

# Tumores Testiculares Bilaterais A propósito de dois casos clínicos

## *Bilateral Testicular Tumors – Concerning two case reports*

### Autores

João Pedro Peralta<sup>1</sup>, Ricardo Godinho<sup>1</sup>, Paulo Conceição<sup>2</sup>, Mário Reis<sup>3</sup>, Carlos Rabaça<sup>3</sup>, Amilcar Sismeiro<sup>4</sup>

### Instituições

<sup>1</sup>Interno Complementar de Urologia do Serviço de Urologia do IPO de Coimbra

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar do Serviço de Urologia do IPO de Coimbra

<sup>3</sup>Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Urologia do IPO de Coimbra

<sup>4</sup>Chefe de Serviço e Diretor do Serviço de Urologia do IPO de Coimbra

### Correspondência

João Pedro Peralta – Serviço de Urologia do IPO de Coimbra, FG EPE – Av. Bissaya Barreto, 3000-075 COIMBRA  
E-mail: joaopedroperalta@gmail.com

Data de Submissão: 5 de novembro de 2012 | Data de Aceitação: 29 de abril de 2013

### Resumo

**Introdução:** Os Tumores de Células Germinativas do Testículo (TCGT) atingem sobretudo o adulto jovem. A sua incidência aumentou em 50% nos últimos anos nos países desenvolvidos, nomeadamente a variante Seminomatosa. São um dos tumores sólidos com melhor prognóstico, mesmo em doença avançada constituindo o paradigma do uso de terapêutica multimodal. Os fatores de risco conhecidos são criptorquidia, trauma, atrofia testicular, tumor testicular prévio e infertilidade.

**Caso Clínico:** Os autores descrevem dois casos clínicos de tumores bilaterais metácronos do testículo, com intervalos de tempo distintos para recidiva contralateral. Em todos os casos houve similitude das variantes histológicas entre o tumor primário e a recidiva contralateral. Ambos os casos foram submetidos a terapêutica adjuvante após o primeiro tumor.

**Conclusão:** O objetivo deste trabalho visa alertar para a necessidade de um follow-up regular, rigoroso e prolongado, e para as inerentes complicações a esse facto, tendo por base o auto-exame físico, consciencializados de que o maior fator de risco para um TCGT contralateral é um tumor prévio.

**Palavras-chave:** Tumor testículo, bilateral, microlitíase testicular, biópsia testicular, metácrono.

### Abstract

**Introduction:** Germ Cell Testis Tumors (GCTT) affect mainly young adults. The incidence increased

50% in recent years in developed countries, particularly the seminoma variant. They are solid tumors with very good prognosis, even in advanced disease and are the paradigm of the need of multimodal therapy. The known risk factors are cryptorchidism, trauma, testicular atrophy, prior testicular tumor, and infertility.

**Case Report:** We describe two case reports of bilateral testis tumors, metachronous, with different time intervals for contralateral recurrence. In all cases, the same histological variants were detected in the primary tumor and contralateral recurrence. Both patients underwent adjuvant therapy after the first tumor.

**Conclusion:** This work aims to highlight the need for a regular follow-up, rigorous and prolonged, and the complications inherent to this fact, making use of self-examination as an important part of it, and made aware that the greatest risk factor for a contralateral tumor is a prior GCTT.

**Key-words:** Bilateral, testis tumors, testicular microlithiasis, testicular biopsy, metachronous

### Introdução

Os Tumores do Testículo, que em 95% são da linha germinativa (TCGT), atingem sobretudo o adulto jovem. Apesar de raros a sua incidência tem aumentado nos últimos anos, sobretudo nos países desenvolvidos sendo atualmente de cerca de 3-6 por 100000habitantes.<sup>1,2,3</sup> Os fatores de risco conhecidos para os tumores do testículo incluem, criptorquidia, trauma, atrofia testicular, tumor testicular prévio, infertilidade, manipulações hormonais e

genéticos. O diagnóstico é maioritariamente feito pelo doente através do auto-exame físico.

### Caso Clínico

O primeiro doente tinha 35 anos de idade e foi submetido a orquidectomia radical direita em 1998, com 25 anos de idade, por TCGT Não Seminoma Misto (predomínio de Teratoma Maduro), tendo efetuado quimioterapia adjuvante. Em 2008 dirigiu-se à consulta de seguimento, com uma massa testicular esquerda, indolor, dura à palpação, com cerca de 30mm de diâmetro ao exame físico, sem qualquer queixa urinária associada ou antecedentes de trauma prévio. O doente realizou marcadores tumorais séricos LDH, que se revelaram dentro da normalidade. A ecografia escrotal revelou um nódulo hipoeecogénico suspeito de 30mm no pólo superior do testículo esquerdo. O doente foi proposto para cirurgia, e após ter sido realizada biópsia extemporânea com confirmação histológica de TCGT, foi realizada uma orquidectomia radical com colocação de prótese testicular. A histologia da peça operatória revelou um TCGT Não Seminomatoso Misto. A tomografia computadorizada (TC) que realizou para estadiamento, revelou metastização retroperitoneal e pulmonar e neste sentido o doente, efetuou três ciclos de quimioterapia adjuvante com esquema de Bleomicina\Etoposido\Cisplatina (BEP). Iniciou terapêutica hormonal de substituição com testosterona e atualmente encontra-se sem sinais de recidiva clínica ou imagiológica.

O segundo caso clínico corresponde a um doente de 31 anos de idade que foi submetido em 2004 a orquidectomia radical esquerda com colocação de prótese testicular por TCGT (Seminoma Clássico), tendo efetuado radioterapia adjuvante. Em 2005, na ecografia escrotal realizada de rotina, identificou-se uma massa testicular central, heterogénea,



Figura 1) Massa residual, 4,6cm de maior eixo, latero-aórtica, junto à emergência da artéria renal esquerda.

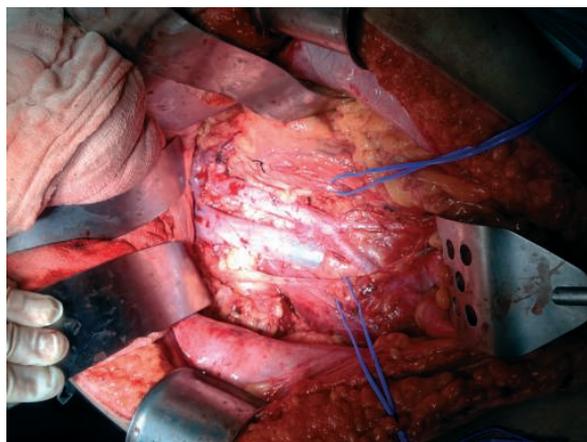


Figura 2) Status pós linfadenectomia retroperitoneal com exérese radical de massa residual.

com cerca de 21mm, que ao exame físico se revelava de consistência dura e ligeiramente dolorosa à palpação. Foram estudados os marcadores tumorais séricos e LDH que estavam normais. Face à suspeita clínica de tumor contralateral metácrono e por ausência de critérios para cirurgia *testis-sparing*, foi submetido a orquidectomia radical direita com colocação de prótese testicular. O estudo histopatológico revelou TCGT (Seminoma Clássico). No estadiamento pós-operatório, apresentava metastização retroperitoneal extensa, pelo que realizou quimioterapia adjuvante com esquema BEP. Por persistência de massa residual latero-aórtica, com 4,6cm com positividade na PET-scan, realizou posteriormente linfadenectomia retroperitoneal que revelou doença ativa residual (figura 1 e 2). Atualmente encontra-se a fazer hormonoterapia de substituição e não apresenta sinais de recidiva clínica e imagiológica.

### Discussão

A incidência de tumores testiculares bilaterais, síncronos e\ou metácronos é de 2-3%<sup>4</sup>. A incidência está ainda correlacionada com a idade de apresentação e com o tipo histológico, sendo mais precoce e frequente a recorrência nos Seminomas, existindo uma similaridade histológica (33%), nos tumores contralaterais, em relação aos achados histopatológicos do tumor primário<sup>5</sup>.

À data da orquidectomia a incidência de Cis no testículo contralateral é de 9%. Metade destes tem risco de vir a desenvolver TCGT aos cinco anos e 70% aos sete anos. Contudo, não deixa de ser baixa a prevalência de tumores síncronos *ab initio* (2%)<sup>6,7</sup>. A microlitíase testicular, presente em 5% da população, só é fator de risco se associada a outros critérios de risco, nomeadamente, tumor testicular prévio (prevalência de até 46%) ou bilateralidade (segundo alguns autores)<sup>8,9,10,11</sup>. Assim, apesar de

alguns autores recomendarem a biópsia testicular contralateral sistemática, é no entanto mais consensual na comunidade urológica, a biópsia em doentes de alto risco para tumor contralateral, nomeadamente, com história de criptorquidia, infertilidade, atrofia testicular (<12ml), em doentes com menos de 40 anos de idade<sup>3, 2, 14</sup>.

As decisões de tratamento do tumor contralateral devem ter em conta o estadio e tratamento efetuado para o primeiro tumor, estadio da doença atual bem como o estado hormonal do doente e o *status* fértil do mesmo<sup>15</sup>.

Não está provado que a radioterapia adjuvante diminua o risco de tumor contralateral, havendo contudo dados de que a quimioterapia atual possa, de fato, no contexto adjuvante, reduzir a incidência de *Cis* e de tumor contralateral<sup>16</sup>.

Apesar de não existirem recomendações nas *guidelines* para o rastreio de tumor contralateral, sabe-se que o estadio e o prognóstico são dependentes duma deteção precoce, pelo que todos os doentes devem ser ensinados a praticar auto-exame físico regularmente, sendo discutível o uso da ecografia escrotal no seguimento destes doentes<sup>17</sup>.

Serviu o presente trabalho, para rever e abordar, alguns conceitos controversos no âmbito duma patologia complexa e altamente exigente, do ponto de vista interdisciplinar, como é a patologia oncológica do testículo, usando como exemplo os dois casos clínicos supracitados.

## Bibliografia

- Hamilton JB, Gilbert JB. Studies in malignant tumours of the testis. IV. Bilateral testicular cancer. Incidence, nature, and bearing upon management of the patient with a single testicular cancer.
- Sokal M, Pecham MJ, Hendry WF. Bilateral germ cell tumors of the testis. *Br J Urol* 1980;52:158-62.
- Pharris-Ciured ND, Cook LS, Weiss N. Incidence of testicular cancer in the United States: has the epidemic begun to abate? *Am J Epidemiol*. 1999;150:45-46.
- Che M, Tamboli P, Ro JY, Park DS, Ro JS, Amato RJ, Ayala, AG. Bilateral testicular germ cell tumors, *twenty year experience at M.D. Anderson Cancer Center*. *Am Cancer Soc*. 1228-33.
- Dong C, Lonnstedt I, Heminninki K. Familial testicular cancer and second primary cancers in testicular cancer patients by histological type. *Eur J Cancer* 2001;37:1878-85.
- Fossa, SD, Chen J, Schonfeld SJ, McGlynn KA, McMaster ML, Gail MH, Travis LB. Risk of contralateral Testicular Cancer: A population-based study of 29515 U.S. men. *J Natl Cancer Inst*, 2005,vol 97; 14:1056-66.
- Von der Masse H, Roth M, Walbon-Jorgensen S, et al. Carcinoma-in-situ of contralateral testis in patients with testicular germ cell cancer: study of 27 cases in 500 patients. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1986 Nov; 293(6559):1398-401.
- Coelho R, Brito MJ, Casella P, Bragança G, Machado MC. Microlitíase e tumor testicular. *Acta Med Port* 2005; 18:458-487.
- Derooghe M, Bevers RF, Prins HJ, et al. Testicular microlithiasis, a premalignant condition: prevalence, histopathologic findings, and relation to testicular tumor. *Urology* 2001, Jun;57(6): 1133-7.
- Giwerzman A, Brunn E, Frimotd-Muller C, et al. Prevalence of carcinoma-in-situ and other histopathological abnormalities in testis of men with of cryptorchidism. *J Urol* 1989, Oct;124(4): 998-1001.
- Harland SJ, Cook Pa, Fossa SD, et al. Intratubular germ cell neoplasia of contralateral in testicular cancer: defining a high risk group. *J Urol* 1998 Oct;160(4):1353-7.
- Giwerzman A, Muller J, Shakkebaec NE. Prevalence of carcinoma-in-situ and other histopathological abnormalities in testis from 399 men who died suddenly and unexpectedly. *J Urol* 1991, Jan;145(1):77-80.
- Van Casteren NJ, Looijenga LH, Dohle GR. Testicular microlithiasis and carcinoma-in-situ overview and proposed clinical guideline. *Int J Androl* 2009, Aug;32(4):279-87.
- Heidenreich A, Moul JW. Contralateral testicular biopsy procedure in patients with unilateral testis cancer: is it indicated? *Sem Urol Onc* 2002, Nov;20(4):234-8.
- Park DS, Prow DM, Amato RJ, Ro JY, Logothetis CJ. Clinical characteristics of metachronous bilateral testicular tumors in the chemotherapeutic era. *Yonsei medical journal*. 1999; vol 40; 2: 137-43.
- Van leeuwen FE, Stiggelbout AM, Van den Belt-Dusebout AW, Noyon R, Eliel MR, Van Kerkhof EH, et al. Second cancer risk following testicular cancer: a follow-up study of 1,909 patients. *J Clin Onc* 1993;11:415-24.
- Bockrath JM, Schaefer AJ, Kies MS, Neiman HL. Ultrasound identification of impalpable testicle tumor. *J Urol* 1983; 130:355-6.