

Tumor de Células de Leydig do Testículo – Caso clínico

Pedro Soares*; Miguel Carvalho**; João Paulo Rosa**; Nuno Bello***;
António Madeira***; Gomes de Oliveira****

*Interno do internato complementar de Urologia do Hospital Garcia de Orta (Almada)

**Assistente Hospitalar de Urologia do Hospital Garcia de Orta (Almada)

***Assistente Graduado de Urologia do Hospital Garcia de Orta (Almada)

****Director de Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta (Almada)

Correspondência: Dr. Pedro Soares – Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta (Almada)

E-mail: pedro.soares@netvisao.pt

Resumo

Os autores a propósito de um paciente com um tumor de Células de Leydig do testículo realizam uma revisão da literatura existente com respeito a esta rara patologia, analisando os diferentes critérios clínicos, hormonais, histológicos e possíveis opções terapêuticas.

Palavras chave: Tumor de células de Leydig, tumores germinativos do testículo.

Abstract

We report a case of patient with a Leydig cell tumor. The clinical, hormonal, histological criteria for malignancy and possible therapeutic options are analyzed and compared with the literature.

Introdução

Os tumores não germinativos do testículo são raros, representando cerca de 1% a 3% de todas as neoplasias testiculares. A sua variante mais frequente é o tumor de células de Leydig, cuja a etiologia é desconhecida e que na grande maioria dos casos tem evolução benigna, observando-se, em 10% das situações, um comportamento maligno exclusivo dos adultos.

Caso Clínico

Doente de 66 anos, caucasiano, com antecedentes pessoais de nefrectomia esquerda por piodrose litiásica aos 40 anos recorre à consulta por nódulo palpável no hemiescroto esquerdo.

De positivo ao Exame Objectivo: Nódulo 1,5 cm, duro, homogéneo, não doloroso no testículo esquerdo.

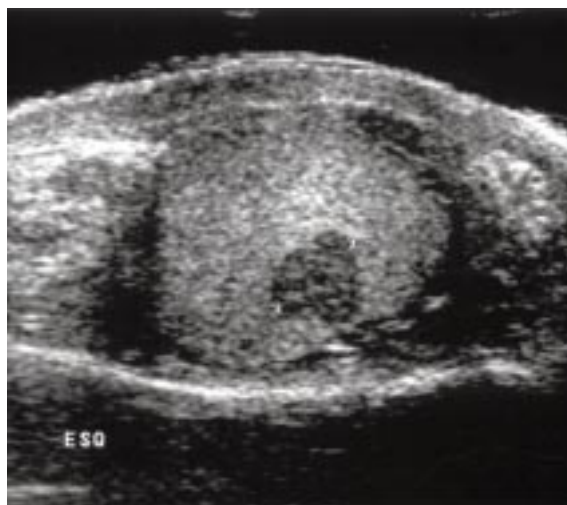


Fig. 1 – Ecografia escrotal. Lesão hipocóide com 16mm de maior diâmetro no testículo esquerdo

Analiticamente sem alterações (α fetoproteína e β HCG negativas).

A Ecografia escrotal mostra “lesão hipocóide com 16 mm de maior diâmetro no testículo esquerdo.” (fig. 1)

TAC torácico, abdominal e pélvico sem alterações.

O doente foi submetido a orquidectomia radical esquerda com colocação de prótese.

O resultado anatomopatológico da peça operatória foi de: “Neoplasia intra-testicular, sólida, bem circunscrita, constituída por células poligonais com citoplasma eosinofílico onde se reconhecem cristais de Reinke, e núcleos de tamanhos variáveis com pequeno nucléolo central. Não se observa mitoses. O parênquima testicular tem hiperplasia de células de Leydig. Túnica albugínea e vasos do cordão sem lesão.” (fig. 2 e 3)

Discussão e Conclusões

O tumor de células de Leydig é uma patologia rara, tendo sido descrita pela 1ª vez por Waldeyer em 1872 (1).

Tradicionalmente sem etiologia conhecida, têm sido descritos casos de associação com criptorquídea, traumatismo escrotal, síndrome de Klinefelter, síndrome adrenogenital e esclerose tuberosa (1, 2, 3).

O tumor surge com igual frequência em ambos os testículos, sendo bilateral em 3% dos casos. Apresenta 2 picos de incidência, um nas crianças (20% a

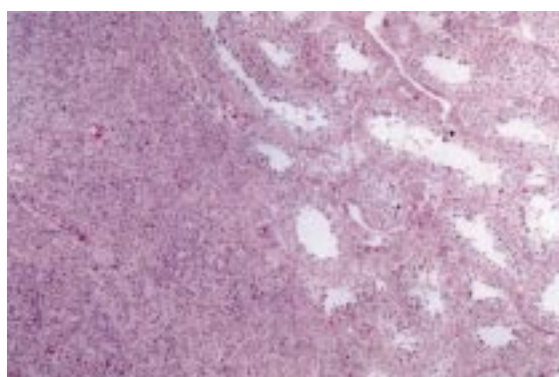
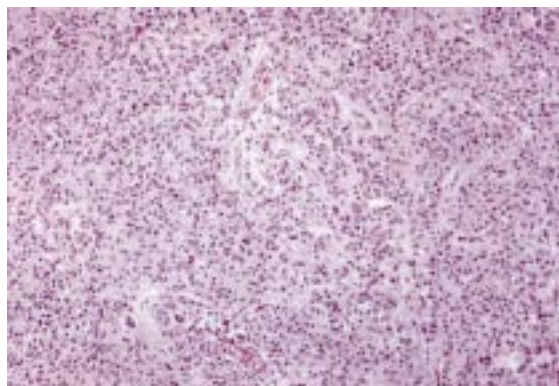


Fig. 2 e 3 – Exame histopatológico. Hiperplasia de células de Leydig

25%) e outro nos adultos da 4ª e 5ª década de vida, podendo no entanto afectar qualquer faixa etária.

O quadro clínico caracteriza-se por massa testicular acompanhada ou precedida por manifestações hormonais em 20% dos casos, com masculinização na criança (síndrome de pseudopuberdade precoce com aumento de volume dos órgãos genitais externos, pilosidade púbica, axilar e facial), e feminização no adulto (ginecomastia, diminuição da libido, disfunção erétil e infertilidade).

O único critério absoluto para diferenciar as formas benignas das malignas é a ausência ou a presença de metástases. As metástases surgem por ordem de frequência nos gânglios retroperitoneais, pulmão, fígado e osso.

No entanto existem critérios anatomopatológicos de malignidade potencial que são: dimensão do tumor superior a 5 cm; pleomorfismo celular e índice mitótico elevado; invasão capsular, vascular e do cordão espermático; aneuploidia; elevada imunoreactividade para o antigénio nuclear de proliferação celular (1, 2, 3).

O tratamento de eleição é a orquidectomia radical.

Os doentes com tumores malignos têm mau prognóstico, com uma sobrevida média de 2 anos, uma vez que respondem mal à radioterapia e à quimioterapia, sendo excelente nos doentes com tumores benignos.

Bibliografia

- 1 - MA Rado Velasquez, JI del Valle Schaan, B Martin Garcia, R Hernandez Rodriguez, JÁ Portillo Martin, MA Correas Gomez, JL Gutierrez Banos, A Roca Edreira, ^a Hernandez Castrillo, J Fernando Val Bernal, J Pinto Blasquez. "Tumor de Células de Leydig. Aportacion de dos casos y revision de la literatura." *Actas Urológicas Espanolas* Mayo 2001; 371-376
- 2 - Kim, Y; Young, R H; Scully, R E: "Leydig Cell Tumors: a clinicopathological analysis of 40 cases and review of the literature". *Am J Surg Pathol*, 9: 177, 1985.
- 3 - Javier Ponce de Leon Roca, Ferran Algaba, Lluís Bassas Arnau y Humberto Villavicencio Mavrich. "Tumor de células de Leydig del testículo." *Arch Esp de Urol*, 53, 6 (453-458)