

Seminoma espermatocítico

Caso Clínico

J. Cabral Ribeiro*, Américo Santos**, Vila Mendes***, Lemos Sousa***, Pedro Monteiro****, Joaquim Rodrigues*****

Serviço de Urologia – Hospital São Marcos
Director Dr. Alfredo Malheiro

* Interno Complementar Urologia

** Assistente Graduado de Urologia

*** Assistente Hospitalar de Urologia

**** Interno Complementar de Anatomia Patológica

Correspondência: Jorge Cabral Ribeiro — R. Conde S. Bento, Edif. Polana 801 – 4785-296 TROFA

Resumo

O seminoma espermatocítico é uma variedade rara de tumor testicular, representando cerca de 2% de todos os tumores germinativos. Raramente metastiza, apresentando assim uma elevada taxa de cura, havendo casos de mau prognóstico associados a transformação sarcomatoide. Apresenta-se um caso clínico a partir do qual se faz uma revisão da literatura acerca das características clínicas, anatomopatológicas, do tratamento e prognóstico deste tipo de tumor.

Palavras-Chave: Seminoma espermatocítico, diagnóstico, tratamento, prognóstico

Summary

Spermatocytic seminoma is a rare testicular neoplasm, which represents nearly 2% of all germ cell tumors. It has an excellent cure rate, almost never metastasizes, and the cases with dismall prognosis are those with sarcomatous transformation. We present a case report and make a revision of the clinic and, anatomopathological features, as well as of treatment and prognosis of this type of tumor.

Key Words: Spermatocytic seminoma, diagnosis, treatment, prognosis

Introdução

Os tumores do testículo representam cerca de 1% das neoplasias masculinas, sendo a neoplasia sólida mais frequente na idade de adulto jovem. Têm uma incidência de 4-6/100000/homens ano e em que cerca de 95% são derivados da linha germinativa.

O seminoma espermatocítico (SS) representa uma variedade rara (2%) de tumor germinativo, caracterizado por ocorrer somente em adultos (idades de 25-87 com média de 54 anos), ser de localização testicular exclusiva, ter carácter puro e um comportamento biológico único com orquidectomia curativa em praticamente todos os casos.

Caso Clínico

CMV de 40 anos de idade, sem antecedentes patológicos relevantes, recorre à nossa consulta com uma história de aumento progressivo, não doloroso, do testículo direito com cerca de 15 meses de evolução.

Há cerca de 15 meses, após traumatismo escrotal, notou um pequeno aumento do volume testicular direito. Realizou um exame ecográfico cujo relatório descrevia “volumoso nódulo escrotal direito com cerca de 5,5 cm de diâmetro, no interior do qual existe colecção de líquido espesso com 3,5cm, compatível com neoformação”(Fig.1). Por não ter queixas dolorosas não procurou ajuda médica. Cerca de um ano depois e por o volume da massa se tornar incomodativo, procurou aconselhamento médico e foi referenciado à nossa consulta. Apresentava uma massa testicular direita com cerca de 10 cm de diâmetro, não dolorosa à palpação, com cordão espermático ligeiramente espessado, e com transluminação negativa. Não apresentava adenopatias inguinais palpáveis. Fez nova avaliação imagiológica por ecografia que revelou bolsa escrotal direita ocupada por volumosa massa sólida heterogénea sugestiva de neoformação.

Os marcadores tumorais (DHL, bHCG, aFP) foram normais e a TAC abdominal e o Rx pulmonar de estadiamento não revelaram alterações. Foi submetido a orquidectomia com laqueação alta do cordão espermático, cujo estudo anatomopatológico revelou neoplasia de 235gr de peso com dimensões de 9.5x6x6cm com superfície de corte róseo e aspecto gelatinoso, com formação de pequenas cavidades preenchidas por líquido aquoso. Ao exame histológico revelou tratar-se de um seminoma espermatocítico limitado ao testículo. Encontra-se em vigilância e sem evidência de metástase ao ano.

Discussão

A descrição e denominação desta entidade foi efectuada por Pierre Masson em 1946 (1). A denominação é infeliz pois sugere tratar-se de uma variante do seminoma o que não é o caso. Este tumor tem origem germinativa distinta do seminoma clássico e a denominação mais correcta seria espermatocitoma, utilizada por alguns autores mas não universalmente aceite (2,3,4).

O SS não tem homólogo ao nível do ovário, não aparece em locais extragonadais e nunca está associado com outros tumores germinativos. Tipicamente apresenta-se como uma massa escrotal não dolorosa e de crescimento lento. No diagnóstico,



Fig. 1

cerca de um terço dos doentes refere presença de massa com mais de um ano de evolução, havendo casos relatados com cinco ou mais anos. É um tumor da idade adulta não havendo casos relatados em idades pubertais.

A idade média do diagnóstico é de 54 anos (25 a 87), cerca de 15 anos superior ao seminoma clássico (SC) (5). Desconhecia-se a associação com testículos disgenéticos ou criptorquídicos, mas recentemente Stevens (6) descreveu o primeiro caso em testículo criptorquídico. Não apresenta preferência de lateralidade e em 6-10 % dos casos é bilateral com metade destes de forma assíncrona (5,7,8).

Não há produção de qualquer dos marcadores clássicos, alfa-fetoproteína, gonadotrofina coriónica ou fosfatase alcalina placentária.

SS são maiores que os SC com mais de metade com diâmetros superiores a 5cm (alguns até 15cm ou mais). Normalmente são arredondados, bem circunscritos, por vezes com lobulação ou nodularidade, com edema marcado, áreas gelatinosas e macias ao corte, de coloração cinza pálido, com formação frequente de pequenos cistos. Não apresentam áreas de hemorragia ou necrose (característica dos SC), a invasão da túnica albugínea ocorre infrequentemente e em tumores de grande volume pode existir infiltração do epidídimo.

As observações originais de Masson relataram as particularidades diagnósticas em que ainda hoje se baseia o diagnóstico de SS. Estes tumores consistem em camadas de células com muito pouco estroma envolvente. Pode existir um pequeno número de linfócitos, mas septos fibrovasculares ricos nestes ou reacção granulomatosa característica dos SC, não é observado. Alguns tumores são particularmente edematosos com muitos pequenos lagos de líquido eosinofílico formando pseudocistos. Estes tumores são compostos por três tipos de células: as células de tamanho intermédio (15 a 20 μ m) representam a

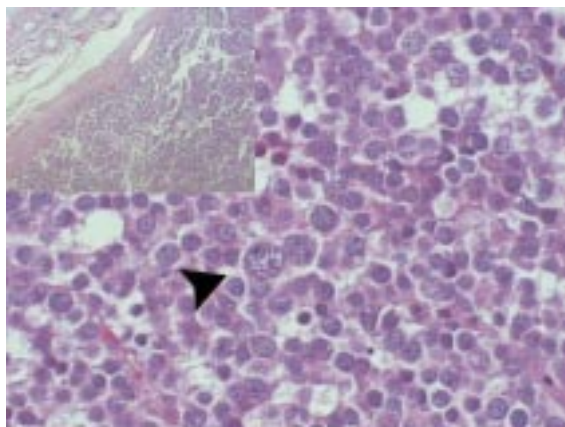


Fig.2- HE 400X Os vários tipos celulares. Imagem típica de espirema (cromatina simulando estadio pré-meiótico) das células grandes. Caixa- HE 40X Interface tumor/testículo normal.

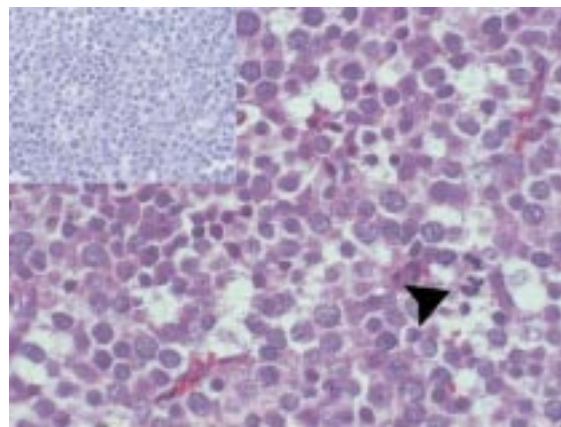


Fig.3- HE 400X Múltiplas figuras de mitose entre as células intermédias (seta). Caixa - PAS negativo 400X

população predominante podendo em certas áreas ser a única. São células mononucleadas com cromatina finamente granular circundado por escasso citoplasma muito eosinofílico i.e. sem o aspecto claro característico do SC. Dispersas entre elas encontram-se células pequenas com diâmetros entre (6 e 8 μm) com muito pouco citoplasma, sem glicogénio (PAS-) (ao contrário do SC) e uma cromatina nuclear altamente condensada. Finalmente, dispersas e em maior número ao nível dos nódulos, existem células gigantes (25 a 100 μm) com citoplasma abundante, finamente granular, com um ou mais núcleos, nucléolos proeminentes, cromatina filamentososa. Mitoses são frequentes entre as células intermédias. Na periferia é frequente o crescimento intra-tubular mas nunca se associa a neoplasia germinativa intra-tubular (característica dos outros tumores germinativos). (Ver Figs. 2 e3).

As células do SS não reagem com anticorpos para alfa-fetoproteína, gonadotrofina coriônica para o antígeno comum dos leucócitos(LCA), enolase específica dos neurónios (NSE) ou vimentina. A fosfatase alcalina placentária-like é normalmente ausente, mas algumas células podem corar escassamente de forma membranosa para a PLAP. No SC há reacção maciça para a PLAP de forma membranosa. Estes dados podem ser utilizados no diagnóstico diferencial nos casos duvidosos (seminoma clássico, linfoma ou tumor seio endodérmico). LCA positivo nos casos de linfoma; PLAP nos casos de seminoma clássico e HCG nos tumores do seio endodérmico (5,9,10).

A anomalia cromossómica específica dos tumores germinativos (isocromossoma 12p) ainda não foi descrita no SS (7).

O SS é um tumor potencialmente maligno, havendo somente um caso bem documentado de metas-

tização (11). Schoborg (12) descreveu um caso de um doente com SS que morreu de metástases, no entanto as imagens de biópsia linfática, foram criticadas por Eble como sendo muito pleomórficas, não parecendo o primário (5). Outros casos foram relatados, mas após revisão foram reclassificados como linfomas (5).

Em alguns casos (descritos mais de uma dúzia) foram detectados focos de sarcoma indiferenciado ou rhabdomyosarcoma associado a SS(5,13,14). O componente sarcomatoso desenvolve-se a partir do SS após transformação anaplásica, possui um potencial metastático elevado o que é sinal de mau prognóstico, com desfechos fatais em poucos meses nos doentes com metástases. Clinicamente caracteriza-se por uma massa escrotal de crescimento lento que abruptamente inicia um crescimento acelerado e muitas vezes doloroso. Praticamente todos os doentes são diagnosticados com metástases viscerais e é evidente a presença de sarcoma na histologia do primário.

Classicamente estes tumores eram tratados por orquidectomia e radioterapia profilática. A ausência de metástases levou à conclusão da sua boa radiosensibilidade. Uns autores, apoiados pelos bons resultados e tolerabilidade, preconizam a utilização de radioterapia profilática na dose de 25 Gy sobre a cadeia paraaortica subdiaphragmática (15), outros defendem a orquidectomia como tratamento único, seguido de vigilância (16,4). Eble (5) faz uma metanálise de dois grupos de doentes, uns tratados com orquidectomia e radioterapia e outros somente com orquidectomia. Conclui que apesar de o único caso de metástase bem documentado ser em doente não tratado com radioterapia, não haver diferenças significativas em termos de prognóstico e daí a não necessidade de radioterapia profilática.

Conclusão

O seminoma espermatocítico é um tumor raro, localmente agressivo, com excelente prognóstico após orquidectomia. Estes doentes devem ser monitorizados para a eventualidade de aparecimento de lesão secundária.

Os doentes em que é detectado no primário presença de sarcoma devem ser tratados de forma agressiva atendendo ao estadió avançado de apresentação a ao mau prognóstico que este achado acarreta.

Bibliografia

1. Masson P., Étude sur le Séminome. Rev. Can. Biol. 1946; 5:361-387
2. Muller J, Skakkebak NE, Constance Parkinson M: The Spermatocytic Seminoma: Views on Pathogenesis. International Journal of Andrology 1987; 10:147-156
3. Grigo KM: A New Classification of Germ Cell Tumors of the Testis. Eur. Urol. 1993; 23:93-103
4. Telerman A: Spermatocytic Seminoma, Clinicopathological Study of 22 cases: Cancer 1980; 45:2169-2176
5. Eble JN.: Spermatocytic Seminoma: Human Pathology 1994; 25:1035-1042
6. Stevens MJ, Gildersleve J, Jameson CF and Horwich A: Spermatocytic Seminoma in a Maldescendent Testis. Br. J. Urol 1993; 72:657-9
7. Caty A, Bertrand P, Castelain B, Mazeman E.: Les Séminomes Spermatocytaires. À propos de 4 observations. Bull Cancer 1997; 84(2): 212-4
8. Bergner DM, Duck GB, Rao M: Bilateral sequential spermatocytic seminoma. J Urol 1980; 124:565
9. Saran RK, Banerjee AK, Gupta SK, Rajwanshi A: Spermatocytic Seminoma: A Cytology and Histology Case Report With Review of the Literature: Diagn. Cytopathol 1999; 20:233-236
10. Dekker I, Rozeboom T, Delemarre J, Dam A, Oosterhuis JW.: Placental-like Alkaline Phosphatase and DNA Flow Cytometry in Spermatocytic Seminoma. Cancer 1992; 69:993-6
11. Matoska J, Ondrus D, Hornak M.: Metastatic Spermatocytic Seminoma A case report with light microscopic, ultrastructural, and immunohistochemical findings: Cancer 1988; 62:1197-1201
12. Schoborg TW, Whittaker J, Lewis CW: Metastatic Spermatocytic seminoma. J Urol 1980; 124:739-41
13. True LD, Otis CN, Delprado W, et al: Spermatocytic Seminoma of Testis with Sarcomatous Transformation, a Report of Five Cases. Am. J. Surg. Pathol. 1988; 12:806
14. Matoska J, Telerman A.: Spermatocytic Seminoma Associated With Rhabdomyosarcoma. Am J. Clin. Pathol. 1990; 94:89-95
15. Hachi H, Al Bouzidi A, Bougtab A, Ottamany A, Baroudi Ch et al: Le Séminome Spermatocytaire, A propos d'un cas et revue de la littérature. Journal d'Urologie 1997; 103:53-55
16. Walter P: Seminome Spermatocytaire -Étude de 8 Observations et Revue de la Literature. Virchows Arch. A Path. And Histol. 1980; 386:175-187