



Tumefacção escrotal: necessidade de uma avaliação urgente

Vanessa Portugal¹, Lia Rodrigues¹, Conceição Silva¹, Sandra Ramos¹, Maria Bom Sucesso², Ana Maia Ferreira³

1. Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde
2. Hospital de S. João, Porto
3. Instituto Português de Oncologia do Porto

Resumo

Os tumores testiculares são a sétima neoplasia mais frequente na criança e representam aproximadamente 1% dos tumores malignos da infância. Relata-se o caso de um rapaz de dezasseis meses, enviado ao serviço de urgência por tumor escrotal esquerdo, com quinze dias de evolução. Ao exame objectivo apresentava tumefacção escrotal com 3,5 centímetros de maior diâmetro, consistência dura, indolor à palpação, sem sinais inflamatórios associados. O estudo, laboratorial e imagiológico, foi compatível com lesão neoplásica e os exames de estadiamento não evidenciaram lesões metastáticas. Foi submetido a orquidectomia radical esquerda, tendo o exame histológico mostrado um tumor do saco vitelino limitado ao testículo, completamente ressecado. Conclui-se que uma massa escrotal sólida deve ser considerada maligna até prova em contrário, o que impõe uma abordagem diagnóstica adequada.

Palavras chave: tumor testicular, criança, tumor saco vitelino

Acta Pediatr Port 2011;42(3):111-3

Scrotal swelling: need of a promptly evaluation

Abstract

Childhood testicular tumor is the seventh most common cancer in infancy, corresponding to 1% of all pediatric cancers. We report the case of a sixteen-month-old boy referred to hospital after a fifteen days history of a left scrotal swelling. On physical examination he had a firm, nontender mass with 3,5 centimeters in diameter, without inflammatory signs. Presumptive diagnosis of testicular tumor was made by laboratory and radiologic studies. The staging evaluation showed no distant metastases. The surgical procedure performed was left radical inguinal orchidectomy. The histologic examination found a yolk sac tumor limited to testis, totally removed. Childhood testicular tumors deserve special attention, and a solid scrotal mass should be considered malignant until proved otherwise.

Key-words: testicular tumor, child, yolk sac tumor

Acta Pediatr Port 2011;42(3):111-3

Recebido: 06.12.2010

Aceite: 04.04.2011

Introdução

O espectro de patologias que podem afectar o escroto e o seu conteúdo é amplo e de gravidade variável. As causas mais comuns de tumefacção escrotal indolor em crianças e adolescentes são o hidrocele e a hérnia inguinal não encarcerada. Causas mais raras incluem o varicocele, espermatocelo, edema localizado resultante de picada de insecto, síndrome nefrótica e tumor testicular¹.

Os tumores testiculares são a sétima neoplasia mais frequente na infância e representam aproximadamente 1% dos tumores malignos das crianças^{1,2}. Das neoplasias testiculares, 2 a 5% ocorrem em idade pediátrica e mais de metade das crianças afectadas têm menos de três anos³. Estas neoplasias podem subdividir-se em dois grupos: tumores de células germinativas e tumores de células não germinativas. Os tumores de células germinativas são responsáveis por cerca de 95% dos casos, sendo o tumor do saco vitelino o mais frequente^{4,5,6}. Cerca de 75% dos tumores testiculares na infância são malignos, e em cerca de 19% dos casos existem metástases na altura do diagnóstico^{1,2,7}.

Relato de Caso

Criança com 16 meses de idade, do sexo masculino, raça branca, enviado pelo médico assistente ao Serviço de Urgência por tumefacção escrotal esquerda, com cerca de quinze dias de evolução, de agravamento progressivo, sem sinais inflamatórios visíveis ou outra sintomatologia associada. Os antecedentes familiares e pessoais eram irrelevantes.

No exame objectivo apresentava bom estado geral, crescimento estaturponderal adequado e tumefacção escrotal esquerda com cerca de 3,5 centímetros de maior diâmetro, com consistência dura, aparentemente indolor à palpação, com transiluminação negativa (Figura 1) e sem sinais inflamatórios associados. O testículo direito era normal, e não apresentava adenomegalias ou organomegalias palpáveis, sendo o restante exame objectivo sem alterações relevantes.

Correspondência:

Vanessa Portugal
Rua de Santo António, 114
4420-027 Gondomar
vanportugal@sapo.pt



Figura 1 – Tumefacção escrotal com transiluminação negativa

Do estudo laboratorial destacava-se hemograma, proteína C reactiva, velocidade de sedimentação e fracção beta da gonadotrofina coriónica humana (β -HCG) normais para a idade e Alfa-fetoproteína (AFP) = 12661 ng/ml (valor de referência inferior a 13,6 ng/ml).

A ecografia testicular confirmou uma assimetria dimensional com aumento do volume testicular esquerdo, de ecoestrutura marcadamente heterogénea com algumas formações quísticas dispersas pelo seu parênquima. A ressonância magnética nuclear (RMN) testicular mostrou tratar-se de uma massa escrotal esquerda com 3,2 centímetros de maior diâmetro, contornos regulares, sólida e heterogénea; sem evidência explícita de componentes adiposos ou calcificações (Figura 2). Não foram observadas alterações da parede escrotal ou do cordão

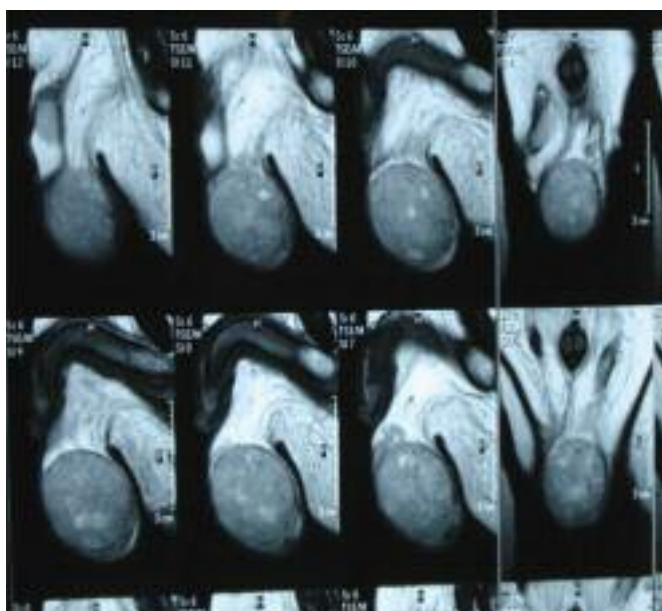


Figura 2 – Imagem da ressonância magnética nuclear testicular que mostra uma massa escrotal de contornos regulares, sólida e heterogénea; sem componentes adiposos ou calcificações

espermático. Nas regiões inguinais detectaram-se vários gânglios linfáticos infra e pericentimétricos. O testículo direito apresentava características imagiológicas normais.

Foi orientado para o Instituto Português de Oncologia do Porto, onde efectuou exames de estadiamento que não mostraram metástases. Foi submetido a orquidectomia radical esquerda por via inguinal. O exame histológico revelou um tumor do saco vitelino limitado ao testículo e completamente ressecado. Houve normalização da AFP após a cirurgia. Não foi efectuado tratamento adicional. Encontra-se actualmente em vigilância, sem evidência de doença, dois anos após a cirurgia.

Discussão

O tumor testicular apresenta-se habitualmente como uma massa indolor. No entanto, em 18 a 46% dos doentes com tumor de células germinativas, o sintoma de apresentação é a dor local⁴. A dor aguda pode estar associada a torção da neoplasia, enfarte ou hemorragia intra-tumoral^{1,4}. Ocasionalmente pode estar presente ginecomastia (tumores secretores de β -HCG) ou dor nos flancos e região dorsal (associada a doença metastática)⁴. No exame objectivo detecta-se uma massa de consistência dura, com transiluminação negativa, a menos que exista um hidrocelo reactivo associado^{4,8}.

O diagnóstico diferencial inclui: torção testicular, hidrocelo, varicocele, espermatocelo, epididimite (pode coexistir com tumor testicular) e outras neoplasias, nomeadamente o linfoma^{4,9}. Mais raramente, a tuberculose genital, sarcoidose ou uma doença inflamatória podem dar um quadro clínico semelhante ao tumor testicular.

Dos factores de risco conhecidos destacam-se: a história familiar de tumor testicular, neoplasia testicular prévia, criptorquidia, hipospádia, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, microlitíase testicular e raça caucasiana^{1,4,6,7}.

A avaliação complementar de uma massa testicular deve iniciar-se pela ecografia. É um método sensível e não invasivo, que permite discriminar entre uma provável neoplasia testicular e outras patologias benignas^{4,10}. Deve ser efectuada dos dois lados para identificação de doença bilateral, presente em dois a 4 % dos casos. Na suspeita de um tumor testicular o estudo laboratorial deverá incluir a lactato desidrogenase, β -HCG (elevada no coriocarcinoma e seminoma) e AFP (produzida pelo tumor saco vitelino)^{4,10}. De acordo com os resultados, a criança deverá ser orientada para um Centro Oncológico Pediátrico para avaliação e tratamento adequado.

O prognóstico é bom, mesmo em crianças com doença avançada, em que a sobrevivência aos 5 anos é de cerca de 70%^{4,8}.

Conclusão

A neoplasia testicular constitui um importante problema de saúde pública que afecta crianças e jovens. O exame objectivo deve englobar, em todas as idades, o exame testicular e nos casos em que existam dúvidas deve ser efectuada uma ecografia testicular. Um hidrocelo “de novo” deve ser considerado suspeito e constitui uma indicação para avaliação adicional^{4,8,9}

Uma massa escrotal sólida deve ser considerada maligna até prova em contrário e impõe-se uma abordagem diagnóstica e terapêutica adequada^{2,3}.

Agradecimentos

Serviço de Pediatria do IPO Porto, pela gentileza no fornecimento da informação clínica, respectiva ao caso apresentado, após ingresso naquela instituição.

Referências

1. Brenner JS, Ojo Aderonke. Causes of painless scrotal swelling in children and adolescents. *UpToDate*. Epub Jan 2010.
2. Ciftci AO, Bingol-Kologlu M, Senocak ME, Tanyel FC, Buyukpamukcu M, Buyukpamukcu N. Testicular tumors in children. *J Pediatr Surg* 2001;36: 1796-801.
3. Treiyer A, Blanc G, Stark E, Haben B, Treiyer E, Steffens J. Prepubertal testicular tumors: Frequently overlooked. *J Pediatr Urol* 2007; 3: 480-3.
4. Adelman WP, Joffe A. Consultation with the Specialist: Testicular Masses/ Cancer. *Pediatr. Rev.* 2005; 26: 341-4.
5. Sesterhenn IA, Davis CJ. Pathology of germ cell tumors of the testis. *Cancer Control* 2004; 11: 374- 87.
6. Michaelson MD, Oh WK. Epidemiology of and risk factors for testicular germ cell tumors. *UpToDate*. Epub Jan 2010.
7. Coelho R, Brito MJ, Casella P, Bragança G, Machado MC. Microlitíase e tumor testicular. *Acta Med Port* 2005; 18: 485-7.
8. Backer A, Madern GC, Wolffenbuttel KP, Oosterhuis JW, Hakvoort-Cammel J, Hazebroek FWJ. Testicular germ cell tumors in children: Management and outcome in a series of 20 patients. *J Pediatr Urol* 2006; 2: 197-201.
9. Taskinen S, Fagerholm R, Aronniemi J, Rintala R, Taskinen M. Testicular tumors in children and adolescents. *J Pediatr Urol* 2008; 4: 134-7.
10. Cologna JA, Martins ACP, Tucci S, Suaid HJ, Martins F, Mesquita R et al. Tumores testiculares na infância. *Acta Cir Bras* 2003; 18 Supl 5: 52-4.