

## SEMINOMA EM TESTÍCULO ECTÓPICO

JOSÉ CARLOS DA ROSA \*  
ENIO VITALI \*\*

Os seminomas são os tumores mais freqüentes do testículo. É conceito clássico que êles ocorrem mais freqüentemente em testículos ectópicos, concorrendo para isto as seguintes causas: traumatismos, diferença de temperatura e inclusões embrionárias. Êste conceito sofreu severas modificações nestes últimos anos; assim, Rattner e Schneiderman afirmam que as possibilidades de degeneração maligna no testículo são as mesmas, quer em sua situação tópica ou ectópica. Bulkley também defende o ponto de vista de que a transformação maligna num testículo abdominal não é freqüente, pois em sua estatística sôbre 75 casos de testículo em situação abdominal, há apenas um com degeneração maligna. Campbell, em excelente estudo estatístico, afirma que os testículos incompletamente descidos transformam-se mais freqüentemente em tumores malignos. Para êste autor, cêrca de 10% de todos os casos de testículo incompletamente descidos estão em situação abdominal; quando se restringe êste estudo a indivíduos adultos, esta percentagem se eleva a 20%. Segundo Campbell, há um caso de degeneração maligna para cêrca de 20 testículos abdominais. Kaplan e Roswit concluem que os testículos em posição ectópica sofrem transformação maligna 20 vêzes mais freqüentemente do que os tópicos.

*Conceito e classificação* — Seminoma, disgerminoma ou espermatocitoma é um tumor testicular originado das células do epitélio germinativo que revestem os túbulos seminíferos. Existem três tipos fundamentais de tumores testiculares: 1) derivado das células do tecido de sustentação; 2) derivado das células intersticiais; 3) derivado das células do epitélio germinativo. Neste último grupo são classificados vários tipos de tumores de acôrdo com o grau de anaplasia: seminoma, térato-carcinoma, carcinoma embrionário, teratoma adulto, teratossarcoma e cório-epitelioma. Os seminomas constituem, portanto, o grupo mais diferenciado entre os tumores malignos do testículo

Outros autores classificam os tumores testiculares em dois grupos: 1) Tumores simples, constituídos por um só tipo de células:

---

\* Acadêmico estagiário da 2ª Clínica Cirúrgica (Prof. Edmundo Vasconcelos) da Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

\*\* Acadêmico estagiário da 1ª Clínica Cirúrgica (Prof. Alípio Correia Neto) da Fac. Med. da Univ. de São Paulo.

são os seminomas. 2) Tumores mistos, constituídos por células derivadas das três camadas germinativas (ectoderma, mesoderma e endoderma): são os teratomas. Para Ewing, entretanto, o seminoma é um derivado monodérmico teratomatoso.

*Anatomia patológica* — O aspecto macroscópico é o de um tumor arredondado, de coloração branco-acinzentada, com algumas áreas amarelo-escuras devidas à necrose, apresentando, ao corte, uma superfície lisa e homogênea semelhante à necrose caseosa. O *aspecto microscópico é homogêneo*, com algumas áreas de necrose: as células são de tamanho médio e pequeno, com citoplasma claro, núcleo volumoso redondo, hipercromado, com nucléolo; a disposição das células é em camadas com numerosas figuras de mitose; o estroma é constituído por um tecido fibrilar fino que separa os grupos celulares, encontrando-se freqüentemente linfócitos e vasos junto a estas traves conjuntivas.

*Aspectos clínicos* — A idade na qual há maior incidência é dos 30 aos 40 anos de idade, sendo raro em crianças. O sintoma mais freqüente é o aparecimento de um tumor no baixo ventre sem sinais inflamatórios. O paciente freqüentemente refere boa saúde e ausência de um ou de ambos os testículos na bolsa escrotal. A dor aparece tardiamente e é causada por distensão da cápsula que envolve o tumor ou por hemorragia intratumoral.

A dor sacrolombar persistente indica geralmente a presença de metástases, as quais ocorrem precocemente e seguem o trajeto das vias linfáticas que drenam o testículo. Pelos linfáticos satélites dos vasos espermáticos são atingidos os gânglios retroperitoneais localizados junto à aorta e veia cava inferior. Pelos linfáticos satélites da artéria deferencial são atingidos os gânglios situados ao longo dos vasos ilíacos. Há uma terceira via de propagação através dos vasos superficiais da bolsa escrotal que atingem os gânglios ingüinais. A localização das metástases, por ordem de freqüência, é a seguinte: gânglios aórticos e ilíacos, pulmões, gânglios supraclaviculares, escroto e gânglios ingüinais.

*Diagnóstico* — O diagnóstico baseia-se em dados clínicos, biológicos e radiológicos.

*Dados clínicos:* A anamnese fornece poucos dados, sendo importante a ausência de um ou de ambos os testículos de sua situação normal. O paciente queixa-se geralmente do aparecimento de um tumor no baixo ventre sem sinais inflamatórios e freqüentemente doloroso. Pode ainda apresentar outras queixas conseqüentes à compressão de órgãos abdominais pelo tumor em crescimento. Emagrecimento e diminuição da potência sexual podem ser referidos. As metástases pulmonares e ósseas devem ser suspeitadas se o paciente referir tosse persistente com expectoração sangüínea e dôres intensas

contínuas na região sacrolombar. Nos casos mais adiantados pode haver enfartamento dos gânglios ingüinais, que se tornam dolorosos e sem supuração. Ao exame físico palpa-se, no baixo ventre, um tumor de dimensões consideráveis, arredondado, móvel, sem sinais inflamatórios, de superfície externa lisa e não aderente aos planos superficiais. O diagnóstico diferencial com outros tumores abdominais é por vêzes difícil. A ausência de um ou de ambos os testículos da bôlsa escrotal sugere a possibilidade do diagnóstico.

*Dados biológicos:* O diagnóstico biológico é baseado no aparecimento da coriogonadotrofina no sangue circulante. Êste hormônio foi encontrado por Zondek em 85% dos casos de tumores testiculares. As provas mais usadas para a pesquisa dêste hormônio são as de Friedman e Aschheim-Zondek. Entretanto, estas provas não têm valor absoluto, pois sua negatividade não exclui a possibilidade de se tratar de um tumor maligno do testículo.

*Dados radiológicos:* A radiografia mostra um tumor abdominal independente do tubo gastrintestinal, volumoso e encapsulado. A radiografia contrastada do tubo digestivo revela, freqüentemente, compressões extrínsecas de alças cólicas e delgadas.

*Tratamento* — Prossor e Lewis recomendam a orquiectomia simples, que consiste na exérese do testículo invadido pelo processo, seguida de irradiação. A orquiectomia radical, que consiste na retirada do testículo, epidídimo, conduto espermático, gânglios e vasos linfáticos retroperitoniais, será reservada para certos tipos de tumores testiculares que não correspondem à radioterapia (Jensen). As metástases ganglionares evidentes indicam inoperabilidade do tumor.

O seminoma é um tumor altamente sensível à radioterapia. O tratamento radioterápico completa o cirúrgico e deve ser indicado mesmo nos casos em que não se evidenciem metástases ganglionares.

*Prognóstico* — O prognóstico depende, principalmente, de três fatores: caracteres histopatológicos, propriedades biológicas (maior quantidade de coriogonadotrofina, maior malignidade), estágio da moléstia no início do tratamento. Entre os tumores testiculares, os seminomas proporcionam o melhor prognóstico imediato. Segundo O'Connel e Geschickter, 60% dos portadores de seminoma sobrevivem 5 anos. A orquiectomia precoce, bem como a irradiação pós-operatória, fazem melhorar o prognóstico.

#### OBSERVAÇÕES

CASO 1 — J. C., 28 anos, masculino, solteiro, brasileiro, branco, lavrador, procedente de Bauru, internado em 13-4-45, alta em 22-6-45 (Reg. nº 6.928, Hospital das Clínicas). *Anamnese* — Há dois anos, evacuações escassas e difíceis, constituídas de fezes ressecadas, com prisão de ventre de um dia no máximo, alternadas com surtos diarréicos. Há um ano,

casualmente, palpou um tumor no hipogástrio, na linha mediana, do tamanho de uma laranja pêra, indolor, de consistência não muito dura, que aumentou progressivamente. Emagreceu um pouco. O apetite diminuiu. Polaquiúria. Potência sexual diminuída 8 meses para cá. Dôres lombosacras nos decúbitos. Desde criança notou um tumor redutível na região ingüino-abdominal, que aparecia aos esforços; com o aparecimento do tumor no hipogástrio, desapareceu este tumor ingüinal. Nos dois últimos meses, entretanto, o paciente notou que algo semelhante a um testículo "tenta" descer pelo trajeto do canal ingüinal direito.

*Exame clínico* — Tumor cupuliforme, localizado na parte média do hipogástrio com um diâmetro de mais ou menos 12 cm, deslocando-se com os decúbitos, mas que não se move com os movimentos respiratórios. Sinal do piparote ausente. Consistência dura e elástica. O tumor é móvel em todos os sentidos, guardando certa relação com a pequena bacia, pois os deslocamentos superiores provocam dor de estiramento. A superfície é lisa e uniforme, sem continuidade com os órgãos vizinhos. Bôlsa escrotal assimétrica, não se observando a presença do testículo direito. O anel ingüinal direito superficial está dilatado, passando facilmente a ponta do indicador.

A *radiografia contrastada do abdome* revelou: "Grande tumor arredondado de dimensões aproximadas de uma cabeça de feto, situado no hipogástrio e pediculado, comprimindo excêntricamente as alças delgadas e cólicas sem sinais de lesão intrínseca do tubo digestivo. Os caracteres do tumor indicam que se trata de uma formação encapsulada" (Dr. Paulo de Almeida Toledo).

*Intervenção* — O paciente foi operado em 8-5-45 pelo Dr. Arrigo Raia. Anestesia peridural e depois geral com balfórmio; incisão mediana infra-umbilical; aberto o peritônio, foi verificada a presença de um tumor de superfície lisa, de volume comparável a uma laranja baiana; ligadura do pedículo e respectiva secção; apendicectomia.

*Exame anátomo-patológico* — Tumor de superfície branco-azulada e brilhante, com 15 cm de diâmetro, aproximadamente; na superfície nota-se uma rotura de mais ou menos 8 cm de comprimento por 3 de largura, por onde fazia saliência a substância tumoral. O exame histológico revelou tratar-se de seminoma.

A *evolução pós-operatória* foi boa, sendo feitas 25 aplicações de radioterapia. Não houve "follow-up"

CASO 2 — N. D., 37 anos, masculino, brasileiro, branco, lavrador, procedente de Novo Cravinhos, internado em 22-9-47, alta em 28-10-47 (Reg. nº 860.635, Hospital das Clínicas. *Anamnese* — Há 10 meses, dôres na região lombar e prisão de ventre, evacuando com dificuldade fezes em cíbalos, sem sangue e raramente com muco; a prisão de ventre tornou-se mais intensa e as dôres lombares mais freqüentes, principalmente quando trabalhava. Há 4 meses mais ou menos, notou o aparecimento, no hipogástrio e quadrante esquerdo, de um tumor indolor, sem fenômenos flogísticos, não pulsátil. Antes do aparecimento do tumor surgiram pequenos verções no local. Há cerca de três meses procurou um facultativo que diagnosticou fecaloma, receitou-lhe laxativos e clisteres que fizeram o paciente evacuar; com isto notou o paciente uma diminuição do tumor, mas como o alívio não foi completo, foi tentado o esvaziamento do fecaloma, sem melhora do quadro clínico; a radiografia do cólon confirmou o diagnóstico de fecaloma (sic). Refere melhora das dôres lombares após evacuações. O paciente tem a impressão de que o tumor cresceu lentamente. Nega vômitos, diarréia, icterícia, melena e perturbações gástricas.

*Exame clínico* — Tumor de mais ou menos 10 cm de diâmetro, localizado no hipogástrio, mais desviado para a esquerda, sem fenômenos flo-

gísticos e não pulsátil. Pela palpação nota-se que o tumor vai de um lado a outro do hipogástrio, sendo mais saliente à esquerda, indolor, não pulsátil, fixo, de bordas globosas e mais ou menos delimitado, abrangendo quase todo o hipogástrio. Ausência de ambos os testículos nas bôlsas escrotaís.

*Intervenção cirúrgica* — Em 30-9-47, foi feita a operação, sendo encontrado um tumor de consistência dura, fixo aos planos subjacentes, invadindo a parede do sigmóide a ponto de ser impossível seu isolamento sem perfurar o intestino. Em virtude disso foi decidido ressecar essa porção do intestino juntamente com o tumor. O tumor se achava aderente aos planos profundos da fossa ilíaca esquerda. O testículo direito foi encontrado na fossa ilíaca direita, com aspecto normal. Foram encontrados gânglios peri-aórticos aumentados de volume.

*Evolução* — Não há "follow-up".

CASO 3 — J. R. S., 33 anos, masculino, casado, preto, brasileiro, operário, procedente de São Paulo, internado em 22-10-50, alta em 18-11-50 (Reg. nº 194.698, Hospital das Clínicas). *Anamnese* — Há 20 dias, ardor em ambas as regiões ingüinaís, com febre e aparecimento de um caroço na região ingüinal direita, do tamanho de uma azeitona, doloroso, não sabendo o paciente informar se o local ficou vermelho e mais quente; a dor aumentava com a deambulação; o paciente ficou acamado por 4 dias, cessando a febre e a dor, tendo a tumoração regredido, passando para o volume de um feijão; não houve supuração. Há 15 dias, dôres musculares difusas em ambos os membros inferiores; simultâneamente, dor abdominal em latejamento, constante, com crises de pontadas, a 5 cm para a direita do umbigo; o abdome aumentou de volume difusamente no início e, depois, apareceu um tumor a mais ou menos 5 cm para a direita do umbigo, que cresceu progressivamente, tendo, agora, o tamanho de uma manga. A dor se localizou e tornou-se periódica. Sensação subjetiva de febre. Evacuações intestinaís diárias, mas o volume do bolo fecal diminuiu. As fezes tornaram-se pastosas, de forte odor, de côr preto-esverdeada, com pequena quantidade de muco, sem sangue. Emagrecimento acentuado.

*Exame clínico* — Paciente levemente entorpecido, desidratado, abatido; mucosas descoradas; gânglios ingüinaís bilaterais, enfiados, dolorosos, sendo que à direita há um gânglio com volume de uma noz; gânglios crurais também palpáveis, dolorosos, não aderentes; pressão arterial 140-80 mm Hg; pulso 80 bat./min; temperatura 38,2°C. Abdome assimétrico, apresentando tumor do tamanho de uma cabeça de feto, de superfície lisá, localizado na região umbilical; a tensão da parede abdominal faz desaparecer a assimetria; mobilidade com decúbito lateral e ligeiro abaixamento aos movimentos respiratórios. Pela palpação, os planos superficiais deslisam bem sôbre a tumoração; intensa reação dolorosa ao nível da tumoração. Tumor de forma oval, elástico, com superfície lisá, móvel em tôdas as direções, principalmente no sentido lateral. À percussão, maciez e dor. Na bôlsa escrotal nota-se a presença de um testículo apenas, de volume e consistência normais. Foi feita sondagem vesical, com a qual foram retirados 100 ml de urina, tendo o tumor baixado ligeiramente.

*Insuflação abdominal* — As alças e cólons emolduraram o tumor, que se tornou mais mediano; não apareceu alça intestinal entre a tumoração e a parede abdominal. *Exames radiográficos* — "Opacidade de contornos arredondados, tamanho superior ao de uma cabeça fetal, homogênea, densidade de partes moles e sem calcificação, situada na região umbilical hipogástrica. Acentuado meteorismo intestinal, contrastando o tumor e a sombra hepática. Tumor abdominal de natureza a elucidar" (Dr. F. Chamas).

*Intervenção cirúrgica* — O paciente foi operado no dia 9-11-50, pelo Dr. Zaidan. Anestesia raquídea; incisão mediana infra-umbilical, sendo retirado grande tumor com superfície lisa, brilhante e elástica, completamente livre na cavidade abdominal.

*Exame anátomo-patológico* — Seminoma. No dia 14-11-50 foi feita exérese dos gânglios inguinais; o exame anátomo-patológico destes gânglios revelou seminoma metastático.

O paciente foi encaminhado à radioterapia.

#### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há discordância entre os vários autores quanto à maior incidência de transformação maligna dos testículos em posição ectópica.

Em relação à idade observamos em nossos casos que é aproximadamente a mesma referida por outros para os casos de seminoma em testículo tópico (dos 30 aos 40 anos).

O primeiro sintoma apresentado pelo paciente é o aparecimento de um tumor no baixo ventre.

O diagnóstico diferencial com outros tumores abdominais é difícil, levando às vezes a erros lamentáveis (caso 2). Elemento de valor para o diagnóstico diferencial é a ausência de um ou de ambos os testículos de sua posição normal.

Em geral os pacientes com seminoma em testículo abdominal quando procuram o hospital já apresentam metástases ganglionares.

A pesquisa de coriogonadotrofina no sangue circulante é um dado importante como elemento diagnóstico e prognóstico.

O tratamento melhor indicado é o cirúrgico, seguido da radioterapia.

#### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. Boyd, W. — *Compêndio de Patologia Geral e de Anatomia Patológica*. Traduzido da 5ª ed. inglesa. Edit. Guanabara, Rio de Janeiro, 1949.
2. Campbell, H. E. — Incidence of malignant growth of the undescended testicle. *Arch. Surg.*, **44**:353-369 (fevereiro) 1942.
3. Charendoff, M. D., Balloe, H. C. e Simon, M. A. — Torsion and rupture of an intra-abdominal seminoma. *J. Urol.*, **66**:274-279 (agosto) 1951.
4. Chevassu, M. — Le diagnostic histologique des séminomes. *J. d'Urol.*, **53**:482-483, 1946-47.
5. Costa, A. G. e Aimo, M. A. — Tumor maligno de testículo. *Rev. Argent. de Urol.*, **16**:470-475 (julho-dezembro) 1947.

6. Galucci, C. e Abrão, A. — Seminoma do testículo com criptorquidia bilateral e persistência das formações müllerianas (útero e trompas). *An. Paulistas de Med. e Cir.*, **59**:359-372 (abril) 1950.
7. Jensen, O. J. — Testicular tumours. *J.A.M.A.*, **149**:109-113 (maio) 1952.
8. Kaplan, G. e Roswit, B. — Bilateral testicular tumour following orchiopey. *J.A.M.A.*, **144**:1557-1558 (dezembro) 1950.
9. Lacal, F. — Reacciones biológicas en las neoplasias testiculares. *Rev. Med. de Rosario*, **37**:1049-1057 (dezembro) 1947.
10. Lewis, C. L. — Testis tumours. *J. Urol.*, **59**:763-772 (abril) 1948.
11. Prossor, T. M. — Malignant disease of the testis with special references to radiotherapy. *Brit. J. Surg.*, **38**:152 (abril) 1951.
12. Ratner, M. e Scheiderman, C. — Primary bilateral testicular tumour. *Canad. M. A. J.*, **65**:51-53 (julho) 1951.

*2ª Clínica Cirúrgica — Hospital das Clínicas — São Paulo.*

\* \* \* \*