

Urominas

Revista Científica de Urologia da SBU-MG

Volume IX • Fascículo 9 • Setembro de 2021



Rabdomiossarcoma de Próstata - Pág. 32

• EDITORIAIS

- Educação Médica na Pandemia
- Impacto da Pandemia da COVID-19 Sobre a Educação Médica
- Impacto da Pandemia de COVID-19 nos Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG

• ARTIGOS

- Tratamento da Incontinência Urinária Masculina Pós Prostatectomia Radical
- Manejo do Adenoma Nefrogênico

• 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

Educação Médica na Pandemia.....	4
Impacto da Pandemia da COVID-19 Sobre a Educação Médica.....	5
Impacto da Pandemia de COVID-19 nos Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG.....	7

ARTIGOS

Atualização no Tratamento da Incontinência Urinária Masculina Pós Prostatectomia Radical: Qual a Melhor Opção?.....	9
Aspectos Clínicos, Diagnóstico e Manejo do Adenoma Nefrogênico.....	14

RELATOS DE CASO

Tumor no Rim em Ferradura - Tratamento Laparoscópico.....	18
Tumor Oncocítico Adrenocortical Produtor de Cortisol – Relato de Caso e Revisão de Literatura.....	21
Schwannoma de Cordão Espermatóico: Relato de Caso	23
Schwannoma Retroperitoneal: Um Relato de Caso.....	25
Rabdomiossarcoma de Próstata como Diagnóstico Diferencial de Hiperplasia Prostática Benigna – Relato de Caso.....	28
Metástase Cerebral de Tumor Primário Urotelial de Bexiga: Relato de Caso e Revisão de Literatura.....	31
Escroto Agudo Como Apresentação Atípica de Lipossarcoma Paratesticular: Um Relato de Caso.....	38
Abordagem Cirúrgica de Linfedema Genital Masculino: Relato de Caso.....	43

Educação Médica na Pandemia

Marcelo Esteves Chaves Campos, André Lopes Salazar

Editores chefes da Revista Urominas

Tradicionalmente o ensino operatório foi baseado no modelo Halstediano, em que os especialistas ensinam aos novatos usando o método “ver um, fazer um, ensinar um”.¹ Entretanto, nos últimos anos, observou-se uma mudança nos paradigmas da educação cirúrgica, com um aumento crescente na simulação como estratégia de aprendizagem.² A simulação recria particularidades de uma situação real, possibilitando integrar a teoria (conhecimentos) e a prática com múltiplas repetições (habilidades), com as atitudes do aprendiz.³ Assim, o treinamento simulado permite o desenvolvimento de competências médicas, em um ambiente sem riscos aos pacientes.¹⁻³

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (2014) definem competência como “a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis; é também a capacidade de ter iniciativas e ações que traduzam desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentem à prática profissional em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica”.⁴ Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde declarou pandemia de uma nova doença infecciosa, denominada coronavirus disease 19 (COVID-19), que pode ser considerada um dos maiores desafios já enfrentados pelos profissionais de saúde em todo o mundo.⁵ Diante disso, as autoridades mundiais de saúde recomendaram um período de isolamento social para frear o avanço da COVID-19, o que impossibilitou cirurgias e consultas eletivas.⁶ Esse isolamento social impactou diretamente a capacitação dos novos e dos futuros profissionais médicos, tornando o ensino por meio de modelos de simulação ainda mais necessário no desenvolvimento de competências para a prática médica.^{3,7}

Convidamos aos leitores da Revista Urominas a apreciarem os editoriais especiais dos professores Dr. Antônio Toledo Júnior e Dra. Marilene Vale de Castro Monteiro sobre o impacto da pandemia por COVID-19 no processo formativo de acadêmicos e residentes médicos. Nessa edição, contamos ainda com a colaboração de vários autores com relatos de casos, inclusive de doenças que foram agravadas

ou descobertas tardiamente devido ao cenário de pandemia em que vivemos. Esperamos que o conhecimento alcançado após a leitura dessa edição contribua no processo de desenvolvimento de competências na área de saúde, em especial, no contexto urológico!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campos MEC, Oliveira MMR, Reis AB, Assis LB, Iremashvili V. Development and validation a task-specific checklist for a microsurgical varicocelelectomy simulation model. *Int Braz J Urol.* 2020;46(5): 796-802.
2. Campos MEC, Oliveira MMR, Assis LB, Reis AB, Gonçalves FB. Validation of the Objective Structured Assessment of Technical Skill in Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2020; 66(3):328-333.
3. Campos MEC, Monteiro MVC, Kakehasi FM. Residency Training for Minimally Invasive Surgery. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2021 (In Press)
4. Brasil, Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução No 3, De 20 De Junho De 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. 2014.
5. Silva LE, Cohen RV, Rocha JLL, Hassel VMC, Von-Bahten LC. Elective surgeries in the “new normal” post-COVID-19 pandemic: to test or do not test? *Rev. Col. Bras. Cir.* 2020;47(1).
6. Correia MITD, Ramos RF, Von Bahten LC. The surgeons and the COVID-19 pandemic. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2020;47(1):1-6
7. Campos MEC. O Impacto da Pandemia de CoVID-19 na Urologia em Diferentes Perspectivas. *Urominas.* 2020; 8(7):5.

Impacto da Pandemia da COVID-19 Sobre a Educação Médica

Prof. Antonio Toledo Jr.

Médico Infectologista - Coordenador do Curso de Medicina da UNIFENAS-BH



A pandemia da COVID-19 é um evento com poucos paralelos na história. A referência mais próxima é a pandemia de Gripe de 1918, que assolou o mundo há pouco mais de um século. Apesar dos avanços da Medicina, como as técnicas de biologia molecular, os antibióticos, a terapia intensiva e as novas tecnologias de vacinas, que favorecem o combate à doença, a globalização, o tamanho da população mundial e as desigualdades socioeconômicas representam grandes desafios a serem vencidos.

A formação médica é longa e com grande componente prático. A prática não é apenas uma exigência legal, mas uma necessidade para a formação de bons profissionais. A educação médica contemporânea recomenda que os graduandos sejam inseridos em cenários de prática profissional desde o início do curso, como forma de aproximá-los da realidade da assistência, buscando formar médicos comprometidos com as necessidades individuais e coletivas da sociedade. Ao longo do curso, as práticas em laboratório, como anatomia e histologia,

são substituídas pelo atendimento ambulatorial e, posteriormente, pelos internatos, hospitalares e/ou ambulatoriais. A utilização de laboratórios de simulação, outra recomendação relativamente recente na educação médica, ainda não é uma realidade para muitas instituições e não supre a necessidade do treinamento em cenários reais.

O atendimento permite aos alunos aprimorarem as habilidades de comunicação, a coleta e o registro da história clínica e a realização do exame físico. Além disso, a exposição a diferentes casos clínicos permite a formação e a consolidação de scripts de doenças, passo essencial no desenvolvimento do raciocínio clínico. Não poderia deixar de mencionar, o aprimoramento de habilidades sociocomportamentais, como a inteligência emocional, a empatia, o trabalho em equipe e a liderança. Na residência médica (ou especialização), que se caracteriza por “treinamento em serviço”, a prática é a essência da formação. É o momento de aprimoramento e de consolidação, cuja qualidade é influenciada por diversos fatores, entre eles, o número de atendimentos e procedimentos.

Os últimos 18 meses foram desafiadores para o sistema de saúde e para educação. Na educação, assim como em outras áreas, as diferenças e as dificuldades sociais foram acentuadas pela pandemia. As aulas presenciais permaneceram suspensas a maior parte desse tempo. Apesar das aulas teóricas terem sido substituídas por aulas remotas, as práticas, principalmente ambulatoriais, permaneceram suspensas. Além disso, as restrições de circulação, a necessidade de isolamento e o medo da COVID-19 reduziram significativamente a oferta e a demanda de consultas e cirurgias eletivas.

Os cursos da área da saúde, de modo geral, retornaram às aulas antes dos demais, principalmente os internatos e estágios obrigatórios, pela necessidade de recursos humanos frente à sobrecarga do sistema de saúde inerente a uma pandemia. Entretanto, esse retorno não quer dizer que os alunos e residentes tiveram a mesma oportunidade de aprendizado que teriam antes, principalmente pela “escassez” de outras doenças. Além disso, a possibilidade de antecipação da

colação de grau, também reduziu o tempo de formação dos alunos.

Dessa forma, a pandemia da COVID-19 gerou uma lacuna na formação de estudantes e de residentes. Ficam duas perguntas a serem respondidas. Qual o impacto dessa lacuna sobre a formação dos futuros médicos? Como resolver ou minimizar esse problema?

Respondendo a primeira pergunta, o impacto depende do momento do curso. Os alunos do primeiro ciclo da graduação são o grupo menos prejudicado, pois terão tempo suficiente para recuperação do déficit de aprendizado. Os alunos do ciclo clínico, principalmente do quarto ano, são o grupo que necessitam de mais atenção, pois haverá menos tempo para recuperação das lacunas, principalmente se houver a manutenção da possibilidade da antecipação da colação de grau. Os alunos que já estavam nos internatos no ano passado tinham a formação mais consolidada e são os menos prejudicados. Esse cenário pode ser transposto para os programas de residência médica, apesar da duração menor. Os especialistas no início do programa terão um tempo menor de formação e os que estavam no final da residência são os menos prejudicados. A consequência clara disso são estudantes e médicos menos habilitados e menos experientes, mas preparados para se desenvolver.

Essa realidade perdurará por 2 ou 3 anos, caso a tendência de controle da pandemia se mantenha e não ocorra uma terceira onda. A retomada das aulas práticas no segundo trimestre deste ano mostrou alunos ávidos e com curva de aprendizado mais rápida que o esperado. Será necessário identificar as suas deficiências e ofertar oportunidades de recuperação, principalmente em relação às habilidades e às competências clínicas. Atividades paralelas, cursos de curta duração, uso de equipes mescladas, com membros mais e menos experientes, são estratégias que podem ser adotadas pelos cursos de medicina, pelos programas de residência e pelos serviços médicos.

Essa realidade foi imposta à medicina. Caberá aos educadores, coordenadores de residência e gestores de atenção, trabalhar conjuntamente, diagnosticar e traçar estratégias para preencher as lacunas provocadas pelo desastre da pandemia da COVID-19!

Impacto da Pandemia de COVID-19 nos Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da UFMG

Marilene Vale de Castro Monteiro

Médica Ginecologista. Coordenadora da Comissão de Residência Médica (COREME) do Hospital das Clínicas da UFMG.



Os impactos da pandemia de COVID-19 foram importantes em vários setores da saúde, mas acredito que foi muito maior no ensino médico. Ocorreram mudanças imprevisíveis e que não temos como avaliar o impacto em longo prazo, principalmente nos futuros médicos e especialistas.

Nas residências médicas, podemos observar diferentes impactos quando classificamos os programas de residência (PRM) em clínicos e cirúrgicos. Mas de maneira geral, a assimilação de competências, próprias de cada especialidade, foi impactada pela pandemia. Tanto os preceptores quanto os residentes perceberam que a capacitação, no último ano de cada programa de residência, não foi completa. Mesmo assim, aproximadamente 75% dos residentes do Hospital das Clínicas que formaram em 28/02/2021 não quiseram solicitar prorrogação dos seus respectivos programas. Esse percentual foi semelhante ao observado na consulta realizada pela Comissão Nacional de Residência Médica com todos os residentes do Brasil, no final de 2020. O Hospital das Clínicas forma 238 médicos residentes por ano, de 69 especialidades diferentes.

Os PRM clínicos foram muito sobrecarregados na fase de pico da pandemia, tanto para os residentes quanto para toda equipe multidisciplinar que estavam na linha de frente dos atendimentos dos infectados pelo COVID-19. Muitos residentes foram afastados por infecção ou suspeita clínica de COVID-19, e vários profissionais de saúde foram afastados por situação de vulnerabilidade frente à pandemia. O Hospital das Clínicas teve que se adaptar à maior demanda de atendimentos por síndrome respiratória e adequação das escalas de trabalho por falta de servidores afastados. Se por um lado esses jovens residentes tiveram a oportunidade de vivenciar o enfrentamento de uma pandemia; por outro lado, algumas atividades práticas não foram realizadas ou foram incompletas devido à suspensão de atendimentos eletivos, principalmente de abril a dezembro de 2020. As atividades teóricas assimilaram o formato online, com carga horária semanal de até 6 horas, facilitando o acesso a todos e adaptando-se adaptando às orientações ou medidas de distanciamento. As subespecialidades clínicas participaram da linha de frente dos atendimentos, mas em menor proporção comparativamente com Clínica Médica, Medicina Intensiva e Pneumologia. Contudo, não puderam completar a capacitação em áreas muito específicas, porque essas tiveram os atendimentos e procedimentos eletivos suspensos.

Os PRM cirúrgicos, sem a menor dúvida, foram os mais impactados. As cirurgias eletivas foram suspensas desde o início da pandemia. Vários setores dos blocos cirúrgicos foram, provisoriamente, adaptados para unidades intensivas pela necessidade de aumento de leitos. Houve maior necessidade de medicações anestésicas e sedativas para as unidades intensivas e, com isso, foi estendido o período de suspensão das cirurgias eletivas. Essas situações foram vivenciadas por todos os hospitais, públicos e privados, e por esse motivo não havia como pensar em estágios optativos para os residentes. Como capacitar cirurgiões sem atividades de bloco cirúrgico?

Os laboratórios de simulação clínica e cirúrgica do Hospital das Clínicas não puderam ser utilizados no pico da pandemia, por motivos epidemiológicos. Mas desde a

liberação dos atendimentos eletivos, e principalmente após a vacinação de todo corpo clínico do hospital, temos incrementado as atividades desses laboratórios, principalmente as atividades chamadas de dry lab. Mas, infelizmente, não podemos achar que esses laboratórios irão repor todas as habilidades necessárias durante a capacitação dos residentes. Mas eles são importantes como estratégias de aprendizado.

Apesar de todo o contexto da pandemia, em março de 2021 novos residentes médicos iniciaram os PRM, sentindo o impacto da pandemia, mesmo que em menor intensidade que em 2020. Os supervisores e preceptores dos PRM estão sendo desafiados a cumprir as matrizes de competência de cada PRM e continuarem a capacitação dos residentes, tanto daqueles que tiveram grande perda em 2020 e que hoje são R2 e R3; quanto dos novos residentes. São desafios que a pandemia de COVID-19 trouxe para o ensino na residência médica.

Resiliência e compromisso são as palavras que, de forma simplista, definem a atuação dos preceptores e residentes médicos durante a pandemia. Os preceptores dos PRM sentem a responsabilidade de entregar à sociedade médicos capacitados para atender e ajudar a população do nosso país; sensibilizados com as transformações e experiências vividas desde o início da pandemia. Essas experiências também trouxeram sensibilidade e amadurecimento para os residentes que agora estão atuando como médicos especialistas.

Atualização no Tratamento da Incontinência Urinária Masculina Pós Prostatectomia Radical: Qual a Melhor Opção?

Antônio Peixoto de Lucena Cunha^{*1}, Aída Lourandes Costa Silva², Anna Luísa Moreira Melo², Lawrence Pascoal Junqueira³, João Roberto Farias de Souza², Fabricio Leite de Carvalho⁴

Hospital Universitário Ciências Médicas - HUCM ; Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG, Belo Horizonte - MG

1) Urologista; Mestre; Professor de Urologia da FCMMG; Coordenador do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

2) Acadêmico (a) de Medicina da FCMMG

3) Urologista, Membro Aspirante da Sociedade Brasileira de Urologia

4) Doutor em Urologia pela Universidade de São Paulo; Professor Adjunto de Urologia da FCMMG; Assistente do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

RESUMO

Introdução: A incontinência urinária pós prostatectomia radical apresenta impacto negativo significativo na qualidade de vida dos pacientes. Para amenizar suas consequências diversas terapias têm sido desenvolvidas ao longo dos anos. **Objetivo:** Avaliar as diferentes abordagens terapêuticas para a incontinência urinária pós prostatectomia radical. **Métodos:** Foi realizada uma busca de artigos no banco de dados PubMed no período de 2015-2021 utilizando as seguintes palavras-chaves: “Urinary incontinence”, “Prostatectomy”, “Sling” e “Artificial Urinary Sphincter”. **Resultados:** A prostatectomia radical é a principal causa de incontinência urinária em pacientes do sexo masculino e sua abordagem terapêutica envolve medidas conservadoras e cirúrgicas. Foram selecionados artigos que compararam a eficácia, as complicações, indicações e contra-indicações dos diferentes tipos de tratamento para a incontinência urinária pós prostatectomia radical. **Conclusão:** A seleção cuidadosa da melhor opção de tratamento é fundamental no resultado de cada paciente. Terapias conservadoras têm sido tradicionalmente a primeira opção de tratamento na maioria dos pacientes, embora apresentem taxas de sucesso variáveis. Quando há falha nesta abordagem, a terapia cirúrgica deve ser sempre considerada.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) é uma complicação pós operatória possível após a prostatectomia radical (PR) e possui importante impacto na qualidade de vida (QV), por afetar a autoestima, as atividades sociais diárias e as relações sexuais/íntimas, além de estar associada a quadros clínicos de depressão¹. A incidência estimada de incontinência urinária pós-prostatectomia radical (IUPPR) pode variar de 7% a 39,5% para a técnica radical aberta, de 5% a 33,3% para prostatectomia videolaparoscópica convencional e de 4% a 31% para prostatectomia videolaparoscópica robótica².

Sua principal causa é a deficiência esfinteriana, consequência do trauma cirúrgico. Nesta situação, estima-se que 70 a 90% dos homens apresentem algum grau de deficiência esfinteriana nas primeiras semanas após a cirurgia. Outras causas podem ou não estar associadas, sendo as mais comuns a capacidade vesical diminuída, a hiperatividade detrusora e o déficit de complacência, presentes em cerca de 10 a 25% dos pacientes³.

A avaliação inicial de cada paciente inclui a estratificação do grau da IU através do Pad Test e da avaliação do impacto

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

Rua Espírito Santo, 1204
Salas 905/907
CEP: 30.160-031
Belo Horizonte, MG
antoniopeixoto.urologia@gmail.com

Palavras-Chave:

Incontinência urinária.
Prostatectomia. Sling. Esfíncter
urinário artificial.

da IU na sua Qualidade de Vida (QV). Estas informações serão determinantes para o tratamento e orientarão a conduta a partir de uma decisão compartilhada⁴. Em geral, o tratamento conservador é indicado para pacientes com a IU até 12 meses da PR, uma vez que pode ocorrer melhora espontânea nesse período. Entretanto, nos casos de IU grave, sem melhora progressiva nos primeiros 6 meses pós PR, tratamentos invasivos já podem ser considerados⁴.

O presente estudo tem por objetivo acessar a literatura recentemente publicada sobre as modalidades terapêuticas disponíveis para tratamento de IUPPR em decorrência de disfunção esfincteriana.

MÉTODOS

Este é um estudo de revisão de literatura narrativa realizado por meio de pesquisa eletrônica abrangente no banco de dados PubMed. Foram incluídos na amostra os artigos em inglês publicados em periódicos indexados entre janeiro de 2015 e março de 2021. Excluímos da análise os relatos de caso, editoriais, comentários, cartas ou notícias. Os descritores utilizados foram: “Urinary Incontinence”, “Prostatectomy”, “Male Sling” e “Urinary Sphincter, Artificial”.

RESULTADOS

Tratamento Conservador

Ainda que seja comum a IU após a retirada da sonda vesical, a maioria dos homens submetidos à PR pode alcançar espontaneamente a continência urinária em 12 meses⁵. Desta forma, as diretrizes mais recentes sobre o tema, incluindo as da American Urological Association (AUA), recomendam o tratamento conservador neste período através do Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico e/ou farmacoterapia⁵.

Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico

O Treinamento Muscular do Assoalho Pélvico (TMAP) é o tratamento mais frequentemente utilizado como abordagem conservadora da IUPPR. Esta técnica de fisioterapia, que pode ou não usar Biofeedback, consiste no treinamento de contrações volitivas e repetidas dos músculos do assoalho pélvico de modo a aumentar a força e a eficiência destes durante o aumento da pressão intra-abdominal, bem como contribuir para a inibição da hiperatividade detrusora⁶.

Apesar de mostrarem benefício a curto prazo, duas publicações de 2015 apontam divergências nos resultados no que se

concerne às taxas de sucesso a longo prazo. Em uma metanálise realizada com ensaios clínicos randomizados, Fernandez et al. demonstraram que há melhora significativa nas taxas globais de continência tanto precoce como tardiamente. Neste estudo, 88,2 % e 94,6% dos pacientes mostraram-se continentes respectivamente aos 6 e 12 meses, em contraponto aos 59,3% e 78,4% dos controles nos mesmos períodos ($p=0,14$ vs $p=0,01$)⁷. Todavia, em uma revisão sistemática Anderson et al. concluíram não haver diferença significativa entre os grupos avaliados após um ano de tratamento, posto que 57% e 62% dos pacientes tratados e não tratados permaneceram incontinentes, respectivamente (RR 0.85, 95% CI 0.60 a 1.22)⁶. Estes dados corroboram com estudos prévios que sugerem a importância do TMAP em antecipar o tempo até se atingir a continência, porém aparentemente sem impactar no resultado final aos 12 meses.

Farmacoterapia

Sintomas urinários como polaciúria, noctúria, urgência miccional e principalmente incontinência urinária de urgência, por se tratarem de sintomas frequentemente associados a Bexiga Hiperativa, não foram discutidos nesta revisão. Seu tratamento, portanto, deve seguir as diretrizes de Bexiga Hiperativa em adultos¹.

Poucos estudos para avaliação da eficácia do tratamento medicamentoso na IUPPR de origem esfincteriana foram publicados no período de abrangência da nossa pesquisa. Em uma publicação recente, Kotecha et al. avaliaram que o uso da Duloxetina em IUPPR é capaz de promover melhora a curto prazo 8. Nesta revisão sistemática, 58% e 61% dos pacientes apresentaram cura ou melhora momentâneas após um período médio de um a nove meses de tratamento, respectivamente. Vários fatores parecem contribuir para o insucesso desta forma de abordagem, entretanto efeitos adversos parecem ser um dos principais motivos para descontinuidade do tratamento. Até o presente momento, não há ensaios clínicos suficientes para avaliação dos resultados a longo prazo⁸.

Tratamento Cirúrgico

Atualmente duas formas de tratamento cirúrgico têm sido mais frequentemente usadas: o Esfíncter Urinário Artificial (EUA) e o Sling Masculino (SM). A melhor forma de seleção dos pacientes para uma ou outra técnica ainda não está totalmente definida, entretanto a gravidade da IU deve ser sempre considerada para esta estratificação⁹.

Esfíncter Urinário Artificial

Consiste no implante cirúrgico de um dispositivo em que

o paciente, para iniciar a micção, deverá realizar a descompressão de um manguito (cuff) que circunda a uretra bulbar pressionando digitalmente uma válvula (pump) na bolsa testicular 10. Apesar das elevadas taxas de sucesso e satisfação global do paciente, os estudos mais antigos mostram taxas não desprezíveis de necessidade de revisão e de retirada do dispositivo, variando entre 8-45% e 7-17% respectivamente^{11,12,13,14}.

Neste sentido, apesar dos progressos no refinamento da técnica de implantação e do maior conhecimento atual, as taxas de complicações parecem não ter sofrido grandes mudanças ao longo do tempo. Os resultados de estudos mais recentes mostram taxas de falha mecânica e erosão de uretra ou infecção variando entre 6 a 33 e 5 a 16,5%, respectivamente^{15,16}. Além disso, cerca de 10% dos pacientes necessitarão de retirada do dispositivo¹⁷.

Radioterapia prévia tem sido considerada um fator de risco que pode impactar os resultados após a implantação do EUA^{5,17}. A sua inserção em pacientes irradiados deve ser previamente esclarecida quanto ao potencial comprometimento funcional e risco aumentado de complicações, mesmo que cerca de 66% dos pacientes irradiados demonstrem melhora significativa da continência após o implante do EUA⁵. Um estudo de coorte publicado em 2017 comparando esses parâmetros mostrou taxas de continência ainda inferiores nesta situação, já que 89% dos pacientes não irradiados se tornaram continentes após o implante em contraponto aos 56% no grupo irradiado¹⁸.

EUA pode ser considerado como uma alternativa de tratamento “de resgate” naqueles pacientes que falharam ao atingir continência após implante primário de SM. Ajay et al., ao compararem os resultados após EUA de salvamento e SM transobturatório secundário em pacientes após falha de um implante primário de outro SM, encontraram uma taxa de insucesso de 6% e de 55%, respectivamente ($p<0.01$). Estes dados sugerem que o EUA talvez seja a melhor opção de terapia para pacientes nos quais um SM inicial falhou¹⁹.

Atualmente, a despeito de ainda ser considerado o “padrão ouro” para tratamento cirúrgico da IUPPR, o custo, a inabilidade/incapacidade do paciente em acionar o dispositivo, bem como o receio de potenciais complicações, faz com que o EUA não seja o método ideal para todos os pacientes. Neste aspecto, o SM pode ser considerado como opção no momento da escolha do tratamento²⁰.

Slings Masculinos

Consiste na implantação de uma faixa de material geralmente sintético em forma de alça, na região suburetral. Os

slings podem ser posicionados pela técnica retropúbica ou transobturatória, e serem fixos ou ajustáveis. Acredita-se que cada tipo de sling possa promover a continência predominantemente por um determinado mecanismo, seja pela compressão uretral externa passiva ou pelo reposicionamento do bulbo uretral para uma posição mais cranial. Esta forma de tratamento tornou-se uma alternativa viável e atraente em relação ao EUA em muitos casos de IUPPR, principalmente por não exigirem destreza manual do paciente e permitirem micção fisiológica sem obstrução significativa²¹. Vários modelos de slings foram lançados na última década, sendo os mais usados descritos a seguir.

O SM suburetral transobturatório AdVance® (Boston Scientific) atua reposicionando a uretra bulbar e gerando um aumento do comprimento uretral funcional. Isso oferece uma abordagem funcional não compressiva, sem nenhuma peça mecânica móvel²².

Parte significativa dos estudos publicados recentemente sobre SM foram realizados com este tipo de sling. Stimac et al. avaliaram a eficácia deste modelo de sling transobturatório em pacientes com incontinência leve/moderada (36,2%) e severa (63,8%). Ao se utilizarem como definição de cura o uso de nenhum ou de somente um pad por dia, observaram taxa de cura em 51,1% dos pacientes e de melhora, isto é, redução do número diário de pads, em 27,5%. Neste mesmo estudo, a alta taxa de insucesso no subgrupo de pacientes previamente irradiados foi de 60%. Naqueles em que a uretrotomia interna já havia sido realizada, as taxas de insucesso foram ainda maiores, cerca de 66,7%²².

Em um estudo retrospectivo desenhado para avaliação de eficácia em diferentes graus de IU, Khouri et al. avaliaram 202 homens que foram igualmente submetidos ao implante do sling AdVance® e 65 a EUA. Foi considerada falha o uso de mais um ou mais pads por dia, ou a necessidade de algum outro procedimento cirúrgico subsequente ao procedimento inicialmente proposto para correção da IU. Entre os pacientes submetidos inicialmente a sling, aqueles que tinham IU leve foram aqueles que obtiveram maiores taxas de sucesso em comparação àqueles com IPP moderada (78 vs 63% respectivamente, $p=0.02$). Ao avaliarem somente o subgrupo de pacientes que apresentavam IU moderada, os autores concluíram que as taxas de sucesso daqueles submetidos ao implante de EUA foram significativamente maiores (80%) do que naqueles que foram tratados com sling (80 vs 63%, respectivamente, $p=0.02$). Com estes achados, este estudo sugere talvez o SM seja mais efetivo para homens com IU leve e que pacientes com IU moderada possuem melhores resultados quando submetidos a implante de EUA quando

comparados ao implante de sling²³.

Ainda sobre o sling AdVance®, Zheng et al. em uma análise retrospectiva de 391 pacientes, descreveram as principais complicações deste tipo sling. Retenção urinária aguda pós-operatória foi a complicação mais comum, presente em 55 (14,1%) pacientes logo após a retirada do cateter urinário, e em 6 (1,5%) de forma permanente. Neste estudo, nenhuma variável dos achados urodinâmicos pré-operatórios apresentou valor preditivo positivo para aumento de risco de retenção urinária²⁴. Estes dados sugerem que a retenção urinária crônica após seu implante é incomum, e que a retenção urinária aguda geralmente é transitória.

O SM Virtue®, assim como o AdVance®, é um sling sub-retrol sintético não ajustável, porém diferentemente deste, possui dois braços para uma fixação “quadrática”, tanto no espaço pré púbico como no transobturatório. Em um estudo retrospectivo realizado com 29 pacientes tratados com este dispositivo em uma amostra em que 72,4% dos pacientes tinham incontinência leve, Ferro et al. encontraram melhora significativa em 100% dos pacientes após follow up de 12 meses, quando todos passaram a usar menos de 1 pad/dia. As complicações mais comuns foram dor escrotal, retenção urinária aguda e hematoma perineal, apresentadas por 11 (37,9%) pacientes²⁵. Em contraponto, no estudo retrospectivo de Sourial et al. ao avaliarem pacientes em uma média de 22 meses de follow up, foi possível perceber que entre pacientes com incontinência urinária leve (31%), moderada (50%) e severa (19%), pouco mais da metade (58%) apresentou melhora significativa ou se curaram da IU, após o implante deste dispositivo ($p=0.03$)²⁶.

Os slings ajustáveis funcionam de maneira compressiva e como o próprio nome sugere, permite o ajuste pós-operatório na sua tensão. Estes SMs são inseridos em posição suburetral, sob o músculo bulbo esponjoso, exercendo pressão sobre a uretra bulbar e membranosa. Atualmente estão descritos os modelos: Argus® e Argus T® (Promedon, Córdoba, Argentina), ReMeex® (Neomedic, Barcelona, Espanha) e ATOMS® (AMI, Feldkirch, Áustria)²⁰.

De acordo com uma metanálise de 2019 realizada por Meisterhofer et al., na qual foram incluídos pacientes em uso de sling Argus T, houve uma taxa de cura de 77,8% deles após 18 meses com este tipo de dispositivo. Em comparação aos outros slings, o sling ajustável foi aquele que apresentou os melhores resultados no teste de pad 24 horas, tanto na cura subjetiva como na percepção de melhora da qualidade de vida. Entretanto, foram também aqueles que apresentaram complicações mais frequentes, como as relacionadas às taxas

de explantação (0,6-22% para os slings fixos vs. 9,3-35% para os slings ajustáveis, $p<0,01$)².

Objetivando especificamente analisar a eficácia dos slings ajustáveis, em uma revisão sistemática e metanálise de Silva et al. demonstraram não haver redução significativa para “zero” no número de absorventes usados em 24 horas ($p=0.36$). Todavia, 69% dos pacientes foram capazes de reduzi-los para uma média de 0 a 1 pad/24 hs ($p<0.01$). Desta forma, seus autores concluem que estes dispositivos são capazes de gerar melhora significativa na redução dos episódios de IU e devem ser considerados como principal opção de tratamento da IUPPR nos casos de IU, principalmente nos casos de menor severidade e naqueles pacientes não elegíveis ao EUA²⁰.

CONCLUSÃO

Terapia conservadora deve ser considerada como tratamento inicial na maioria dos pacientes portadores de IUPPR. Em contraste, os procedimentos cirúrgicos tem suas melhores indicações após sua falha e decorridos geralmente doze meses da abordagem conservadora. O EUA ainda se mantém como a primeira opção de tratamento cirúrgico sobretudo para pacientes com graus moderados a severos de IU, já que apresenta elevadas taxas de sucesso a despeito de condições desfavoráveis como radioterapia pélvica prévia. Em contrapartida, SM tem se confirmado a cada dia como uma alternativa ao seu uso, principalmente por apresentar taxas de eficácia muito atraentes, especialmente em pacientes com IU leve e moderada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kretschmer A, Hübner W, Sandhu JS, Bauer RM. Evaluation and Management of Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review of Current Literature. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2016 Jan 15; 2:245-259.
2. Meisterhofer K, Herzog S, Strini KA, Sebastianelli L, Bauer R, Dalpiaz O. Male Slings for Postprostatectomy Incontinence: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2019 Feb; 6:575-592.
3. Groutz A, Blaivas JG, Chaikin DC, Weiss JP, Verhaaren M. The pathophysiology of post-radical prostatectomy incontinence: a clinical and video urodynamic study. *J Urol*. 2000;163(6):1767-70.
4. Averbek MA et al. Surgical treatment of post-prostatectomy stress urinary incontinence in adult men: Report from the 6th International Consultation on Incontinence. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2019 Jan;38:398-406.
5. Sandhu et al. Incontinence after Prostate Treatment: AUA/SUFU Guideline. *J Urol*. 2019;202(2):369-78.

6. Anderson CA, Omar MI, Campbell SE, Hunter KF, Cody JD, Glazener CM. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015 Jan 20;1:0-0.
7. Fernández RA, García-Hermoso A, Solera-Martínez M, Correa MT, Morales Af, Martínez-Vizcaino V. Improvement of continence rate with pelvic floor muscle training post-prostatectomy: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Urol Int* [Internet]. 2015 Feb;94:125–32.
8. Kotecha P, Sahai A, Malde S. Use of Duloxetine for Postprostatectomy Stress Urinary Incontinence: A Systematic Review. *Eur Urol Focus* [Internet]. 2020 Jun 27; S2405-4569(20)30165-6.
9. Gomes CM, Carvalho FL. Sling masculino versus esfínter artificial - Como escolher o melhor tratamento cirúrgico na incontinência urinária moderada pós PR? Controversias em Urologia II. 2ed. São Paulo: SBU Sociedade Brasileira de Urologia, 2014, v. 1, p. 41-55.
10. Van der Aa F, Drake MJ, Kasyan GR, Petrolekas A, Cornu JN. Young Academic Urologists Functional Urology G. The artificial urinary sphincter after a quarter of a century: a critical systematic review of its use in male non-neurogenic incontinence. *Eur Urol* [Internet]. 2013;63(4):681-9.
11. Lai HH, Hsu EI, Teh BS, Butler EB, Boone TB. 13 years of experience with artificial urinary sphincter implantation at Baylor College of Medicine. *J Urol*. 2007;177(3):1021-5.
12. Fulford SC, Sutton C, Bales G, Hickling M, Stephenson TP. The fate of the 'modern' artificial urinary sphincter with a follow-up of more than 10 years. *Br J Urol*. 1997;79(5):713-6.
13. Montague DK. The artificial urinary sphincter (AS 800): experience in 166 consecutive patients. *J Urol*. 1992;147(2):380-2.
14. Gousse AE, Madjar S, Lambert MM, Fishman IJ. Artificial urinary sphincter for post-radical prostatectomy urinary incontinence: long-term subjective results. *J Urol*. 2001;166(5):1755-8.
15. Junior AC et al. Artificial urinary sphincter for urinary incontinence after radical prostatectomy: a historical cohort from 2004 to 2015. *International braz j urol* [Internet]. 2017 Jan; 43: 150-154.
16. Comiter CV, Dobberfuhr AD. The artificial urinary sphincter and male sling for postprostatectomy incontinence: which patient should get which procedure? *Investig Clin Urol*. 2016;57(1):3-13.
17. Dosanjh A et al. A national study of artificial urinary sphincter and male sling implantation after radical prostatectomy in England. *BJU Int* [Internet]. 2020 Mar; 125: 467-475.
18. Guillaumier S et al. Radiotherapy is associated with reduced continence outcomes following implantation of the artificial urinary sphincter in men with post-radical prostatectomy incontinence. *J Endourol* [Internet]. 2017;9(3):253–6.
19. Ajay D et al. The artificial urinary sphincter is superior to a secondary transobturator male sling in cases of a primary sling failure. *J Urol* [Internet]. 2015;194(4):1038–42.
20. Silva LA, Simonetti R, Silva EM. Adjustable sling for the treatment of post-prostatectomy urinary incontinence: systematic review and meta-analysis. *Einstein (Sao Paulo)* [Internet]. 2019 Dec;17:0-0.
21. Doudt AD, Zuckerman JM. Male Slings for Post-prostatectomy Incontinence. *Rev Urol* [Internet]. 2018; 20(4): 158–169.
22. Štimac G et al. Transobturator advance® sling suspension for the treatment of Postprostatectomy stress urinary incontinence. *Acta Clinica Croatica*, [Internet]. 2018 Jun; 57:77-84.
23. Khouri RK et al. Artificial Urinary Sphincter Outperforms Sling for Moderate Male Stress Urinary Incontinence. *Urology* [Internet]. 2020 Jul; 141:168-172.
24. Zheng Y et al. Urinary retention after AdVance™ Sling: A multi-institutional retrospective study. *Neurourol Urodyn* [Internet]. 2021 Jan;40(1):515-521.
25. Ferro M et al. Virtue male sling for postprostatectomy stress incontinence: a prospective evaluation and mid-term outcomes. *BJU international* [Internet]. 2017 Mar;119(3):482-488.
26. Sourial MW, Richard PO, Morisset J, Jundi M, Tu LM. Retrograde leak point pressure measurement improves outcomes of the Virtue male sling for postprostatectomy incontinence. *Can Urol Assoc J* [Internet]. 2017 Jul;11(7):E271-6.

LISTA DE ABREVIACÕES

PR, Prostatectomia radical

IU, Incontinência urinária

IUPPR, Incontinência urinária pós prostatectomia radical

SM, Sling masculino

Aspectos Clínicos, Diagnóstico e Manejo do Adenoma Nefrogênico

Leonardo Martins Caldeira de Deus*¹, Marcelo Esteves Chaves Campos², Marcel Moura Cabral¹, Otávio Augusto Fonseca Reis²

Universidade Federal de Minas Gerais UFMG - Belo Horizonte, MG

- 1) Urologista pelo Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais
- 2) Preceptor da Residência de Urologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais

INFORMAÇÕES

Correspondência*:

Rua Darcilio de Miranda, 380
Palmeiras
Belo Horizonte, MG
CEP: 30575-470
leonardo_mcaldeira@yahoo.com.br
(31) 99322-4034

Palavras-Chave:

INTRODUÇÃO

A metaplasia nefrogênica descrita em 1949 por Davis como “hamartoma de bexiga” foi reclassificada por Friedman e Kuhlenbeck em 1950 como adenoma nefrogênico (AN) em razão de semelhança histológica da lesão com túbulos renais. Trata-se de lesão urotelial benigna, rara e geralmente identificada incidentalmente em exames de endoscopia urológica. Pode ser identificado em qualquer idade, principalmente na terceira ou quarta década de vida, com maior incidência no sexo masculino (2:1).¹⁻⁴ Na população pediátrica o AN é mais prevalente em meninas (3:1).^{5,6}

O AN pode surgir em qualquer porção do trato urinário, sendo 80% na bexiga, 15% na uretra, 5% ureter e raramente na pelve renal.⁶ Trata-se de uma doença que cursa com hematúria, sintomas irritativos do trato urinário e que pode evoluir com malignização ou simular histologicamente outras neoplasias do trato urinário, sendo uma potencial armadilha diagnóstica.

Diferentes abordagens terapêuticas têm sido propostas e não há consenso em relação ao melhor seguimento clínico.

O objetivo deste estudo é relatar e descrever dois casos de AN, tratamento e seguimento adotado por nosso serviço e realizar revisão sistemática sobre o tema.

MÉTODOS

Foram relatados dois casos de pacientes com diagnóstico de AN vesical, diagnosticados e tratados no período entre fevereiro 2015 e março 2021 no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais após aplicação de termo de consentimento livre esclarecido para publicação em revista médica.

Em março de 2019, realizou-se revisão sistemática de literatura na base de dados MEDLINE e SCIELO, utilizando o método PRISMA. A estratégia de busca foi a combinação dos termos MESH “adenoma” e “urinary bladder neoplasms” com os textos livres “nephrogenic”, “sodium hyaluronate” e “pediatric”; e combinação do termo “adenoma” do Decs-BIREME com os textos livres “adenoma nefrogênico”. Além disso, foi realizada uma busca ativa nas listas de referência de todos os artigos. O estudo incluiu artigos que abordavam apresentação clínica, diagnóstico e manejo do AN, sem restrição quanto à idade dos pacientes ou data de publicação.

RESULTADO

Foram selecionados dezenove trabalhos, sendo quatro artigos de revisão, cinco artigos originais, um estudo comparativo e nove relatos de caso.

CASO CLÍNICO 1

Paciente 54 anos, sexo feminino, portadora de lúpus eritematoso sistêmico e histórico de hematuria macroscópica intermitente, infecção urinária de repetição e sintomas irritativos por mais de 1 ano. Submetida à cistoscopia e observado lesão pediculada e hiperemiada de aproximadamente 5 mm em cúpula vesical. Realizado ressecção transuretral de bexiga (RTUb) com biópsia excisional incluindo margem profunda da lesão. Exame anatomopatológico sugestivo de AN, descrevendo área de proliferação de estruturas tubulares com metaplasia mesonefroide. Optado por controle cistoscópico semestral e, após quatro anos de seguimento, identificado área de hiperemia em cúpula vesical. Realizada nova RTUb com remoção completa da lesão e cauterização das bordas, sendo anatomopatológico confirmatório para AN. Houve melhora dos sintomas irritativos após tratamento cirúrgico. A mesma segue em acompanhamento clínico e cistoscópico.

CASO CLÍNICO 2

Paciente 7 anos, sexo feminino, portadora de síndrome de Alagille e histórico de hematuria macroscópica intermitente. Urotomografia sem evidência de vegetações ou outras alterações em parede vesical. Submetida à cistoscopia e observado múltiplas lesões pediculadas menores que 1cm em topografia de trígono vesical e paredes laterais. Realizado biópsias múltiplas por meio de RTUb e cauterizado áreas de sangramento. Exame anatomopatológico inconclusivo, descrevendo proliferação de papilas longas, delgadas e ramificadas, revestidas por

epitélio cuboidal e sem atípias. Análise imuno-histoquímica mostrou-se positiva para citoqueratina de alto peso molecular (34βE12), citoqueratina 7 (CK7) e Ki67 (índice de 1%) e negativa para p63, calretinina, citoqueratina 20 (CK20), miogenina, desmina e GATA-3, sugerindo diagnóstico de AN. Optado por exploração cirúrgica aberta da bexiga e cauterização direta das lesões (Figura 1). Confirmado diagnóstico de AN em nova biópsia, permanecendo a paciente em acompanhamento clínico e cistoscópico.

DESENVOLVIMENTO

O AN da bexiga tem como apresentação clínica mais frequente hematuria, disúria, urgência miccional e polaciúria, mas pode ser assintomático, com diagnóstico ocasional em exame de imagem ou cistoscopia. Os principais fatores de risco para desenvolvimento desta patologia são trauma genitourinário, inflamação crônica, cateterismo intermitente, cirurgia prévia no trato urinário, cálculos renais, instrumentação urológica repetida, anomalias anatômicas, histórico de radiação pélvica, uso de medicamentos como ibuprofeno, imunossupressores e tratamento intravesical com BCG ou Mitomicina.⁶⁻¹⁰ Franke et al (2011) relata incidência de até 3% em indivíduos submetidos a enterocistoplastia, sobretudo em áreas mais propensas ao traumas por cateterismo intermitente, com tempo médio entre realização da cirurgia e descoberta da lesão de 9 anos.

A origem do AN continua incerta. Segundo a teoria embriológica, ele se forma a partir de tecido mesonefrico remanescente na bexiga. Já a teoria inflamatória elucubra que agressão crônica e irritação do urotélio desencadeariam o processo de metaplasia. Estudos recentes em pacientes transplantados sugerem como origem do AN a semeadura de células tubulares renais desprendidas para o trato urinário, uma vez que constatou equivalência genética entre o enxerto renal e as metaplasias nefrogênicas encontradas nessa população.¹⁰⁻¹²

Kunju (2010) relata que a maioria dos casos de AN (62%) consiste em lesão menor que 1 cm, podendo atingir até 7 cm, sendo multifocal em até 18% dos casos. À cistoscopia, é identificado como estrutura pediculada ou sésil, única ou múltiplas, muitas vezes de difícil distinção macroscópica em relação ao carcinoma de células transitórias da bexiga.

Histologicamente o AN pode apresentar padrão de crescimento tubular, tubulo cístico, papilar ou misto (maioria dos casos). A lesão limita-se à lâmina própria, mas pode ocasionalmente acometer a camada muscular.¹² Segundo Kunju

(2010), ausência de necrose, atipias significativas ou atividade mitótica são outras características morfológicas que reforçam o diagnóstico de adenoma nefrogênico.

Análise imuno-histoquímica do AN é positiva para PAX-2, PAX-8, S100A1 e CK7, podendo ser variavelmente positiva para a racemase de α -metilacil-CoA (AMACR), CD10, GATA-3 e 34 β E12.¹³⁻¹⁴ A imunomarcagem é consistentemente negativa para p63 e geralmente negativa para uroplakin, trombomodulina, CA-125, CEA, CK20 e PSA.¹⁴ Segundo Kunju (2010) e Turcan et al (2017), o PAX-2 é um fator chave de transcrição renal e mostra-se como imunomarcador útil, uma vez que é positivo no carcinoma de células renais e negativo no carcinoma urotelial e adenocarcinoma de próstata. A presença de mitoses (> 1/10) e índice elevado de Ki67 elevam a suspeita de adenocarcinoma de células claras e requer acompanhamento cuidadoso e nova biópsia.¹⁴

O AN pode simular histologicamente doenças malignas, como carcinoma de células claras de bexiga e de uretra, adenocarcinoma prostático, adenocarcinoma mucinoso e carcinoma urotelial.¹²⁻¹⁵ Por essa razão, a imuno-histoquímica deve ser realizada em todos os pacientes. Quinones et al (2013) propõe a elaboração de um painel simplificado composto por PAX8, S100A1, p63, PSA e CEA com alternativa prática para diagnóstico de AN e exclusão de demais neoplasias do trato urinário.

A maioria dos estudos recomendam ressecção endoscópica e fulguração da base tumoral como manejo primário do AN. A taxa de recorrência é bastante variável e, segundo Gordetsky et al (2016), pode chegar a 80% em população pediátrica. Não há consenso da literatura quanto a seguimento clínico e cistoscópico.

O hialuronato de sódio é um dos principais mucopolissacarídeos da matriz extracelular urotelial. Seu uso tem sido descrito no tratamento de pacientes com lesões difusas por AN. Campobasso et al (2007) descreve caso de um paciente de doze anos com lesão metaplásica vesical extensa, tratado com excisão aberta das lesões e instilação vesical de hialuronato de sódio (20mg/30mL) duas vezes por semana por duas semanas e uma vez a cada duas semanas por cinco meses. Ao longo de dois anos de seguimento, foi observado resolução de hematúria, sintomas irritativos, capacidade cistométrica e incontinência.¹⁶ Özçift et al (2016) relata caso de um paciente de sete anos com AN difuso, tratado com ressecção transuretral das lesões seguido de instilação vesical de hialuronato de sódio (120mg/50mL) uma vez a cada dez dias por um mês e uma vez a cada quinze dias por 2 meses. Após quatro anos de seguimento, identificado nova lesão por AN, sugerindo que a

medicação possa retardar a recorrência da doença.¹⁷

A transformação maligna do AN em adenocarcinoma mesonefróide de bexiga ou adenocarcinoma moderadamente diferenciado com padrão de crescimento tubular já foi observada.¹⁸⁻¹⁹ Todavia, a maioria dos estudos contestam tal evidência.

CONCLUSÃO

As evidências científicas apontam a fulguração endoscópica como alternativa eficaz no tratamento de AN, o que foi verificado em um de nossos pacientes. O uso de hialuronato de sódio pode representar forma de tratamento e profilaxia nas lesões difusas. Existe discordância na literatura médica quanto ao risco de degeneração maligna e, por se tratar de uma doença rara, não há guidelines que oriente o manejo desses pacientes. O controle cistoscópico semestral mostrou-se eficaz.

FIGURA 1

Lesões difusas de AN identificadas durante exploração cirúrgica aberta da bexiga.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amin W, Parwani AV. Nephrogenic adenoma. *Pathol Res Pract.* 2010. Vol 206(10): 659-62.
2. Franke EI, Misseri R, Cain MP, Kaefer M, Meldrum KK, Fan R, Rink RC. Nephrogenic adenoma in the augmented bladder. *J Urol.* 2011. Vol 186: 1586-9.
3. Baltazar PM, Meirinha A, João R, Pina J, Pinheiro H, Fortes JPP, Mafra M, Pinheiro LC. Adenoma nefrogénico da bexiga: apresentação de caso clínico e revisão da literatura. *Acta Urol Port.* 2016. Vol 33(1): 32-6.
4. Kunju LP. Nephrogenic adenoma report of a case and review of morphologic mimics. *Arch Pathol Lab Med.* 2010. Vol 134(10): 1455-9.
5. Gordetsky J, Gennaro KH, Selph JP, Rais-Bahrami S. Nephrogenic adenoma: clinical features, management, and diagnostic pitfalls. *Urology.* 2016. Vol 95: 29-33.
6. Goknar N, Silay MS, Tosuner Z, Oktem F. Rare cause of macroscopic hematuria in a pediatric patient: nephrogenic adenoma of the bladder. *Pediatr Int.* 2014. Vol 56(4): 611-3.
7. Sathe PA, Ghodke RK, Kandalkar BM. Multifocal nephrogenic adenoma – a mimicker of malignancy. *Indian J Pediatr.* 2012. Vol 79(12): 1661-3.
8. Filly RA, Baskin LS. Multifocal nephrogenic adenoma of the bladder in a pediatric patient. *J Ultrasound Med.* 2010. Vol 29(8): 1239-41.
9. Yi Y, Wu A, Cameron AP. Nephrogenic adenoma of the bladder: a single institution experience assessing clinical factors. *Int Braz J Urol.* 2018. Vol 44(3): 506-11.
10. North D, Jaw J, Hill P, Bateman S, Barraclough N, Langham R. Nephrogenic Adenoma Complicating Renal Transplantation: A Case Report and Discussion. *Transplant Proc.* 2017. Vol 49(10): 2381-3.
11. Mazal PR, Schauler R, Altenhuber-Müller R, Haitel A, Watschinger B, Kratzik C, Krupitza G, Regele H, Meisl FT, Zechner O, Kerjaschki D, Susani M. Derivation of nephrogenic adenomas from renal tubular cells in kidney-transplant recipients. *N. Engl. J. Med.* 2002. Vol 347(9): 653-9.
12. Turcan D, Acikalin MF, Yilmaz E, Canaz F, Arik D. Nephrogenic adenoma of the urinary tract: a 6-year single center experience. *Pathol Res Pract.* 2017. Vol 213(7): 831-5.
13. Kao CS, Kum JB, Fan R, Grignon DJ, Eble JN, Idrees MT. Nephrogenic adenomas in pediatric patients: a morphologic and immunohistochemical study of 21 cases. *Pediatr Dev Pathol.* 2013. Vol 16(2): 80-5.
14. Quinones W, Ziober A, Yao Y, Bing Z. Immunohistochemical markers for the differential diagnosis of nephrogenic adenomas. *Ann Diagn Pathol.* 2013. Vol 17(1): 41-4.
15. Pavlidakey PG, MacLennan GT, Goldman HB. Nephrogenic adenoma of the bladder. *J Urol.* 2010. Vol 184(6): 2535-6.
16. Campobasso P, Fasoli L, Dante S. Sodium hyaluronate in treatment of diffuse nephrogenic adenoma of the bladder in a child. *J Pediatr Urol.* 2007. Vol 3(2):156-8.
17. Özçift B, Kaçar A, Tiryaki HT. Recurrence of childhood nephrogenic adenoma in urinary bladder developed four years after previous surgery despite intravesical sodium hyaluronate therapy. *Turk J Urol.* 2016. Vol 42(4):303-6.
18. Schultz RE, Block MJ, Tomaszewski JE, Brooks JS, Hanno PM. Mesonephric adenocarcinoma of the bladder. *J Urol.* 1984. Vol 132:263-5.
19. Hungerhuber E, Bach E, Hartmann A, Frimberger D, Stief C, Zaak D. Adenocarcinoma of the bladder following nephrogenic adenoma: a case report. *J Med Case Reports.* 2008. Vol 2: 164.

Tumor no Rim em Ferradura - Tratamento Laparoscópico

Vitor Souza Machado, Abilio de Castro Almeida, Pedro Ribeiro da Mota, Soraya Prates Eleuterio, Evelyn de Kenya Lins Prates, Daniel Carvalho Ribeiro

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

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

RESUMO

Uma paciente de 71 anos do sexo feminino foi diagnosticada com um tumor de 10,0cm em um rim direito em ferradura. Estudos de imagem pré-operatórios evidenciaram a presença de um istmo renal localizado posterior à veia cava, anterior à aorta e a presença de uma veia cava acessória à esquerda. Foi realizada a nefrectomia por via videolaparoscópica e o estudo anatomopatológico da peça evidenciou a presença de um Oncocitoma renal. Estudo de imagem pré-operatório é fundamental no adequado tratamento desses pacientes, tornando a via laparoscópica uma alternativa excelente para esses pacientes.

INTRODUÇÃO

O rim em ferradura é certamente a mais comum de todas as anomalias de fusão renal. Consiste na presença de duas massas renais em cada lado da linha média, ligadas por parênquima ou um istmo fibroso em seus respectivos pólos, mais frequentemente o inferior. Sua incidência na população geral é cerca de 1-4 para 1000 pessoas^{1,2}. Tal desordem pode ser acompanhada de outras malformações do trato urinário como nefrolitíase, refluxo vesico-ureteral e estenose de junção uretero-piéllica¹. Foram reportados em torno de 200 casos de tumores em rins em ferradura na literatura mundial^{2,3}.

A via Laparoscópica no tratamento desses tumores tem a vantagem de um pós-operatório mais rápido, menos doloroso, com menor morbidade e resultados oncológicos semelhantes à técnica de nefrectomia convencional³. Entretanto, tumores em rins em ferradura são um desafio técnico extremo para serem operados por via laparoscópica, mesmo em mãos experientes.

Nosso objetivo é apresentar o caso de um tratamento videolaparoscópico de uma paciente obesa, com neoplasia renal em rim em ferradura, presença de veia cava acessória à esquerda e história de 3 cirurgias abdominais prévias.

RELATO DE CASO

Tática cirúrgica: Devido à posição anterior da veia cava principal da paciente à direita para onde desembocam as duas veias renais, foi realizada sua dissecação completa e reparo com fita cardíaca (FIGURA 1). Após controle do pedículo renal direito, foi realizado o clampeamento do istmo com o clamp de bulldog (FIGURA 2), seguido da sua secção com tesoura fria e sutura hemostática em barra grega.

FIGURA 1

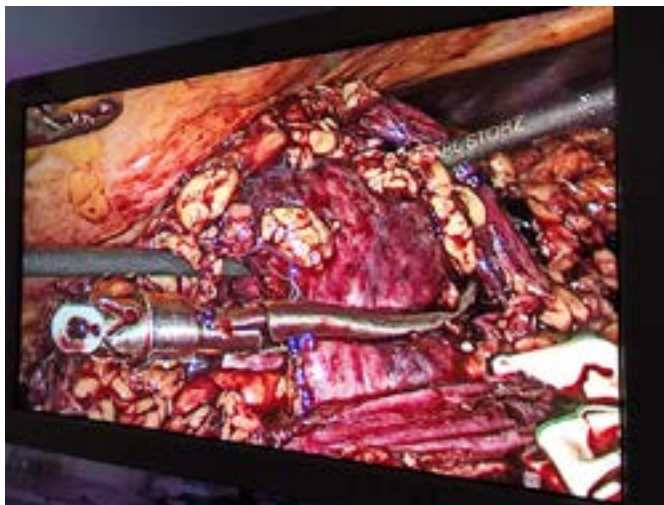
Veia cava “principal” reparada”



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Clamp de bulldog no istmo renal



Fonte: Arquivo Pessoal.

DISCUSSÃO

O rim em ferradura é uma das alterações de função renal embriológica mais comuns. Sua incidência está estimada em cerca de 0,25%^{2,3} da população mundial. Mais frequentemente sua fusão se dá pelos polos inferiores ou através de um istmo fibroso com vascularização própria. Normalmente a fusão se dá anteriormente à aorta e a veia cava, mas em alguns casos pode se dar entre os dois vasos ou mais raramente atrás de ambos^{4,5}.

A ocorrência de neoplasia em rins em ferradura é rara e seu tratamento laparoscópico extremamente desafiador, tanto pela posição anatômica anômala do órgão, quanto pelo seu suprimento vascular não-ortodoxo². É fundamental o uso de exames de imagem pré-operatórios para identificação da vascularização renal e adequado planejamento cirúrgico⁵. Nesse presente caso foi identificada a presença de uma veia cava acessória à esquerda, anterior ao istmo do rim em ferradura, resquício embriológico do desenvolvimento fetal.

Além disso, a tomografia computadorizada nesse estudo foi determinante ao mostrar uma formação expansiva de 10,0cm x 9,0cm x 9,5cm em rim direito, poupando a porção inferior onde os rins se fundem e sem sinais de trombose na veia cava, que se localizava anteriormente à lesão. Sem identificar a presença de artérias ou veias renais supranumerárias.

Entre os tumores renais, os mais comuns a serem encontrados em rins em ferradura são os carcinomas de células claras^{5,6}. Após a retirada da peça por videolaparoscopia, o estudo anatomopatológico revelou o diagnóstico de uma neoplasia compatível com Oncocitoma renal, sem sinais de invasão vascular ou perineural e margens livres de neoplasia. Neoplasia renal pouco frequente e com poucos casos descritos na literatura do seu achado em rins em ferradura.

CONCLUSÃO

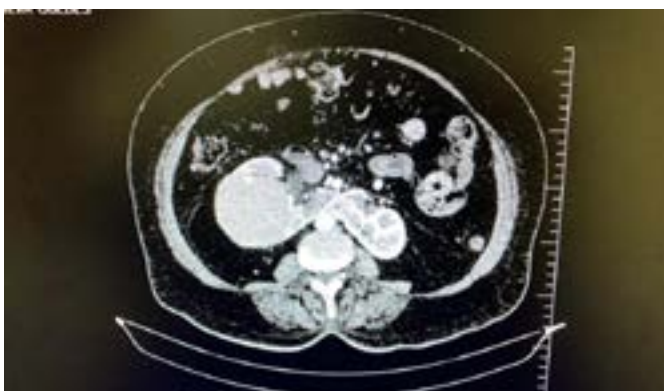
Nosso caso mostrou a importância da videolaparoscopia como via de acesso e tratamento efetivo desses tumores renais pouco frequentes em uma paciente obesa, com variantes anatômicas de vascularização e múltiplas abordagens cirúrgicas abdominais prévias. O adequado planejamento pré-operatório desses casos com estudos de imagem detalhados se torna fundamental para o sucesso cirúrgico, tornando a via minimamente invasiva uma excelente opção para esses pacientes.

FIGURA 3



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tuncel A, Erkan A, Sofikerim M, Arslan M, Kordan Y, Akin Y, Aslan Y. Laparoscopic heminephrectomy for benign and malignant diseases of the horseshoe kidney. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 2016; 88, 4
2. Tkocz M, Kupajski M. Tumour in horseshoe kidney – different surgical treatment shown in five example cases. Wspolczesna Onkol 2012; 16 (3): 254–257
3. Shao Z, Tan S, Xiaohong Y, Hongjun L, Yongjun J, Jiangping G. Laparoscopic nephron-sparing surgery for a tumor near the isthmus of a horseshoe kidney with a complicated blood supply. Journal of International Medical Research 48(6) 1–4.
4. Shinji O, Takashi K, Noguchi G, Noboru N, Kimio C, Hiroji U, Masahiro Y, Kazuhide M. Renal Cell Carcinoma in a Horseshoe Kidney Treated with Laparoscopic Partial Nephrectomy. Case Reports in Oncological Medicine Volume 2018.
5. Xiaolong Q, Feng L, Qi Z, Dahong Z. Laparoscopic heminephrectomy of a horseshoe kidney with giant renal cell carcinoma: A case report. Oncology Letters 8: 2040-2042, 2014
6. Avi Raman, Teele Kuusk, Eoin R. Hyde, Lorenz U. Berger, Axel Bex, Faiz Mumtaz, Robotic-Assisted Laparoscopic Partial Nephrectomy in a Horseshoe Kidney. a Case Report and Review of the Literature., Urology (2017), <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.12.003>.

Tumor Oncocítico Adrenocortical Produtor de Cortisol – Relato de Caso e Revisão de Literatura

Thiago Milani da Costa¹, Matheus Carpenedo Frare^{*2}, Thalita Campos Aparecido Miranda³, Thaís Stabile Martins³, Rodrigo Velloni Da Silva Bastos⁴

Departamento de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente – Presidente Prudente, SP.

Correspondência*: R. José Bongiovani, 1297
Cidade Universitária,
Pres. Prudente, SP
CEP: 19050-680
matheuscarpenedof@gmail.com

- 1) Urologista responsável pelo caso e preceptor da Residência de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente-SP (HRPP-SP).
2) Residente de Urologia do HRPP – SP;
3) Residente de Clínica Médica pelo HRPP – SP;
4) Endocrinologista responsável pelo caso e preceptor da Residência de Clínica Médica do HRPP-SP.

INTRODUÇÃO

As neoplasias oncocíticas são pouco frequentes, sendo descritas na tireóide, rim, glândula salivar e raramente na supra-renal. Atualmente existem menos de 200 casos descritos de tumores oncocíticos de supra-renal. Maioria dos casos são assintomáticos e descobertos acidentalmente, com parcela de até 20% dos tumores com produção hormonal. Há casos descritos entre 27 – 72 anos com predominância para mulheres. Apresentamos um caso Tumor Oncocítico de supra-renal de comportamento raro, ocorrendo em mulher de 26 anos, associado à síndrome de Cushing e com características benignas.

CASO CLÍNICO

MSR, 26 anos, encaminhada ao Endocrinologista por amenorreia há 3 anos, obesidade (130kg), fâscie em lua cheia, giba de búfalo, estrias e HAS. Mediante hipótese de Cushing, realizado exames laboratoriais: Cortisolúria 24 horas: elevada / ACHT reduzido / Teste de supressão com dexametasona negativo / DHEA: normal. Traz Tomografia de Abdômen de Set/2018: imagem nodular hipodensa de 35x29x31mm em

Adrenal esquerda com > 10UH na fase sem contraste, intenso realce heterogêneo na fase arterial com Wahsout indeterminado podendo estar relacionado com Adenoma / Carcinoma Funcionante. Diagnosticada com Síndrome de Cushing ACTH-independente de provável origem adrenal. Optado na realização de Adrenalectomia à Esquerda. Procedimento realizado pela via subcostal a esquerda em Nov/2018 sem intercorrências, paciente com boa recuperação pós operatória recebendo alta em 4 dias. Anatomopatológico confirmado por Imunohistoquímica: Neoplasia Oncocítica Adrenocortical com caracteres de Adenoma Oncocítico. Paciente hoje com 6 meses de PO, apresenta perda de 70kg, fim da HAS, padrão menstrual habitual e sem queixas relacionadas à Síndrome de Cushing.

DISCUSSÃO

As neoplasias oncocíticas adrenais (NOAs) geralmente são incidentais e não funcionantes. Apenas cerca de 17% a 20% delas apresentam-se como secretoras de hormônios, assim

como no presente relato ⁽¹⁻²⁾. Conforme relatado na literatura ⁽²⁾ que identifica maior prevalência das NOAs em mulheres, em uma proporção de 2,5 : 1, mais comumente em região de córtex adrenal. ⁽³⁾

Tais neoplasias podem ser classificadas em oncocitoma, neoplasia oncocítica de potencial maligno incerto e carcinoma oncocítico. Atualmente são utilizados os Critérios de Lin-Weiss-Bisceglia, o qual avalia: critérios maiores - taxas mitóticas (> 5 mitoses em aumento de 50x); mitose atípica; invasão venosa - e quatro critérios menores - tamanho do tumor maior que 10 cm de diâmetro; peso maior que 200 g; necrose tumoral e capsular; invasão sinusoidal. ⁽³⁾ Os exames de imagens são ainda outras ferramentas que podem auxiliar nessa diferenciação, observando que os tumores benignos tendem a ser constituídos por uma maior porcentagem de lipídios ⁽⁴⁾.

Mesmo com os estudos recentes, ainda possuem comportamento biológico incerto, em parâmetros histológicos ou bioquímicos isolados que permitam prever sua evolução clínica. O tratamento de escolha atualmente proposto baseia-se no procedimento cirúrgico de retirada da glândula adrenal, sendo possível por via aberta, laparoscópica ou robótica, com acessos abdominais, toracoabdominal combinado ou retroperitoneal. A decisão da via dependerá de diversos fatores como o tamanho do tumor, as condições do paciente e experiência do cirurgião ⁽⁴⁾. Terapia Adjuvante com QT e RT são avaliadas em casos de carcinomas e de forma individualizada ⁽⁴⁻⁵⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as NOSa são um importante diagnóstico diferencial a ser considerado em casos de Síndrome de Cushing ACTH independente, visto seu potencial de malignidade. Devido ao seu comportamento biológico incerto, é reforçado a necessidade do diagnóstico de tratamento cirúrgico precoce dessa patologia pouco frequente.

FIGURA 1

Peça cirúrgica nodular, acastanhada, medindo 5,5cm;



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kanitra JJ, Hardaway JC, Soleimani T, Koehler TJ, McLeod MK, Kavuturu S. Adrenocortical oncocytic neoplasm: A systematic review. *Surgery*. 2018 Dec;164(6):1351-1359.
2. Peynirci H, Taskiran B, Dik N, Saraydaroglu Ö, Ersoy C. Oncocytic neoplasms; rare adrenocortical tumours - a report of eleven patients. *Endokrynologia Polak*. 2018; 69 (6): 682-687.
3. Capela A, Martinho A, Paixão Duarte F, Garcia H, Rocha Pires F, Theias Manso R, et al. Tumores Oncocíticos da Supra-Renal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos. Acta Med Port* 2013 Jan-Feb; 26(1):61-66 .
4. Panizzo V, Rubino B, Piozzi GN, Ubiali P, Morandi A, Nencioni M, et al. Laparoscopic Trans-Abdominal Right Adrenalectomy for a Large Primitive Adrenal Oncocytic Carcinoma: A Case Report and Review of Literature. *American Journal of Case Reports*. 2018; 19: 1096-1102.
5. MEARINI, L.; DEL SORDO, R.; et al; Adrenal Oncocytic Neoplasm: A systematic review. *Uro Int* 2013; 91: 125-133; DOI 10.1159/000345141.

Schwannoma de Cordão Espermático: Relato de Caso

Thais Aparecida Nandi ¹; Arthur Primon Britzke; Geovana Elizabeth Miotto ²; Daniel Albrecht Iser ³.

Universidade do Sul De Santa Catarina (Unisul) - Tubarão, Sc

1) Médica, formada pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL – TB).

2) Graduando do sexto ano de Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL- TB).

3) Médico urologista, Professor da Universidade do Sul de Santa Catarina, Membro da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).

Correspondência*: Vidal Ramos, 364
Apto 902
Tubarão, SC
CEP: 88-701161
thaisapnandi@gmail.com

RESUMO

O presente relato tem por objetivo detalhar a rara ocorrência do Schwannoma do trato genital masculino, mais especificamente, de cordão espermático, e proceder uma revisão bibliográfica acerca do tema. O relato faz referência ao paciente do sexo masculino, 51 anos, assintomático que procurou assistência médica devido a abaulamento em região pré-pubiana. Ao ultrassom, demonstrou formação nodular hipocogênica de conteúdo denso. Realizada exérese cirúrgica com anatomopatológico demonstrando neoplasia mesenquimal, sugestivo de schwannoma do cordão espermático. Confirmado diagnóstico pela imunohistoquímica.

Palavras chave: Neurilemoma, Cordão Espermático, Procedimentos Cirúrgicos Urológicos

INTRODUÇÃO

Schwannomas, também chamados de neurilemomas, são os tumores mais comuns dos nervos periféricos⁽¹⁾. Por

definição, são tumores encapsulados compostos por células de Schwann neoplásicas⁽²⁾ e, salvo poucas exceções de casos atípicos, não tem potencial de malignização, geralmente são solitários, e apresentam crescimento lento^(3,4).

No trato genital masculino, Schwannomas são extremamente raros e pouco descritos na literatura⁽⁵⁾. Sabe-se que esse tipo de tumor afeta pacientes de todas as idades, porém a maioria entre 20 a 50 anos, não havendo predileção por etnia⁽²⁾.

O Schwannoma de trato genital masculino comumente apresenta-se assintomático até atingirem tamanho suficiente para gerar sintomas compressivos como dor local, disúria, retenção urinária, jato urinário fraco, entre outros^(5,6).

O tratamento é essencialmente cirúrgico, com ressecção completa do tumor⁽⁷⁾, sendo o diagnóstico geralmente realizado por exame histopatológico após a cirurgia⁽⁸⁾.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 51 anos, casado, natural e procedente de Imbituba- SC. Refere abaulamento em região pré-pubiana. Assintomático. Nega comorbidades. Nega tabagismo e etilismo. Nega história familiar para neoplasia. Realizou US de região púbica, o qual demonstrou formação nodular hipoeecogênica de conteúdo denso, medindo 2,7 x 2,0 x 1,4 cm circunscrito e localizado em terço médio de canal inguinal. Anatomopatológico demonstrou neoplasia mesenquimal, sugestivo de Schwannoma do cordão espermático. Confirmando diagnóstico pela imonohistoquímica. Paciente inicia acompanhamento no ambulatório de especialidades médicas. Ao exame, apresentou testículo esquerdo menor comparado ao direito, sem nodulações palpáveis, linfonodos inguinais não palpáveis. Novo US demonstrando testículo esquerdo sem fluxo sanguíneo e com dimensões reduzidas. Segue em acompanhamento com exames, sem evidências de recidiva.

DISCUSSÃO

Os schwannomas são tumores originários da célula de Schwann das bainhas nervosas periféricas. São extremamente raros no trato genital

masculino, sendo o primeiro caso de schwannoma do cordão espermático solitário primário descrito em 2003 por Rui Jiang et al.⁽⁹⁾

É considerado um tumor geralmente benigno, único e de crescimento lento. A maioria engloba uma apresentação assintomática até tornarem-se grandes a ponto de comprimir uma estrutura vizinha, induzindo sintomas secundários. Exames complementares, como ultrassonografia, ressonância magnética e tomografia computadorizada são úteis para definir o local e delimitar o tumor, entretanto, não conferem a certeza de sua etiologia.⁽⁹⁾

Assim, devido à falta de manifestação clínica característica, o diagnóstico final baseia-se no exame patológico pós-operatório e o tratamento de escolha é a exérese cirúrgica.⁽¹⁰⁾ O tumor é geralmente tratado com excisão simples, porém o método padrão para evitar uma excisão incompleta ou excluir doenças malignas ainda é um problema a ser resolvido. Felizmente, por se tratar de uma doença benigna, a recorrência raramente ocorre.⁽¹¹⁾

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bhattacharyya AK, Perrin R, Guha A. Peripheral nerve tumors: management strategies and molecular insights. *J Neurooncol* 2004; 69:335.
2. Pilavaki M, Chourmouzi D, Kiziridou A, et al. Imaging of peripheral nerve sheath tumors with pathologic correlation: pictorial review. *Eur J Radiol* 2004; 52:229.
3. Tiel R, Kline D. Peripheral nerve tumors: surgical principles, approaches, and techniques. *Neurosurg Clin N Am* 2004; 15:167.
4. Skovronsky DM, Oberholtzer JC. Pathologic classification of peripheral nerve tumors. *Neurosurg Clin N Am* 2004; 15:157.
5. Latchamsetty KC, Elterman L, Coogan CL. Schwannoma of a seminal vesicle. *Urology* 2002; 60: 515.
6. Marsidi PJ, Winter CC. Schwannoma of penis. *Urology* 1980;16: 303-4.
7. Giglio M, Giasotto V, Medica M, Germinale F, Durand F, Queirolo G, et al. Retroperitoneal ancient schwannoma: case report and analysis of clinico radiological findings. *Ann Urol (Paris)* 2002; 36: 104-6.
8. Suster S. Recent advances in the application of immunohistochemical markers for the diagnosis of soft tissue tumors. *Semin Diagn Pathol* 2000; 17: 225-35.
9. R. Jiang, J.-H. Chen, M. Chen, Q.-M. Li Male genital schwannoma, review of 5 cases. *Asian J Androl*, 5 (3) (2003), pp. 251-254
10. Ferreira C; Reis F; Correia T; Cerqueira M; Carvalho LF; Castro JC; Macedo JD; Prisco R. Exérese laparoscópica de um schwannoma retroperitoneal: um caso clínico e revisão da literatura. : um caso clínico e revisão da literatura. *Acta Urológica Portuguesa*, 2015. Associação Portuguesa de Urologia. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acup.2015.05.002>.
11. Sato D; Kase T; Tajima M; Sawamura Y; Matsushima M; Wakayama M; Kuwajima A. Penile schwannoma. *International Journal Of Urology*, v. 8, n. 2, p. 87-89, 2001. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1442-2042.2001.00248.x>.

Schwannoma Retroperitoneal: Um Relato de Caso

Gustavo Figueiredo Carneiro*¹, Milton Carneiro da Silva², Ana Júlia Soares Oliveira², Fabiana Cardoso Evangelista², Brenda Ferreira Rocha², Gustavo Carvalho de Matos²

Universidade Estadual de Montes Claros UNIMONTES - Montes Claros, MG

1) Médico do Departamento de Urologia da Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros- Hospital Santa Casa

2) Acadêmico (a) do curso de Medicina da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES)

Correspondência*: Rua Januária, 750
Centro, Montes Claros – MG
CEP: 39400-077
E-mail: gustavo.carneiro@unimontes.br

INTRODUÇÃO

Os Schwannomas, também chamados de neurolemomas ou neurilenomas, são tumores originados na bainha neural a partir de células de Schwann de diversos órgãos, sendo em sua maioria benignos, porém pode ocorrer transformação maligna. Em cerca de 3% dos casos apresentam localização retroperitoneal e possuem maior prevalência em mulheres entre 40 a 60 anos.^{1,4}

Devido à falta de sinais ou sintomas característicos da doença, muitas vezes assintomática, e a ausência de estratégias de rastreamento, comumente é descoberta de forma acidental em exames de rotina.^{9,10}

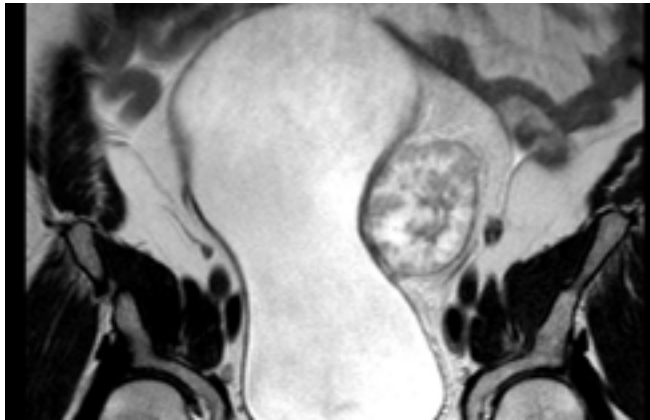
RELATO DE CASO

M.E.A.S, feminino, 51 anos, secretária, admitida no serviço de Urologia da Irmandade Nossa Senhor das Mercês

de Montes Claros- Hospital Santa Casa, com relato de que, após realização de exames de rotina foi identificado massa heterogênea anexial esquerda com sinais de degeneração cística e calcificações em Ultrassonografia (USG). No momento da consulta, queixava-se apenas de leve dor em aperto em região pélvica, de baixa intensidade, sem irradiações, sem fatores agravantes e atenuantes. Negava sintomas miccionais de armazenamento, esvaziamento, pós miccionais ou incontinência. Não apresentava alterações ao exame físico. Previamente hígida, não etilista e não tabagista. Foi solicitada uma Ressonância Magnética (RM) pélvica que evidenciou lesão expansiva heterogênea e encapsulada na transição abdominopélvica esquerda, medindo aproximadamente 5 x 4,9 cm nos maiores eixos axiais, intimamente relacionada à parede anterolateral da bexiga, sobre a qual exercia efeito compressivo extrínseco, associada a densificação de planos gordurosos e ingurgitamento vascular adjacentes, com características de alta agressividade biológica. Foi considerada a possibilidade de neoplasia primária da bexiga (leiomiossarcoma).

FIGURA 1

Ressonância Magnética Pélvica



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Material de excisão cirúrgica



Fonte: Arquivo Pessoal.

Assim, foi optado por excisão cirúrgica da referida lesão. O produto da ressecção do tumor retroperitoneal era constituído por formação nodular branco-amarelada, capsulada, medindo 6,0 x 5,7 x 5,0 cm e pesava 79 gramas.

A amostra demonstrou aspectos morfológicos que favoreciam o diagnóstico de lesão de células fusiformes benigna / baixo grau, sendo que as hipóteses de tumor Miofibroblástico inflamatório e Schwannoma deveriam ser consideradas. O estudo imuno-histoquímico revelou expressão forte e difusa para proteína S-100 e ausência de sinais de malignidade, fechando o diagnóstico em Schwannoma retroperitoneal (Neurilema).

Após o procedimento cirúrgico, a paciente apresentou boa evolução, recebeu alta e está em acompanhamento ambulatorial. Após um ano, apresenta-se assintomática e não apresenta alterações de exames laboratoriais.

DISCUSSÃO

Schwannomas são tumores originários de Células de Schwann bem diferenciadas, presentes nos nervos e raízes nervosas periféricas da face, do pescoço, das extremidades e da região retroperitoneal. São majoritariamente benignos, geralmente, únicos e costumam se apresentar como uma massa fusiforme, redonda ou oval, circunscrita e encapsulada. A forma retroperitoneal é rara, com prevalência entre 0,5% a 5%² ou 0,7% a 2,7%³; podem, ainda, estar associados à doença de von Recklinghausen's em 5% a 18% dos casos, fator que aumenta a chance de malignização do tumor⁴. Neurilemomas ocorrem em qualquer faixa etária, mas predominam entre 20 e 60 anos de idade, no sexo feminino⁵. Nakashima et al. (1997) classificaram os Schwannomas conforme suas características histopatológicas em dois grupos: tecido Antoni tipo A, região celular densa, compacta em padrão paliádico ou turbinado, e tecido Antoni tipo B, região hipocelular e mixóide com espaço microcístico composto de tecido degenerado e mixóide, com poucas células e substância gelatinosa. Devido aos tamanhos, frequentemente aumentados em schwannomas extracraniais, esses tumores costumam manifestar, também, modificações degenerativas secundárias, como cistos e calcificações⁴. O Schwannoma retroperitoneal é um diagnóstico que dificilmente é realizado pré-operatoriamente, uma vez que o retroperitônio é flexível e não restritivo, assim, um tumor grande e profundamente situado, normalmente, está presente antes que os pacientes apresentem quaisquer sintomas. Quando apresentam sintomatologia, costuma ser inespecífica, incluindo distensão abdominal em 30,5% dos casos³, dor abdominal em 20,7%³, ou associada ao deslocamento de estruturas retroperitoneais,

como o rim e o ureter^{1,3,4}. Apesar da ausência de sinais característicos nos exames de imagem, a tomografia computadorizada (TC) pode ser útil ao apresentar, no caso dos Schwannomas, margens lisas, nítidas, frequente liquefação e necrose, além de hemorragia intratumoral³. A RM, conforme Hayasaka et al. (1999), também pode indicar, em Schwannomas benignos, hipointensidade em imagens ponderadas em T1 e hiperintensidade em imagens ponderadas em T2, embora isso tenha sido observado em apenas 57% dos casos. Entretanto, cabe o diagnóstico definitivo dos Schwannomas retroperitoneais depende, invariavelmente, dos exames histopatológico e imuno-histoquímico, sendo, neste estudo, padrões alternantes de áreas Antoni-A e Antoni-B, com expressão considerável da proteína S100 no citosol das células tumorais, um dos marcos das variantes benignas^{3,4}. Aliar esses dois métodos é essencial para descartar alguns diagnósticos diferenciais, como a possibilidade de um tumor miofibroblástico inflamatório, citado no caso. A conduta para os Schwannomas retroperitoneais é a excisão completa, mas há controvérsias quanto às margens negativas nos tecidos moles. Alguns defendem a excisão cirúrgica completa, incluindo, se necessário, as vísceras adjacentes para atingir margens negativas de tecido, enquanto outros afirmam que, devido a sua característica benigna, uma enucleação simples ou excisão parcial do tumor seria suficiente^{4,5}. O prognóstico dos Schwannomas retroperitoneais benignos é satisfatório, com raros casos de reincidência, contudo, um acompanhamento próximo após a remoção desses tumores é necessário. A ressecção cirúrgica é recomendada se a recidiva ocorrer. Considerando a falta de sensibilidade à radiação e à quimioterapia, a terapia adjuvante não é recomendada⁸.

CONCLUSÃO

Os Schwannomas de localização retroperitoneal são tumores de prevalência relativamente baixa, em sua maioria benignos, sendo um diagnóstico diferencial da neoplasia primária de bexiga. A suspeição diagnóstica costuma ser tardia, devido à ausência de sinais e sintomas característicos, sendo sugerido por exames de imagem, como RM e TC, e confirmado a partir da análise histológica e imuno-histoquímica da peça cirúrgica ou de uma amostra de biópsia. O tratamento de escolha continua sendo a ressecção cirúrgica completa com margem livre, devido à chance de malignização e à ausência de sensibilidade à radiação e à quimioterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang L, Gao M, Zhang T, Chong T, Wang Z, Liu W, et al. Surgical management of retroperitoneal schwannoma complicated with severe hydronephrosis: A case report. *Medicine*; 2018. 97(39): 1-5.
2. Petrucciani N, Sirimarco D, Magistri P, Antolino L, Gasparini M, Ramacciato G. Retroperitoneal schwannomas: advantages of laparoscopic resection. Review of the literature and case presentation of a large paracaval benign schwannoma (with video). *Asian J Endosc Surg*; 2015. 8(1):78-82.
3. Li Q, Gao C, Juzi JT, Hao X. Analysis of 82 cases of retroperitoneal schwannoma. *ANZ J Surg*; 2007. 77(4): 237-240.
4. Daneshmand S, Youssefzadeh D, Chamie K, Boswell W, Wu N, Stein JP, et al. Benign retroperitoneal schwannoma: a case series and review of the literature. *Urology*; 2003; 62(6): 993-997.
5. Rajkumar JS, Ganesh D, Anirudh JR, Akbar S, Kishore CM. Laparoscopic Excision of Retroperitoneal Schwannoma. *J Clin Diagn Res*; 2015. 9(11): PD05-PD7.
6. Nakashima J, Ueno M, Nakamura K, Tachibana M, Baba S, Deguchi N, Tazaki H, et al. Differential diagnosis of primary benign and malignant retroperitoneal tumors. *Int J Urol*; 1997; 4(5): 441-446.
7. Hayasaka K, Tanaka Y, Soeda S, Huppert P, Claussen CD. MR findings in primary retroperitoneal schwannoma. *Acta Radiol*; 1999. 40(1):78-82.
8. Fujimoto N, Kubo T, Hisaoka M, Udo K, Yokomizo A, Shibuya T, et al. Demographics, management and treatment outcomes of benign and malignant retroperitoneal tumors in Japan. *International Journal of Urology. International Journal of Urology*; 2018. 25(1): 61-67.
9. Reid CP, Demartini W. Retroperitoneal Schwannoma: An Incidental Finding. *Radiol Technol*. 2018 Jul;89(6):541-548. PMID: 30420525.
10. CURY, José; COELHO, Rafael Ferreira; SROUGI, Miguel. Retroperitoneal schwannoma: case series and literature review. *Clinics, São Paulo*, v. 62, n. 3, p. 359-362, 2007.

Rabdomiossarcoma de Próstata como Diagnóstico Diferencial de Hiperplasia Prostática Benigna – Relato de Caso

Thiago Milani da Costa¹, Oscar Rubini Ávila², Matheus Carpenedo Frare³, Rai Montanholi Bueno³,
Tiago Negrão Lopes³, Milton Mendes Cattini⁴

Departamento de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente – Presidente Prudente, SP

1) Urologista responsável pelo caso, titular da SBU e preceptor da Residência de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente-SP (HRPP-SP).

2) Urologista titular da SBU e preceptor da Residência Médica de Urologia do HRPP-SP;

3) Residente de Urologia do HRPP – SP;

4) Acadêmico do curso de medicina da UNOESTE-SP;

Correspondência*: R. José Bongiovani, 1297
Cidade Universitária
Presidente Prudente, SP
CEP: 19050-680
matheuscarpenedof@gmail.com

RESUMO

Antecedentes: Rabdomiossarcoma de Próstata é um tumor maligno raro, mais comum na infância, de diagnóstico difícil e prognóstico reservado. **Objetivo:** relatar um caso de Rabdomiossarcoma de Próstata em que a suspeita inicial foi de Hiperplasia Prostática Benigna (HPB). **Apresentação do Caso:** Homem, 45 anos, cor parda, com sintomas do trato urinário inferior (STUI) progressivo, admitido na emergência do Hospital Regional de Presidente Prudente com retenção urinária aguda (RUA), devido a provável HPB, sendo submetido a sondagem vesical de demora. Mesmo em uso de sonda vesical, evoluiu com RUA devido a grande quantidade de material amorfo intravesical detectada pela ultrassonografia. Em consequência da anatomia totalmente distorcida da uretra prostática visualizada pela uretrocistoscopia, não foi possível progredir até a bexiga, sendo então submetido a laparotomia exploradora, detectando grande quantidade de material amorfo intravesical, com diagnóstico anatomopatológico de Rabdomiossarcoma de Próstata. Tomografia de Abdômen

pós operatória demonstrou importante massa em topografia de próstata e espaço retrovesical. Devido a progressão rápida do tumor, o paciente foi submetido a múltiplas intervenções cirúrgicas, evoluindo a óbito 6 meses após quadro de RUA. **Conclusão:** Rabdomiossarcoma de Próstata é um tumor raro, de difícil diagnóstico devido ao quadro inespecífico, prognóstico reservado, sem tratamento consensual na literatura e evolução altamente dependente do estadiamento da doença ao diagnóstico.

Palavras-Chave: Rabdomiossarcoma de Próstata – Hiperplasia Prostática Benigna – Diagnóstico Diferencial.

INTRODUÇÃO

O rabdomiossarcoma de próstata é um tumor maligno raro e altamente agressivo. Acomete principalmente a faixa etária pediátrica, sendo o principal tipo histológico de neoplasia

prostática na infância. No adulto possui prognóstico mais reservado do que na infância, sendo tumor de difícil diagnóstico devido à sintomatologia inespecífica.¹

O objetivo deste artigo é relatar o caso de um homem de 45 anos com diagnóstico tardio de rhabdomyosarcoma de próstata avançado, devido a suspeita inicial de Hiperplasia Prostática Benigna.

RELATO DE CASO

Paciente MSR, masculino, 45 anos, deu entrada no serviço de emergência do Hospital Regional de Presidente Prudente em Janeiro de 2020 com quadro de retenção urinária aguda, submetido a sondagem vesical de demora (SVD). Referia sintomas do trato urinário inferior (STUI) grave e progressivo, sem tratamento prévio. Ao exame digital da próstata, peso maior que 80g e PSA em fevereiro 2020 de 0,12ng/ml. Mantido a sonda vesical de demora e solicitado ultrassonografia de rins e vias urinárias, além de estudo urodinâmico. Em Maio de 2020, retorna ao PS devido a Retenção Urinária Aguda (RUA) mesmo em uso de SVD. Realizado ultrassonografia que evidenciou volumosa imagem heterogênea intravesical de 10x7cm.

Submetido à Uretrocistoscopia, onde não foi possível acesso intravesical devido à importante distorção da anatomia da uretra prostática. Optou-se pela conversão para cirurgia aberta, onde foi retirado grande quantidade de material amorfo (coágulo / tumor?) intravesical, e encaminhado para anatomopatológico. Também evidenciado a região prostática com sangramento ativo, sem limites anatômicos preservados e sem clivagem entre a bexiga e próstata, sendo suscitado trauma de uretra prostática pós sondagem. Realizado cerclagem do colo vesical com controle do sangramento.

No 1º pós-operatório, foi realizado tomografia computadorizada de abdômen, que demonstrou próstata de dimensões aumentadas, volume de 495 cm³, sem plano de clivagem com a bexiga, sugestivo de neoplasia. (IMAGEM 1). Anatomopatológico do material intravesical confirmou diagnóstico de rhabdomyosarcoma embrionário de próstata.

Em estudo de imagem pós procedimentos, viu-se crescimento importante da lesão, formando lesão heterogênea com epicentro na próstata e sem plano de clivagem com a bexiga. (IMAGEM 2). O mesmo não apresentou condições clínicas para receber quimioterapia sistêmica após o diagnóstico, sendo optado pelo tratamento paliativo devido ao baixo status clínico. Evoluiu a óbito 90 dias após primeiro procedimento e

cerca de 6 meses após quadro de RUA.

DISCUSSÃO

O rhabdomyosarcoma de próstata é um tumor de origem mesenquimal extremamente raro em adultos jovens e que ainda é um desafio quanto a sobrevida após diagnóstico.¹

A sintomatologia varia de acordo com o estágio da doença, apresentando inicialmente sintomas semelhantes a várias patologias do trato urinário inferior. Exame físico e laboratorial frequentemente incluem aumento do volume prostático ao toque, muitas vezes acompanhado de um valor dentro da normalidade do antígeno prostático específico (PSA).²

Devido à raridade em adultos, com limitados casos descritos na literatura, não há um consenso ideal sobre a terapia adjuvante para esta patologia. De acordo com os últimos protocolos da International Society of Pediatric Oncology (SIOP), em 80% dos casos, o tratamento primário padrão, independente do estadiamento, vem sendo administrado com quimioterapia, associado ou não à radioterapia local.

A terapia no adulto pode consistir na ressecção do órgão quando em estágios iniciais. Os procedimentos cirúrgicos são realizados em cerca de 50% dos pacientes, podendo variar entre cistectomia parcial/radical, cistoprostatectomia radical ou procedimentos paliativos, a depender do estadiamento e localização da doença.³

Em revisão de literatura, observamos série de casos onde a idade média ao diagnóstico foi de nove anos, em que metade pertenciam ao estágio IV e nenhum foi diagnosticado no estágio I da doença; o tratamento cirúrgico foi possível em 37% dos casos, além de que, a poliquimioterapia neoadjuvante ou adjuvante foi a terapêutica mais utilizada.⁴

CONCLUSÃO

O rhabdomyosarcoma de próstata em idade adulta é uma entidade neoplásica rara e com prognóstico reservado. Possui quadro clínico compatível com outras patologias do trato urinário inferior, sendo necessário a suspeição diagnóstica e auxílio de métodos complementares. O diagnóstico precoce é de grande importância, uma vez que na maioria das vezes, são encontrados a forma avançada e de difícil tratamento, elevando os índices de mortalidade.

FIGURA 1

TC de Abdômen em corte sagital do 1º PO pós retirada de material amorfo intra-vesical demonstrando massa de 495cm³ ocupando loja prostática, espaço pré-retal e sem planos de clivagem com a parede posterior da bexiga.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

TC de Abdômen de 80 dias pós 1º procedimento, demonstrando massa heterogênea com importante crescimento na pelve, sem plano de clivagem com a bexiga, medindo 14,6 x 13,4 nos maiores eixos axiais.



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sakly A, et al. Prostatic rhabdomyosarcoma revealed by acute urinary retention. Urology Case Reports. 2020; doi: org/10.1016/j.eucr.2020.101328.
2. Matondang S, Suwita BM, Budianto T, Dwina Y. Rhabdomyosarcoma of the prostate with bladder and urethral infiltration: A case report. Urology Case Reports. 2020. doi: org/10.1016/j.eucr.2020.101199.
3. Wu HY, Snyder HM, Womer RB. Genitourinary rhabdomyosarcoma: Which treatment, how much, and when? Journal of Pediatric Urology. 2009; 5, 501 a 506. doi:10.1016/j.jpuro.2009.06.011.
4. Zhan XK, et al. Clinicopathological characteristics and treatment outcomes of Chinese patients with genitourinary embryonal rhabdomyosarcoma. World J Surg Oncol. 2015;13:190. doi:10.1186/s12957-015-0574-x.

Metástase Cerebral de Tumor Primário Urotelial de Bexiga: Relato de Caso e Revisão de Literatura

Felipe Antonio Torres Mazzo*, Maria Eduarda Turczyn De Lucca, Guilherme dos Santos de Alencar, Sue Hellen de Oliveira Munhos, Eduardo Talib Bacchi Jaouhari, Rodrigo Leite de Moraes, Rosângela Stadnick Lauth de Almeida Torres

Hospital Erasto Gaertner - Curitiba, PR

Correspondência*: Rua Dom Pedro II, 3206
CEP: 83601160
Campo Largo, PR, Brasil
(+41) 99691-9334

RESUMO

Antecedentes: O potencial de metástase do câncer de bexiga é significativo. Devido à ascensão do uso de quimioterapias compostas de platina, a incidência de metástases em sistema nervoso central aumentou nos últimos anos, enquanto a expectativa de vida para pacientes com metástase continua desfavorável. **Relato de caso:** Paciente do sexo masculino, 67 anos, encaminhado ao serviço de oncologia por lesão sólida vegetante em bexiga e antígeno prostático específico total de 12,25 ng/ml. Relatou hematúria há 4 meses. Foi proposta ressecção transuretral da lesão vesical e biópsia prostática. Análise anatomopatológica revelou carcinoma urotelial papilífero de alto grau, com invasão da camada muscular, e adenocarcinoma prostático com invasão perineural. Após 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante, foi submetido à cistoprostatectomia radical. Oito meses depois, buscou o

serviço por parestesia e paresia em membro superior direito. Tomografia computadorizada de crânio revelou duas lesões expansivas heterogêneas. Proposta intervenção neurocirúrgica. Análise das peças ressecadas tinha aspecto condizente com carcinoma urotelial de alto grau. Paciente realizou radioterapia adjuvante para metástase, apresentando recidiva após 5 meses. Foi indicado outro ciclo de radioterapia em sistema nervoso central com finalidade paliativa. O presente caso tem 3 anos de seguimento e apresentou redução do tamanho dos implantes cerebrais após o ciclo de radioterapia adjuvante. **Conclusão:** Apesar da maioria dos pacientes com metástase cerebral de carcinoma urotelial apresentarem baixa resposta aos tratamentos e prognóstico desfavorável, este caso se destaca pelo longo período de sobrevida, mesmo após uma recidiva, comparado a outros relatos.

Palavras-chave: Neoplasias da Bexiga Urinária, Metástase Neoplásica, Sistema Nervoso Central.

INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga foi o décimo câncer com maior incidência no mundo em 2018 e o sexto mais comum entre homens¹. Sua forma mais comum de apresentação é a hematuria, normalmente indolor e intermitente. Sinais irritativos podem ser indicativos de carcinoma in situ extenso ou de tumores infiltrativos².

Os tumores de bexiga podem ser divididos entre invasivos e não-invasivos, e dentro dessas categorias entre variantes histológicas. Apesar de uma pequena porcentagem dos tumores invasivos serem de baixo grau, limitados à lâmina própria, mais de 95% dos tumores invasivos são de alto grau³.

O potencial de metástase do câncer de bexiga é significativo e os sítios mais afetados são fígado, pulmões e ossos^{1,4,5,6}. Devido à ascensão do uso de quimioterapias compostas de platina, que possuem penetração reduzida na barreira hematoencefálica, a incidência de metástases em sistema nervoso central aumentou nos últimos 40 anos⁴.

Em pacientes com número limitado de lesões cerebrais, elegíveis para ressecção, o tratamento padrão é cirurgia seguida por radiocirurgia estereotáxica adjuvante, e nos casos com lesões disseminadas, radioterapia de todo o cérebro⁴. Entretanto, a expectativa de vida para pacientes com metástase continua sendo desfavorável.

Este artigo tem como objetivo descrever o caso de um paciente com metástase cerebral de carcinoma urotelial de alto grau, que segue em acompanhamento, com uma sobrevida maior que a esperada.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 67 anos, encaminhado ao serviço de oncologia por lesão sólida vegetante em parede lateral esquerda da bexiga e antígeno prostático específico (PSA) total de 12,25 ng/ml. Ex-tabagista (carga tabágica de 2 maços/ano), suspenso há mais de 40 anos. Relatou hematuria há 4 meses. Foi proposta ressecção transuretral (RTU) da lesão vesical e biópsia prostática. A análise anatomopatológica das amostras revelou carcinoma urotelial papilífero de alto grau invasor, com invasão da lâmina própria e camada muscular (Figura 1), e adenocarcinoma prostático Gleason 7 (3+4) com invasão perineural.

Um exame de ressonância nuclear magnética (RNM) (Figura 2) de pelve revelou espessamento parietal irregular da bexiga à esquerda, de 6 cm, envolvendo todas as camadas, com sinais de acometimento da gordura paravesical. Lesão periférica à esquerda na próstata (PIRADS 5) de 21 mm, com sinais de extensão extracapsular. Indicou-se quimioterapia neoadjuvante (carboplatina AUC D1 e gemcitabina 1.000 mg/m² D1-D8, a cada 21 dias) e cistoprostatectomia radical.

Após 3 ciclos de quimioterapia neoadjuvante, foi submetido à cistoprostatectomia radical com reconstrução a Bricker. No pós-operatório, apresentou piora da função renal (creatinina de 3,3 mg/dl), havendo necessidade de hemodiálise – insuficiência renal KDIGO II. Evoluiu com melhora clínica, recebendo alta hospitalar cerca de 20 dias após a cirurgia. O produto de cistoprostatectomia revelou adenocarcinoma acinar usual Gleason 7 (4+3), comprometendo ambos os lobos prostáticos, com invasão perineural, e ausência de neoplasia urotelial residual. Ausência de comprometimento neoplásico em 17 linfonodos examinados. Nova dosagem de PSA foi de 0,11 ng/ml.

Oito meses após a cistoprostatectomia radical, sem ter iniciado radioterapia, buscou o serviço por parestesia e paresia em membro superior direito há 1 semana, relatando náuseas e vômitos associados. Ao exame, força grau IV em dimídio direito e grau V em dimídio esquerdo. Tomografia computadorizada (TC) de crânio revelou duas lesões expansivas heterogêneas, com realce predominantemente periférico medindo cerca de 39 x 23 mm no lobo parietal e medindo cerca de 44 x 25 mm no lobo occipital à esquerda, associadas à hipodensidade no parênquima encefálico adjacente, sugerindo edema vasogênico, com obliteração, dos sulcos entre os giros corticais e compressão sobre o ventrículo lateral ipsilateral. Presença de desvio da linha média para direita em aproximadamente 6 mm. Iniciada dexametasona. A RNM de crânio (Figura 3) revelou duas lesões expansivas na interface córtico/subcortical do lobo parietal (38 x 25 x 33 mm) e occipital (41 x 32 x 29 mm) esquerdos, contendo produtos de degradação da hemoglobina de permeio, com extenso edema vasogênico da substância branca circunjacente, determinando apagamento dos sulcos corticais, compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo e discreto (5 mm) desvio das estruturas da linha média para a direita. Proposta intervenção neurocirúrgica.

Foi realizada a ressecção do maior implante tumoral. Recebeu alta 2 dias após a cirurgia. Evoluiu com queixas visuais. Dois meses após a primeira neurocirurgia, optado pela ressecção da segunda lesão. A TC de crânio de controle mostrou ressecção adequada, sem sinais de complicação pós-operatória. A análise das peças ressecadas tinha quadro

histológico (Figuras 4 e 5) e imuno-histoquímico (Tabela 1) condizentes com carcinoma pouco diferenciado metastático com sítio primário em bexiga (carcinoma de urotélio de alto grau).

Realizou radioterapia adjuvante por metástase cerebral e 5 meses após a segunda neurocirurgia buscou atendimento por déficit visual importante e confusão mental, com evolução de 2 meses. RNM de crânio (Figura 6) revelou recidiva de metástase cerebral. Foi indicado, então, outro ciclo de radioterapia em sistema nervoso central (30Gy/10fr) com finalidade paliativa. Nova TC (09/2020) mostrou redução das lesões em SNC (Figura 7). Dosagem do PSA de 0,9 ng/ml. Em consulta após o término da adjuvância paliativa, informante relata episódios de confusão mental menos frequentes.

O presente caso tem 3 anos de seguimento e apresentou redução de tamanho dos implantes cerebrais após o ciclo de radioterapia adjuvante. O paciente segue em acompanhamento.

DISCUSSÃO E REVISÃO

O câncer de bexiga foi o décimo câncer com maior incidência no mundo em 2018 e o sexto mais comum entre homens, que correspondem a mais de 75% dos casos¹. Sua prevalência é alta, afetando aproximadamente 1,6 milhões de pessoas⁶. Os fatores de risco incluem: idade avançada, sexo masculino, raça caucasiana, histórico familiar ou pessoal do câncer, tabagismo e exposição a aminas aromáticas^{1,6}.

A forma mais comum de apresentação do câncer de bexiga é a hematúria, ocorrendo em 80% dos casos, normalmente indolor e intermitente. Sinais irritativos, como disúria, polaciúria e urgência miccional podem ser indicativos de carcinoma in situ (CIS) extenso ou de tumores infiltrativos. Dor em flanco, suprapúbica ou em ossos, anorexia e fadiga estão associados a estágios mais avançados da doença e a piores prognósticos².

Os tumores de bexiga podem ser divididos entre invasivos e não-invasivos, e dentro dessas categorias entre variantes histológicas. Apesar de uma pequena porcentagem dos tumores invasivos serem de baixo grau, limitados à lâmina própria, mais de 95% dos tumores invasivos são de alto grau³. Ainda, em aproximadamente 25% dos casos, a doença já se encontra em estágio de invasão muscular e provavelmente desenvolverá metástases¹.

Estudos sugerem que os tumores invasivos uroteliais se desenvolvem a partir de ao menos duas vias moleculares,

sejam eles tumores papilares de alto grau ou CIS, e que mutações nos genes TP53 e FGFR3 são as mais prevalentes³. No anatomopatológico, o câncer de bexiga pode apresentar diferentes morfologias dependendo da variante histológica³. Na análise deste caso, o tumor apresentava padrão papilar de alto grau invasivo, com projeções papilares, por vezes com eixos fibrovasculares, frequentemente fusionadas, revestidas por células uroteliais com núcleos moderadamente pleomórficos e hipercromáticos.

Um estudo sobre o perfil imuno-histoquímico em carcinomas uroteliais de bexiga de alto grau, e de adenocarcinomas de próstata concomitantes, revelou que os marcadores CK-7, CK-20 e Uroplaquina III estavam presentes nos tumores de bexiga em aproximadamente 87%, 67% e 60% dos casos, respectivamente⁷. Estes marcadores testaram positivo no caso descrito, além do GATA-3.

O objetivo da investigação deve ser determinar o diagnóstico, local, extensão do câncer e, em particular, a presença de invasão muscular. A cistoscopia é o padrão ouro para o diagnóstico inicial do câncer de bexiga acompanhada por biópsia de lesões suspeitas^{2,6}. Para auxílio no estadiamento, pode ser feita avaliação via ressonância nuclear magnética (RNM) de pelve, que promove imagens mais detalhadas das camadas da bexiga, ou urotomografia computadorizada. A RNM de crânio segue sendo indicada apenas caso o paciente apresente queixas neurológicas^{4,8}.

O estadiamento dos tumores de bexiga se baseia na profundidade de invasão das paredes da bexiga e auxilia a determinar o prognóstico do paciente⁸. (8) Tumores isolados no urotélio (Ta) e na lâmina própria (T1) são considerados não músculo-invasivos. A partir do estágio T2 ocorre invasão da muscular própria. O estadiamento T3 do câncer de bexiga é definido como invasão do tecido perivesical. O estágio T4 é o mais avançado e indica invasão extravesical aos órgãos adjacentes^{2,6,9}. Estudos recentes evidenciaram que o estágio T3b (invasão macroscópica) está associado a piores desfechos em comparação ao T3a (invasão microscópica) em pacientes sem metástases em linfonodos⁹.

A primeira linha de tratamento é quimioterapia baseada em cisplatina, especificamente a combinação cisplatina-gemcitabina ou a combinação com metotrexato, vimblastina, doxorubicina e cisplatina (MVAC). Apesar das respostas aos regimes quimioterápicos serem altas, elas não são duráveis e a média de sobrevida é de apenas 12-15 meses para aqueles com doença avançada^{1,10}. Ainda, uma parcela significativa dos pacientes com câncer de bexiga não é elegível para a terapia com cisplatina, pois apresentam ao menos um dos seguintes

critérios: ECOG Performance Status ≥ 2 ; clearance de creatinina ≤ 60 ml/min; perda auditiva grau ≥ 2 ; neuropatia grau ≥ 2 . (1) Assim, nos casos contraindicados à terapia convencional, a alternativa viável é a carboplatina-gemcitabina, que, apesar de ser menos eficaz, é mais fácil de administrar e melhor tolerada, além de imunoterapias como pembrolizumab e atezolizumab^{1,6,10}.

Neste relato, o paciente apresentava um tumor de bexiga estágio T3b, pois à RNM de pelve foi constatado acometimento da gordura perivesical macroscopicamente. Devido à reduzida taxa de filtração glomerular, o paciente não se enquadrava na terapia convencional, assim a quimioterapia instituída foi carboplatina-gemcitabina.

A incidência de câncer de bexiga e próstata concomitantes é alta e vem aumentando com o passar dos anos. Dados sugerem que essa alta frequência se deve a alterações moleculares compartilhadas por ambos os tumores, como nos genes supressores de tumor TP53 e RB1. Entretanto, a maioria dos estudos indica que o diagnóstico de câncer de próstata não interfere no prognóstico final dos pacientes com câncer de bexiga que são submetidos à cistoprostatectomia radical¹¹.

O câncer de bexiga urotelial metastático ou localmente avançado (T3b, T4 ou com acometimento linfonodal) possui o pior prognóstico e nesses casos a combinação de quimioterapias e cistectomia radical (CR) continua sendo o tratamento de escolha. Entretanto, aproximadamente metade dos pacientes que se submeterem à CR por invasão muscular terão recidiva local ou metástases distantes, a sobrevida de 5 anos estimada nesses pacientes é de 60%¹⁰.

No estágio metastático, a cirurgia pode ser benéfica como parte de uma abordagem multimodal. Os pacientes que se beneficiam desse tratamento são aqueles que já completaram ou tiveram uma resposta significativa com o tratamento quimioterápico e naqueles que têm metástases em locais onde a cirurgia é uma opção viável, como linfonodos não-pélvicos, pulmões e – neste caso – cérebro¹⁰.

O potencial de metástase do câncer de bexiga é significativo e os sítios mais afetados são fígado, pulmões e ossos^{1,4,5,6}. Devido à ascensão do uso de quimioterapias compostas de platina, que apesar de maior controle no sítio primário possuem penetração reduzida na barreira hematoencefálica, a incidência de metástases em sistema nervoso central (SNC) aumentou nos últimos 40 anos para aproximadamente 3-16% dos casos. A incidência de metástases em cérebro na era pré-cisplatina era menor, próxima de 1-3%. Entretanto, também é provável que esta incidência seja subestimada

devido às limitações diagnósticas de imagem antes do uso em larga escala de RNM e tomografias computadorizadas (TC)⁴.

O manejo da metástase cerebral é ditado a partir do tamanho e quantidade de lesões, ressecabilidade, histologia e estado da doença extracraniana. Em pacientes com um número limitado de lesões que são elegíveis para ressecção, o tratamento padrão é cirurgia seguida por radiocirurgia estereotáxica adjuvante (SRS), de preferência, na cavidade cirúrgica. A SRS sozinha pode ser uma opção em tumores pequenos (<3 cm) que não são ressecáveis ou acessíveis, nem muito numerosos. Nos casos com uma lesão mais extensa e de difícil ressecção, o indicado é a radioterapia de todo o cérebro (WBRT), que pode causar efeitos colaterais neurocognitivos, como prejuízo na memória de curto prazo⁴.

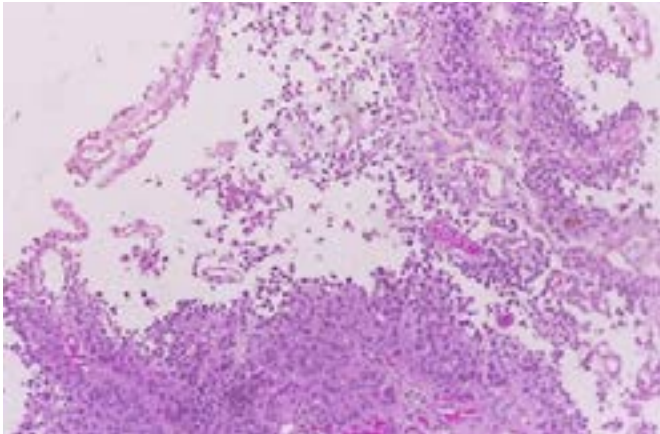
Em uma revisão com 359 casos, publicada em 2003, contou-se que o tipo histológico de células transicionais do câncer de bexiga foi o mais encontrado (72%) nos pacientes que tiveram alguma complicação neurológica. Nesse estudo, apenas 4 pacientes (1%) apresentaram metástase cerebral, em 3 desses as lesões eram múltiplas, e a sobrevida média desse grupo foi de apenas 1 mês⁵. Outro relato de caso, publicado em 2011, teve parestesias como sintoma inicial de metástase em lobo direito e apresentou sobrevida de 1 mês após o início de tratamento¹².

CONCLUSÃO

As metástases cerebrais de carcinomas uroteliais de bexiga, apesar de raras, vêm aumentando sua incidência devido às terapias compostas de platina e maior sobrevida dos pacientes com câncer de bexiga primário. Entretanto, uma vez instalada a metástase em cérebro, estes pacientes tendem a evoluir mal, com baixa resposta aos tratamentos e prognóstico desfavorável. Este caso se destaca pelo longo período de sobrevida desde o diagnóstico da metástase cerebral, mesmo após uma recidiva, comparado a outros relatos.

FIGURA 1

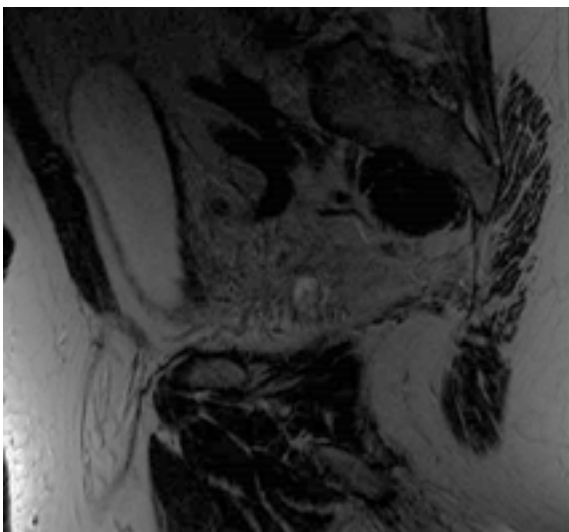
Carcinoma urotelial papilar de alto grau invasivo, constituído por neoplasia com projeções papilares, por vezes com eixos fibrovasculares, frequentemente fusionadas, revestidas por células uroteliais com núcleos moderadamente pleomórficos e hipercromáticos, sem polarização.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

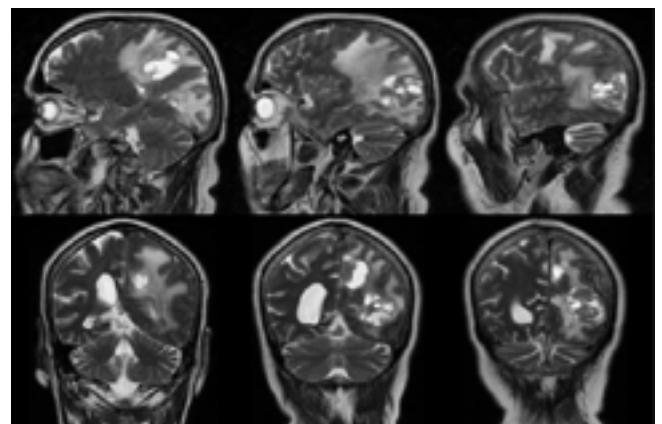
Imagem de ressonância magnética da pelve mostrando espessamento parietal irregular da bexiga.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

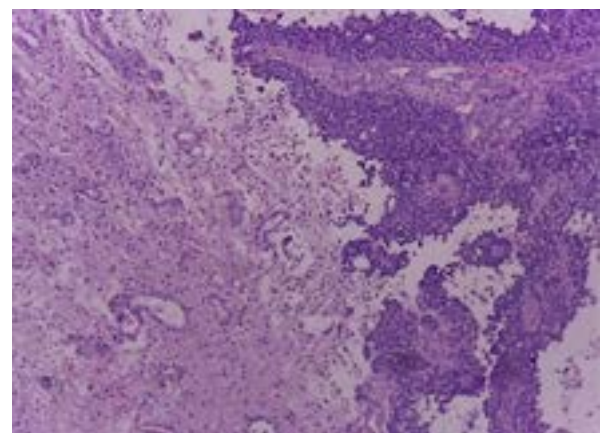
Sequência de imagens de ressonância magnética de crânio ponderadas em T2. Duas lesões expansivas na interface córtico/subcortical do lobo parietal (38 x 25 x 33 mm) e occipital (41 x 32 x 29 mm) esquerdos, contendo produtos de degradação da hemoglobina de permeio, com extenso edema vasogênico da substância branca circunjacente, determinando apagamento dos sulcos corticais, compressão sobre o ventrículo lateral esquerdo e discreto (5 mm) desvio das estruturas da linha média para a direita.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

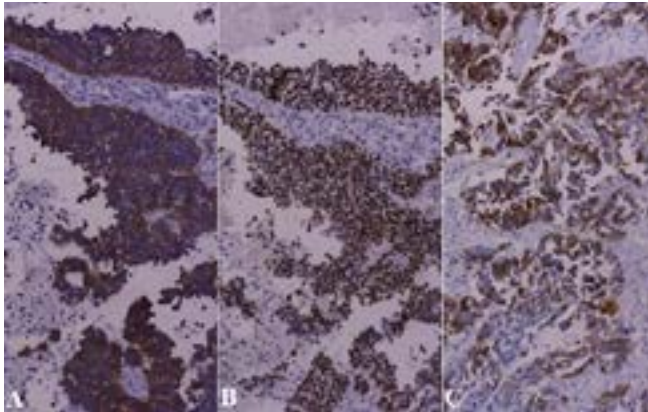
Carcinoma urotelial metastático constituído por neoplasia com projeções papilares, por vezes com eixos fibrovasculares, em meio a tecido glial (H&E, 100X).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5

Estudo imuno-histoquímico das lesões em sistema nervoso central evidenciando positividade para CK-7 (A), GATA-3 (B) e Uroplaquina (C), respectivamente (100X).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 6

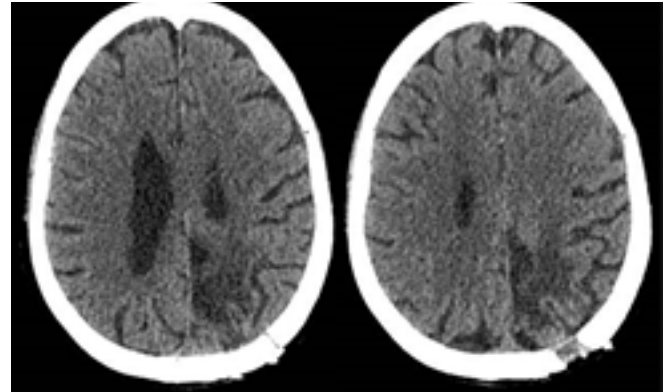
Sequência de imagens de ressonância magnética do crânio mostrando recidiva da metástase com lesão heterogênea, com aspecto multisseptado e cístico, com realce pelo contraste e áreas de restrição à difusão de água predominantemente periféricas, medindo cerca de 45 x 21 mm. Alto sinal em T2/FLAIR no parênquima encefálico adjacente, com obliteração dos sulcos entre os giros corticais. Múltiplas outras lesões com características semelhantes esparsas pelo hemisfério cerebral esquerdo, em posição leucocortical. Espessamento meníngeo adjacente.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 7

TC de Abdômen de 80 dias pós 1º procedimento, demonstrando massa heterogênea com importante crescimento na pelve, sem plano de clivagem com a bexiga, medindo 14,6 x 13,4 nos maiores eixos axiais.



Fonte: Arquivo Pessoal.

TABELA 1 – Painel imuno-histoquímico das lesões cerebrais ressecadas.

MARCADOR	RESULTADO
CK7	Positivo
CK20	Positivo
GATA-3	Positivo
PSA	Negativo
Racemase	Negativo
TTF-1	Negativo
Uroplaquina	Positivo

LISTA DE ABREVIATÓES

PSA – Antígeno Prostático Específico

RTU – Ressecção Transuretral

RNM – Ressonância Nuclear Magnética

TC – Tomografia Computadorizada

CIS – Carcinoma In Situ

MVAC – Terapia de Metotrexato, Vimblastina, Doxorubicina e Cisplatina.

CR – Cistectomia Radical

SNC – Sistema Nervoso Central

SRS – Radiocirurgia Estereotáxica Adjuvante

WBRT – Radioterapia de Todo o Cérebro

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bukhari N, Al-Shamsi HO, Azam F. Update on the Treatment of Metastatic Urothelial Carcinoma [Internet]. Vol. 2018, Scientific World Journal. Hindawi Limited; 2018 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29977169/>
2. Tanaka MF, Sonpavde G. Diagnosis and management of urothelial carcinoma of the bladder. [Internet]. Vol. 123, Postgraduate medicine. Postgrad Med; 2011 [cited 2021 Feb 26]. p. 43–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21566415/>
3. Humphrey PA, Moch H, Cubilla AL, Ulbright TM, Reuter VE. The 2016 WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs—Part B: Prostate and Bladder Tumours. European Urology [Internet]. 2016 [cited 2021 Feb 26];70(1):106–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26996659/>
4. Brennenman RJ, Gay HA, Christodouleas JP, Sargos P, Arora V, Fischer-Valuck B, et al. Review: Brain metastases in bladder cancer. Vol. 6, Bladder Cancer. IOS Press BV; 2020. p. 237–48.
5. Anderson TS, Regine WF, Kryscio R, Patchell RA. Neurologic complications of bladder carcinoma: A review of 359 cases. Cancer [Internet]. 2003 May 1 [cited 2021 Feb 26];97(9):2267–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12712482/>
6. Lenis AT, Lec PM, Chamie K. Bladder cancer a review [Internet]. Vol. 324, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2020 [cited 2021 Feb 26]. p. 1980–91. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2772966>
7. Mhawech P, Uchida T, Pelte MF. Immunohistochemical profile of high-grade urothelial bladder carcinoma and prostate adenocarcinoma. Human Pathology [Internet]. 2002 Nov 1 [cited 2021 Mar 19];33(11):1136–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12454820/>
8. Mossanen M, Chang SL, Kimm S, Sonpavde GP, Kibel AS. Current Staging Strategies for Muscle-Invasive Bladder Cancer and Upper Tract Urothelial Cell Carcinoma [Internet]. Vol. 45, Urologic Clinics of North America. W.B. Saunders; 2018 [cited 2021 Feb 26]. p. 143–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650131/>
9. Magers MJ, Lopez-Beltran A, Montironi R, Williamson SR, Kaimakliotis HZ, Cheng L. Staging of bladder cancer [Internet]. Vol. 74, Histopathology. Blackwell Publishing Ltd; 2019 [cited 2021 Feb 26]. p. 112–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30565300/>
10. Abufaraj M, Gust K, Moschini M, Foerster B, Soria F, Mathieu R, et al. Management of muscle invasive, locally advanced and metastatic urothelial carcinoma of the bladder: A literature review with emphasis on the role of surgery [Internet]. Vol. 5, Translational Andrology and Urology. AME Publishing Company; 2016 [cited 2021 Feb 26]. p. 735–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27785430/>
11. Lopez-Beltran A, Cheng L, Montorsi F, Scarpelli M, Raspollini MR, Montironi R. Concomitant bladder cancer and prostate cancer: Challenges and controversies [Internet]. Vol. 14, Nature Reviews Urology. Nature Publishing Group; 2017 [cited 2021 Feb 27]. p. 620–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrurol.2017.124>
12. Sanchez Abraham M, Guagnini M, Sousa L, Romano L, Aleman A. Metástasis cerebral de carcinoma urotelial de vejiga. Neurologia Argentina. 2011 Jul 1;3(3):186–8.

Escroto Agudo Como Apresentação Atípica de Lipossarcoma Paratesticular: Um Relato de Caso

José De Assis e Souza Júnior¹, Daniel Carvalho Ribeiro^{*2}, Pedro Ribeiro da Mota⁴, Ádria Camila Silva⁵, Gleyciane Delfino Ferreira⁵, Abílio de Castro Almeida³

Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella (FCV) Muriaé, MG
Centro Universitário UNIFAMINAS - Muriaé, MG

- 1) Médico Residente do Serviço de Cirurgia Oncológica do Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella, Muriaé / MG;
- 2) Médico Uro-Oncologista do Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella (FCV), Muriaé / MG;
- 3) Médico Chefe do Serviço de Uro-Oncologia do Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella (FCV), Muriaé / MG;
- 4) Médico Urologista do Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella (FCV), Muriaé / MG;
- 5) Acadêmica de Medicina do Centro Universitário UNIFAMINAS, Muriaé / MG.

Correspondência*: Av. Cristiano Ferreira Varella, no 555
Bairro Universitário
Bloco 2 / Centro de Estudos
CEP: 36888-233
carvalho_daniel@id.uff.br

RESUMO

Introdução: Os lipossarcomas paratesticulares são patologias raras, com poucos casos descritos na literatura. Apresentamos um caso clínico assistido no Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varella (FCV). **Caso clínico:** Paciente do sexo masculino, 65 anos, com queixa de dor testicular associado a aumento de volume. Exame clínico demonstrou aumento da bolsa testicular direita, com massa endurecida e leves sinais flogísticos. Ultrassonografia com Doppler evidenciou bolsa testicular direita de volume de cerca de 80,1 cm³, com massa volumosa/ expansiva, sólida, de ecogenicidade heterogênea e sem fluxo ao Doppler. Paciente foi submetido a orquiectomia radical direita e linfadenectomia inguinal do mesmo lado. Laudo histopatológico demonstrou sarcoma pleomórfico de alto grau histológico, localizado em região paratesticular. Estudo imunohistoquímico consistente com Lipossarcoma Paratesticular bem diferenciado do subtipo esclerosante. **Conclusão:** No relato, foi encontrado presença

de escroto agudo como manifestação atípica de lipossarcoma paratesticular, o qual foi confirmado por meio do estudo imuno-histoquímico.

Palavras-chave: lipossarcoma paratesticular, lipossarcoma bem diferenciado, neoplasias pélvicas, orquiectomia, escroto agudo

INTRODUÇÃO

As massas escrotais podem ser testiculares ou paratesticulares. As massas paratesticulares geralmente são benignas, sendo as malignidades primárias extremamente raras em adultos. As neoplasias malignas são adenocarcinomas e sarcomas, incluindo rabdomiossarcoma, leiomiiossarcoma e lipossarcomas¹.

O lipossarcoma paratesticular, descrito pela primeira vez em 1952, é uma neoplasia maligna de tecido adiposo originada a partir de células mesenquimatosas primitivas do cordão espermático. Existem apenas cerca de 200 casos de lipossarcoma do cordão espermático publicados^{2,3}. A maioria dos casos é diagnosticada na idade adulta, mais comumente entre os 50 e 60 anos. Estes tumores são frequentemente insidiosos e assintomáticos, apresentam-se habitualmente como uma massa escrotal ou inguinal indolor e de crescimento lento³.

RELATO DE CASO

Trata-se de paciente do sexo masculino, 65 anos, hipertenso associada a obesidade grau III, admitido no Hospital do Câncer de Muriaé da Fundação Cristiano Varela, com relato de perda ponderal significativa em um mês, associada a diáforese, episódios febris e dor testicular. Exames laboratoriais na admissão mostraram intensa leucocitose (59.000 céls./mm³), trombocitose (552.000/mm³) e elevação de proteínas de fase aguda. Ao exame clínico: presença de aumento da bolsa testicular direita, com massa endurecida e leves sinais flogísticos. Ao ser questionado, paciente relata que o aumento foi súbito e progressivo. Solicitados CEA, beta- HCG e alfa-fetoproteína, ambos dentro dos limites da normalidade. Ultrassonografia com Doppler da região escrotal evidenciou bolsa testicular direita de volume de cerca de 80,1 cm³, com massa volumosa/expansiva, sólida, de ecogenicidade heterogênea e sem fluxo ao Doppler, além de infiltração com espessamento do mediatino do testículo direito e epidídimo do mesmo lado (FIGURA 1). Testículo esquerdo com topografia, dimensões e textura ecográfica normais, com volume de cerca de 12,5 (FIGURA 2).

Sugerindo neoplasia testicular ou neoplasia paratesticular. O paciente foi submetido a orquiectomia radical direita (FIGURA 3). Após a cirurgia, paciente evoluiu com melhora clínica e laboratorial.

Laudo histopatológico demonstrou sarcoma pleomórfico de alto grau histológico, localizado em região paratesticular, medindo 14,0 cm em seu maior eixo, presença de alto índice mitótico e áreas de necrose, ausência de invasão angiolinfática ou focos de infiltração perineural, margens livres e testículo, epidídimo e cordão espermático de aspectos histológicos habituais e livres de neoplasias (FIGURA 4). Estadiamento patológico pT3pNx.

O relatório do estudo imuno-histoquímico revelou neoplasia com celularidade moderada, exibindo estroma

colagenizado, associado a células alongadas ou poligonais, com citoplasma eosinofílico e núcleos pleomórficos, estando as células dispostas de maneira aleatória, com espaços lóbulos de adipócitos de permeio e positividade para p16, CDK4 e MDM2, consistente com Lipossarcoma Paratesticular bem diferenciado do subtipo esclerosante (FIGURA 5).

DISCUSSÃO

O lipossarcoma é um tumor lipomatoso sólido, volumoso, com arquitetura heterogênea, geralmente contendo áreas de calcificação e amarelo à aparência macroscópica¹. São conhecidos por terem um tamanho acentuado². Ocorrem na meia-idade e em idosos, e representam 10-20% de todos os tumores extratesticulares malignos¹.

De acordo com a classificação histológica de tumores da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2002, o lipossarcoma pode ser dividido em cinco categorias: tumor lipomatoso atípico ou bem diferenciado (subdivididos em lipoma-símile, esclerosantes, inflamatórios e fusiformes); desdiferenciado; mixóide/ células redondas; pleomórfico; e lipossarcoma de tipo misto^{1,2}. Tendem a se espalhar principalmente por extensão local. A disseminação hematogênica e linfática geralmente é um evento tardio, exibido por tumores de alto grau².

Os lipossarcomas bem diferenciados ou atípicos representam 40-45% de todos os lipossarcomas, correspondendo ao subgrupo mais comum². Os subtipos de baixo grau incluem os tumores bem diferenciados, que apresentam baixo potencial de metastatização, podendo, no entanto, ser localmente invasivos. Os subtipos de alto grau (pleomórficos, de células redondas e indiferenciados), são mais raros e estão associados a uma maior taxa de recorrência e metástases por via hematogênica³. Os lipossarcomas mixóides têm um prognóstico relativamente melhor².

A história e o exame físico adequados são a base para o diagnóstico de patologia escrotal. A ultrassonografia é o principal estudo radiológico usado para avaliar massas escrotais. Pode localizar o local de uma massa e diferenciar entre lesões sólidas e císticas. O Doppler deve ser usado para avaliar o fluxo sanguíneo. Ocasionalmente, a TC ou a RNM são usadas se a ultrassonografia for inconclusiva e, geralmente, precede a exploração escrotal⁽¹⁾.

A aparência da ultrassonografia é variável e inespecífica, mas a presença de uma matriz lipomatosa pode levantar suspeitas. Também pode apresentar áreas de ecogenicidade

heterogênea correspondendo a um componente não lipomatoso. As imagens de TC e RM são mais específicas, pois podem reconhecer facilmente componentes gordurosos e diferenciar essas áreas de outros componentes de tecidos moles ⁽¹⁾.

As abordagens de tratamento local mais amplamente utilizadas incluem: orquiectomia radical com alta ligadura do cordão espermático no anel inguinal⁴. A abordagem ideal é por meio de uma incisão inguinal, em oposição a uma abordagem transescrotal⁵. A excisão incompleta está associada à recorrência frequente e, portanto, independentemente do tamanho do tumor, a orquidectomia radical com margens cirúrgicas livres é recomendada para minimizar a recorrência⁴.

Khandekar et al. descobriram que a sobrevida livre de recorrência local em 3 anos foi de 100% para margens negativas em comparação com 29% para margens positivas^{4,6}. A dissecação retroperitoneal de linfonodos deve ser limitada apenas a pacientes com linfonodos radiologicamente suspeitos⁴. Geralmente não existe indicação para linfadenectomia locorregional, uma vez que a disseminação ganglionar é rara³.

Os padrões definitivos de disseminação dos sarcomas paratesticulares não estão bem definidos. A principal recorrência é local. Alguns autores propõem vias hematogênicas como importantes para a disseminação dos sarcomas paratesticulares⁷.

No que concerne ao prognóstico, os fatores mais importantes incluem a ressecção completa da massa tumoral em bloco, o tipo, o grau histológico e o tamanho³. Os tipos bem diferenciados têm melhor prognóstico, mas tendem à alta incidência de recorrência local⁴.

O papel das terapias adjuvantes representadas pela radioterapia e quimioterapia é controverso⁴. Dada a probabilidade de recorrência local, tem sido proposta a realização de radioterapia adjuvante no sentido de diminuir a incidência de recidiva locorregional³. As indicações para radioterapia adjuvante incluem margens positivas ou menores que 10 mm e quando o tumor não é ressecável, porque a recorrência local após a cirurgia isolada é muito alta⁴. O lipossarcoma de células mixóides parece ser o mais sensível à radioterapia³.

Devido à escassez de casos, o papel da quimioterapia sistêmica adjuvante em adultos com não está claro⁴, dada a quimiorresistência dos tipos histológicos mais comuns³. Quando a quimioterapia é indicada, o tratamento com vincristina, ciclofosfamida e doxorrubicina é usado para casos metastáticos de alto grau⁴.

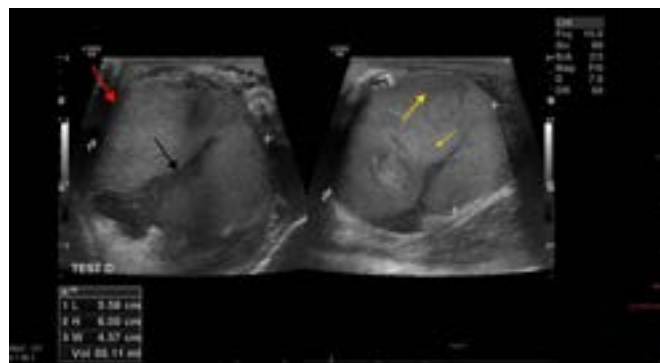
Considerando a elevada taxa de recorrência, nomeadamente tardia, preconiza-se um seguimento prolongado, estando recomendado o follow-up por pelo menos 10 anos. A sobrevivência destes doentes aos 5 anos parece ser de aproximadamente 75% ³.

CONCLUSÃO

Ao avaliar uma massa escrotal, uma anamnese cuidadosa e um exame inguinoescrotal meticoloso são necessários. Todas as massas merecem uma investigação formal com marcadores tumorais séricos, exames de imagem, consulta com especialistas para estadiamento e intervenções adicionais, manejo cirúrgico, exame histopatológico e imunológico. O relato de caso em questão, portanto, evidenciou escroto agudo como manifestação atípica de lipossarcoma paratesticular, o qual foi confirmado através de estudo imuno-histoquímico. Este contribui ao descrever mais um caso para a literatura mundial, já que há poucos casos publicados. Futuramente poderá auxiliar médicos da área na abordagem correta, na condução do diagnóstico, no tratamento cirúrgico e no seguimento.

FIGURA 1

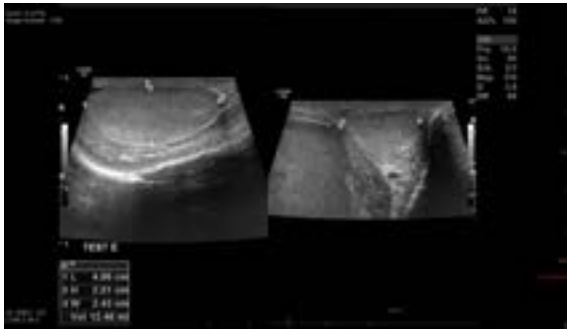
Ultrassonografia com Doppler de bolsa testicular direita. Observa-se massa volumosa/ expansiva e sólida (seta vermelha), com ecogenicidade heterogênea (setas amarelas), além de espessamento do mediastino do testículo (seta preta).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

Ultrassonografia com Doppler de bolsa testicular esquerda, a qual apresenta-se normal, para demonstrar o padrão de normalidade.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 3

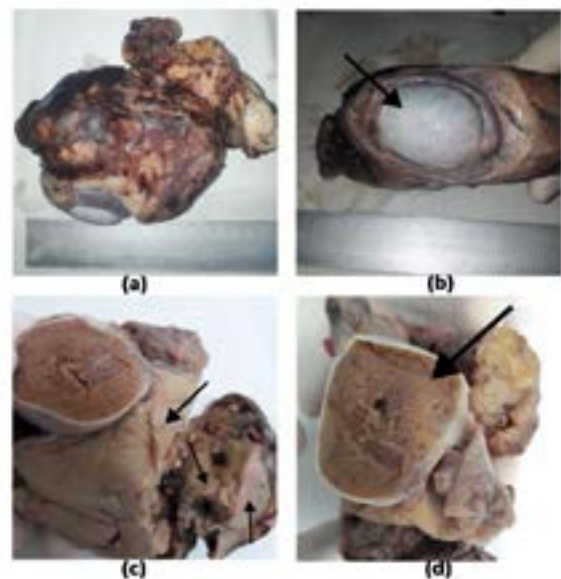
Imagem da peça operatória de orquiectomia radical direita, medindo 14 cm em seu maior eixo.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

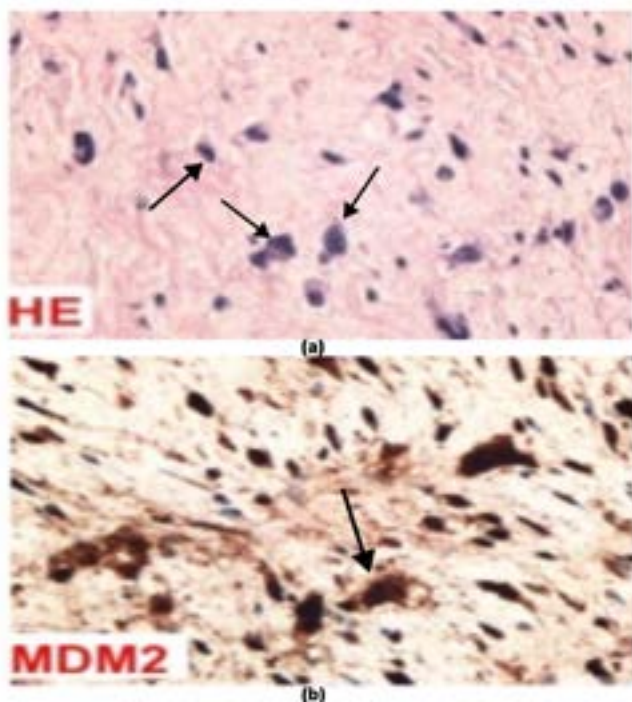
Histopatológico. (a) Peça cirúrgica com lesão paratesticular medindo 14,0 cm em seu maior eixo. (b) Testículo direito medindo 3,5 em seu maior eixo, com túnica albugínea lisa e brilhante e parênquima acastanhado, elástico e homogêneo, não se evidenciando presença de lesão (seta preta). (c) Lesão paratesticular com aspecto multinodular, ora pardo-claro e elástico, ora pardo-rosada e firme e ora amarelada e amolecida (setas pretas). (d) Testículo direito sem evidência de lesão (seta preta).



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 5

Imagens da Imunohistoquímica da amostra, cedidas em laudo do Laboratório Bacchi, ambas no aumento de 40x. (a) Presença de células alongadas ou poligonais, com citoplasma eosinofílico e núcleos pleomórficos (setas pretas). (b) Positividade para MDM2 (seta preta).



Fonte: Arquivo Pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Patel NG, Rajagopalan A, Shrotri NS. Scrotal liposarcoma - a rare extratesticular tumour. JRSM short reports. 2011; Vol. 2 (12): 93. DOI: 10.1258/shorts.2011.011064.
2. Khandeparkar SGS, Pinto RGW. Histopathological Spectrum of Tumor and
3. Tumor-like Lesions of the Paratestis in a Tertiary Care Hospital. Oman Medical Journal. 2015; vol. 30(6): 461–468. DOI: 10.5001/omj.2015.90.
4. Catarino R et al. Spermatic Cord Liposarcoma. ACTA Urológica Portuguesa. 2018; vol. 35 no. 1-2. DOI: <https://doi.org/10.24915/aup.35.1-2.65>.
5. Mouden K, Wakrim S, Semmar A. Paratesticular liposarcoma: a case report. Pan African Medical Journal. 2019; 33:282. DOI: 10.11604/pamj.2019.33.282.19545.
6. Febres-Aldana CA et al. Liposarcoma in the Inguinal Canal: Challenges in Preoperative Diagnosis and Importance of Routine Pathological Examination of "Hernia Sacs". Case Reports in Pathology. 2018; vol. 2018: 5929626. DOI: 10.1155/2018/5929626.
7. Khandekar MJ et al. Paratesticular liposarcoma: unusual patterns of recurrence and importance of margins. Annals of Surgical Oncology. 2013; 20(7): 2148-55. DOI: 10.1245/s10434-013-2963-0.
8. Omidvari S et al. Paratesticular Liposarcoma; a Case Report. Iranian journal of cancer prevention. 2014; 7(4), 239–243. PMC4307107.

Abordagem Cirúrgica de Linfedema Genital Masculino: Relato de Caso

João Roberto Farias de Souza¹, Thiago Zeraik Sampaio Lustosa², Thiago Assis Lisboa³, Diego Estevam Gomes Oliveira⁴, Marcus de Oliveira², Antônio Peixoto de Lucena Cunha^{*5}

Hospital Universitário Ciências Médicas - HUCM

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais - FCMMG, Belo Horizonte - MG

1) Acadêmico de Medicina da FCMMG

2) Residente de Urologia do HUCM

3) Cirurgião Plástico; Preceptor do Serviço de Cirurgia Plástica do HUCM; Membro da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica

4) Urologista; Preceptor do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

5) Urologista; Mestre; Professor de Urologia da FCMMG; Coordenador do Serviço de Urologia do HUCM; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Urologia

Correspondência*: Rua Espírito Santo, 1204
Salas 905/907
CEP 30.160-031
Lourdes
Belo Horizonte, MG
antoniopeixoto.urologia@gmail.com

RESUMO

Antecedentes: O linfedema genital é uma doença rara, associada a intensas repercussões físicas, psicológicas e sociais. A terapêutica cirúrgica é desafiadora. **Apresentação do caso:** Reporta-se um paciente masculino, 70 anos, com linfedema genital idiopático, submetido a intervenção cirúrgica. Foi realizado ressecção do tecido acometido e escrotoplastia com retalho póstero-lateral de pele escrotal e cobertura do corpo peniano com enxerto parcial de pele. **Conclusões:** A funcionalidade do paciente, bem como a sua qualidade de vida melhorou significativamente.

Palavras-chave: Linfedema. Genitália Masculina. Urologia.

CONTEXTO

O linfedema genital (LG) é uma doença rara, cuja fisiopatologia envolve o comprometimento das cadeias linfáticas inguinais, acúmulo de linfa no subcutâneo e resposta inflamatória local crônica.¹ É classificado em primário (idiopática ou

congenito) ou secundário (obstrutivo) a trauma, radioterapia, infiltração maligna ou infeccioso.²

A abordagem de LG grave envolve, comumente, a cirurgia, que se comporta como plano terapêutico paliativo ou curativo.³ Desta forma, o objetivo desse trabalho é apresentar um procedimento cirúrgico urológico e restaurador.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 70 anos, procedente de região não endêmica de filariose, avaliado pela clínica urológica no Hospital Universitário Ciências Médicas. Relatou LG de crescimento progressivo há 04 anos. Observava-se linfedema escrotal com dimensões de 30 cm x 30 cm x 20 cm, com desvio do corpo do pênis, flácido, para direita, sem visualização da glândula. A pele da região genital apresentava-se endurecida e os testículos não palpáveis (Figura 1 A). Não apresentava ereção e a higienização local era difícil. A propedêutica para filariose foi negativa. Ultrassonografias de abdome e pelve

não demonstraram alterações.

Na abordagem cirúrgica, o paciente foi posicionado em litotomia e sondagem vesical de demora com Folley nº 14 de silicone feita. Procedeu-se à inguinotomia bilateral, com exploração pela dissecação em planos. Assim, identificou-se os cordões espermáticos, que foram reparados e os testículos foram expostos. Realizou-se a incisão semicircular suprapúbica com dissecação, em planos, até o corpo do pênis ao nível da fáscia de Buck e exposição do mesmo. A pele do pênis foi removida a partir de 1 mm da coroa da glande (Figura 1 B).

Seguiu-se com exérese do excesso de pele peno-escrotal, em bloco, por meio da extensão da incisão ao nível da região perineal (Figura 1 C). Realizou-se com uma incisão transversal na pele remanescente suprapúbica com exteriorização e fixação do pênis. Na junção peno escrotal, a sutura foi mantida com pequena folga com objetivo de prevenir qualquer contração em forma de anel na base do pênis.

A orquipedexia foi realizada, em posição cranial, para evitar torção testicular. A escrotoplastia foi realizada a partir da pele pósterio-lateral do escroto, sendo a linha de sutura posicionada na linha média. A cobertura do pênis foi realizada com enxerto de pele espessura parcial retirado da região anterior da coxa direita, fixado com suturas na região dorsal do corpo e circular na glande (Figura 1 D). Concluiu-se com a aposição de um dreno portovac na nova bolsa escrotal. Ao realizar o curativo, manteve-se o pênis em posição horizontal, no plano axial.

Na manhã do 5º dia pós operatório (DPO), observou-se pequeno hematoma sob enxerto, em região dorsal, do corpo do pênis. Porém, a ferida apresentava-se com bom aspecto. O dreno portovac foi retirado no 8º DPO, sem débito significativo nas últimas 24 horas. O enxerto no corpo peniano apresentou integração total, sem apresentar sinais inflamatórios ou infecciosos. Na área doadora do enxerto, observava-se epitelização. Havia uma pequena deiscência do retalho, em região lateral direita, da base do pênis, com eliminação discreta de secreção sero-sanguinolenta.

No 9º DPO o paciente recebeu alta hospitalar e programação de retornos em 7 e 30 dias. A sonda vesical de demora foi mantida até o 16º DPO (primeiro retorno ambulatorial).

No 71º DPO apresentou estenose de meato uretral, sendo dilatado com Benique (Figura 2 A). Relatou não ter ereção espontânea e apresentava controle miccional satisfatório. Observava-se cicatrizes discretas em inguinotomias bilateral e rafe mediana. Os testículos eram palpáveis e indolores (Figura 2 B e C). O paciente ganhou velocidade de marcha. A análise

histopatopatológica do prepúcio e glande confirmou linfedema e revelou lesão intra epitelial associada ao Papiloma vírus humano. A hipótese diagnóstica foi de LG idiopático.

DISCUSSÃO

O LG é uma doença crônica associada a repercussões físicas e psicossociais. O curso da doença envolve disfunção erétil e miccional, dificuldade de deambulação, perda da capacidade laboral e reclusão social.⁴ Por se tratar de uma afecção pouco prevalente, a possibilidade e capacidade de tratamento restringe-se a equipes de grandes centros.

O tratamento cirúrgico ablativo objetiva, a plástica genital, tempo livre de doença e evitar a recorrência.⁵ Diferentes procedimentos foram propostos, sendo a ressecção completa do tecido acometido, com preservação dos cordões espermáticos e testículos, seguido de enxertia de pele parcial no pênis e escrotoplastia a partir pele escrotal pósterio-lateral uma estratégia que assegura bom resultado funcional e estético, como descrito na apresentação do caso.⁶⁻⁷ Optou-se pela sutura dos retalhos na linha mediana simulando a rafe mediana do períneo, conferindo aspecto final mais natural e anatômico.⁷

A escrotoplastia com uso da pele pósterio-lateral do escroto é viável, porque a pele dessa região, geralmente, possui drenagem vascular e linfática colateral. Além disso, tem como vantagem: preservação do mecanismo termoregulatório e tecnicamente é mais simples e rápido de ser realizado.^{4,7-8}

A utilização de enxerto pele parcial na cobertura do pênis, do paciente apresentado, favoreceu resultado estético e funcional satisfatório ao mimetizar o tecido primário. A manutenção de pele residual comprometida, nessa região, pode ocasionar o aparecimento de deformidade desfigurante circular na proximidade da glande.⁶⁻⁸

A recuperação do paciente, depende da etiologia do linfedema e das comorbidades do paciente. No caso relatado o paciente teve alta relativamente precoce, o que não se espera de acordo com a literatura.^{4,7-8}

CONCLUSÕES

Ao avaliar a subjetividade e a satisfação do paciente, a abordagem cirúrgica representou uma possibilidade terapêutica adequada. A funcionalidade do paciente, bem como a qualidade de vida melhorou de forma significativa.

FIGURA 1

A) Pré - operatório. B) Reparo de cordões espermáticos e dissecação do tecido acometido pelo linfedema C) Peça cirúrgica D) Aspecto pós operatório mediato



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 2

A) Estenose de meato uretral e aspecto cicatricial de rafe escrotal B) Pós-operatório tardio em visão frontal C) Pós operatório tardio em visão oblíqua, observa-se área doadora de enxerto (coxa direita) com bom aspecto



Fonte: Arquivo Pessoal.

LISTA DE ABREVIATURAS

LG – Linfedema genital

DPO – Dia pós operatório

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wisenbaugh, E., Moskowitz, D., & Gelman, J. Reconstruction of Massive Localized Lymphedema of the Scrotum: Results, Complications, and Quality of Life Improvements. *Urology*. 2018;112:176–180.
2. Grada AA, Phillips TJ. Lymphedema: Pathophysiology and clinical manifestations. *J Am Acad Dermatol*. 2017;77(6):1009-1020.
3. Kung TA, Champaneria MC, Maki JH, Neligan PC. Current Concepts in the Surgical Management of Lymphedema. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(4):1003e-1013e.
4. Aulia I, Yessica EC. Surgical management of male genital lymphedema: A systematic review. *Arch Plast Surg*. 2020;47(1):3-8
5. Apesos J, Anigian G. Reconstruction of penile and scrotal lymphedema. *Ann Plast Surg*. 1991;27(6):570-573.
6. Lobato RC, Zatz RF, Cintra Junior W, et al. Surgical treatment of a penoscrotal massive localized lymphedema: Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;59:84-89.
7. Dandapat MC, Mohapatro SK, Patro SK. Elephantiasis of the penis and scrotum. A review of 350 cases. *Am J Surg*. 1985;149(5):686-690.
8. Salako AA, Olabanji JK, Oladele AO, Alabi GH, Adejare IE, David RA. Surgical Reconstruction of Giant Penoscrotal Lymphedema in Sub-Saharan Africa. *Urology*. 2018;112:181-185