

TUMOR DE SERTOLI NA INFÂNCIA: RELATO DE CASO

SERTOLI TUMOR IN CHILDHOOD: CASE REPORT

Guilherme Bilac Oliari¹
Kleber Sayeg²

1 Médico formado pela Faculdade Santa Marcelina FASM.

2 Prof. Me. de Urologia Pediátrica e orientador do trabalho.

Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina apresentado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera.

Recebido para publicação: 2022

Aprovado pelo COPEFASM – Comitê de orientação a Pesquisa da Faculdade Santa Marcelina

Endereço para correspondência:
kdsayeg@gmail.com

RESUMO

Os tumores de testículo correspondem, segundo o INCA (Instituto Nacional de Câncer), a 5% do total de casos de câncer no homem, sendo a maior incidência em homens de 15 a 50 anos (idade reprodutiva), e podem ser confundidos com orquiepididimites. Dentro desse grupo, encontramos o tumor de células de Sertoli que representa menos de 1% de todos os tumores testiculares e que, segundo o National Cancer Database, pode ser maligno em 10 a 22%. O objetivo deste trabalho é descrever um caso de tumor de células de Sertoli em um menino de 10 anos. Para diagnóstico e tratamento dessa doença, é importante realizar anamnese e exame físico completos do paciente, além de exames complementares, como ultrassonografia de bolsa escrotal, marcadores tumorais (alfa feto proteína, beta gonadotrofina coriônica, beta-HCG, desidrogenase láctica-DHL), e os exames (tomografia computadorizada de tórax, abdômen e pelve e cintilografia óssea) que irão estadiar, orientar o tratamento e nortear o desfecho e seguimento clínico de cada caso.

PALAVRAS-CHAVE: tumor de testículo; tumor de Sertoli; androblastoma.

ABSTRACT

Testicular tumors correspond, according to the INCA (National Cancer Institute), to 5% of all cancer cases in men, with the highest incidence in men aged 15 to 50 years (reproductive age) and can be confused with orchiepididymitis; within this group, the Sertoli cell tumor represents less than 1% of all testicular tumors and, according to the National Cancer Database, can be malignant in 10 to 22%. The aim of this work is to describe a case of Sertoli cell tumor in a 10-year-old boy. For the diagnosis and treatment of this disease, it is important to perform a complete anamnesis and physical examination of the patient, in addition to complementary tests, such as scrotum ultrasound, tumor markers (alpha-fetoprotein, beta-chorionic gonadotropin, beta-HCG, lactic dehydrogenase-DHL), and the exams (computed tomography of the chest, abdomen and pelvis and bone scintigraphy) that will stage, guide the treatment and guide the outcome and clinical follow-up of each case.

KEYWORDS: testicular tumor; Sertoli tumor; androblastoma.

INTRODUÇÃO

O tumor de testículo corresponde, segundo o INCA (Instituto Nacional do Câncer), a 5% do total de casos de câncer no homem, sendo a maior incidência em homens de 15 a 50 anos (idade reprodutiva) e pode ser confundido com orquiepididimites.¹

Os tumores testiculares não germinativos representam aproximadamente 5% das neoplasias originadas neste órgão, compondo este grupo os tumores derivados do estroma e das cordas sexuais. Dentro deste grupo, encontra-se o tumor de células de Sertoli, uma entidade clínico-patológica rara que representa menos de 1% de todos os tumores testiculares e que, segundo o National Cancer Database, pode ser malignos em 10 a 22%.²

OBJETIVO

O objetivo desse trabalho é descrever os aspectos clínicos e laboratoriais do tumor de células de Sertoli na infância. Esse estudo visa também a conscientizar os médicos de que, em pacientes com história de orquiepididimite bacteriana de repetição, se deve pesquisar a hipótese de Tumor de Sertoli, e o diagnóstico precoce acarreta um melhor prognóstico.

MÉTODO

Estudo clínico, observacional, refere-se a um relato de caso de um paciente com tumor de Sertoli, admitido no serviço de Cirurgia Pediátrica do Hospital Santa Marcelina, localizado em Itaquera-São Paulo, em março de 2017.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética Médica da Faculdade Santa Marcelina e do Hospital Santa Marcelina. Após a aprovação ética por essas comissões e assinatura do TCLE por parte do paciente, que voluntariamente aceitou participar do projeto, foi iniciada a coleta dos seguintes dados do prontuário médico:

- identificação do paciente (idade, gênero, raça, cor, etnia);
- data da entrada do paciente no pronto socorro infantil com o quadro descrito;
- outras comorbidades e antecedentes médicos;
- uso de medicamentos;
- resultados dos exames laboratoriais e de imagem realizados;
- tratamento instituído;
- desfecho do tratamento.

Após a coleta de dados, foi realizada uma descrição do caso, seguindo a ordem cronológica dos acontecimentos. Posteriormente, as informações coletadas foram analisadas qualitativamente e discutidas com base nos conceitos e nas teorias que fundamentam o assunto.

CASO CLÍNICO

Paciente V.B.F, masculino, 10 anos, procedente de São Paulo-SP, atendido no pronto-socorro infantil do Hospital Santa Marcelina – Itaquera, no dia 14 de março de 2017, acompanhado da mãe, com quadro de dor e edema em região de bolsa escrotal direita. Trata-se do terceiro episódio em um período de um ano. Os casos anteriores foram atendidos em outras instituições e foram tratados, no primeiro episódio, com antibioticoterapia via oral de forma ambulatorial e, no segundo, com internação hospitalar e antibioticoterapia endovenosa por 7 dias.

O acompanhante não soube se referir a quais medicamentos foram usados nesses casos. Após diagnosticado como orquiepididimite bacteriana de repetição, foi indicada a internação hospitalar do paciente para investigação clínica por este ser um quadro incomum (lesões traumáticas ou infecções virais são mais frequentes nessa faixa etária).

Como antecedentes, o paciente possui um histórico de anomalia anorretal alta com fístula reto-colo vesical, sendo resolvida com uma anorretoplastia sagital posterior (cirurgia de Peña) em agosto de 2008.

EXAMES DE IMAGEM

Ultrassonografia de bolsa escrotal (realizada em 14/03/2017 no Hospital Santa Marcelina): o testículo esquerdo apresentou morfologia, tamanho e contornos normais, com parênquima testicular com ecotextura homogênea, medindo 17x 9x8 mm (volume: 0,6 mm³); o testículo direito apresentou morfologia, tamanho e contornos alterados, com parênquima testicular com ecotextura heterogênea, medindo 18x12x19 mm (volume: 2,1 mm³), com presença de nódulo hipocogênico em região central testicular, heterogêneo, com contornos irregulares e limites. Após ultrassonografia constatando nodulação no testículo direito, foram realizados exames de estadiamento e marcadores tumorais. As tomografias computadorizadas de tórax, abdome e pelve não apresentavam evidências de metástase.

MARCADORES TUMORAIS

Os marcadores tumorais foram os seguintes:

- Alfa fetoproteína (AFP) 2,6 – valores normais: <7;
- Gonadotrofina coriônica humana (BHCG) <0,1 – valores normais: <2,6;
- Desidrogenase Lática (DHL) 50 U/L – valores normais: < 400 U/L.

Após exames, foi indicada a cirurgia, a qual ocorreu em 22 de março de 2017.

A descrição cirúrgica foi a seguinte: paciente sob anestesia geral, foi realizada incisão na região inguinal direita de aproximadamente 1,5 cm, por onde foi tracionado e exposto o testículo, onde foi encontrado um nódulo endurecido, sólido e heterogêneo. Após nodulectomia (retirada cirúrgica do nódulo), o material foi encaminhado para biopsia de congelação, a qual veio com ARCHIVES OF MEDICINE, HEALTH AND EDUCATION. 2023. v.1 n.1, p.106-112

resultado compatível com tumor de células de Sertoli, de modo a se optar por uma orquiectomia total (retirada do testículo). Após finalização da cirurgia, limpeza da região operada e colocação de curativo, o paciente foi encaminhado à recuperação anestésica.



Figura 1 - Testículo tumoral submetido à orquiectomia com resultado no exame anátomo-patológico de tumor de células de Sertoli.

Após alta hospitalar, o paciente foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial, em que realizou 11 consultas médicas entre 29/03/2017 e 15/05/2019, com as equipes da Cirurgia Pediátrica e Oncologia Pediátrica (TUCCA). Nesse período, o paciente realizou 10 ultrassonografias de bolsa escrotal para controle, sendo que, em nenhum dos exames, houve alterações ou indícios de recidiva.

O anátomo-patológico mostrou túnica albugínea, cordão espermático e epidídimo livres de comprometimento neoplásico, ausência de invasão angiolímfática, margens cirúrgicas livres. Tratou-se de diagnóstico de tumor de Sertoli estágio I, não sendo necessária a terapia adjuvante com quimioterapia e radioterapia.

COMENTÁRIOS

Os tumores de testículo são classificados em: germinativos (seminoma), do estroma gonadal e tumores do estroma não específicos, sendo o primeiro tipo o mais comum.³ Dos tumores do estroma gonadal em crianças, o tumor de células de Sertoli (também conhecido como androblastoma) é menos comum e aparece em idade mais precoce do que o tumor de células de Leydig.⁵

Este tipo de neoplasia não é metabolicamente ativo, não causando alterações endocrinológicas, porém 14% apresentam ginecomastia.

Em crianças o tumor de células de Sertoli maligno é extremamente raro, a imensa maioria são tumores benignos; já, em adultos, se encontra de 10 a 20% de variantes malignos.⁵ Apesar de a maioria desses tumores ter evolução benigna, existem alguns relatos de metástases nos linfonodos, o que leva à indicação de orquiectomia radical e linfadenectomia retroperitoneal.⁶

I. Tumores de células germinativas:
• Tumor do saco vitelino (<i>yolk sac tumor</i>);
• Teratoma;
• Tumor de células mistas;
• Seminoma.
II. Tumores do estroma gonadal:
• Tumor de células de Leydig;
• Tumor de células de Sertoli;
• Tumor de células granulosas.
III. Gonadoblastoma
IV. Tumores do tecido de sustentação:
• Fibroma;
• Leiomioma;
• Hemangioma.
V. Linfomas e leucemias
VI. Lesões “tumor like”
• Cisto epidermoide;
• Nódulos hiperplásicos (hiperplasia da adrenal).
VII. Tumores secundários
VIII. Tumores dos anexos
• Rabdiossarcoma;
• Fibrossarcoma.

Quadro 1: Classificação dos tumores testiculares pré-puberais.

Os fatores de risco para se desenvolver tumor de testículo são síndrome de Klinefelter, histórico familiar de câncer de testículo em parentes de primeiro grau, presença de tumor contralateral e neoplasia intraepitelial testicular.³ Embora a maioria dos casos de tumor de Sertoli sejam esporádicos, alguns tumores estão associados às síndromes de Peutz-Jeghers e de Carney⁷. Estudos apontam para a influência do gene *Ctnnb1* (Beta-Catenin) na gênese do tumor de células de Sertoli. Um estudo em ratos com alterações induzidas em diferentes sítios desse gene mostra que 70% da população desenvolveram tumor de células de Sertoli após 8 meses, e 90%, após 1 ano.

No exame físico do paciente, costuma-se encontrar uma massa escrotal indolor ou uma história orquiepididimite de repetição. Como exames complementares, são solicitados ultrassonografia de bolsa escrotal, marcadores tumorais (alfa feto proteína, beta-HCG), e os exames para estadiamento (tomografia computadorizada de tórax, abdômen e pelve e cintilografia óssea)⁴.

A alfa-fetoproteína (AFP) é produzida pelas células do saco vitelínico durante o período fetal e, posteriormente, no trato gastrintestinal e hepatócitos. 60 a 90% dos tumores do saco vitelínico secretam a AFP, atingindo pico máximo entre a 12^a e 15^a semana de gestação. O valor normal desse marcador é a idade dependente e, por volta do 8.^o mês de vida, atinge o nível de referência do adulto. O tumor de Sertoli não eleva os valores de AFP.

A fração beta da gonadotrofina coriônica humana (beta-HCG), útil na avaliação de tumores germinativos no adulto, não tem muito valor nos tumores testiculares da infância pelo fato de raramente se elevarem nestes casos.⁵ E o último marcador, a desidrogenase lática (DHL), é mandatório em tumores em estádios mais avançados.³

A ultrassonografia escrotal é utilizada na avaliação de pacientes com massas escrotais. Esse exame pode diferenciar coleções líquidas, como espermatocelos e hidroceles, de tumores sólidos intratesticulares⁴ e é particularmente útil na identificação dos componentes císticos do tumor. Se o diagnóstico dessas lesões ficar caracterizado, deve ser considerada a possibilidade de procedimentos que conservem o testículo.⁵ No exame, o tumor de Sertoli terá aspecto hipoeoico e não pode ser diferenciado, com segurança, de um tumor de células germinativas, exceto no subtipo de células grandes calcificadas³. A tomografia computadorizada é utilizada para avaliar o retroperitônio quanto à presença de neoplasia metastática e fornece excelentes imagens das cadeias ganglionares periaórtica e pericaval.⁴

Durante a inguinotomia, é realizada uma biópsia de congelação, exame que pode indicar o procedimento cirúrgico de orquiectomia em caso de constatação de malignidade. A biópsia contralateral de controle nos casos de carcinoma in situ deve ser discutida com o paciente e é recomendada para pacientes de alto risco (volume testicular <12mL, história de criptorquidia e idade inferior a 40 anos).³

CONCLUSÃO

Os tumores de testículo do tipo Sertoli, apesar de não serem comuns, devem ser lembrados quando o pediatra examina o escroto de seus pacientes. Em pacientes com história de orquiepididimite bacteriana de repetição, deve-se pesquisar a hipótese de tumor de Sertoli, pois o diagnóstico precoce acarreta em um melhor prognóstico na evolução.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) – tumores de testículo [Internet]. Acesso em: 18 Jul 2018. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/testiculo>.
2. Groll RJ, Warde P, Jewett MAS. Uma revisão sistemática abrangente da vigilância de tumores de células germinativas testiculares. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2007; 64(3): 182-97.
3. Albers P, Albrecht W, Algaba F, Bokemeyer C, Cohn-Cedermark G, Fizazi K, Horwich A, Laguna MP. Diretrizes sobre câncer de testículos. *Eur Urol*. 2008; 53(3): 478-96, 497-513.
4. Resnick MI, Amis ES Júnior, Bigongiari LR, Bluth EI, Bush WH Júnior, Choyke PL, Fritzsche PJ, Holder LE, et al. Colégio Brasileiro de Radiologia - critérios de adequação do ACR – estadiamento de tumor maligno testicular. 2005; 811-817.
5. Cologna AJ, Martins ACP, Tucci S Júnior, Suaid HJ, Celini FM, Paschoal RM, Paschoalin EL. Tumores testiculares na infância (testicular tumors in childhood). *Acta Cir. Bras*. 2003; 18 (5): 86-89.
6. Conlon N, Schultheis AM, Piscuoglio S, Silva A, Guerra E, Tornos C, Reuter VE, Soslow RA, Young RH, Oliva E, Weigelt B. Uma pesquisa de mutações hotspot DICER1 em tumores estromais de cordões sexuais ovarianos e testiculares.

Mod Pathol. 2015; 28(12): 1603-12.

7. Chang H, Guillou F, Taketo MM, Behringer RR. Overactive beta-catenin signaling causes testicular Sertoli cell tumor development in the mouse. Biol Reprod. 2009; 81(5): 842-849.

A responsabilidade de conceitos emitidos e de todos os artigos publicados caberá inteiramente aos autores.

Da mesma forma os autores serão responsáveis também pelas imagens, fotos e ilustrações inclusas no trabalho a ser publicado.