

# Amiloidose de Vesícula Seminal: Um Relato de Caso

Mariotti, V.C.\*, Mariotti, A.C.H., Grecco, L.P., Trombeli, G.H.P., Bortoletto, G., Caldeira, L.C.

Centro Universitário de Adamantina-UniFAI.

**Correspondência\*:** Faculdade de Medicina, Universidade do Oeste Paulista - Orcid: 0000-0002-8043-5877  
Email: vanessacarolina@uol.com.br

## RESUMO

A amiloidose é um distúrbio metabólico de proteínas amiloides no interstício dos tecidos corporais com capacidade de mimetizar o carcinoma e possibilitar um falso diagnóstico de malignidade. De etiologia desconhecida é mais prevalente em indivíduos entre a sexta e a sétima década de vida e no sexo masculino. Como uma condição clínico-patológica rara, a amiloidose de vesícula seminal primária ou secundária pode se apresentar com hematospermia e é diagnosticada através de biópsia transretal guiada por ultrassom associado a coloração de vermelho do Congo. Relatamos um caso de amiloidose de vesícula seminal demonstrando que a persistência de hematospermia deve ser investigada, propiciando diagnósticos raros e precisos aos pacientes.

**Palavras-chave:** Amiloidose, vesícula seminal, hematospermia.

## INTRODUÇÃO

A amiloidose apresenta-se como um distúrbio metabólico de proteínas, de maneira que sua manifestação ocorre por meio de uma deposição de proteínas amiloides no interstício dos tecidos corporais. Sua classificação é determinada por três critérios principais: a distribuição de proteínas nos tecidos – que pode ser sistêmica ou localizada, o tipo de proteína amiloidogênica e se possui caráter hereditário ou adquirido<sup>[1]</sup>.

De acordo com Patil e Warpe (2016), a amiloidose de vesícula seminal primária (AVSP) é uma condição clínico-patológica rara, com aproximadamente 210 casos documentados na literatura mundial de 22 países diferentes. A AVSP possui uma prevalência maior entre a sexta e sétima década de vida, porém, em uma faixa etária mais jovem, esta patologia apresenta uma predileção pelo sexo masculino em comparação

ao sexo feminino<sup>[2, 3]</sup>. Sua etiologia é desconhecida<sup>[4]</sup>. Vale ressaltar que esta lesão possui a característica de mimetizar o carcinoma, sendo comumente confundidas com malignidade<sup>[5]</sup>.

A amiloidose afeta as vesículas seminais e representa o segundo órgão urinário mais comum a ser envolvido pela amiloidose, depois dos rins<sup>[3]</sup>. A amiloidose de vesícula seminal geralmente se apresenta de forma assintomática. Entretanto, quando localizada e com sintomas, ela pode apresentar hematospermia, dor perineal ou suprapúbica crônica e sintomas obstructivos<sup>[6]</sup>. Esse quadro clínico pode levar a erros de diagnóstico, principalmente relacionados à invasão carcinomatosa. Ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética são frequentemente usados como método inicial para avaliar pacientes com amiloidose do trato urinário<sup>[7]</sup>.

Seu diagnóstico pode ser feito microscopicamente com coloração de hematoxilina e eosina e confirmado na coloração vermelho Congo<sup>[8]</sup>. Este tipo de coloração seguida da incidência de luz maçã-verde na microscopia auxilia na detecção<sup>[9]</sup>. Além disso, outra forma de realizar o diagnóstico é por meio da biópsia transretal guiada por ultrassom<sup>[6]</sup>. Ademais, a amiloidose localizada no trato geniturinário é rara e difícil de diferenciar de malignidade com base apenas nas características clínicas e radiográficas. Os achados de ressonância magnética das lesões hipointensas ponderadas em T2 podem ajudar a distinguir a amiloidose da malignidade<sup>[7]</sup>.

Vale ressaltar que a ressecção cirúrgica da lesão é o principal tratamento de escolha, ou seja, o tratamento definitivo das lesões tem papel preponderante na terapia da doença, uma vez que esse tipo de amiloidose mimetiza carcinoma e seu respectivo sítio anatômico<sup>[10]</sup>. Um dos poucos métodos

de contenção da amiloidose descritos na literatura são de pacientes sujeitos a prostatectomia radical para o câncer [9]. Outro procedimento possível seria a secção de vesículas seminais contendo depósitos amilóides com permanganato de potássio que decorre em perda de compatibilidade para o vermelho do Congo [11].

Diante do exposto, o propósito do presente estudo tem como objetivo expor um relato de caso de amiloidose secundária de vesícula seminal, associada a uma breve revisão bibliográfica, como suas formas de diagnóstico e tratamento.

## RELATO DE CASO

Paciente 60 anos, masculino, casado, branco apresenta quadro de hemospermia e esperma com coloração escurecida há 10 dias, sem qualquer outra queixa. Em uso regular de rosuvastatina para hipercolesterolemia e sem antecedentes familiares de relevância. Ao exame físico: próstata 15g, indolor, fibroelástica, sem nódulos, pênis e testículos normais, abdome sem alterações. Exames laboratoriais: PSA - 0,56; Urina I - normal; Urocultura - negativa e hemograma normal.

Inicialmente orientado a tratamento conservador e aguardar resolução espontânea da hemospermia. Porém o paciente retornou mantendo os sintomas após 30 dias. Solicitado então, ressonância magnética de pelve a qual foi identificado - processo inflamatório na próstata e conteúdo protéico/hemático de vesícula seminal, além de espermograma com baixo volume presença de hemácias aspecto amarronzado e pH baixo (6,8). Apesar do uso de Ciprofloxacina por 30 dias, manteve a hemospermia. Assim, foi aventando a hipótese de amiloidose de vesícula seminal devido ao conteúdo lipídico das vesículas seminais nas imagens da ressonância magnética de pelve. Solicitado então, biópsia de vesícula seminal evidenciando Vermelho do Congo positivo, confirmando presença de amiloidose em vesícula seminal.

Paciente prosseguiu a investigação hematológico com eletroforese de proteína sérica sem de pico monoclonal, imunofixação sérica sem proteína monoclonal; cadeia leve de imunoglobulina livre por Frelite Chain; relação Kappa/Lambda sem alterações; tomografia de abdome normal e biópsia de medula óssea negativa para amiloidose. Dessa maneira, determinando ausência de critérios diagnósticos para amiloidose tipo AL associada ao mieloma múltiplo e confirmado o diagnóstico de amiloidose secundária localizada em vesícula seminal. Paciente apresentou melhora clínica espontânea e segue em acompanhamento periódico sem necessidade de nenhum tratamento específico.

## DISCUSSÃO

A amiloidose é uma doença rara e pouco descrita na literatura que consiste em um transtorno metabólico de proteínas que leva a um depósito extracelular de um material proteínico insolúvel [12]. Esta deposição de material proteico, amiloides, de conformação homogênea e amorfa ao microscópio óptico quando corados com a coloração Vermelho Congo, desencadeiam uma reação de birrefringência verde, fato observado em microscópio de luz polarizante [11]. Como relatado no caso, após realização de biópsia de vesícula seminal e análise microscópica evidenciando Vermelho Congo positivo, foi confirmada a presença de amiloidose em vesícula seminal.

A deposição de substância amilóide pode ocasionar disfunção dos tecidos e órgãos onde está localizada por interação das fibrilas com os receptores locais bem como pelo processo de citotoxicidade a partir desses depósitos. Desta forma, a apresentação clínica, sintomatologia e prognóstico varia conforme o órgão e tecido acometido [13]. No caso apresentado o paciente referiu hemospermia e coloração escurecida do esperma, sem queixas obstrutivas.

Como definição a amiloidose pode ser classificada como primária, hereditária ou estar vinculada secundariamente a outras patologias. No caso relatado bem como naqueles onde não ocorre associação com qualquer outra enfermidade, classifica-se como amiloidose primária. Dentre as possibilidades a afecção da vesícula seminal é pouco frequente o que revela a necessidade de investigação mais apurada uma vez que pode se apresentar em qualquer porção do trato urinário já tendo sido descrita em nível renal, ureter, vesícula seminal, bexiga, assim como pênis, causando entre outros efeitos colaterais a disfunção sexual [14].

Estudos demonstraram que 1% dos pacientes com adenocarcinoma da próstata submetidos à terapia hormonal neoadjuvante, apresentaram amiloidose de vesícula seminal. O risco do paciente ter amiloidose aumenta de acordo com a idade, sendo mais prevalente no sexo masculino com mais de 50 anos (14%) e homens de 75 anos (21%). [18]

A amiloidose primária de vesículas seminais é incidental na grande maioria dos casos e, o diagnóstico é geralmente realizado em indivíduos que fizeram prostatectomia devido a adenocarcinoma da próstata. Em exames de imagem das vesículas seminais, pode haver um sinal de baixa intensidade que simula o envolvimento neoplásico do adenocarcinoma prostático, podendo ser interpretado como uma extensão do adenocarcinoma prostático para as vesículas seminais, influenciando nas opções de tratamento. No caso apresentado, após realização de ressonância magnética de pelve, identificou-se processo inflamatório prostático e conteúdo protéico/hemático de vesícula seminal, o que levou ao tratamento com Ciprofloxacina por 30 dias. Microscopicamente, a amiloidose

envolve bilateralmente as vesículas seminais, em uma distribuição subepitelial, com compressão e estreitamento variável do lúmen. O envolvimento vascular e muscular geralmente estão ausentes, o que pode explicar a falta de comprometimento funcional e a apresentação dos sintomas<sup>[4]</sup>.

## CONCLUSÃO

Foi relatado um caso de amiloidose localizada em vesícula seminal, no qual o paciente apresentava um quadro clínico de hemospérnia. O diagnóstico da patologia foi confirmado através da associação dos dados semiológicos do paciente aos exames complementares, dentre eles, destacam-se a Ressonância Magnética, espermograma e a biópsia da vesícula seminal.

Conclui-se, portanto, que o paciente apresenta uma patologia rara, de grande importância para a literatura, uma vez que, existem poucos casos documentados acerca do assunto, apesar de toda investigação, se faz necessário maiores estudos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SYMMERS, W. St C. Primary amyloidosis: a review. *Journal of clinical pathology*, v. 9, n. 3, p. 187, 1956. .
2. PATIL, Purwa R.; WARPE, Bhushan M. Amiloidose Vesical Localizada Primária Simulando Carcinoma de Bexiga: Relato de Caso. *Jornal Iraniano de Patologia* , v. 11, n. 5, pág. 448, 2016.
3. BUADI, Francisco. Amiloidose localizada. *Amiloidose: Diagnóstico e Tratamento* , p. 95-106, 2010. Disponível em:
4. AL-OBAIDY, Khaleel I.; GRIGNON, David J. Amiloidose primária do trato geniturinário. *Arquivos de Patologia e Medicina Laboratorial* , v. 145, n. 6, pág. 699-703, 2021. See More.
5. GOMHA, Faaz S. et al. Amiloidose primária localizada da bexiga urinária: uma doença recorrente e progressiva. *Journal of Taibah University Medical Sciences* , v. 13, n. 4, pág. 398-401, 2018.
6. FERNÁNDEZ, LM Herranz et al. Amiloidose localizada de superfícies seminais. *Actas Urológicas Españolas* , v. 27, n. 10, pág. 825-828, 2003.
7. ALI, Syed T.; SHAH, Shetal; PRZYBYCIN, Christopher. Amiloidose ureteral localizada primária mimetizando carcinoma urotelial. *Radiologia Aplicada* , v. 47, n. 10, pág. 24-26, 2018.
8. HARVEY, Isabelle; TÊTU, Bernardo. L'amyloïdose des vésicules seminales, une condition localisée sans repercussion system. In: *Annales de Pathologie* . Elsevier Masson, 2004. pág. 236-240.
9. ARGON, Asuman et al. Amiloidose de vesículas seminais; incidência e características patológicas. *Jornal Turco de Patologia* , v. 28, n. 1, 2012.
10. FUSE, Hideki et al. Hematospermia: etiologia, diagnóstico e tratamento. *Medicina reprodutiva e biologia* , v. 10, p. 153-159, 2011.
11. MERLINI, Giampaolo; BELLOTTI, Vittorio. Molecular mechanisms of amyloidosis. *New England Journal of Medicine*, v. 349, n. 6, p. 583-596, 2003.
12. GLENNER, George G. Depósitos amilóides e amiloidose: (primeira de duas partes). *New England Journal of Medicine* , v. 302, n. 23, pág. 1283-1292, 1980.
13. MONTEIRO, Natalia Fernandes; DIZ, Mary Carla Estevez. Dificuldades no diagnóstico da amiloidose primária: Relato de caso. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 25, n. 2, p. 280-286, 2015.
14. JIMÉNEZ-PARRA, José David et al. Amiloidosis vesical primaria de tipo AA: caso clínico y revisión de la literatura. *Archivos Españoles de Urología*, v. 67, n. 4, p. 341-344, 2014.