

CASO CLÍNICO

Acta Med Port 2005; 18: 485-487

MICROLITÍASE E TUMOR TESTICULAR

RAQUEL COELHO, M^a JOÃO BRITO, PAOLO CASELLA, GRACIETE BRAGANÇA, M^a CÉU MACHADO
Departamento de Pediatria. Hospital Fernando Fonseca. Amadora

RESUMO

A microlitíase testicular é uma entidade rara, sendo geralmente assintomática e bilateral. Pode surgir de forma isolada, mas estima-se que em até 40% dos casos constitua uma manifestação de tumor do testículo.

Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 11 anos, com tumefacção do testículo esquerdo com quatro meses de evolução. A ecografia testicular revelou aumento do volume do testículo esquerdo e microcalcificações bilaterais. A biopsia testicular revelou tumor de Sertoli, pelo que foi submetido a orquidectomia radical esquerda.

A microlitíase testicular exige vigilância clínica e ecográfica periódicas pela associação frequente com patologia neoplásica, a qual é potencialmente curável se precocemente diagnosticada.

Palavras-chave: Microlitíase testicular, tumor de células de Sertoli, criança, tumor testículo

SUMMARY

MICROLITHIASIS AND TESTICULAR TUMOUR

Testicular microlithiasis is a rare entity, usually asymptomatic and bilateral. There are however reports that until 40% of the cases may be related with testicular tumours.

We report an 11-year-old boy, with a four-month history of left testicular mass. Sonography showed increased volume of left testis and bilateral microlithiasis. Testicular biopsy revealed Sertoli cell tumour and he was submitted to left radical orchiectomy. Testicular cancer is often curable, especially if diagnosed and treated early. The association of malignancy justifies long term clinical and ultrasound follow-up of testicular microlithiasis.

Key-Words: Testicular microlithiasis, Sertoli cell tumour, children, testicular tumour

INTRODUÇÃO

A microlitíase testicular (MT) é uma entidade habitualmente diagnosticada por ecografia e sem expressão clínica. A sua incidência é estimada em 0,6 a 6,7%¹. Pode surgir de forma isolada, mas em até 30 a 40% dos casos associa-se a tumores do testículo^{2,3}.

Os autores apresentam o caso clínico de uma criança com tumor do testículo com quatro meses de evolução, em quem se confirmou posteriormente a existência de microcalcificação testicular bilateral.

CASO CLÍNICO

R.F.R., sexo masculino, origem africana, com 11 anos de idade. Os antecedentes familiares e pessoais eram irrelevantes para a história clínica. Houvera sido referenciado à Consulta Externa de Cirurgia Pediátrica por aumento indolor do volume do testículo esquerdo com quatro meses de evolução. Do exame objectivo destacava-se ginecomastia bilateral e tumefacção do testículo esquerdo, com 6 cm de diâmetro, indolor, de consistência pétreo, sem rubor nem aumento da temperatura local.

A ecografia testicular revelou aumento das dimensões do testículo esquerdo pela presença de massa com 4 cm de diâmetro e aspectos sugestivos de elevado conteúdo cálcico e microlitíase testicular bilateral. O hemograma, velocidade de sedimentação, doseamento da β -gonadotrófica coriônica, fetoproteína, hormona luteinizante, hormona folículo estimulante, testosterona, prolactina, estradiol e 17 β -estradiol foram normais para o grupo etário.

A biopsia do testículo esquerdo com exame extemporâneo revelou tumor testicular com áreas calcificadas; não se visualizou invasão da túnica albugínea, epidídimo ou das estruturas do cordão espermático, tendo-se procedido a orquidectomia radical esquerda. O exame anátomo-patológico da biopsia testicular revelou tumor de Sertoli, de grandes células tipo calcificante. O exame histológico revelou focos de tecido neoplásico intratubular, com estroma densamente colagenizado com inúmeras calcificações. Não existiam mitoses atípicas, focos de necrose ou invasão vascular, nem alterações patológicas das estruturas do cordão e túnica albugínea (Figura 1). Realizou cintigrafia óssea e tomografia axial computadorizada tóraco-abdómino-pélvica que não revelaram alterações. Correspondia a um tumor no estágio I, em que, de acordo com o American Joint Committee on Cancer, existe apenas envolvimento do testículo, sem invasão vascular ou linfática. Foi referenciado ao Instituto Português de Oncologia. Clinicamente verificou-se regressão da ginecomastia e não se identificaram outras alterações no testículo direito, para além da microlitíase que se mantém actualmente.

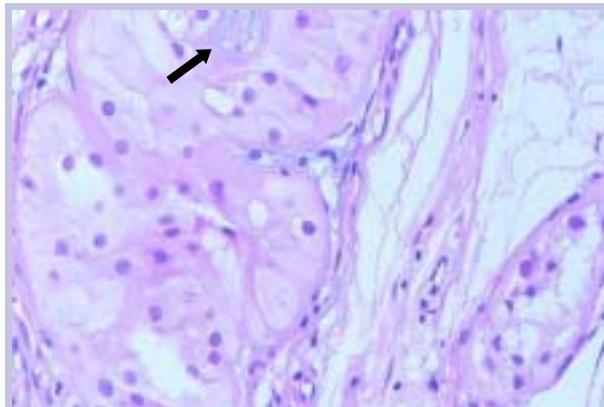


Fig. 1 - Exame histológico da peça operatória. Tumor de Sertoli, de grandes células tipo calcificante. Células com citoplasma grande eosinofílico e com núcleos redondos e uniformes. Na parte superior da imagem visualiza-se calcificação. Coloração hematoxilina-eosina ($\times 400$).

DISCUSSÃO

Na criança, as neoplasias testiculares são raras e representam 1% de todos os tumores sólidos^{4,5}. No entanto, cerca de 75% são malignas⁴. Os tumores de células de Sertoli correspondem a 3% das neoplasias testiculares⁶ e habitualmente manifestam-se por aumento indolor do testículo como aconteceu no caso clínico apresentado. Estes tumores têm capacidade de segregar hormonas estrogénicas podendo existir sinais de feminização, particularmente na variante de grandes células tipo calcificante, o que explica a ginecomastia no caso descrito. Pelo facto da secreção hormonal ser pulsátil e portanto intermitente, os valores dos doseamentos hormonais podem ser normais, o que aconteceu neste caso. O subtipo de grandes células tipo calcificante é mais frequente em idades jovens e é habitualmente benigno⁷.

O diagnóstico de MT é ecográfico e caracteriza-se por múltiplas microcalcificações, de 1 a 2 mm de diâmetro, que se distribuem de forma aleatória por todo o testículo. A distribuição geralmente é bilateral^{2,3,8,9} e difusa e os aspectos ecográficos parecem ser específicos desta entidade¹. A prevalência real da MT na população em geral não é conhecida, estimando-se em 0,6 a 6,7%¹ e na criança em 1,9%⁹. A MT é mais frequente na origem africana⁸. Ocasionalmente, surge associada a outras patologias como no testículo não descido, varicocele, torção do testículo, síndrome de Klinefelter, síndrome de Down, síndrome de Carney, pseudohermafroditismo masculino e infertilidade^{1-3,9,10}. A prevalência é significativamente maior quando há associação com tumores testiculares malignos, testículo não descido e infertilidade¹. A etiologia permanece obscura. Histologicamente, existe acumulação intratubular

de células epiteliais atrofiadas e degeneradas^{1,2,9}.

A história natural da MT não está bem definida e as recomendações relativas a vigilância clínica, laboratorial e imagiológica não são consensuais. Esta entidade, inicialmente considerada benigna e não progressiva, tem vindo a ser associada a tumores malignos do testículo inclusivamente na idade pediátrica⁹. Foi descrita a associação simultânea com patologia tumoral, seja síncrona seja metácrona, em até 40% dos casos^{9,10}. O período de tempo entre o diagnóstico de MT e o aparecimento de patologia tumoral é muito variável, estando descritos intervalos de tempo tão díspares como seis meses e dez anos⁹. Assim sendo, a MT pode ser uma situação predisponente, um possível factor indirecto de doença pré-maligna ou um marcador tumoral¹⁰. A maioria dos autores recomenda vigilância clínica, educação do doente para a auto-examinação, a realização de ecografia testicular^{9,10} e determinação de marcadores séricos tumorais anualmente¹⁰. Nos casos de alto risco, em que a prevalência de tumor testicular é maior, como microlitíase focal unilateral não associada a massa, infertilidade, atrofia testicular e aumento das dimensões do testículo aconselha-se a realização de biópsia testicular¹⁰. No entanto, estas recomendações não são consensuais, pois outros estudos não têm comprovado a evolução desta entidade para patologia tumoral⁷.

CONCLUSÃO

Apesar de ser considerada uma situação benigna, é recomendável a vigilância clínica e ecográfica periódica da MT, pois esta entidade pode ser uma manifestação precoce de um tumor testicular, que é potencialmente curável

quando tratado numa fase precoce.

BIBLIOGRAFIA:

1. GORRAIZ MAO, SIVIANES SB, HERRERA FR et al: Microlithiasis testicular y cancer de testículo. Arch Esp Urol 2003; 56 (5): 521-4
2. OTITE U, WEBB JAW, OLIVER RTD, BADENOCH DF, NARGUND VH: Testicular microlithiasis: is it a benign condition with malignant potential? Eur Urol 2001; 40: 538-42
3. GANEM JP, WORKMAN KR, SHABAN SF: Testicular microlithiasis is associated with testicular pathology: Urology 1999; 53 (1): 209-13
4. CIFTCI AO, BINGOL-KOGLU M, SENOCAK ME, TANYEL FC, BUYUKPAMUKÇU M: Testicular tumors in children. J Pediatr Surg 2001; 36 (12): 1796-1801
5. THOMAS JC, ROSS JH, KAY R: Stromal testis tumors in children: a report from the prepubertal testis tumor registry. J Urol 2001; 166: 2338-40
6. ROSS JH, RYBICKI L, KAY R: Clinical behaviour and contemporary management algorithm for prepubertal testis tumors: a summary of the prepubertal testis tumor registry. J Urol 2002; 168: 1675-79
7. TANAKA Y, YAMAGUCHI M, IJIRI R, KONDO I: Malignant large cell calcifying Sertoli cell tumor with endocrine overactivity. J Urol 1999, 161: 1575
8. PETERSON AC, BAUMAN JM, LIGHT DE, MCMANN LP, COSTABILE RA: The prevalence of testicular microlithiasis in an asymptomatic population of men 18 to 35 years old. J Urol 2001; 166: 2061-64
9. LEENEN AS, RIEBEL TW: Testicular microlithiasis in children: sonographic features and clinical implications. Pediatr Radiol 2002; 32: 575-9
10. MARTINEZ-VALLS PLG, VILLAPLANA GH, APARICIO TF, LOPEZ MB, DIAZ FM, GASCON SF: Significance and management of testicular microlithiasis. Arch Esp Urol 2003; 56 (5): 472-7.