e ilíacas externas bilaterais e ilíaca comum a direita. (Figura 1).

O restante do estadiamento sistêmico com tomografia do tórax e cintilografia óssea não mostraram alterações importantes.

O paciente foi submetido então à uretroscopia, que evidenciou abaulamento proeminente na parede pósterio lateral esquerda, com mucosa íntegra e sem qualquer tipo de lesão vegetante ou ulcerada. Foi então realizada ressecção transuretral de tecido em profundidade desse segmento e as amostras enviadas para avaliação histopatológica. O exame anátomo patológico (HE e imunohistoquímica) não mostrou presença de tecido neoplásico. Optou-se então por inguinotomia (que evidenciou linfonodos aumentados de tamanho e aderidos aos vasos ilíacos) e realização de biópsia da massa tumoral. O laudo histopatológico com imunohistoquímica mostrou tratar-se de neoplasia linfóide com expressão de CD20, BCL2, CD23 e negatividade para ciclina D1, CD10, CD3 e SOX10. Houve uma imunoexpressão focal de BCL-6 e o ki-67 foi de 30%. A conclusão é que se tratava de um linfoma linfocítico de pequenas células.

Foi iniciada quimioterapia com o esquema R-CHOP, com toxicidade hematológica e sepse de foco urinário após o primeiro ciclo. Resolvido com medidas de suporte clínico. A partir do 2 ciclo o esquema foi modificado para R-COP devido à toxicidade hematológica e o paciente evoluiu bem, sem intercorrências. Após o término do 3º ciclo o paciente foi submetido a novos exames de imagem para avaliação de resposta, que mostraram regressão parcial da lesão vesical e regressão completa das linfonodomegalias e da dilatação ureteropélvica. (Figura 2). Atualmente ainda em tratamento, vem evoluindo bem do ponto de vista clínico, oncológico e hematológico.

FIGURA 1

RNM de Abdome e Pelve com tumor em parede pósterolateral esquerda com infiltração transmural e de órgãos adjacentes.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

TC de Abdome e Pelve evidenciando regressão importante do tumor em parede pósterolateral esquerda, visto pela diminuição importante do espessamento vesical nesta localização.



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

Os tumores de bexiga não uroteliais representam menos de 10% dos tumores de bexiga e entre eles estão: tumores de células escamosas, adenocarcinoma, carcinoma neuroendócrino de pequenas células, sarcoma e linfoma epiteliomas⁸.

Linfoma é um termo geral utilizado para tumores malignos derivados de células que compõem o tecido linfóide e, em grosso modo, são classificados em dois grupos: Linfomas de Hodgkin e Linfomas não-Hodgkin. Sabe-se que os linfomas não-Hodgkin podem se originar em todos os órgãos, além dos linfonodos. O linfoma acometendo a bexiga é raro, e representa menos de 0,5% dos tumores da bexiga. Eles podem se apresentar de 3 formas: Aproximadamente 17% ocorrem na forma primária, 47% na forma não localizada, como sinal de doença sistêmica e 36% na forma secundária⁸.

O linfoma primário da bexiga é, portanto, uma doença extremamente rara, responsável por cerca de 0,2% dos tumores primários da bexiga^{5,7}. A rara ocorrência dessa neoplasia é consequência do fato de não haver folículos germinais ou tecido linfóide em desenvolvimento na bexiga urinária. Por este motivo, a etiologia de tais malignidades permanece desconhecida. A principal hipótese encontrada na literatura é de que esses linfomas poderiam se desenvolver a partir de uma cistite pré-existente: 22 a 40% dos casos notificados foram precedidos por cistite crônica^{7,12}. A ocorrência de envolvimento secundário da bexiga por linfoma sistêmico é mais comum que o envolvimento primário, porém é um evento

tardio e associado a um pior prognóstico. Estudos por meio de autópsias mostraram envolvimento da bexiga no linfoma não Hodgkin sistêmico em 10% a 20% dos casos¹¹.

Aparentemente as mulheres apresentam linfoma da bexiga com mais frequência do que homens, com uma proporção homem - mulher de 1:6,5⁵. Tal fato é associado à maior incidência de cistite de repetição em mulheres. O linfoma de bexiga ocorre geralmente por volta da 6ª década de vida, com uma idade média na apresentação de 64 anos^{6,7}. O caso descrito foge a essa tendência epidemiológica, relatada na literatura, tendo ocorrido em um homem de 74 anos, que está acima da média descrita.

A hematúria é o sintoma mais comum (61%), seguido por disúria (33%), noctúria e dor lombar, além disso aproximadamente 23% dos casos apresentam história de cistite crônica¹.

Os dados descritos, estão em concordância com a sintomatologia do paciente em questão, sendo a hematúria o sintoma que o levou a investigação diagnóstica. Além disso, o mesmo apresentou sintomas de LUTS irritativo na sua evolução clínica. Apesar de não ter relatado dor lombar, nosso paciente apresentava à TC achados de hidronefrose bilateral, sugerindo obstrução pelo tumor. Na literatura a obstrução ureteral pode acontecer em até 50% dos casos e muito disso se dá pela localização predominantemente em região póstero lateral / trigonal dos tumores⁹. Não há relato de cistite de repetição no paciente apresentado.

O diagnóstico de linfoma na bexiga depende de exames de imagem, cistoscopia e uma avaliação histopatológica completa do tecido biopsiado¹². Na avaliação radiológica, pode ser utilizado a tomografia ou a ressonância de pelve, e é comum encontrar formações nodulares que comprometem a parede da bexiga. Tipicamente observam-se lesões solitárias em 70% dos casos, lesões múltiplas em 20% e espessamento difuso da parede vesical em 10% dos casos^{3,8}. Os achados cistoscópicos geralmente não contribuem para o diagnóstico. A aparência pode ser confundida com o carcinoma urotelial ou as lesões podem ter apresentação submucosa, sendo visualizado apenas uma superfície abaulada com mucosa normal ou edemaciada à cistoscopia^{8,5}. Os linfomas de bexiga são localizados mais comumente nas paredes póstero laterais, mas outros locais incluem o domo e a região trigonal. A ulceração é rara no linfoma primário de bexiga, mas é frequentemente vista no linfoma de bexiga secundário^{8,12}. No caso relatado, foi realizado para o rastreamento diagnóstico uma tomografia de abdome e pelve, e a suspeita inicial era de um carcinoma urotelial localmente avançado. Por esse motivo, foi também solicitado uma tomografia de tórax e cintilografia óssea, para descartar metástases à distância. Os exames vieram sem alterações importantes, e então foi solicitado uma ressonância de abdome e pelve para melhor estudo locorregional da lesão, tais como invasão em tecidos adjacentes e linfonodos comprometidos. Os achados da RNM ainda mantinham a suspeita de um carcinoma urotelial com invasão local. Foi programada a ressecção transuretral de bexiga para amostragem histológica, porém à cistoscopia a mucosa vesical estava íntegra e abaulamento em parede póstero-lateral esquerda foi o único achado endoscópico. Foi então realizada a ressecção em profundidade nesta área.

Um diagnóstico definitivo é feito histopatologicamente, através de ressecção da lesão ou de amostras com profundidade o suficiente, nos casos de tumores submucosos⁵. O diagnóstico histológico diferencial é amplo e inclui neoplasias de origem celular diferentes como: carcinoma urotelial alto grau, carcinoma neuroendócrino de pequenas

células e linfomas. Desta forma, um amplo painel de imuno-histoquímica é indispensável para confirmar a origem do hemato linfóide⁸. A imuno-histoquímica para linfomas do tipo célula B rotineiramente é positiva para CD19, CD20 e CD21. Além disso, os linfomas de baixo grau podem ser positivos para marcadores como CD20, CD21 e CD43, enquanto os linfomas de alto grau estão correlacionados com os marcadores de células CD3, CD20 e CD30¹². O nosso paciente apresentava positividade para CD-20 e CD-23, porém negativo para CD-3, o que está relacionado a um linfoma de células B de baixo grau.

Uma vez realizado o diagnóstico de linfoma, a definição de linfoma primário da bexiga é feito na ausência de envolvimento de qualquer outro local nodal ou extranodal¹¹. Os linfomas do tipo MALT (tecido linfóide associado a mucosa) são as formas mais comuns de envolvimento primário da bexiga. O conceito MALT fornece um mecanismo pelo qual linfomas malignos podem se desenvolver na bexiga e em outros locais do corpo que normalmente não possuem tecido linfóide, após estimulação antigênica de longa data, tais como por infecção bacteriana, e daí sua associação com cistite crônica^{7,9}. Já no linfoma secundário é mais frequente o tipo difuso de grandes células B. Tipos histológicos adicionais observados incluem Linfoma de Burkitt, Linfoma de células T e Linfoma de Hodgkin³.

Uma vez identificado o tipo de Linfoma da Bexiga, é imprescindível fazer a distinção entre uma neoplasia indolente e de baixo grau versus uma malignidade agressiva e de alto grau, a fim de realizar o regime de tratamento mais adequado para esse paciente, para maximizar os resultados e minimizar a toxicidade^{7,12}. Para tal devemos considerar os sintomas clínicos e o estágio da doença. Pacientes com tumores de baixo grau respondem bem à terapia local e, como tal, a RTUB deve ser realizada inicialmente, principalmente para o diagnóstico tecidual. Se não houver doença residual após a ressecção para fins de diagnóstico, o acompanhamento é permitido. A radiação como tratamento primário ou adjuvante também foi bem-sucedida no tratamento desta patologia, no entanto, ela submete pacientes a efeitos colaterais aumentados em comparação com a ressecção transuretral isolada^{5,6}.

Para lesões de alto grau e tumores recorrentes de baixo grau, a escolha do tratamento sistêmico, quando indicado, deve ser individualizada, levando-se em conta características específicas do tumor como subtipo histológico, marcadores imunohistoquímicos, agressividade, estadiamento, entre outros. O esquema R-CHOP (Rituximabe, Ciclofosfamida, Daunorrubicina, Vincristina, Prednisolona) é um esquema utilizado em linfomas de alto grau, com boas taxas de resposta

e remissão completa^{6 12}. O papel da cistectomia radical ou parcial é pouco conhecido e só foi relatado esporadicamente. Quando da realização de cistectomia radical na maioria dos casos é necessária a realização de quimioterapia ou radiação adjuvante. Com base na eficácia da quimioterapia, a literatura recomenda que a Cistectomia seja reservada para circunstâncias únicas nas quais a terapia com R-CHOP não pode ser utilizada para lesões de alto grau⁶.

Em relação ao prognóstico, sabemos que as lesões de baixo grau são descritas como tendo um curso mais indolente e menos invasivo, com um prognóstico favorável. Os linfomas de bexiga de alto grau são mais agressivos e sem tratamento têm um prognóstico ruim.

A melhor estratégia para o seguimento dos pacientes com linfoma da bexiga permanece em debate. Alguns autores recomendam acompanhamento clínico, combinado com citologia urinária, cistoscopia com biópsia e exames pélvicos a cada seis meses por dois anos e posteriormente uma vez por ano⁷.

CONCLUSÃO

Os linfomas de bexiga são uma entidade rara, sobretudo na forma de apresentação primária da bexiga exclusiva. As taxas de resposta do linfoma primário da bexiga às terapias propostas têm sido relatadas como favoráveis, e com um bom prognóstico, particularmente se detectados em estágios mais iniciais. Já os linfomas não localizados e secundários (recorrentes) apresentam um pior prognóstico. Por esse motivo, os profissionais devem conhecer essa entidade, sua apresentação e sua correta classificação, para estabelecer um diagnóstico precoce e tratamento adequado em tempo hábil. A participação de equipe multidisciplinar no manejo desses pacientes é fundamental (oncologista clínico, urologista, patologista, radiologista, etc). A padronização do tratamento é difícil devido aos poucos casos em todo o mundo. Portanto, mais estudos se fazem necessários para delinear algoritmos de tratamento adequados para otimizar o controle da doença e a toxicidade sistêmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hughes M, Morrison A and Jackson R. Primary bladder lymphoma: management and outcome of 12 patients with a review of the literature. *Leukemia & lymphoma*, June 2005; 46(6): 873 – 877.
2. Figueroa-Sandoval F, Peña-Peña P. Primary bladder lymphoma. *Rev Hematol Mex* 2014;15:76-79.
3. Johnson MH, Nepple KG and Humphrey PA. Bladder Lymphoma. *Journal of Urology*. Vol. 188, 269-270, July 2012
4. Álvarez CA et al. Linfoma No Hodgkin B de célula grande primario de Vejiga. Presentación de un caso. *Actas Urol Esp* 2005; 29 (8): 902-904.
5. Suzuki Jin, Tsuchiya Norihiko and Hiroya Otake. A case of primary malignant bladder lymphoma diagnosed by RTUB. *Journal of Urology* 109 (1): 45-49, 2018).
6. Sellman DP, Simpson WG, Klaassen Z, Jen RP, DiBianco JM, Reinstatler L, et al. Characterization and outcomes of local treatment for primary bladder lymphoma: A population-based cohort analysis. *Urol Ann* 2018;10:249-53.
7. Combaz N, Kuhn A. Case Report about a Primary Bladder Lymphoma. *Int Arch Urol Complic*. 3:030. doi. org/10.23937/2469-5742/1510030. (2017).A. Vásquez Franco et. Linfoma B difuso de células grandes de la vejiga Secundário. doi.org/10.1016/j.uroco.2015.09.011Antunes AA, Nesrallah, LJ e Srougi M. Linfoma não hodgkin da bexiga. *Int Braz J. Urol*. 2004; 30: 499-501.
8. Kim JH, Shim JS, Noh T, Jae Ahn H, Bae JH and Park JY. *World J Mens Health* 2012 August 30(2): 141-145.
9. Gupta NK, Pal DK. Systemic non-Hodgkin's lymphoma initially presenting as a bladder mass. *Urol Ann* 2017;9:285-7.
10. Simpson, et al.: Primary bladder diffuse large Bcell lymphoma. *Urology Annals* | Apr - Jun 2015 | Vol 7 | Issue 2