

Pseudotumor escrotal inflamatório

Rui Pedro Borges^a, Rui Simeão Versos^a, Fernando Vila^a, Victor Cavadas^a, Ana Encinas^b, Alcino Oliveira^a y Filinto Marcelo^a

^aServiço de Urologia. Hospital Geral Santo António. Porto. Portugal.

^bServiço de Anatomia Patológica. Hospital Geral Santo António. Porto. Portugal.

RESUMO

Os pseudotumores inflamatórios, também conhecidos como tumores miofibroblásticos têm sido descritos em diversos órgãos mas menos frequentemente nos genitais externos. Aqui descrevemos um caso de um homem com 43 anos de idade com uma massa escrotal palpável que foi removida cirurgicamente. O resultado anatomopatológico revelou um pseudotumor inflamatório.

Palavras chave: Pseudotumor. Inflamatório. Escrotal.

ABSTRACT

Inflammatory scrotal pseudotumor

Inflammatory pseudotumors, also known as inflammatory myofibroblastic tumors, have been described in many organs but rarely in the external genitalia. We describe a 43-year-old man with a palpable scrotal mass that was surgically removed. The histological examination revealed an inflammatory pseudotumor.

Key words: Pseudotumor. Inflammatory. Scrotal.

INTRODUÇÃO

O pseudotumor inflamatório é uma lesão benigna, pouco frequente e com uma histopatogénese desconhecida. Pode ter origem na *túnica vaginalis*, cordão espermático ou epidídimo, mas sempre sem envolvimento do testículo¹. É uma situação rara em que o diagnóstico só é possível após tratamento cirúrgico, muitas vezes após orquidectomia radical por suspeita de malignidade.

CASO CLÍNICO

Um homem de 43 anos de idade foi enviado à consulta de Urologia por ter notado um aumento indolor do escroto com cerca de 9 meses de evolução. Não havia história de traumatismo local, medicação concomitante ou de patologia associada. Ao exame físico era evidente uma massa escrotal endurecida sem envolvimento dos testículos, epidídimo ou do cordão espermático (fig. 1). A ecografia escrotal mostrou uma massa extra-testicular com cerca de 7,5 cm, mul-

tinodular e de ecoestrutura heterogénea, e testículos e epidídimos sem alterações.

O doente foi submetido a remoção cirúrgica da massa escrotal (lesão tumoral, pele e tecido celular subcutâneo). O resultado anatomopatológico mostrou uma massa com 10 × 7 × 6 cm, com 252 g de peso envolvida por uma cápsula membranosa, parcialmente coberta por pele e tecido subcutâneo e muscular (fig. 2). O exame microscópico revelou uma proliferação de células fusiformes e alongadas dispostas num padrão irregular e compacto adoptando um padrão indefinido dentro da cápsula fibrosa, sem alterações da pele ou do tecido muscular liso subjacente. Entre esses feixes de células haviam ninhos de histiócitos xantelasma-like e um escasso infiltrado inflamatório, composto por linfócitos, plasmócitos e alguns eosinófilos polimorfonucleares. Havia também alguns feixes de colagénio com um arranjo perivascular. Não obstante a rara e focal atipia, o índice mitótico era escasso (fig. 3). A imunohistoquímica era negativa para os marcadores epiteliais e CD34, ligeiramente positiva para a proteína S100 e fortemente positiva para vimentina, SMA, HHF-35 e desmina no componente fusocelular e para CD68 nos histiócitos. Estes resultados permitiram o diagnóstico de tumor inflamatório miofibroblástico (pseudotumor inflamatório). Após 10 meses de follow up não existem sinais de recorrência da doença.

Correspondência: Dr. R.P. Gonçalves Borges.
Serviço de Urologia. Hospital Geral de Santo António.
Largo Prof. Abel Salazar. 4099-022 Porto. Portugal
Correo electrónico: ruipedroborges1@gmail.com



Figura 1. Massa escrotal paratesticular.



Figura 2. Massa com 10 cm coberta com pele.

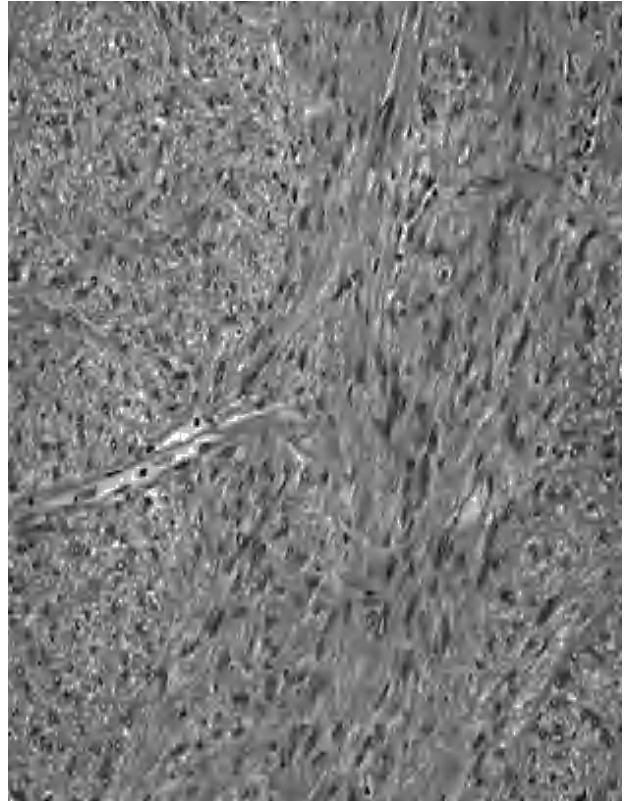


Figura 3. Proliferação células fusiformes com escasso infiltrado inflamatório e índice mitótico escasso (E, x 20).

DISCUSSÃO

Os pseudotumores inflamatórios são situações raras. Foi descrito pela primeira vez em 1937 localizado nos pulmões², e desde então foi descoberto em praticamente todas as localizações anatómicas. No aparelho genito-urinário, descrito primeiro por Roth em 1980, estes tumores são mais frequentes na bexiga^{3,4}. Vários sinônimos têm sido usados para descrever estes tumores: pseudotumor inflamatório, tumor miofibroblástico inflamatório, foliculite proliferativa ou pseudotumor fibroso^{1,2,5-7}. Trata-se de uma lesão benigna que pode simular, quer clínica quer radiologicamente, um tumor maligno. Embora raros os pseudotumores inflamatórios são os tumores paratesticulares mais frequentes a seguir aos tumores adenomatoides do epidídimo⁵. Apesar de terem um pico de incidência na 3.^a década, podem ocorrer em qualquer idade, habitualmente como uma massa escrotal indolor acompanhada de hidrocele em cerca de 45% dos casos, e associado a traumatismo local ou orquitepididimite em 30% dos casos⁶. Apesar da sua etiologia desconhecida alguns autores crêm que se trata de um fibrossarcoma de baixo grau com fenómenos inflamatórios associados. Em alguns casos, parece ser resultado de uma rea-

ção inflamatória após traumatismo, cirurgia *minor* ou associado a outros tumores malignos. Uma etiologia infecciosa também tem sido associada a estes tumores pseudoinflamatórios. Os agentes encontrados em associação a estas neoplasias incluem Epstein Barr virus (descobertos em pseudotumores esplênicos e nodais), *Actinomyces* e *Nocardia* (presente nos pseudotumores hepáticos e pulmonares respetivamente) e *Mycoplasma* (pseudotumor pulmonar). Um mecanismo auto-imune também pode estar implicado. Histologicamente é caracterizado por uma proliferação celular e um arranjo fascicular ou fascicular/miofibroblástico, acompanhado por um infiltrado inflamatório crónico, espialmente plasmócitos e mastócitos².

O tratamento de eleição é a excisão cirurgica. O prognóstico é excelente, e a recorrência apenas ocorre quando a reseção é incompleta⁶.

CONCLUSÕES

Os pseudotumores inflamatórios dos genitais externos são raros. O seu diagnóstico diferencial inclui as situações inflamatórias, infecciosas e neoplásicas dos

testículos e epidídimo⁶. Outras situações que levem à formação de massas escrotais como a torção testicular, espermatocoele, varicocele, tuberculose ou condições malignas (neoplasias malignas paratesticulares, leiomiossarcoma, rabdomiossarcoma ou carcinoma sarcomatoide) devem também ser excluídas. A sua completa remoção cirurgica, sempre que possível, é o tratamento de eleição.

Referências

1. Carriazo M, Gómez C, Franjo E, Gallardo S. Pseudotumor fibroso de la túnica vaginal del testículo. Presentacion de un nuevo caso y revision de la literatura. *Actas Urol Esp.* 1999;23:68-70.
2. Das Narla L, Newman B, Spottswood S, Narla S, Kolli R. Inflammatory pseudotumor. *Radiographics.* 2003;23:719-29.
3. Olivia E, Young RH. Paratesticular tumor-like lesions. *Semin Diagn Pathol.* 2000;17:340-58.
4. Kim N, Ha S, Chung J, Han J. Inflammatory pseudotumor of the paratesticular area – a case report. *Korean J Pathol.* 2004;38:208-11.
5. Seethala R, Tirkes A, Weinstein S, Tomaszewski J, Malkowicz S, Genega E. Diffuse fibrous pseudotumor of the testicular tunic associated with an inflamed hydrocele. *Arch Pathol Lab Med.* 2003;127:742-4.
6. Kapur P, Treat K, Chuang A, Hoang M. Paratesticular mass in a young man. *Arch Pathol Lab Med.* 2004;128:589-90.
7. Brauers A, Striepecke E, Mersdorf A, Sohn M, Fuzesi L. Inflammatory pseudotumor of the epididymis. *Eur Urol.* 1997;32:253-5.