

Tumor de células de Leydig: relato de três casos

Leydig cell tumor: report of three cases

Giovane Pioner¹, Míriam Dambros², Douglas Bohnenberger², Jair Kolling², Fabiano Ligório², Dante Sicca¹, Carlos Ary Vargas Souto³

Resumo

Tumores das células de Leydig são as neoplasias mais comuns do estroma gonadal. Eles representam 3% dos tumores testiculares, porém apenas 10% dos casos apresentam comportamento maligno. Os autores reportam 3 casos de tumores de células de Leydig do testículo observados no período de 6 anos. Todos os pacientes foram submetidos a orquiectomia radical por incisão inguinal. Os pacientes tiveram seguimento entre 5 meses e 5 anos; nenhum deles foi ao óbito pela doença ou mostrou sinais de recidiva tumoral.

Palavras-chave: tumor de Leydig; testículo; neoplasia

55

Abstract

Leydig cell tumors are the most common tumors of the gonadal stroma. They account for 3% of all testicular tumors, but only 10% of cases are maligns. The authors report three cases of Leydig cell tumors of the testis observed in six years. All patients had radical orchiectomy by inguinal approach. Follow-up for 5 months to five years are done: none of the patients has died for the tumor and all are without signs of disease recurrence.

Key words: Leydig cell tumor; testis; neoplasm

Relato dos casos

Primeiro caso:

Branco, 71 anos, chegou à consulta com história de aumento do volume do testículo esquerdo. Ao exame apresentava um nódulo de aproximadamente 3 cm de diâmetro, indolor à palpação. A ultra-sonografia da bolsa escrotal revelou nódulo hipoeoico medindo

3 X 2 cm, com áreas heterogêneas e pequenos cistos. O ultra-som abdominal e o RX de tórax não evidenciaram alterações. A dosagem de alfafeto-proteína foi 3,8 (normal até 20) e do beta HCG de 7 (normal até 25). O paciente foi submetido a orquiectomia radical; o exame anatomopatológico revelou tumor de células de Leydig, estando a neoplasia restrita ao parênquima testicular, sem

Trabalho realizado no Serviço de Urologia do Complexo Santa Casa de Porto Alegre - Rua Annes Dias, 285 - Porto Alegre - RS.

1 - Urologista responsável pelo Serviço de Urologia do Hospital Santa Rita de Porto Alegre; 2 - Residentes de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre; 3 - Chefe do Serviço de Urologia da Santa Casa de Porto Alegre e professor titular de Urologia da Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre.

Endereço para correspondência: Míriam Dambros - Rua André Puente, 92 - ap. 42 - Independência - 90035-150 - Porto Alegre - RS - E-mail: am0083@amrigs.com.br

invasão do epidídimo e cordão espermático. A dosagem pós-operatória de 17-cetosteróide, estradiol e testosterona foram normais. O acompanhamento tem sido realizado com dosagens de 17-cetosteróide, estradiol, testosterona, RX de tórax e ultra-sonografia abdominal a cada 6 meses. O paciente permanece assintomático e sem evidência de metástase; encontra-se em acompanhamento pós-operatório há 5 anos.

Segundo caso:

Branco, 37 anos, veio à consulta com dor em testículo esquerdo há 5 meses. Ao exame apresentava um nódulo de 2 cm, endurecido. Foi investigado com ultra-sonografia testicular, RX de tórax, dosagens de alfafeto-proteína e beta HCG. Encontrou-se apenas um nódulo hipoecóico em testículo esquerdo sugestivo de neoplasia. O paciente foi à orquiectomia radical que evidenciou tumor de células de Leydig, restrito ao parênquima testicular. Dosagens de 17-cetosteróide, estradiol e testosterona no pós-operatório imediato foram normais. O paciente encontra-se com um ano de seguimento pós-operatório, sem sinais de recidiva. O acompanhamento vem sendo feito com os mesmos exames do paciente número um.

Terceiro caso:

Branco, 50 anos. Paciente com queixas de dor testicular à esquerda com início 6 meses antes da consulta no ambulatório. Ao exame apresentava um nódulo em testículo direito com 1,5 cm, endurecido, sem outras alterações ao exame. Ultra-sonografia testicular confirmou a presença de um nódulo sólido. Dosagens de alfafeto-proteína, beta HCG e RX de tórax foram normais. O paciente foi submetido à orquiectomia radical, acompanhado de linfadenectomia retroperitoneal 15 dias após a primeira cirurgia. O exame anatomopatológico demonstrou tratar-se de um tumor de células de Leydig com envolvimento de cordão espermático, com cápsula testicular livre e os linfonodos retroperitoneais foram negativos. Valores de alfafeto-proteína, estradiol e testosterona dosados um mês após a cirurgia foram normais. O paciente encontra-se no 6^o mês de pós-operatório sem sinais de recidiva (vem sendo seguido com os mesmos exames do primeiro paciente).

Introdução

Tumor de células de Leydig é a neoplasia mais comum do estroma gonadal. Acomete

3% de todos os tumores testiculares⁽¹⁾. Vinte a 25% ocorrem durante o período pré-púbere, sendo a apresentação clínica mais comum pseudopuberdade precoce. No adulto, um nódulo isolado ocorre na maioria dos casos, sendo encontrada ginecomastia em 30% das vezes⁽²⁾.

A neoplasia é classificada como benigna em 90% dos casos; o aspecto histológico não determina claramente o potencial maligno do tumor e sim a presença de invasão das estruturas adjacentes ao testículo⁽³⁾ e certos parâmetros hormonais⁽²⁾.

O tratamento consiste em orquiectomia radical e em casos selecionados, associa-se a linfadenectomia retroperitoneal⁽⁴⁾.

Os autores reportam três casos de tumor de células de Leydig, fazendo considerações acerca do assunto.

Discussão

O tumor de células de Leydig apresenta evolução benigna em 90% dos casos, sendo que 10% demonstram características malignas. A apresentação histológica dos tumores de células de Leydig não define claramente o potencial maligno desta neoplasia⁽³⁾. Fatores como invasão do cordão espermático, vasos linfáticos ou sanguíneos, epidídimo ou túnica albugínea e idade avançada são indícios de malignidade⁽³⁻⁵⁾. Os sítios mais frequentes de metastatização são os linfonodos retroperitoneais, pulmão, fígado e ossos⁽⁴⁾.

Este tumor pode secretar vários esteróides, como o 17-cetosteróide, testosterona, podendo acompanhar-se de anormalidades endócrinas como virilização ou feminilização. As alterações endócrinas acontecem em 30% dos tumores em adultos⁽⁶⁾. A ginecomastia é relatada como primeiro sintoma em 20 a 25% dos pacientes e quase sempre precede a manifestação de massa testicular. Costuma ser atribuída a um desequilíbrio na produção de andrógenos e estrogênios, e pode ocorrer com ou sem aumento deste⁽³⁾. Em pacientes pré-puberis, virilização isossexual foi encontrada juntamente com ginecomastia. Há relato na literatura de hipertensão arterial e alcalose hipocalêmica, devido a hiperaldosteronismo⁽⁷⁾. Nos três casos relatados neste artigo, não houve alteração endócrina em nenhum caso, somente nódulo testicular.

O tratamento compreende a orquiectomia radical e linfadenectomia retroperitoneal em casos selecionados onde a histologia sugere malignidade^(3, 4). Alguns estudos têm demonstrado que a cirurgia conservadora para tumores benignos somente com enucleação tumoral apresenta índices de sobrevida semelhantes aos da cirurgia radical⁽⁷⁾. Em nosso serviço optamos pela cirurgia radical em qualquer situação devido a nossa pequena experiência com a evolução desta neoplasia.

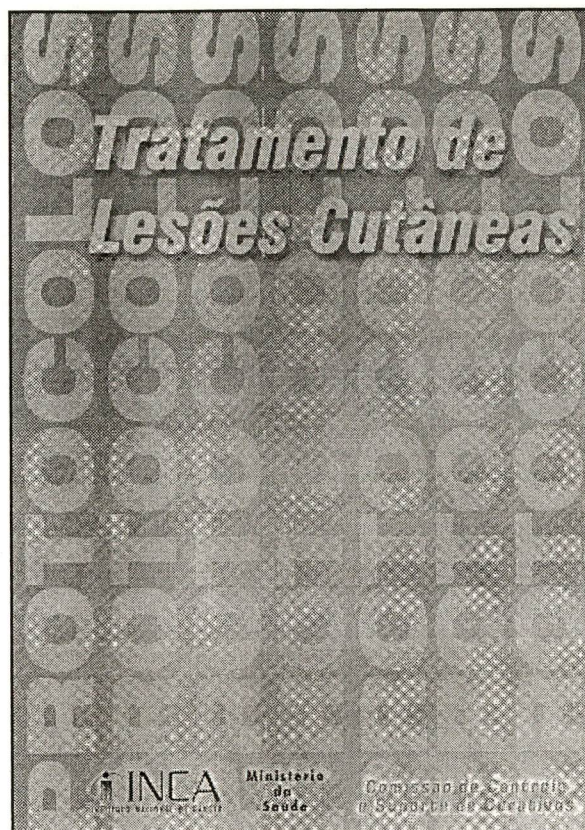
A radioterapia e uma variedade de agentes quimioterápicos como a cisplatina, vinblastina, bleomicina, ciclofosfamida, doxorubicina e vincristina têm sido utilizados em vários regimes de combinação sem, no entanto, apresentar benefícios documentados⁽⁸⁾. A quimioterapia com mitotano tem sido usada para doença metastática. Há resposta bioquímica em 70% dos pacientes e 40 a 50% evidenciam melhora clínica temporária, porém sem relato de cura⁽⁸⁾.

O prognóstico dos pacientes com histologia sugestiva de benignidade é favorável, já em casos metastáticos a sobrevida situa-se em torno de dois anos⁽²⁾.

Malgrado o fato deste ser um tumor raro, o presente artigo atenta para a necessidade de monitorização dos casos diagnosticados como benignos de maneira sistemática, com dosagens de gonadotrofinas, testosterona, androstenediona e estradiol, ultra-som ou tomografia abdominal por um período de 10 anos.

Referências Bibliográficas

1. Masur, Y.; Steffens, J.; Ziegler, M.; Remberger, K. - Leydig cell tumors of the testis - clinical and morphologic aspects. *Urologe A*, 35(6):468-71, 1996.
2. Fernandez, J.M.G.; Fresno, M.; Martin, J.L.B., et al. - Leydig cell tumor in the adult. *Actas Urol Esp*, 20(2):175-80, 1996.
3. Feldman, P.S.; Kovacs, K.; Horvath, E. - Malignant Leydig cell tumor - clinical, histologic and electron microscopic features. *Cancer*, 49:714-721, 1982.
4. Curti, P.; Tallarigo, C.; Comunale, L., et al. - Leydig cell tumor of the testis. *Arch Ital Urol Androl*, 68(2):85-9, 1996.
5. Assi, A.; Sironi, M.; Bacchioni, A.M., et al. - Leydig cell tumor of the testis: a cytohistological immunohistochemical and ultrastructural case study. *Diagn Cytopathol*, 16(3):262-6, 1997.
6. Caldamone, A.; Altebarmahian, M.; Frank, I., et al. - Leydig cell tumor of testis. *Urology*, 1:39-43, 1979.
7. Gream, J.; Robins, J. - Metastatic Leydig cell tumor of the testis - report of three cases and review of the literature. *Cancer* 58:2116-2119, 1986.
8. Wegner, H.E.; Dieckmann, K.P.; Herbst, H.; Andresen, R.; Miller, K. - Leydig cell tumor - comparison of results of radical and testis-sparing surgery in a single center. *Urol Int*, 59(3):170-173, 1997.



O Instituto Nacional de Câncer acaba de lançar o **Protocolo de Tratamento de Lesões Cutâneas** elaborado pela Comissão de Suporte e Controle de Curativo (CSCC-INCA).

Esta publicação tem como objetivos: planejar e implementar o cuidar/assistir específico, desenvolvendo medidas preventivas e curativas; padronizar as ações do cuidar/assistir mediante normalização técnica, estabelecendo padrões mínimos no tratamento de lesões; permitir assistência qualificada proporcionando a reabilitação rápida, segura e efetiva; assegurar a qualidade da assistência para a continuidade do tratamento oncológico aos portadores de lesões cutâneas através de assessoria técnica dos membros desta Comissão; conferir aos membros a responsabilidade da normalização do parecer técnico dos produtos para o tratamento de lesões cutâneas, em conjunto com a Comissão de Avaliação Técnica de Material; conferir aos staff e residentes de enfermagem e médicos, conhecimentos para avaliação e indicação de produtos nos diversos tipos de lesões; garantir através de ações sistematizadas uma relação custo/benefício significativa; realizar e estabelecer linhas de pesquisas no que concerne ao tratamento de lesões cutâneas.

Para maiores informações:
Instituto Nacional de Câncer
Divisão de Enfermagem/HC
Praça da Cruz Vermelha, 23
20230-130 - Centro - Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55(021) 506-6151 55(021) 506-6150
Fax: 55(021) 506-4144
e-mail: seh-hc@inca.org.br