

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 mediastino 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 linfadectomia 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.

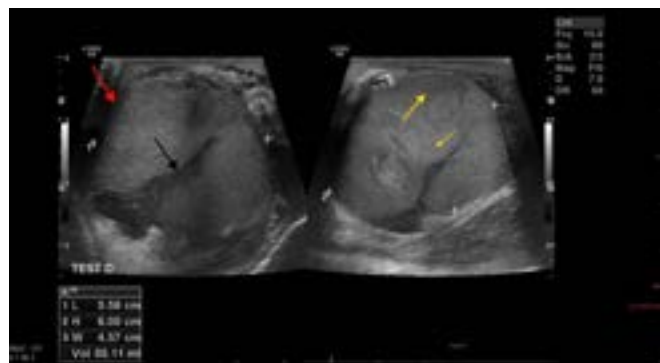
Considerando a elevada taxa de recorrência, nomeadamente tardia, preconiza-se um seguimento prolongado, estando recomendado o follow-up por pelo menos 10 anos. A sobrevivência destes doentes aos 5 anos parece ser de aproximadamente 75%³.

CONCLUSÃO

Ao avaliar uma massa escrotal, uma anamnese cuidadosa e um exameinguinoscrotal 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

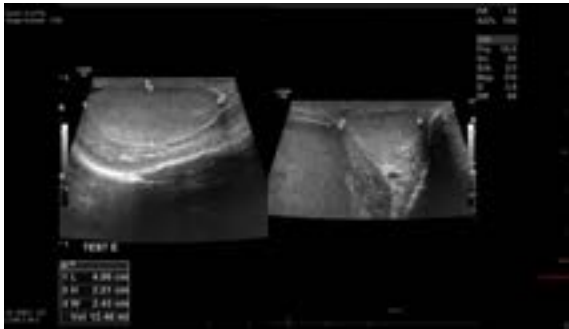
Ultrassonografia com Doppler de bolsa testicular direita. Observa-se massa volumosa/ expansiva e sólida (seta vermelha), com ecogenicidade heterogênea (setas amarelas), além de espessamento do mediastino do testículo (seta preta).



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

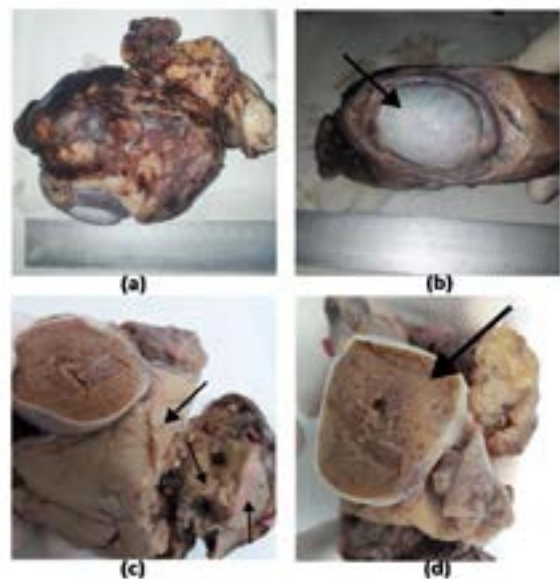
Imagem da peça operatória de orquiectomia radical direita, medindo 14 cm em seu maior eixo.



Fonte: Arquivo Pessoal.

FIGURA 4

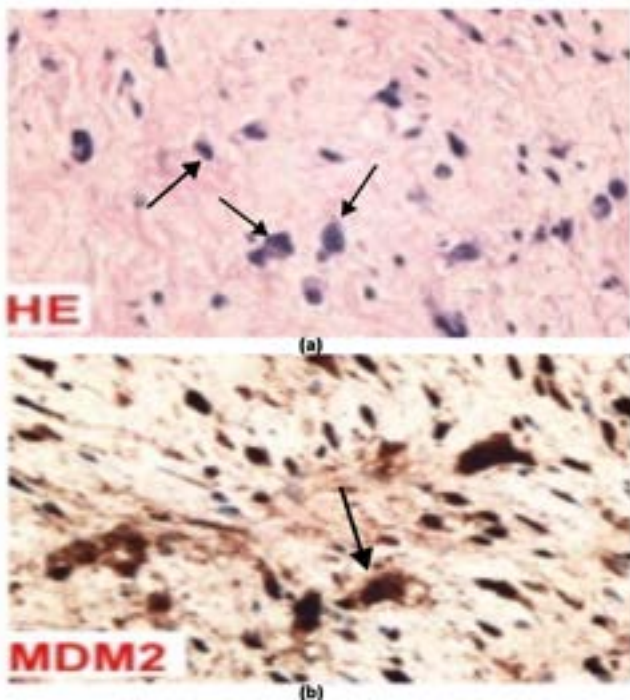
Histopatológico. (a) Peça cirúrgica com lesão paratesticular medindo 14,0 cm em seu maior eixo. (b) Testículo direito medindo 3,5 em seu maior eixo, com túnica albugínea lisa e brilhante e parênquima acastanhado, elástico e homogêneo, não se evidenciando presença de lesão (seta preta). (c) Lesão paratesticular 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.