

FIBROHISTIOCITOMA MALIGNO DO CORDÃO ESPERMÁTICO

DÉRCIO JOSÉ ZERWES¹, RAUL JABLONSKI JUNIOR², MARCELO MESQUITA MOREIRA³, TOMAZ BARBOSA ISOLAN⁴, JOSÉ DIONÍSIO BECKER⁵, HEITOR ALBERTO JANNKE⁶

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (RS) - UFPEL

Resumo

Os autores relatam um caso de fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático em um homem de 65 anos, com história de um nódulo em região inguinal direita indolor e endurecido com 4 meses de evolução, tratado com dois eventos cirúrgicos. O primeiro com ressecção da massa tumoral e 6 meses após com nova exploração cirúrgica por haver recidiva. O tratamento complementar consistiu em orquiectomia direita com hemiescrotectomia direita e esvaziamento inguino-crural direito até o anel inguinal. Foi planejado e executado curso de telecobaltoterapia com 5000 em 5 semanas, ficando o paciente desde a conclusão da radioterapia em 12/10/93 livre de doença.

Unitermos: *Fibrohistiocitoma maligno, cordão espermático, tratamento cirúrgico e radioterápico.*

INTRODUÇÃO

O fibrohistiocitoma maligno é um sarcoma de partes moles, comumente encontrado no adulto, entretanto de ocorrência rara no cordão espermático (2).

O'Brien e Stout revisaram 1576 casos de histiocitoma e dermatofibrossarcoma e encontraram somente 15 lesões definitivamente malignas (2).

É de consenso na literatura que para os sarcomas paratesticulares deva-se realizar orquiectomia inguinal, com remoção de todas as estruturas adjacentes, sendo a linfadenectomia retroperitoneal discutível, pela literatura apreciada (1,2,3,5,6,9).

Este parece ser o primeiro caso de fibrohistiocitoma maligno de cordão espermático descrito no Brasil. Em vista de sua raridade nesta localização, desde o primeiro relato de Stout e Lattes (1967), foram coletados aproximadamente 20 casos.

OBSERVAÇÃO

Um paciente com 65 anos de idade, moreno, masculino, comerciante, vem à consulta no Serviço de Radioterapia do CRO (Centro Regional de Oncologia), dia 17.03.89 encaminhado pelo cirurgião.

Referiu que há cerca de 4 meses notou um nódulo na região do hemiescrotó direito, próxima a virilha, com cerca de 1,0 cm de diâmetro.

No dia 08.03.89 foi submetido a exploração cirúrgica da região inguinal direita, sem violação da bolsa escrotal, sendo ressecada porção de tecido de forma quadrangular medindo 1,0x1,0x1,0 cm e segmento de cordão espermático medindo 7,0x1,0x1,0 cm com áreas noduliformes.

O paciente teve boa evolução pós-operatória a não ser deiscência de dois pontos cirúrgicos.

Como antecedentes o paciente referia crises de lombociatalgia há vários anos, sendo fumante por 15 anos, cerca de 20 cigarros por dia.

1- Professor Adjunto do Departamento de Medicina Especializada (Radioterapia) da Faculdade de Medicina da UFPEL, 2- Professor Adjunto do departamento de medicina Especializada (Radioterapia) da Faculdade de Medicina da UFPEL, 3- Acadêmico da Faculdade de Medicina da UFPEL, 4- Professor Adjunto do Departamento de Medicina Especializada (Urologia) da Faculdade de Medicina da UFPEL, 5- Coordenador do Centro Regional de Oncologia (CRO) Pelotas (RS), 6- Professor Titular da Disciplina de Patologia do Departamento de Cirurgia Geral da Faculdade de Medicina da UFPEL, — Endereço para correspondência: Dr. Dércio José Zerwes: Av. Duque de Caxias, 250, 96.030-000 - PELOTAS (RS)

Ao exame físico apresentava-se em bom estado geral, obeso, com mucosas normocoradas, pulmões com creptantes em bases, fígado sem particularidades.

Na região inguinal direita observava-se a presença de cicatriz cirúrgica e área de deiscência de dois pontos cirúrgicos com empastamento pericicatricial.

No cordão espermático em sua porção intraescrotal palpava-se formação nodular medindo cerca de 6,0x3,0 cm de consistência endurecida, não apresentando sinais de linfadenomegalias em regiões inguinais pela palpação. Nada digno de nota foi observado no hemiescroto contralateral.

A conduta do serviço de radioterapia do CRO, foi sugerir nova abordagem cirúrgica por haver forte suspeita clínica de recidiva local, realizando-se orquiectomia direita com hemiescrotectomia direita e esvaziamento inguino-crural direito até o anel inguinal, cirurgia esta realizada em 01.09.89.

O diagnóstico do primeiro exame anátomo-patológico foi de provável sarcoma que na parafina classificou-o como fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático (Fig. 1 e 2). O diagnóstico anátomo-patológico da segunda intervenção foi de zonas residuais de fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático bem diferenciado recidivante; fibrose de estruturas de cordão espermático e testículo com zonas de atrofia e fibrose.

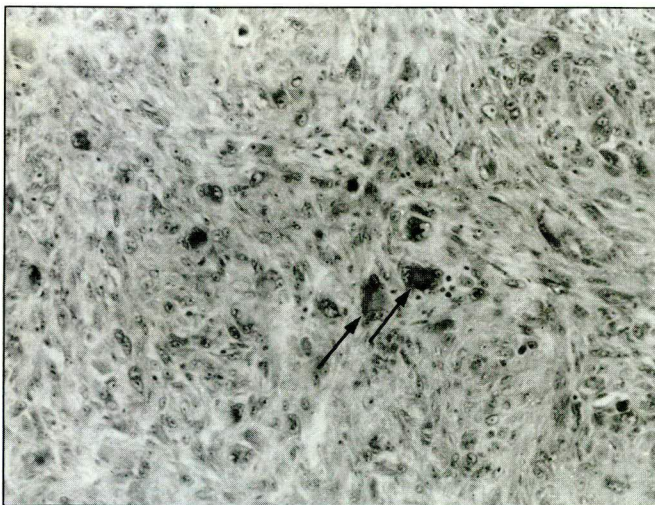


FIGURA 1: Proliferação neoplásica fibro-histiocitária, com alguns histiócitos atípicos multinucleados (setas). (H.E. 200x)

O paciente retornou ao serviço de radioterapia em 01.09.89, adotando-se como conduta realizar curso de telecobaltoterapia dirigido à região inguinal direita, tendo o paciente recebido 5000 cGy em 5 semanas, sendo 200 a cada sessão.

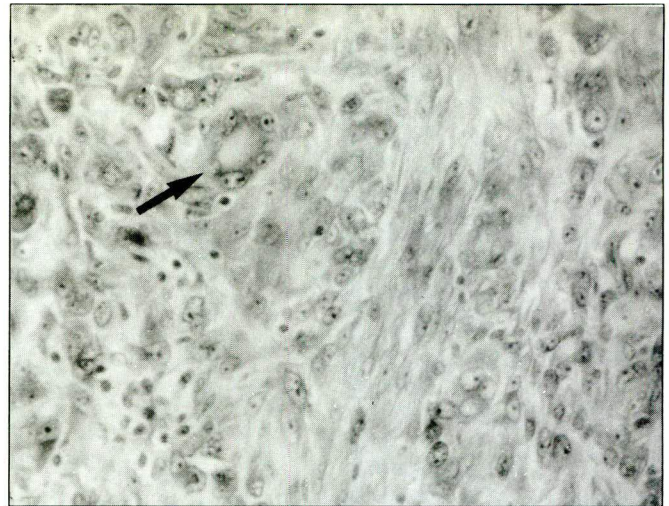


FIGURA 2: Microfotografia exibindo densa proliferação celular, ressaltando-se clássicas células histiocitárias (seta). (H.E. 400x)

A radioterapia foi concluída em 12.10.89 sendo neste serviço realizadas reavaliações em 21.09.91, 29.09.91 e 06.02.92 nas quais não foram evidenciados quaisquer sinais de doença recidivante.

DISCUSSÃO

O fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático é uma neoplasia que se apresenta como uma massa endurecida, indolor, envolvendo gradualmente região inguinal ou escroto (2,3,6).

O fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático acomete homens entre 32-81 anos de idade numa média de 59 anos (9).

Apresenta-se com evolução rápida, variando de uma semana a 6 anos, com média de 1 a 3 meses (7).

A dor não é um fato comum, sendo relatada em dois casos, num deles de caráter inflamatório e noutro pela extensa invasão local (7,9).

A sobrevida média pós-operatória é de 25 meses (5).

O diagnóstico diferencial deve incluir outras doenças inguinoescrotais, tais como hérnias, hidrocele, espermatocel, hematocele, orquiepididimites tuberculosas ou luéticas e várias doenças primárias dos testículos ou epidídimo (6,7,9).

A presença de nódulo satélite inclui uma maior chance de recorrência local e metástases, tendo então valor prognóstico (7,9).

Anatomopatologicamente o fibrohistiocitoma maligno tem sido comparado ao sarcoma de células reticulares e também tem sido referido como fibroxantoma maligno e fibroxantossarcoma (1). Admite-se dificuldade na classificação e identificação dessas lesões, porque o padrão histológico pleomórfico se assemelha a outros sarcomas tais como o

rabdomiossarcoma pleomórfico e o lipossarcoma (1).

Vários relatos tem tentado definir parâmetros histológicos prognósticos com diferentes resultados. O'BRIEN e STOUT referem que o tamanho, a agressividade local, a composição celular e o número de mitoses podem criar dificuldades diagnósticas no enquadramento de lesão benigna ou maligna, e que a presença de metástases é definitiva de malignidade.

As metástases do fibrohistiocitoma ocorrem principalmente por via hematogênica (1,2,3).

A maior linha de tratamento para o fibrohistiocitoma maligno de cordão espermático é a orquiectomia radical com ligadura alta de cordão (2,5,6,9). Quando envolve estruturas do testículo e escroto, é prudente a hemiescrotectomia para evitar recorrências que são freqüentes nestes tumores (5). A dissecação dos linfonodos retroperitoneais é de valor questionável na literatura. Entretanto a relativa escassez de casos descritos impede a validade estatística da comparação da linfadenectomia retroperitoneal (1).

SCLAMA (1) acredita que a linfadenectomia retroperitoneal contribui para o aumento da sobrevivência de seus pacientes e propõe que este procedimento seja considerado no início do tratamento do fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático na ausência de metástases hematogênicas (1).

Devido a sua baixa incidência de invasão linfática, torna-se questionável o benefício da linfadenectomia retroperitoneal bilateral precoce para esta neoplasia. Em vários trabalhos relatados previamente a recorrência local oscilou entre 30% e 60% e metástases a distância situaram-se entre 39% e 78% (1,3,7,9).

A efetividade de ambos, quimioterapia e radioterapia no tratamento do fibrohistiocitoma maligno do cordão espermático após a cirurgia é controversos. Entretanto ambos os métodos tem sido aplicados, após recidivas ou metástases (1,2,3,4,5,6,7,9).

A radioterapia tem sido aplicada satisfatoriamente nos sarcomas de cordão espermático, visto que 71% dos pacientes que receberam o tratamento não apresentaram recorrência (6).

SUMMARY

The authors report a case of a malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord in a patient aged 65, who had a painless, firm inguinal nodule which had appeared four months before. A resection of the tumoral mass was performed, and six months later another surgical procedure was necessary in order to such for recurrency. It consisted of right orchiectomy with hemiscrotectomy and right inguino-crual lymph node dissection and complementary superficial and deep cycle of telecobalt therapy with 5000 cGy lasting five weeks, and since the end of this period the patient has been free from disease.

Key Words: Malignant fibrous histiocytoma, Spermatic cord, Surgical and Radiotherapeutic treatment

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Armed Institut of Pathology (AFIP), pela confirmação do diagnóstico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SCLAM, A.O; BERGER, B.W.; CHERRY, J.M. and YOUNG J.D.J.E.: Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord: The role of retroperitoneal Linfadenectomy in Management. J. Urol. 130:577, 1983.
2. DIAS, R.; FERNANDES, M and GAET, H.P.: Malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord. Urology, 12:365, 1978.
3. SMAILOWITZ, Z.; KAWETI, J.; SABER, I.; KRUGLIAK, L. and SAKS, M.: Malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord. J. Urol. 130:150, 1983.
4. WILLIAMSON, J.C.; JOHNSON, J.D.; LAMM, D.L. and TIO, F.: Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord. J. Urol. 123:785, 1980.
5. BOTMA, J.P.; DE KOCK, M.L.S. and LAUBSCHER, W.M.: Malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord. A case report. S. Afr. Med. J. 71:326, 1987.
6. NISTAL, M.; REGADERA, J.; JARENO, E. and PANIAGA, R.: Inflammatory malignant fibrous histiocytoma of the spermatic cord. Urol. Int. 43:188-92, 1988.
7. MAGUIRE, B.B.; LEWIS, S.B. and COOKE, S.L.: Malignant fibrous histiocytoma: Reviw and case report. Aust N.Z.J. Surg. 61 (8): 636-639, 1991.
8. ALGABA, F.; RIOS, I. and CASTRO, C.: Inflammatory malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord. with eosinophilia. Histopatologia 14 (3): 319-321, 1989.
9. BRUIN, M.J.; PELGER, C.M.; MEYER WILLEM, S. and GIARD RAYMOND, W.M.: Malignant fibrous histiocytoma of spermatic cord. J. Urol. 142 (1): 131-133, 1989.