

Orquidectomia parcial por neoplasia testicular bilateral

Rui Pedro Borges, Fernando Vila, Alcino Oliveira, José María la Fuente de Carvalho e Filinto Marcelo

Serviço de Urologia. Hospital Geral de Santo António. Porto. Portugal.

RESUMO

O carcinoma testicular bilateral síncrono é raro. A orquidectomia radical bilateral é o tratamento standard. Apresentamos um caso de neoplasia testicular bilateral síncrona tratada com cirurgia poupadora de testículo. Actualmente o doente está livre de doença sem evidência de recorrência local ou à distância e sem disfunção sexual.

Palavras chave: Carcinoma testicular bilateral síncrono. Orquidectomia radical. Orquidectomia parcial.

ABSTRACT

Partial orchiectomy due to bilateral testicular carcinoma

Bilateral and synchronous testicular carcinoma is rare. Bilateral orchiectomy is recommended as gold standard treatment. We present a case of bilateral synchronous testicular neoplasia treated with testis-sparing surgery. The patient is free of disease without evidence of local or distant recurrence and without sexual dysfunction.

Key words: Synchronous bilateral testicular carcinoma. Testis-sparing surgery.

INTRODUÇÃO

O carcinoma testicular é a causa mais comum de malignidade no homem entre os 15 e os 35 anos¹. Os tumores das células germinativas testiculares bilaterais são situações raras (aproximadamente 2-3% de todos os tumores testiculares), no entanto a sua incidência tem vindo a aumentar nas últimas duas décadas nos EUA². Destes 22% são síncronos e 78% metacrónicos³. O tratamento standard é a orquidectomia radical bilateral, da qual resulta não só infertilidade mas também uma dependência de androgéneos para o resto da vida do doente.

Apresentamos um caso clínico de neoplasia testicular bilateral no qual foi efectuada orquidectomia parcial de modo a melhorar a qualidade de vida do doente.

CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 27 anos de idade, casado deu entrada no serviço de urgência (SU) por dor testicular direita com 2-3 meses de evolução. Ao exame físico apresentava testículo esquerdo de dimensões li-

geiramente inferiores ao normal, sem nódulos palpáveis; testículo direito com lesão nodular com cerca de 3 cm de diâmetro. Ecografia revelou 3 formações nodulares no testículo direito a maior com 25 mm (fig. 1) e outra formação nodular com 5 mm no testículo esquerdo (fig. 2). Hemograma sem alterações. Bioquímica: α -fetoproteína, 22.8 ng/ml; β -HCG, 71 U/l aumentadas; FSH, 0.44 mUI/ml; LH, 0.3 mUI/ml diminuídas; testosterona total, 7.02 ng/ml; testosterona livre, 18.9 pg/ml dentro dos valores normais para o sexo e idade. Rx pulmonar e TC abdominopélvico sem lesões sugestivas de metástases. Espermiograma revelou azoospermia. Após o diagnóstico clínico de neoplasia testicular bilateral e explicadas as opções terapêuticas (orquidectomia radical bilateral ou cirurgia poupadora de testículo à esquerda) o doente decidiu pela cirurgia conservadora de modo a preservar a função testicular. Desse modo procedeu-se a orquidectomia radical direita com colocação de prótese testicular de silicone e orquidectomia parcial esquerda após identificação da lesão com ecografia intra-operatória. O resultado anatomopatológico foi: testículo direito com tumor células germinativas misto composto pelo componente teratomatoso (60%), carcinoma embrionário (30%), e seminoma (10%) e raras células de sinciciotrofoblasto, sem invasão vascular nem atingimento das estruturas vizinhas (pT1) e testículo esquerdo com fragmento de testículo com 3 × 1.5 × 1 cm, identificando-se área de

Correspondência: Dr. R.P. Borges.
Serviço de Urologia. Hospital Geral de Santo António.
Largo Prof. Abel Salazar. 4099-002 Porto. Portugal.
Correo electrónico: ruipedroborges1@gmail.com

5 × 3 mm com estrutura de neoplasia germinativa intratubular, tipo inclassificável com extensão extratubular. Como tratamento complementar foi submetido a radioterapia escrotal, 20 Gy em 10 frações (2 semanas) de 2 Gy, tumor, dia, 5 vezes por semana. Após 1 ano de *follow up* o doente apresenta marcadores tumorais negativos, testosterona total (6.92 ng/ml) e livre (13.7 ng/ml) dentro dos valores normais, sem sintomas de hipogonadismo e sem evidência de recorrência da doença a nível local ou à distância.

DISCUSSÃO

Os tumores germinativos testiculares bilaterais são raros, e os diagnosticados sincronicamente ainda mais raros. A orquidectomia radical bilateral continua a ser o tratamento de eleição para os tumores testiculares bilaterais. No entanto, com o aumento nas taxas de sobrevida com as terapêuticas modernas, estes pacientes jovens enfrentam não só a perda da fertilidade mas também a dependência permanente de androgêneos e problemas psicológicos major causados pela castração. Tendo em consideração estas questões da qualidade de vida vários grupos relataram cirurgias preservadoras de órgão em pacientes com tumores testiculares bilaterais ou naqueles com tumor em testículo solitário^{4,5}. O primeiro caso de neoplasia testicular bilateral foi descrito por Livingstone em 1805⁶. O primeiro caso de cirurgia poupadora de testículo foi descrito por Richie⁷ que efectuou uma hemi-orquidectomia num paciente com seminoma testicular bilateral. Embora infértil o paciente não apresentou evidência de recorrência da doença nem necessidade de androgêneos de substituição 30 meses após a cirurgia.

Estudos posteriores efectuados por Weissbach⁸ e Heidenreich et al^{4,9} revelaram que a cirurgia poupa-

dora de testículo é uma opção viável para tumores bilaterais das células germinativas ou para tumores em testículo solitário conferindo uma sobrevida a longo prazo livre de doença com a evidente vantagem do ponto de vista endócrino e psicológico. De modo a conseguir estes bons resultados a Associação Europeia de Urologia¹⁰ e o Grupo Germânico para o Estudo do Cancro do Testículo (GTCSG)⁹ recomenda a cirurgia poupadora de testículo com as seguintes precauções:

- Doença confinada ao órgão sem invasão da rede testis (estádio pT1).
- Testículo solitário.
- Volume da lesão < 2 cm (aprox. 30% do volume testicular).
- Valores pré-operatórios de testosterona normais.
- Tratamento do parenquima testicular residual com radioterapia local adjuvante de modo a irradiar o CIS e evitar a recorrência local.
- Alta compliance do doente e vigilância apertada.

CONCLUSÕES

Em resumo a cirurgia poupadora de testículo representa uma opção terapêutica viável para doentes com neoplasia testicular bilateral ou com testículo único e permite um controlo da doença com sucesso e suficiente produção endógena de testosterona sem a necessidade de androgêneos de substituição^{5,11}. Os doentes considerados para esta opção terapêutica devem ser criteriosamente seleccionados, ter tumor de pequeno volume e valores de testosterona normais. Após 12 meses de *follow up* o nosso doente não apresenta evidência de recorrência da doença e tem uma vida sexual normal sem problemas psicológicos.

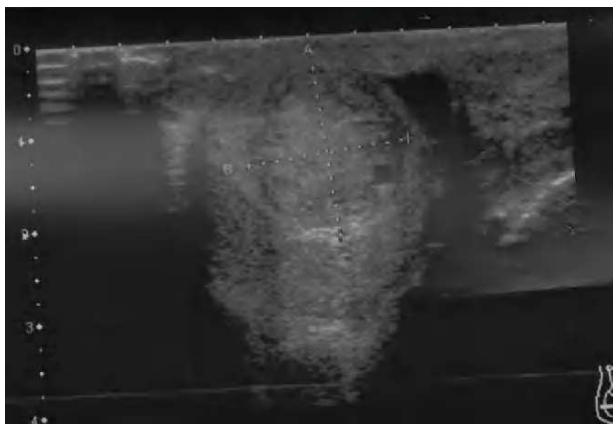


Figura 1. Ecografia no testículo direito: 3 formações nodulares a maior com 25 mm.

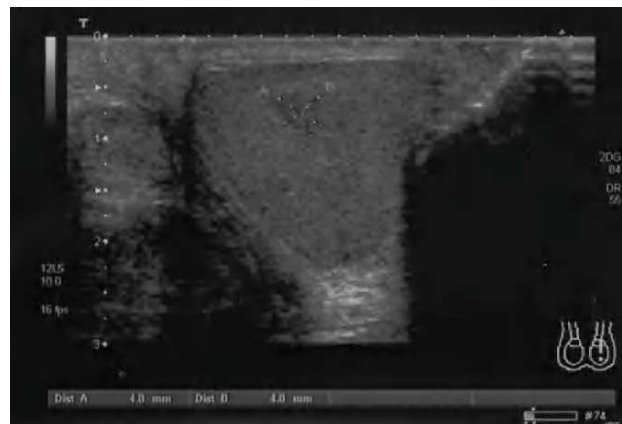


Figura 2. Ecografia no testículo esquerdo: formação nodular com 5 mm.

Referências

1. Einhorn LH, Richie JP, Shipley WU. Cancer of the testis. En: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, editors. Cancer: Principles and Practice of Oncology. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1993. p. 1126-51.
2. Pharris-Ciurej ND, Cook LS, Weiss NS. Incidence of testicular cancer in the United States: has the epidemic begun to abate? Am J Epidemiol. 1999;150:45-6.
3. Bach DW, Weissbach L, Hartlapp JH. Bilateral testicular tumors. J Oncol. 1983;129:989.
4. Heidenreich A, Bonfig R, Derschum W, von Vietsch H, Wilbeert D. A conservative approach to bilateral germ cell tumors. J Urol. 1995;153:10-3.
5. Heidenreich A, Holtl W, Albrecht W, Pont J, Engelmann UH. Testis-preserving surgery in bilateral testicular germ cell tumors. Br J Urol. 1997;79:253-7.
6. Patel SR, Richardson RL, Kvols L. Synchronous and metachronous bilateral testicular tumors. Mayo clinic experience. Cancer. 1990;65:1-4.
7. Richie JP. Simultaneous bilateral tumors with unorthodox management. World J Urol. 1984;2:74.
8. Weissbach L. Organ sparing surgery of malignant germ cell tumors. J Urol. 1995;153:90-3.
9. Heidenreich A, Weissbach L, Holtl W, Albers. P, Kliesch S, Kohrmann KU. Organ sparing surgery for malignant germ cell tumor of the testis. J Urol. 2001;166:2161-5.
10. Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Horwich A, et al. Guidelines on testicular cancer. Eur Urol. 2005;48:885-94.
11. Steiner H, Holtl L, Maneschg C, Berger AP, Rogatsch H, Bartsch G, et al. Frozen section analysis-guided organ-sparing approach in testicular tumors: technique, feasibility, and long-term results. Urol. 2003;62:508-13.