RELATO DE CASO

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0152

TUMOR MISTO ESTROMAL E EPITELIAL DA VESÍCULA SEMINAL: RELATO DA ABORDAGEM CIRÚRGICA DE UMA RARA NEOPLASIA UROLÓGICA

LUCAS ANTONIO PEREIRA DO NASCIMENTO1; MATHEUS VIEIRA SANTOS2; LUIS AUGUSTO SEABRA RIOS3; WAGNER APARECIDO FRANÇA4; RENATO PANHOCA5

1 Médico Residente do Programa de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE); 2 Fellow do Programa de Uro-Oncologia do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE); 3 Diretor do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE); 4 Coordenador do Departamento de Disfunção Miccional e Cirurgia Reconstrutiva do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE); 5 Coordenador do Programa de Residência Médica em Urologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE – IAMSPE).

RESUMO

O Tumor Misto Estromal e Epitelial (TMEE) da vesícula seminal, também chamado de Tumor Phyllodes, é uma doença de baixa incidência, tendo sua primeira descrição datando de 1944 e havendo apenas 22 casos publicados na língua inglesa desde então. Não possui sintomas ou sinais clínicos característicos, manifestando-se, clinicamente, de acordo com o comprometimento de estruturas adjacentes. Macroscopicamente e radiologicamente caracteriza-se por lesões sólido-císticas com diversos septos, mas seu diagnóstico é exclusivamente anatomopatológico. Apesar da vigilância ativa ser uma opção terapêutica para tumores menores, o seu tratamento definitivo é primariamente cirúrgico. Neste artigo, após obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido, apresentamos um paciente com TMEE que após período de vigilância clínica apresentou crescimento tardio da tumoração, evoluindo com sintomas compressivos, tendo sido submetido a cistoprostatectomia laparotómica.

Palavras-chave: Tumor Filoide; Glândulas Seminais; Urologia.

ABSTRACT

The Mixed Stromal and Epithelial Tumor (MSET) of the seminal vesicle, also referred to as Phyllodes Tumor, is a rare condition, with its initial description dating back to 1944 and only 22 cases reported in English literature since then. It lacks characteristic clinical symptoms or signs and clinically manifests based on the involvement of adjacent structures. Macroscopically and radiologically, it is characterized by solid-cystic lesions with multiple septations, yet its diagnosis relies exclusively on anatomopathological examination. Although active surveillance is a therapeutic option for smaller tumors, definitive treatment primarily entails surgical intervention. In this article, following the acquisition of informed consent, we present a case of MSET wherein clinical surveillance revealed late tumor growth, leading to compressive symptoms, and subsequent laparotomic cistoprostatectomy.

Keywords: Phyllodes Tumor; Seminal Vesicles; Urology.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

INTRODUÇÃO

O Tumor Misto Estromal-Epitelial da vesícula seminal (TMEE), é uma neoplasia rara, tendo uma epidemiologia pouco conhecida. Usualmente, é mais frequente no tecido mamário, mas, ainda assim, representa menos de 1% dos tumores que acometem essa glândula1, não sendo conhecida a sua incidência em outros tecidos (1). Possui diversas nomenclaturas na literatura (tumor phyllodes, cistoadenomioma, hamartoma mesonéfrico), mas todas estão unificadas sob TMEE pela World Health Organization, desde 2022.

A primeira descrição de TMEE comprometendo a vesícula seminal (VS) data de 1944 e desde então, na língua inglesa, apenas outros 22 casos foram descritos em todo o mundo (2). Considerando-se a sua raridade, mesmo após a confirmação diagnóstica, deve-se realizar investigação quanto a origem primária em outras estruturas próximas a VS, como próstata, cólon e reto (3). Além disso, deve-se investigar doenças linfoproliferativas (4).

O TMEE de VS é descrito como uma neoplasia mista, composta por tecido epitelial e estroma2. Classicamente possui um comportamento benigno, mas pode ser localmente agressivo (1,3,4).

Não possui fisiopatologia bem definida, mas sugere-se haver um estímulo a proliferação celular por influência de estrógeno e progesterona3. Apesar disso, alguns TMEE não apresentam esse tipo de receptor (3).

São caracterizados por massas sólido-císticas com múltiplos septos e loculações. Tendem a apresentar crescimento lento (3) e, tradicionalmente, não possuem sintomas característicos. Apesar de benignos podem apresentar recidiva local e, em poucos casos, metástase (4).

RELATO DE CASO

Homem de 59 anos, hipertenso, diabético e sem antecedentes familiares significativos, foi admitido no Pronto Socorro, em 2022, queixando-se de dores abdominais, constipação, dificuldade miccional e limitação à deambulação por parestesia e dores em membros inferiores. Sintomas tiveram início há aproximadamente 1 mês e intensificação progressiva.

Possuía o diagnóstico de TMEE da vesícula seminal desde o ano 2000, por investigação e biópsia percutânea, após achado incidental durante Tomografia Computadorizada realizada para investigação de dor lombar crônica. Informava que desde o diagnóstico mantivera-se sem tratamento cirúrgico pelo tamanho da lesão.

Notava-se ao exame físico um abdome emagrecido, doloroso a palpação de flancos e região dorsal e com massa endurada em hipogástrio. Na avaliação de membros inferiores havia pulsos pediosos pouco reduzidos (2+/3+) e cacifo positivo bilateralmente (2+/3+). A análise laboratorial apresentava apenas elevação de escorias nitrogenadas.

Pela apresentação clínica e ao diagnóstico previamente conhecido, realizamos ressonância nuclear magnética da pelve, evidenciando massa cística complexa e multisseptada com conteúdo denso / hemático, medindo 11. 7 x 11 x 9.5cm e com origem em vesícula seminal (Figuras 1 e 2). Comprimia a bexiga, próstata e ureteres, bilateralmente, promovendo dilatação dos sistemas coletores. Além disso, não tinha clivagem com a parede anterior do reto.

Frente aos achados, foi internado e optado pela realização de nefrostomia percutânea, guiada por ultrassonografia, bilateralmente, para restituição da drenagem urinária. Além disso, instituiu-se protocolo ERAS, considerando-se necessidade de ressecção tumoral.

Durante a internação foi avaliado pelo Serviço de Gastrocirurgia e Coloproctologia, realizando colonoscopia para avaliação local (parede do reto) e diagnóstico diferencial. Esta, encontrava-se inalterada. Após melhora clínica e laboratorial, recebeu alta com seguimento fisioterápico para reabilitação física e suporte nutricional, orientado pela nutrologia.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura-1 - Ressonância magnética com imagem axial, ponderada em T2, evidenciando lesão em topografia de vesícula seminal com múltiplos cistos, sem planos de clivagem com bexiga urinária, deslocando-a no sentido anterior e reduzindo seu volume.

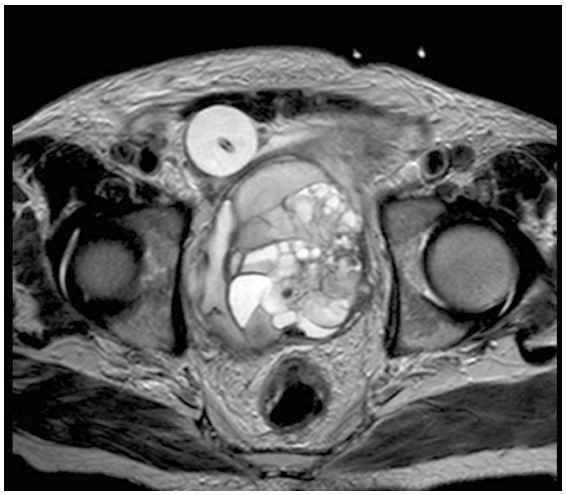


Figura-2 - Ressonância magnética com imagem coronal, ponderada em T2, evidenciando lesão em topografia de vesícula seminal com múltiplos cistos, sem planos de clivagem com bexiga urinária, deslocando-a no sentido anterior e reduzindo seu volume. Além disso, nota-se importante efeito compressivo da massa sobre estruturas pélvicas.



Passadas tries semanas, foi readmitido, eletivamente, e submetido a laparotomia exploradora. No intraoperatório observou-se lesão sólida, expansiva, sem clivagem com bexiga, próstata e parede anterior do reto, sendo realizada cistoprostatectomia com derivação a Bricker e retossigmoidectomia com anastomose primária e transversostomia de proteção. O procedimento teve duração de 3 horas e não foi necessária a transfusão de hemoderivados.

A peça cirúrgica caracterizava-se, macroscopicamente, por massa com diversos cistos, endurecida, irregular e media, 10 x 6cm (Figura 3).

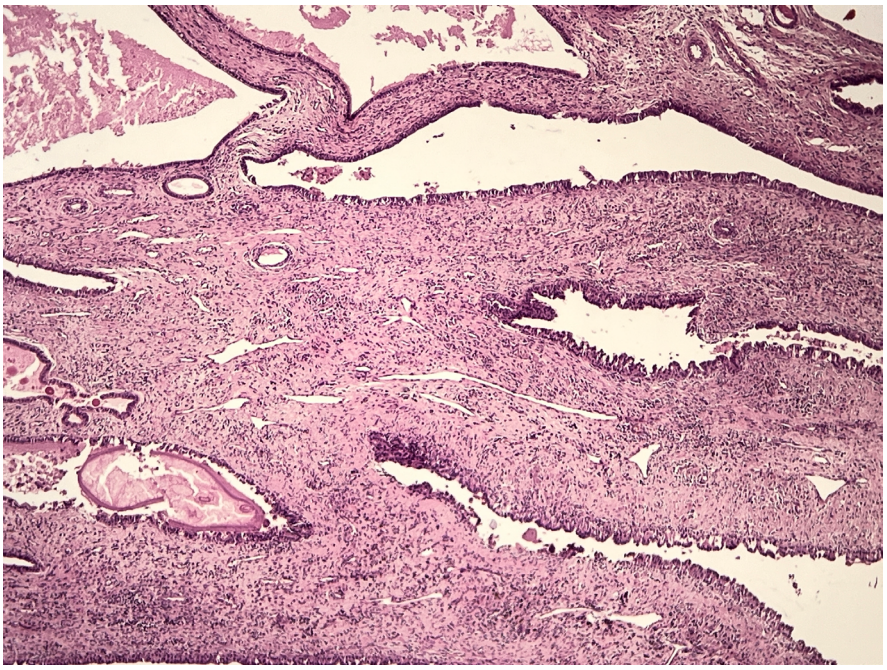
Recebeu alta no sexto dia de pós-operatório e o estudo histopatológico confirmou o diagnóstico de TMEE (Figuras 4 e 5), sem

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura 3 - Produto de cistoprostatectomia evidenciando massa cística, lobulada, irregular, macroscópicamente compatível com Tumor Misto Estromal e Epitelial (TMEE). Media, aproximadamente, 10 x 6 cm.

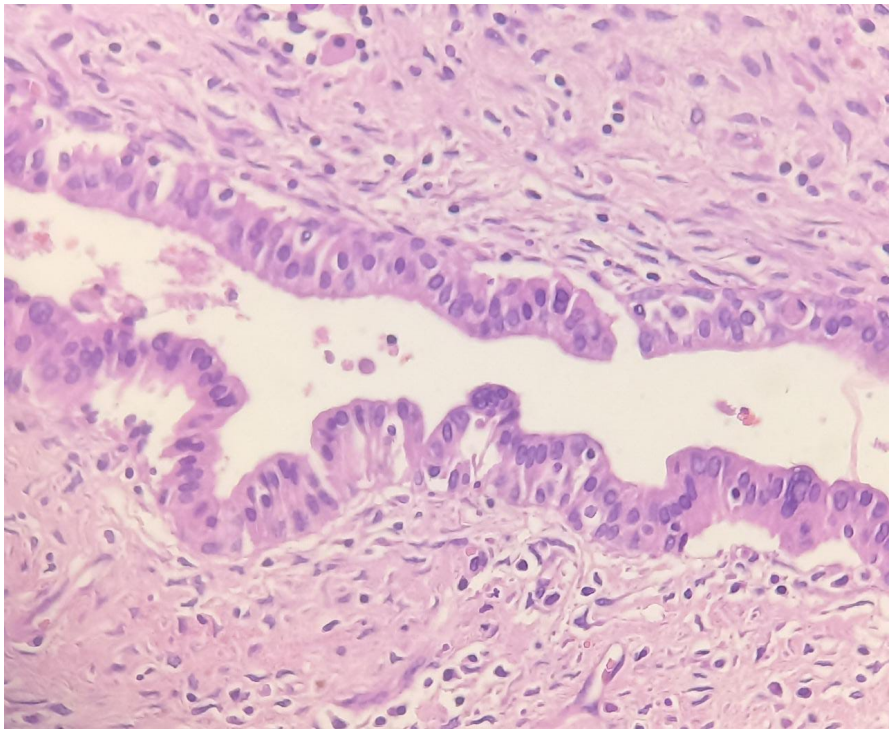


Figuras 4 - Tumor misto estromal-epitelial da vesícula (H&E 40x). Na imagem é possível identificar neoplasia multicística bifásica representada por componente epitelial e estroma interveniente de moderada celularidade



© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

Figura 5 – Tumor misto estromal-epitelial da vesícula (H&E 400x). No detalhe é possível observar revestimento epitelial colunar pseudo-estratificado com baixa atipia citológica. Também não se observam atipias estromais significativas.



comprometimento de margens. Evoluiu com disfunção erétil, responsiva a tratamento medicamentoso e completa resolução dos sintomas previamente apresentados. Por fim, após 3 meses do primeiro procedimento cirúrgico, foi submetido a reconstrução do transito gastrointestinal e, atualmente, segue em acompanhamento periódico sem evidência de recorrência tumoral.

DISCUSSÃO

Tumores primários da vesícula seminal são neoplasias extremamente raras (3–5). Até 2002, haviam apenas 50 casos documentados com neoplasia primária da VS (5), sendo apenas 14 casos de TMEE1. O principal subtipo primário de tumor da VS é o adenocarcinoma (5).

Normalmente, o envolvimento oncológico da glândula se dá por contiguidade, tendo como principal origem o adenocarcinoma de próstata (3,5). Apesar disso, a glândula pode ser comprometida por tumores vesicais, do reto e, raramente, por linfoma (1,5).

Microscopicamente, o TMEE caracteriza-se por conglomerados glandulares, revestidos por epitélio colunar que são rodeados por estroma que pode ser mitoticamente ativo (5).

Os fatores que predizem um comportamento maligno são: infiltração marginal; grau de atipia estromal; elevado número de mitoses; e hiper-proliferação glandular (5). Esses critérios são utilizados para neoplasia fibroepiteliais da mama, mas podem ser extrapolados para o TMEE e foram utilizados por Fain et. Al, em 1993, para criar uma subdivisão dentre os TMEE de VS, em: fibroadenomas, TMEE de baixo grau e TMEE de alto grau (3,4). De acordo com o autor, os TMEE de baixo grau apresentam risco de recorrência local, enquanto os TMEE de alto grau, podem evoluir com metátases, (4,5). Entretanto, esses critérios não são adotados pela atual classificação da OMS.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

O TMEE de VS não possui sintomas característico, costumando ser assintomático. Costuma ser achado incidentalmente após sintomas relacionados a compressão de estruturas adjacentes (1), como vasos pélvicos, bexiga, ureteres e reto. Por outro lado, quando há esse tipo de compressão, pode haver hematúria, dificuldade miccional, constipação e edema de membros inferiores (1).

O diagnóstico é histopatológico, mas mesmo após a confirmação deve-se seguir com a investigação, aliando-se exame físico anorretal, antígeno prostático específico, ultrassonografia trans-retal, colonoscopia e tomografia computadorizada ou ressonância magnética de pelve (2).

O tratamento relaciona-se com o tamanho da lesão, podendo inicialmente ser expectante, mas é eminentemente cirúrgico. A maioria dos casos descritos foram realizados por laparotomia, com variações de acordo com o tamanho tumoral (acesso trasnvesical, retrovesical ou cistoprostatectomia) (5).

Apesar de poucos casos descritos, nota-se que a depender da complexidade do caso, disponibilidade tecnológica e experiência do cirurgião, pode-se realizar o procedimento por via laparoscópica ou robótica (5). Objetiva-se margens livres, pelo risco de recidiva regional ou disseminação a distância3 e, apesar de possível, o tratamento conservador deve ser realizado exclusivamente para lesões pequenas e quando há seguimento rígido do paciente, caso contrário a abordagem cirúrgica pode-se tornar extremamente dificultosa.

CONCLUSÃO

Os tumores primários de vesícula seminal são extremamente raros e, dentre eles, o TMEE é ainda mais incomum.

Deve-se suspeitar de TMEE de VS quando há lesões sólido-císticas, com efeito de massa, multi-septadas e locauladas, mas mesmo após confirmação histopatológica, deve-se investigar outros prováveis sítios de origem neoplásica.

O tratamento é cirúrgico, devendo ser realizado por cirurgião experiente e, por vezes, pode exigir avaliação multidisciplinar.

PERSPECTIVAS DO PACIENTE

Após a abordagem cirúrgica houve melhora significativa da qualidade de vida pela resolução dos sintomas gastrointestinais e neurológicos. Adaptou-se aos cuidados com urostomia, postergando o desejo de reconstrução do trânsito intestinal.

PONTOS DE APRENDIZAGEM

Os tumores de vesícula seminal possuem uma baixa incidência, não possuem fisiopatologia conhecida e possuem como principal característica macroscópica e radiológica a presença de uma massa sólido-cística e loculada. Não possui sintomas específicos e, por ser rara, deve haver investigação de outras doenças que podem comprometer a vesícula seminal. O tratamento definitivo é cirúrgico.

AGRADECIMENTOS

Direcionamos nossos agradecimentos aos Drs. João Guilherme Ferreira Bertacchi e Bruno Yugi Fernardes Toi pelo suporte e colaboração na interpretação e escolha das imagens anatomo-patológicas, fundamentais para melhor descrição dos achados envolvidos neste relato.

CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.

REFERÊNCIAS

1. Lorber G, Pizov G, Gofrit ON, Pode D. Seminal vesicle cystadenoma: a rare clinical perspective. Eur Urol. 2011;60(2):388-91.
2. Zhu Y, Zhang S, Chen J, Zhang L, Li H, Cai Z, Li H, He Z, Qian Y, Sun X. Phyllodes Tumor of the Prostate: Long-Term Follow-Up Study of 23 Cases. Clin Genitourin Cancer. 2017;15(2):e303-e308.
3. Son HJ, Jeong YJ, Kim JH, Chung MJ. Phyllodes tumor of the seminal vesicle: case report and literature review. Pathol Int. 2004 Dec;54(12):924-9.
4. Fain JS, Cosnow I, King BF, Zincke H, Bostwick DG. Cystosarcoma phyllodes of the seminal vesicle. Cancer. 1993;71:2055-61.
5. Baschinsky DY, Niemann TH, Maximo CB, Bahnson RR. Seminal vesicle cystadenoma: a case report and literature review. Urology. 1998;51:840-45.

AUTOR CORRESPONDENTE
Dr. Lucas Antonio Pereira do Nascimento
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE)
Rua Pedro de Toledo, 1800, 13º Andar. Vila Clementino, São Paulo / SP
CEP 04039-000
E-mail: lucaspnascimento94@gmail.com

Submissão em:
02/2024

Aceito para publicação em:
11/2024

© 2025 Os autores. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença CC BY 4.0.