

Tumor de células germinativas retroperitoneal sem comprometimento testicular aparente

Relato de um caso

CLÁUDIO FRANCISCO ATÍLIO GORGA¹, HELIO BEGLIOMINI², ESTER NEI A. MARTINS COLETTA³,
LIMÍRIO LEAL DA FONSECA FILHO¹, DEMERVAL MATTOS JÚNIOR⁴, JOÃO GUIDUGLI NETO⁵

Unitermos: Testículo. Células germinativas — Tumor. Retroperitônio — Tumor.
Key words: Germ cell — Tumors. Retroperitoneal — Tumors. Testis.

RESUMO — Os autores relatam um caso raro de tumor de células germinativas primário de retroperitônio e tecem comentários baseados na revisão da literatura quanto à origem e tratamento.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de tumores germinativos no retroperitônio de homens com testículos aparentemente normais representa ainda assunto de grande controvérsia na literatura médica, apesar de relatos de tumores germinativos primários na bexiga⁽¹⁾, próstata⁽⁷⁾, estômago⁽⁹⁾, ovário⁽¹⁰⁾, omento⁽⁴⁾, timo^(15,18) e pineal⁽¹⁶⁾.

Autores como Azzopardi⁽²⁾ são descrédulos quanto à sua origem primária retroperitoneal, chamando atenção para uma visão mais crítica destes casos. A incidência destes tumores não é clara, porém, segundo dados do *British Tumor Registry*⁽⁵⁾, representam 1% do total de pacientes com tumores de células germinativas do retroperitônio sem neoplasia testicular.

O propósito deste trabalho é relatar um caso raro de carcinoma embrionário de retroperitônio sem aparente envolvimento testicular e estabelecer uma discussão a respeito.

DESCRIÇÃO DO CASO

M.R., 34 anos, masculino, preto, foi atendido no ambulatório de urologia em junho de 1984 com queixa de dor no testículo direito há 10 dias. Ao exame físico, apresentava epidídimo direito endurecido e doloroso, com testículos normais. Foi medicado na época com doxiciclina e antiinflamatório, obtendo melhora do quadro.

Em outubro do mesmo ano, retornou com queixas de dor lombar direita que melhorava com o uso de antiespasmódico. O exame físico revelou tumoração endurecida, dolorosa, fixa e de limites imprecisos na região do flanco direito. No raio X simples de abdômen havia velamento da linha do músculo psoas à direita. A urografia excretora evidenciou retarde e eliminação do contraste à direita, má visualização do sistema pielocalicinal e ureter direito desviado lateralmente ao nível de L3. A ultra-sonografia revelou tumoração sólida de contornos bocelados paravertebral direita, comprimindo a veia cava inferior e ureter direito (figs. 1 e 2). Foi realizada tomografia computadorizada, que confirmou presença de grande tumoração retroperitoneal à direita, com áreas de necrose em seu interior e dilatação da via excretora urinária (fig. 3).

Em novembro de 1984, foi submetido à laparotomia exploradora, em que se notou tumoração retroperitoneal de 14 x 10cm nos seus maiores eixos, de consistência endurecida e envolvendo os grandes vasos. Foi realizada ressecção do tumor em bloco, juntamente com o rim e ureter homolateral. O exame anatomopatológico da peça

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato Oliveira (HSPE-FMO), São Paulo, recebido em 25/2/87. Aprovado para publicação em 29/5/87.

Assistente do Serviço.

Pós-graduado pela Escola Paulista de Medicina; Assistente do Serviço; Assessor Médico da Degussa S.A. — Divisão Labofarma.

Assistente do Serviço de Anatomia Patológica.

Chefe da Enfermaria do Serviço;

Diretor do Serviço de Anatomia Patológica.

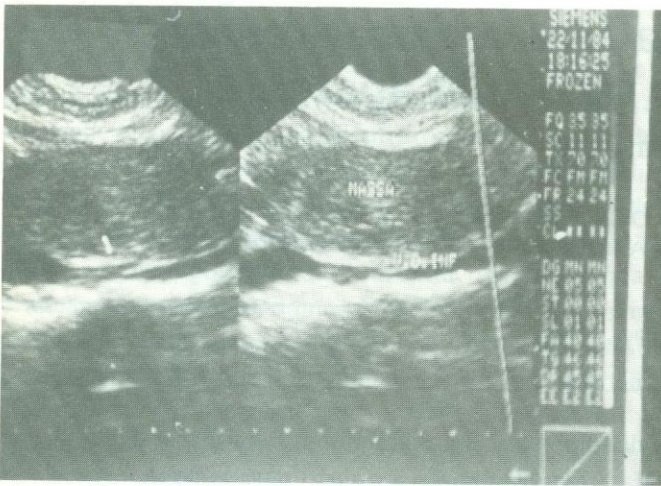


Fig. 1 — Ultra-sonografia abdominal revela tumoração sólida no retroperitônio, comprimindo a veia cava inferior



Fig. 2 — Ultra-sonografia abdominal revela compressão extrínseca do ureter por tumoração sólida retroperitoneal, ocasionando dilatação a montante

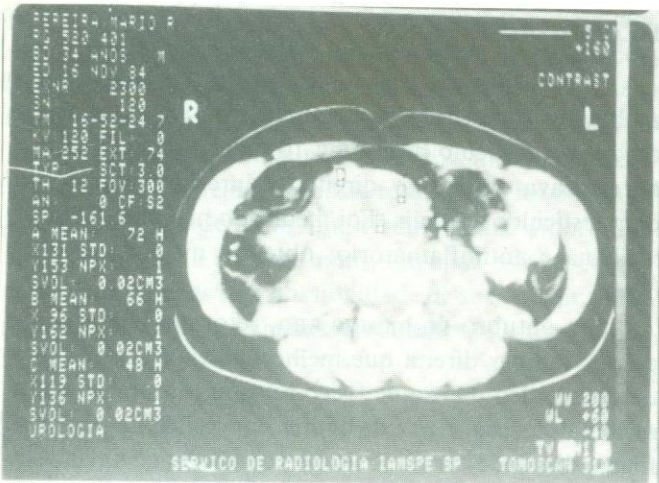


Fig. 3 — Tomografia computadorizada do abdômen revela grande tumoração sólida em retroperitônio à direita, com áreas de necrose em seu interior e infiltração da musculatura paravertebral homolateral

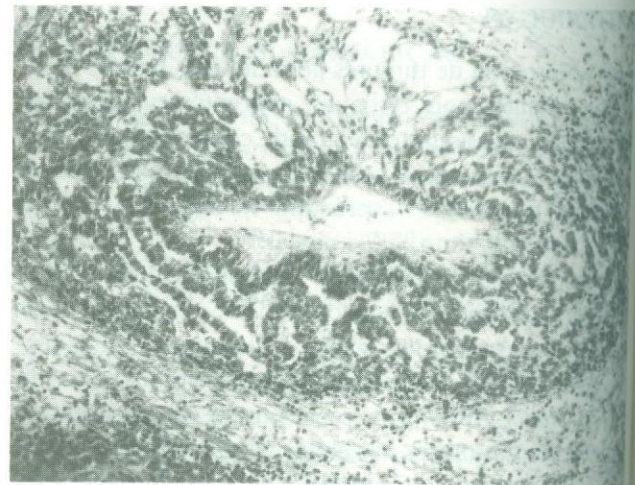


Fig. 4 — Blocos e cordões de células epiteliais anaplásicas com arranjo perivascular (H/E, 100x)

revelou carcinoma embrionário constituído por fragmentos de tecido fibroadiposo infiltrados por neoplasia epitelial caracterizada pela proliferação de células atípicas. Os núcleos eram irregulares, com cromatina grosseira, citoplasma escasso e homogêneo. As células neoplásicas exibiam figuras de mitoses atípicas, formando blocos e cordões irregulares, com arranjo perivascular evidente. De permeio, havia áreas de necrose e congestão (figs. 4 e 5).

Na tentativa de localização de possível tumor testicular primário, o paciente foi submetido à ultra-sonografia testicular com resultado normal. A pesquisa de marcadores tumorais, tais como alfafetoproteína e fração beta da gonadotrofina coriônica, foi negativa. Na bióp-

sia testicular bilateral por via inguinal não houve evidências de neoplasia ou qualquer outra alteração gonadal.

Em janeiro de 1985, retornou novamente com tumoração palpável em flanco direito. Nessa ocasião, foi iniciada quimioterapia sistêmica com cisplatino, adriblastina e ciclofosfamida. Após dois ciclos, o paciente permanecia com grande tumoração abdominal, que ocupava também o mesogástrico sem aparente resposta à quimioterapia.

Em maio de 1985, foi submetido a nova laparotomia, em que se evidenciou grande tumoração (20 x 25 cm) irrissecável de retroperitônio que englobava os grandes vasos, a raiz do mesentério e apresentava metástase no lobo direito do fígado. A biópsia do tumor revelou pr-

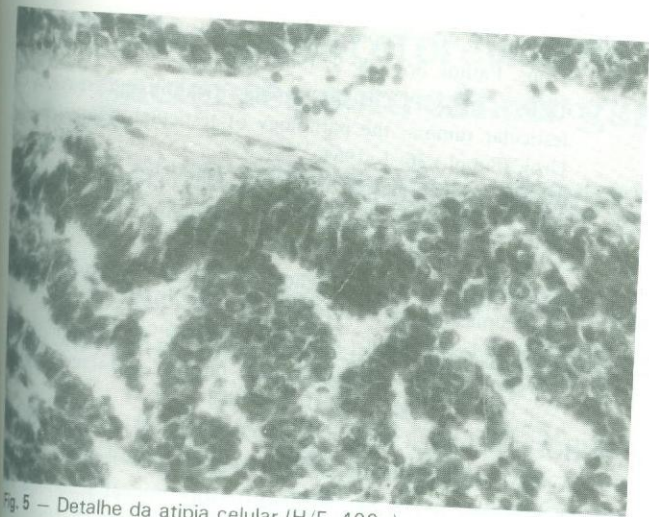


Fig. 5 — Detalhe da atipia celular (H/E, 400x)

ença de carcinoma embrionário infiltrando fragmentos de tecido fibroadiposo (figs. 4 e 5).

Em junho de 1986, iniciou novo esquema quimioterápico com uso do protocolo VAB-6.

No mês seguinte, retornou com queixa de intensa cefaléia. Foi submetido à tomografia computadorizada cerebral, que mostrou a presença de duas imagens hiperdensas no hemisfério occipital direito, sugestivas de metástases (fig. 6).

Em agosto do mesmo ano, foi a óbito com quadro de distensão abdominal e anúria.

DISCUSSÃO

Os tumores germinativos primários do retroperitônio são ainda um desafio para o urologista, patologista e radiologista, pois é difícil decidir se se trata de tumor que se originou de células germinativas que falharam na migração para os testículos, ou se, na verdade, é uma lesão metastática de um tumor não diagnosticado, ou que regrediu espontaneamente.

Os que acreditam numa origem primária retroperitoneal^(1,2) explicam-na por duas teorias: 1) haveria falha das células germinativas primordiais da endoderme do tubo urotelino ou do seio urogenital em completar a migração para o escroto; 2) a neoplasia originária de restos primordiais de células totipotenciais deixadas durante a fase de formação da gônada ou mórula do desenvolvimento embrionário.

Os autores céticos quanto a uma origem primária retroperitoneal^(2,10) apontam para uma origem metastática dos tumores; em cortes seriados dos testículos, aparecem apenas uma área de fibrose representando possível destruição de uma neoplasia testicular silenciosa.

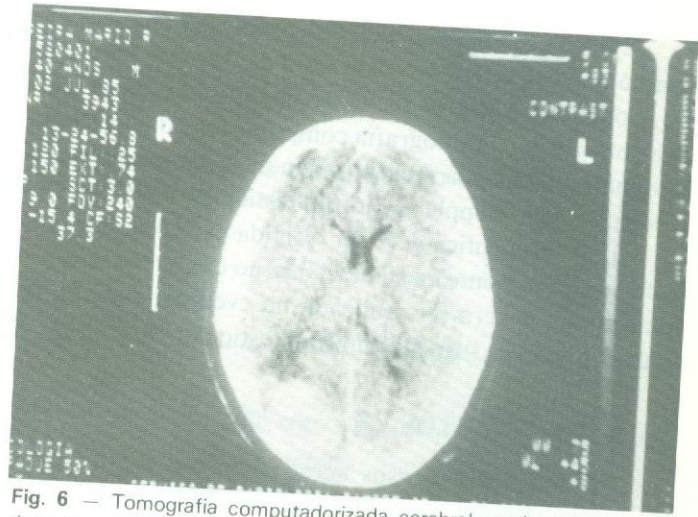


Fig. 6 — Tomografia computadorizada cerebral revela presença de duas imagens hiperdensas no hemisfério occipital direito, sugestivas de metástases

Em conseqüência, preconizam a orquiectomia bilateral para fins diagnósticos. Contudo, há controvérsias a respeito, uma vez que se poderia justificar estas cicatrizes testiculares como resultado de traumas ou processo inflamatório localizado⁽¹⁹⁾.

Em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos destes tumores, acredita-se que devam ser similares aos correntemente usados para as mesmas neoplasias histológicas primárias do testículo. Em relação à orquiectomia, talvez fosse o ideal do ponto de vista acadêmico, pois realizar-se-iam cortes seriados visando a detecção de um pequeno tumor; entretanto, não seria fácil convencer um jovem a submeter-se à orquiectomia bilateral, principalmente quando não há nenhuma doença aparente nos testículos.

O prognóstico dos pacientes com seminoma retroperitoneal sem evidências de envolvimento testicular é bom^(1,2). Tanto a radioterapia isolada como a cirurgia citoredutora mais radioterapia parecem ser curativas.

Em relação aos tumores não seminomatosos, apesar do grande avanço da poliquimioterapia para as neoplasias testiculares primárias, ainda se tem um prognóstico ruim⁽⁸⁾, necessitando-se de novas estratégias terapêuticas, a fim de se obter índice de cura comparável aos tumores testiculares primários.

CONCLUSÕES

1) Os tumores não seminomatosos primários do retroperitônio são raros e de prognóstico ruim, como visto no presente caso e corroborado pela revisão da literatura a respeito.

2) A orquiectomia bilateral parece ser desnecessária, já que não altera o prognóstico da doença. Para tanto, poderíamos utilizar recursos diagnósticos como a ultra-sonografia, a tomografia computadorizada, citologia seminal, ressonância nuclear magnética, estudo do fluxo testicular com Doppler e biópsia testicular^(13,17).

3) A terapêutica deve ser dirigida para o tumor manifesto clinicamente na sua localização extragenital; a orquiectomia deverá ser realizada na eventualidade de se palpar qualquer suspeita tumoral testicular⁽¹⁴⁾.

AGRADECIMENTOS

Manifestamos nossos agradecimentos à Sra. Edna Terezinha Röther, bibliotecária do HSPE-FMO, que muito colaborou na revisão bibliográfica deste artigo.

SUMMARY

The authors report a rare case of primary retroperitoneal germ cell tumor as well as make commentaries about etiopathology and treatment based on review of the literature.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABELL, MR; FAYOS, JV; LAMPE, I Retroperitoneal germinomas (seminomas) without evidence of testicular involvement. *Cancer*, 18: 273, 1965.
2. AZZOPARDI, JG & HOFFBRAND, AV Retrogression in testicular seminoma with viable metastases. *J. Clin. Pathol.* 18: 135, 1965.
3. BLISS, WR & BARNETT, WH Retroperitoneal seminoma (germinoma) without evidence of testicular involvement. *Am. J. Surg.* 120: 363, 1970.
4. BONNEY, V On chorioepitheliomata of congenital origin. *Trans. Pathol. Soc.* 58: 9, 1906/7.
5. COLLINS, DH & PUGH, RCB Classification and frequency of testicular tumors: the pathology of testicular tumors. *Br. J. Urol. (Suppl.)* 36: 1, 1964.
6. COWAN, II & FELD, SM Dysgerminoma of the ovary: a review of the literature and a report of two additional cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 66: 668, 1953.
7. DVORACEK, C Primary chorioepithelioma of prostate with gynecomastia. *Cas. Lek, Cesk.* 88: 198, 1949.
8. GARNICK, MB; CANELLOS, GP; RICHIE, JP Treatment and surgical staging of testicular and primary extragonadal germ cell cancer. *JAMA*, 250: 1.733, 1983.
9. HOLT, LP; MELCHER, DH; COLQUHOUN, J Extragonadal choriocarcinoma in the male. *Postgrad. Med. J.* 41: 134, 1965.
10. HOUSTON, RA et al. Primary retroperitoneal seminoma without gonadal involvement: a report of 3 cases. *J. Urol.* 106: 841, 1971.
11. HYMAN, A. & LEITER, HE Extratesticular chorioepithelioma in male probably primary in urinary bladder. *J. Mt. Sinai Hosp.* 10: 212, 1943.
12. JOHNSON, DE et al. Extragonadal germ cell tumors. *Surgery*, 73: 85, 1973.
13. MALKIN, RB & HOTCHKISS, RS Germinal carcinomas without evident testicular involvement. *J. Urol.* 101: 360, 1969.
14. MONTAGUE, DK Retroperitoneal germ cell tumors with no apparent testicular involvement. *J. Urol.* 113: 505, 1975.
15. PUGSLEY, WS & CARLETON, RL Germinal nature of teratoid tumors of the thymus. *Arch. Pathol.* 56: 341, 1953.
16. RUSSEL, DS The pinealoma: its relationship to teratoma. *J. Pathol. Bacteriol.* 56: 145, 1944.
17. SALTZMAN, B; PITTS, WR; VAUGHAN, ED Extragonadal retroperitoneal germ cell tumors without apparent testicular involvement. *Urology*, 27: 504-507, 1986.
18. SCHLUMBERGER, HG Teratoma of anterior mediastinum in a group of military age, study of 16 cases, and review of theories of genesis. *Arch. Pathol.* 41: 398, 1946.
19. UTZ, DC & BUSCEMI, MF Extragonadal testicular tumors. *J. Urol.* 105: 271, 1971.