



## Raro Caso de Leiomioma Paratesticular Rare Case of Paratesticular Leiomyoma

Gabriel Amorim de Brito<sup>1</sup>, Daniel Carvalho Ribeiro<sup>1</sup>, Amanda Vanessa Demarchi<sup>1</sup>, Angelo Maurílio Fosse Júnior<sup>1</sup>, José Scheinkman<sup>1</sup>

### Resumo

**Introdução:** Os tumores paratesticulares representam 2% das neoplasias genitourinárias. São neoplasias benignas provenientes do tecido mesenquimatosotoso, de crescimento lento e indolente, sem etiologia definida, podendo surgir em qualquer tecido composto por músculo liso. Destacam-se os leiomiomas, que são considerados uma neoplasia rara nessa localização, de modo que seu diagnóstico é frequentemente confundido com os tumores testiculares.

**Caso Clínico:** Os autores apresentam um caso de paciente masculino, 56 anos, admitido no ambulatório de urologia com grande massa indolor em testículo direito de crescimento lento e evolução de três anos. Após exames complementares, foi submetido a orquiectomia radical direita. A análise histopatológica e perfil imunohisto-químico da peça cirúrgica constataram uma neoplasia mesenquimatosotosa compatível com leiomioma paratesticular atípico, de comportamento *borderline* e crescimento indolente.

**Discussão:** Trata-se de uma patologia benigna rara, de etiologia desconhecida e facilmente confundida com os tumores de origem testicular. Por conseguinte, este caso clínico tem o objetivo de introduzir essa entidade no conhecimento médico, a fim de colaborar em futuras abordagens.

**Palavras-chave:** Leiomioma; Neoplasias Testiculares.

### Introdução

Os leiomiomas são neoplasias benignas provenientes do tecido mesenquimatoso, de crescimento lento e indolente, sem etiologia definida, podendo surgir em qualquer tecido composto por músculo liso.<sup>1</sup>

Histologicamente a região paratesticular é constituída por: tecido epitelial, tecido mesotelial e tecido mesenquimatoso, dos quais derivam todos os processos neoplásicos. Esses tumores representam cerca de 2% das neoplasias intraescrotais, sendo na sua maioria benignos (70%).<sup>1,2</sup>

Apresentam incidência na faixa etária entre 16 e 88 anos, predominantemente entre segunda e quinta década de vida, com uma idade média de 50 anos. Anatomicamente, podem atingir as túnicas testiculares, *rete testis* e o cordão espermático. Em geral, o epidídimo é o local mais atingido.<sup>1,3,4</sup>

Na sua grande maioria são unilaterais, com leve predomínio

### Abstract

**Introduction:** Paratesticular tumors account for 2% of genitourinary neoplasms. They are benign neoplasms originating from the mesenchymal tissue, of slow and indolent growth, with no definite etiology, and can appear in any tissue composed of smooth muscle. Stand out the leiomyomas, which are considered a rare neoplasia in this location, so that their diagnosis is often confused with testicular tumors.

**Clinical Case:** The authors present a case of a 56-year-old male patient admitted to the urology outpatient clinic with a large painless mass in the right testis of slow growth and a 3-year evolution. After further examination, he underwent right inguinal orchiectomy. The histopathological analysis and immunohistochemical profile of the surgical specimen showed a mesenchymal neoplasia compatible with atypical paratesticular leiomyoma, with borderline behavior and indolent growth.

**Discussion:** This is a rare benign pathology whose etiology is frankly unknown and easily diagnosed as testicular origin. Therefore, this report sets out the objective of introducing this entity into medical knowledge in order to collaborate on future approaches.

**Keywords:** Leiomyoma; Testicular Neoplasms.

do lado direito, com poucos relatos de bilateralidade. Em relação ao tamanho, podem variar entre 1,5 cm e 30 cm. Não há evidência de fatores de risco ou protetores, em parte devido à pequena quantidade de estudos sobre o tema.<sup>1,3,4</sup>

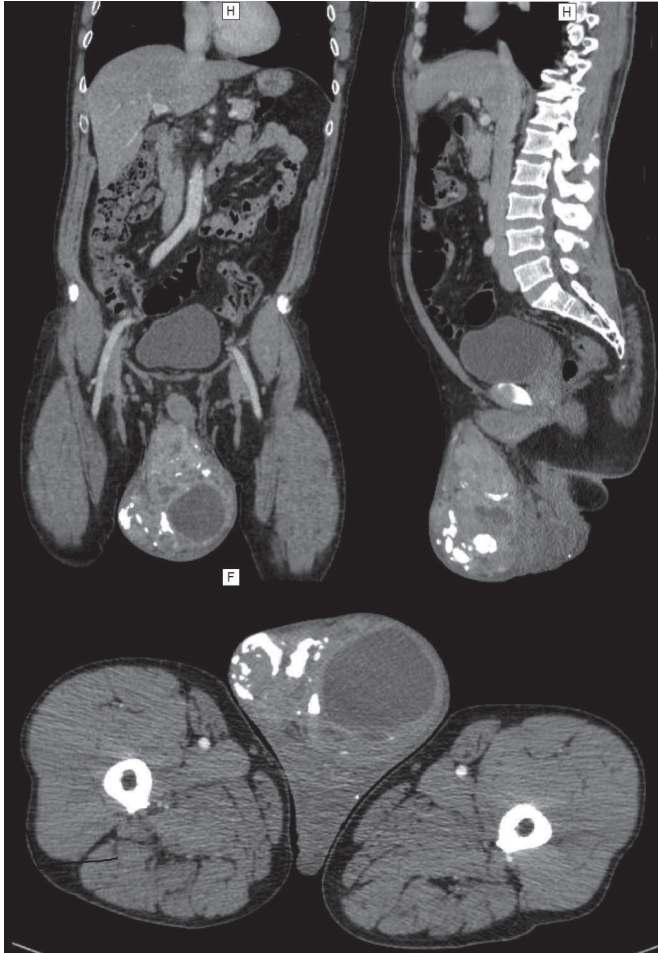
### Caso Clínico

Paciente masculino, de 56 anos, natural de Niterói-RJ, admitido no ambulatório com grande massa indolor em testículo direito. Refere evolução de três anos, crescimento lento e nega qualquer sintomatologia. Paciente hipertenso e com coronariopatia, já submetido à angioplastia em 2011. Nega história de doenças infectocontagiosas e neoplásicas na família. Internado para estudo e tratamento.

A análise laboratorial do sangue e urina apresentou-se normal, inclusive a gonadotrofina coriônica humana - fração beta (b-hCG) quantitativo e a alfa fetoproteína (AFP). Entretanto, a lactato desidrogenase (LDH) apresentou-se ligeiramente aumentada (260 U/L - N:85-227 U/L).

Solicitada tomografia computadorizada (TC) de abdômen e pélvis, cujo resultado mostrou formação expansiva ocupando a

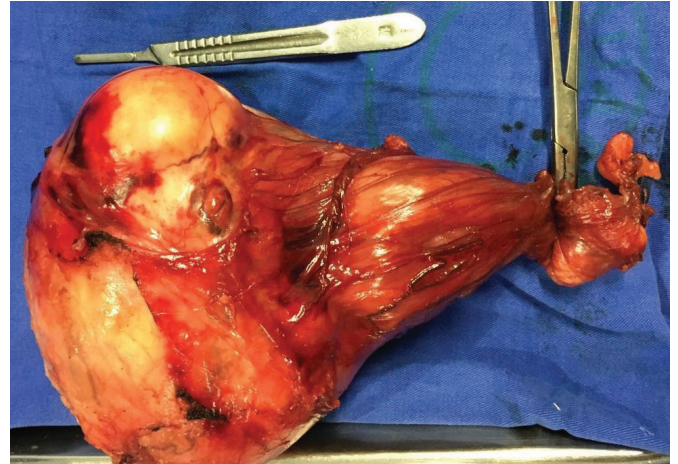
<sup>1</sup>Serviço de Urologia, Hospital Universitário Antônio Pedro / Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ, Brasil



**Figura 1:** Tomografia computadorizada.

bolsa escrotal na sua totalidade, indissociável dos testículos e dos respectivos epidídimos, contendo calcificações grosseiras, áreas quísticas e áreas com densidade de tecidos moles, sugestivas de degeneração quística/necrose, configurando aspecto multiloculado caracterizado por septos de paredes espessas e irregulares que realçam pelo meio de contraste (Fig. 1). A referida lesão mede em torno de 14,0 (L) x 12,0 (T) x 10,0 (AP) cm. Sem adenomegalias. Restantes órgãos e tecidos com aspecto normal.

Indicada exploração cirúrgica e ressecção da massa. Realizada orquiectomia inguinal radical direita e envio de material para estudo anatomopatológico. Peça cirúrgica representada por testículo, epidídimo e cordão espermático direitos, deformados pela presença de grande massa tumoral medindo 17,0 x 13,0 x 10,0 cm (Fig. 2). Aos cortes, observa-se massa tumoral paratesticular de aspecto heterogéneo, ora quístico, uniloculado, com conteúdo hemorrágico, ora amarelada e amolecida, além de extensa área irregular branco-amarelada e pétreo. Não foi observada necrose tumoral. Perfil imuno-histoquímico positivo para vimentina, actina de músculo liso (AML) e CD99 e negativo para CD34 e citoqueratina (AE1/3) (Fig. 3). Trata-se de uma neoplasia mesen-



**Figura 2:** Peça cirúrgica.

quimatosa de características morfológicas e imunofenotípicas compatíveis com leiomioma paratesticular atípico, de comportamento *borderline* e crescimento indolente.

Paciente evoluiu sem complicações e teve alta hospitalar no dia seguinte à cirurgia.

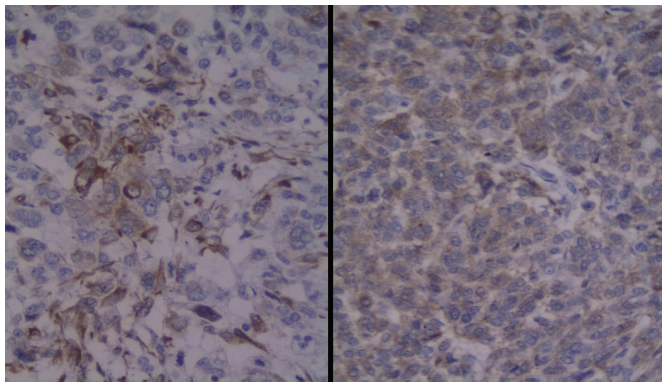
## Discussão

Dada a raridade desta neoplasia não existem muitos estudos sobre o tema, não tendo sido encontrado nenhum trabalho publicado no Brasil. Por conseguinte, consideramos importante o relato deste caso a fim de discutir os aspectos clínicos e epidemiológicos, de modo que se tenha o leiomioma paratesticular como uma hipótese diagnóstica.

A clínica, em geral, é apresentada por massa escrotal indolor, mas raramente cursa com dor regional focal dependente da compressão vasculo-nervosa decorrente do aumento da massa.<sup>1,5</sup>

É de realçar a probabilidade de que uma lesão tumoral na região testicular possa ser neoplasia, mas também algum processo inflamatório. Mesmo que a prevalência do primeiro seja maior, é fundamental afastar patologias como a tuberculose genitourinária, principalmente em regiões endémicas, por exemplo o Brasil. Portanto, é fundamental conhecer os aspectos epidemiológicos.<sup>1</sup>

Quanto ao diagnóstico, são fundamentais os métodos de imagem, que têm importante papel no estudo anatómico. A ultrassonografia permite localizar a estrutura de origem através da ecogenicidade, como também avaliar o seu conteúdo. Caso haja necessidade de métodos mais sensíveis e específicos, deve-se optar pelos seguintes métodos: TC ou ressonância magnética (RM). A TC é um método radiológico que permite a visualização e delimitação da massa com muito mais detalhe do que a ultrassonografia e determina o tipo de lesão, havendo o inconveniente da radiação. A RM é o método de escolha por apresentar maior acuidade que a TC na identificação do provável componente envolvido, já que se trata de tecidos moles, sendo útil para ade-



**Figura 3:** Lâminas.

quada estratificação e decisão terapêutica, no entanto com um custo mais elevado que a última.<sup>1-3,5,6</sup>

O doseamento de marcadores tumorais é essencial na investigação diagnóstica de tumores germinativos, assim como no acompanhamento e prognóstico da doença. A AFP eleva-se alguns tumores não-seminomatosos; o b-hCG eleva-se nos dois tipos de carcinoma testicular, sendo muito mais comum nos não-seminomas; o LDH é indicador de carga tumoral. Entretanto, caso todos estejam dentro da normalidade, é essencial expandir as possibilidades e incluir as etiologias paratesticulares nos diagnósticos diferenciais.<sup>1,3,5,7,8</sup>

Apesar dos leiomiomas paratesticulares apresentarem serem geralmente indolores, de características benignas, e pouca capacidade de malignização, o tratamento preconizado é a exérese cirúrgica total, de modo a evitar complicações compressivas decorrentes do crescimento da massa. O diagnóstico é feito com a análise histopatológica da peça.<sup>1-3,5,9</sup>

Macroscopicamente são massas de tamanho variável, formato arredondada ou ovóide, bordos regulares, não encapsuladas, de cor cinza esbranquiçado, consistência aumentada, sem evidências de focos hemorrágicos e necrose.<sup>6</sup>

A microscopia, segundo a literatura, evidencia neoplasias bem delimitadas com proliferação celular fusiforme, com padrão de crescimento em “redemoinho” e distribuição aleatória das fibras, sem atipias celulares, ausência de mitoses atípicas e sem evidência de necrose tumoral. Estas características são de extrema importância para o diferenciar de outras etiologias malignas, nas quais se encontram atipias, mitoses atípicas e regiões de necrose e hemorragia.<sup>6</sup>

Outro método preconizado para diagnóstico é a análise dos marcadores imuno-histoquímicos, quando os estudos histopatológicos são poucos específicos. Neste caso, detecta-se que os marcadores AML (marcador mioepitelial) e vimentina (marcador de células mesenquimais) são positivos e citoqueratina AE1/3 é negativa. Com isto, é possível estabelecer o diagnóstico de leiomioma paratesticular e diferenciar de demais etiologias de acordo com o padrão obtido no estudo imuno-histoquímico.<sup>1,6</sup>

Dada a raridade deste caso, este trabalho tem como propósito

elucidar o tema, já que tumores da bolsa escrotal são facilmente suspeitados como de origem testicular. Por conseguinte, visa promover a inclusão deste tema no conhecimento médico, de modo a contribuir para futuras abordagens de processos neoplásicos nesta topografia. ●

#### Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Proteção de Pessoas e Animais: Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com a Declaração de Helsinquia da Associação Médica Mundial.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de doentes.

#### Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors report no conflict of interest.

Funding Sources: No subsidies or grants contributed to this work.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Protection of Human and Animal Subjects: The authors declare that the procedures followed were in accordance with the regulations of the relevant clinical research ethics committee and with those of the Code of Ethics of the World Medical Association (Declaration of Helsinki).

#### Autor Correspondente /Corresponding Author

Gabriel Amorim de Brito - gabriel\_amorim@id.uff.br  
tel +55(21)983238053Av. Marquês do Paraná, 303  
Centro, Niterói – RJ – Brasil, 24033-900

Recebido/Received: 2017-04-11

Aceite/Accepted: 2017-07-11

#### REFERÊNCIAS

1. García NAC, Gonzales JMM, Gómez OAU. Leiomioma Paratesticular. *Rev Cient Cienc Méd.* 2015;18:32–7.
2. Soto Delgado M, Pedrero Márquez G, Jiménez Romero ME, Navas Martínez MC. Leiomiomasarcoma del cordón espermático: aportación de dos casos. *Actas Urol Esp.* 2007;31:911-4.
3. Birmingham PIR, Sebastian FJN, Gonzalez JG, Barriuso GR, Espadas AG. Paratesticular tumors. description of our case series through a period of 25 years. *Arch Esp Urol.* 2012;65:609-15.
4. Sevilla CR, Sanz MA, Manzanera JL, Stanek Z, Martín JA. Leiomioma bilateral y asincrónico de epidídimo: presentación de un caso. *Actas Urol Esp.* 2010;34:483-5.
5. Alcalá JA, Arrondo JL, Piédrola IP, Álvarez HZ, Villanueva JA, Martínez AS, et al. Diagnósticos diferenciales del leiomioma del epidídimo. Aportación de un nuevo caso. *Arch Esp Urol.* 2001;54:823-5.
6. Robbins SL, Cotran R. *Patologia – Bases patológicas das doenças.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
7. Krege S, Beyer J, Souchon R, Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. European consensus conference on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the second meeting of the European Germ Cell Cancer Consensus group (EGCCCG): part I. *Eur Urol.* 2008;53:478-96.
8. Krege S, Beyer J, Souchon R, Albers P, Albrecht W, Algaba F, et al. European consensus conference on diagnosis and treatment of germ cell cancer: a report of the second meeting of the European Germ Cell Cancer Consensus group (EGCCCG): part II. *Eur Urol.* 2008;53:497-513.
9. Khoubi B, Mishra V, Ali M, Motiwala H, Karim O. Adult paratesticular tumours. *BJU Int.* 2002;90:707-15.