

**RELATO DE CASO**

DOI: 10.55825.RECET.SBU.0208

## CISTO DESMÓIDE TESTICULAR – RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

MATHEUS MARQUES PAULO NETO (1), BEATRIZ MILENE DE OLIVEIRA CAMARGO (2), RAFAEL EHRENFREUND (1), CASSIANO DONIZETTI DE OLIVEIRA (1), RICARDO LUÍS VITA NUNES (1), RODRIGO PERRELLA (1)

(1) Clínica de Urologia do Hospital Militar de Área de São Paulo – HMASP, São Paulo, SP; (2) Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo, SP

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O tumor de testículo é a neoplasia maligna sólida mais frequente em homens jovens, apesar de representar apenas 3% das neoplasias no sexo masculino. Logo, sempre na suspeita de acometimento tumoral é mandatório prosseguir com avaliação completa para determinação de sua natureza, a qual pode ser definida apenas com resultado histopatológico.

**APRESENTAÇÃO DO CASO:** Paciente de 27 anos com aumento de volume testicular rapidamente progressivo, com marcadores tumorais sem alteração. Ressonância magnética apresentou uma lesão volumosa com componente cístico, com captação de contraste. Foi submetido a tratamento cirúrgico cujo anátomo patológico relatou se tratar de um cisto dermoide testicular sem sinais de malignidade.

**CONCLUSÃO:** O cisto dermoide testicular tem baixa incidência entre os tumores benignos, tendo como diagnóstico diferencial os cistos epidermóides e os teratomas. Os exames de imagem não determinam com precisão o diagnóstico, e a análise histopatológica é o padrão ouro.

**Palavras-chave:** relato de caso; tumor testículo, cisto dermoide.

## INTRODUÇÃO

Os tumores testiculares são incomuns e atingem principalmente a população infantil e jovem adulta, correspondendo de 0,5 a 2 casos por 100.000 diagnósticos. Os cistos dermoides testiculares são um tipo raro de teratoma, sua incidência é estimada em 0,5% dos tumores testiculares e sua etiologia ainda permanece desconhecida (1). Trata-se de tumores benignos que contém tecidos germinativos e são similares aos teratomas ovarianos, porém, 100 vezes menos frequentes, podendo ter presença de fios de cabelo, queratina, glândulas sebáceas ou sudoríparas. Não há presença de atipia celular significativa ou associação com malignidade, diferentemente do teratoma maduro (2).

O objetivo deste estudo é apresentar um relato de caso, os desafios do diagnóstico, assim como uma revisão de literatura sobre o tópic.

## MÉTODOS

O paciente estudado apresentava tumoração testicular de rápida progressão, sem antecedentes de trauma ou infecção. Relato seguiu as diretrizes da plataforma CARE Case Report Guidelines.

A avaliação pré-operatória foi feita com avaliação clínica, exame físico, marcadores tumorais, ultrassonografia e ressonância magnética. Paciente foi submetido à ressecção da lesão testicular por inguilotomia seguindo padrão oncológico bem como foi realizada à colocação de prótese testicular no mesmo tempo operatório.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente, do sexo masculino e com 27 anos de idade, procurou o serviço de Urologia do Hospital Militar da Área de São Paulo (HMASP), queixando-se de aumento do volume testicular esquerdo há 2 semanas. Na história negou trauma, quadro infeccioso,

doença sexual ou antecedentes de manipulações inquino escrotais, assim como quaisquer comorbidades. Ao exame físico observou-se testículo direito tópic e testículo esquerdo com aumento de volume, de consistência fibroelástica e indolor.

Foram realizados dosagem séricas dos marcadores tumorais, alfafetoproteína (AFP), gonadotrofina coriônica humana (Beta HCG) e desidrogenase láctica (DHL), todos dentro dos valores de normalidade. A ultrassonografia de bolsa testicular mostrou testículo direito com parâmetros dentro da normalidade, testículo esquerdo tópic, porém com dimensões aumentadas, apresentando forma e contornos preservados, eco textura heterogênea às custas de imagem nodular e cística, apresentando focos ecogênicos em seu interior, sem fluxo ao doppler, medindo 4,6 x 2,3cm, com vascularização testicular preservada ao Doppler colorido, com volume de 48 cm<sup>3</sup> (Figura 1).

A ressonância magnética (RNM) da bolsa testicular exibiu testículo esquerdo aumentado de tamanho, devido a lesão bem definida, hipointensa em T1 e hiperintensa nas demais sequências, com leve captação de contraste, sem restrição à difusão, medindo 4,5 x 3,4 x 4 cm. As Túnicas albugíneas estavam íntegras e os epidídimos de volume normal, além de mínima hidrocele bilateral (Figura 2).

Diante dos achados, com a suspeita de etiologia neoplásica, completou-se o estadiamento com tomografia de tórax, abdome e pelve contrastadas, as quais descartaram metastáticas. Devido a idade do paciente e o desejo futuro de constituir uma prole, antes da realização do procedimento, foi ofertada e realizada a criopreservação seminal. Por não haver plano de clivagem entre lesão sólido cística e o testículo, foi realizada orquiectomia radical esquerda por inguilotomia com implante de prótese testicular (Figura 3). Não foi realizada avaliação patológica intraoperatória, pois esta não mudaria a conduta pré-estabelecida. Paciente apresentou boa evo-

lução clínica, e o exames anatomopatológico definiram a lesão como cisto dermoide, sem sinais histológicos de malignidade. Restante do parênquima testicular, epidídimo e cordão espermático não apresentaram sinais histológicos de malignidade.

## DISCUSSÃO

A neoplasia testicular é a neoplasia maligna mais frequente em homens jovens e é responsável por aproximadamente 1% de

todas as neoplasias. Os tumores de células germinativas do testículo podem ser divididos em dois grupos principais: seminomatosos e não seminomatosos. A histologia dos tumores não seminomatosos incluem carcinoma de células embrionárias, tumor do saco vitelínico, coriocarcinoma e teratoma (1-3).

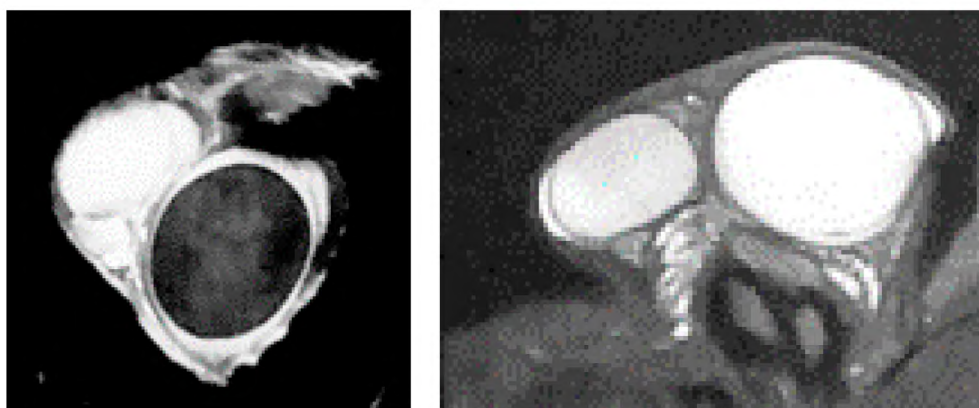
O cisto dermoide do testículo apresentam características anatômicas similares ao teratoma puro, porém diferentemente dele possui uma história natural benigna. O seu comportamento de benignidade foi demons-

Figura 1 - Ultrassom de bolsa testicular.



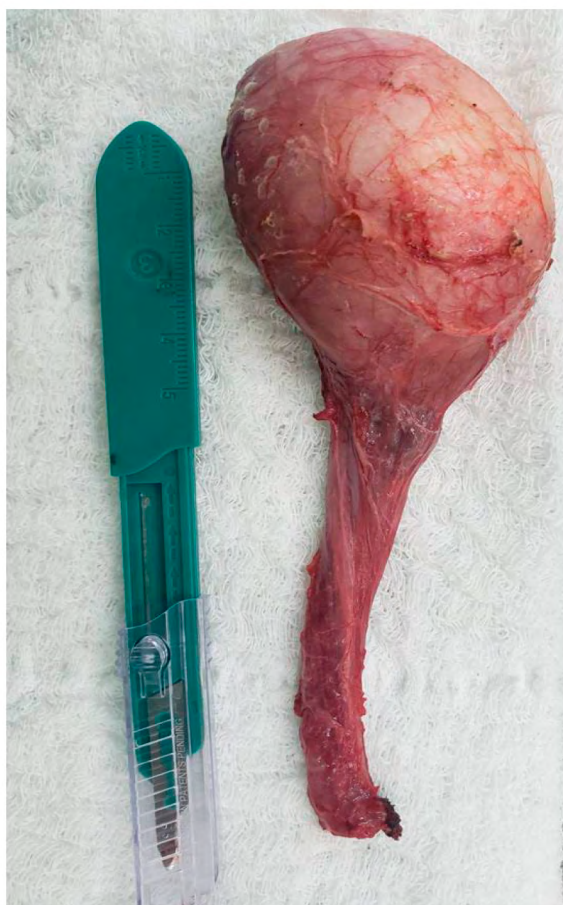
Ultrassom de bolsa testicular: Testículo com ecotextura heterogênea, a custos de provável imagem nodular, apresentando focos ecogênicos em seu interior, sem fluxo ao doppler, medindo 4,6 X 2,3 cm. Vascularização preservada ao Doppler colorido.

Figura 2 - Ressonância magnética de bolsa testicular.



Ressonância magnética de bolsa testicular: Testículo esquerdo aumentado de tamanho, devido a lesão bem definida, hipointensa em T1 e hiperintensa nas demais sequências, com leve captação de contraste, sem restrição à difusão, medindo 4,5 x 3,4 x 4 cm. Túnicas albugíneas íntegras. Epidídimos de volume normal e mínima hidrocele bilateral.

Figura 3 - Peça cirúrgica - Produto de orquiectomia radical.



trado por um número limitado de estudos, sendo primeiramente descrito por Dockerty et al. em 1942 (2). Este estudo reportou dois casos com 6 e 7 anos de acompanhamento. Sua classificação como uma variante do teratoma maduro é algo ainda controverso. Os achados anatômicos e características dos cistos dermoide são mal definidos, assim como sua relação com a neoplasia de células germinativas intratubulares do tipo não classificado (IGCNU) (4). O cisto dermoide pode ter elementos teratomatosos não cutâneos e um critério importante para o seu diagnóstico seria a ausência do IGCNU, além disso devem ser categorizados separadamente do teratoma testicular maduro devido à ausência de malignidade. Kendall et al. apresentaram dois casos de teratoma maduro adulto do tipo dermoide, em pacientes de 20 e 26 anos que

apresentavam sintomas desde a puberdade, fato que levou ao questionamento da classificação e da patogênese deste tumor, uma vez que estes teratomas maduros apresentavam características pré-púbere (5).

Esse tipo de lesão compreende entre 1 e 2% dos tumores testiculares. A maioria dos pacientes são adultos jovens entre a 2ª e a 4ª década de vida. Há uma discreta prevalência pelo acometimento do testículo direito. No entanto, pacientes com múltiplos cistos testiculares podem estar associados com Síndrome de Gardner, Síndrome de Klinefelter, tumor carcinoide ou testículo criptorquídico (3). Pacientes geralmente apresentam-se assintomáticos, com exceção a achado incidental de massa testicular fibrosa e algumas vezes dolorosa ao exame físico, podendo-se confundir com hidrocele. Alguns pacientes apresentam aumento do volume escrotal de rápida progressão. A apresentação clínica entre o cisto dermoide e o tumor de células germinativas normalmente não é passível de distinção.

O teratoma é um tumor de origem embrionária, composto habitualmente por vários tipos de tecidos que representam as diferentes camadas germinativas (endoderme, mesoderme e ectoderme) que irão se diferenciar para formar os tecidos de desenvolvimento embrionários até sua forma madura. Os elementos ectodérmicos incluem epitélio escamoso e tecido neural. Os derivados da endoderme são células do epitélio gastrointestinal, respiratório e glândulas mucosas. Os elementos derivados da mesoderme incluem ossos, cartilagem e músculos (4, 5). Há características que podem servir para o diagnóstico diferencial entre cisto dermoide e teratoma testicular, os teratomas testiculares maduros apresentam componentes sólidos e císticos em detrimento de material predominantemente cístico no cisto dermoide e a presença de pelo ou cabelo intralesional é típica do cisto dermoide, aparecendo em mais da metade dos casos (6). Aproximadamente 80% dos casos de teratoma maduro se relacionam com IGCNU, o que não acontece nos

casos de cisto dermoide. Por fim, destaca-se a maior presença de atípias e atividade mitótica em teratomas maduros, o que não ocorrem no cisto dermoide (4,5). Outra lesão que se enquadra como diagnóstico diferencial é o cisto epidermoide, que assim como o cisto dermoide representa 1% das lesões testiculares e acomete a mesma faixa etária. As diferenças aparecem na avaliação histológica, pois são compostos por cavidades císticas que possuem material amorfo queratinizado e descamado, sem apêndices da pele (7).

A avaliação ultrassonográfica é a modalidade de escolha no início da investigação. Apresenta elevada sensibilidade e especificidade, permitindo caracterizar massas escrotales e sua localização, no entanto, em muitas ocasiões não é fácil diferenciar a histologia. Não existe um padrão ultrassonográfico definido para teratomas. Com frequência, detecta-se um aspecto de zonas císticas com trabéculas e zonas sólidas hiperecogênicas entrepostas, sendo a presença de zonas de calcificação característica marcante. Modalidades como tomografia e ressonância magnética permitem a obtenção de informações de acometimento local ou à distância, contudo, a definição diagnóstica é realizada pela análise anatomopatológica.

Os marcadores tumorais sorológicos como Beta HCG, DHL e AFP são normais no caso do cisto dermoide. A concentração sérica de AFP também se torna útil na diferenciação dos teratomas para os tumores de saco vitelínico, sendo aumentada nestes (3). Price et al. inicialmente defendiam que a orquiectomia simples seria o tratamento de escolha para os cistos dermoides ou epidermóides, excetuando-se a enucleação ou excisão dessas lesões. A dissecação tumoral na avaliação patológica é a única maneira de descartar definitivamente uma cicatriz, algum tipo de cisto ou um teratoma, este último com alta probabilidade de disseminação. Mais tarde defenderam que a enucleação em pacientes portadores destas lesões poderiam ser mais benéficas, sem detecção de recidivas em acompanhamento de

11 meses à 35 anos em 69 pacientes (4).

Atualmente, as orquiectomias parciais ou enucleações são recomendadas como forma de tratamento para lesões pequenas e com características de benignidade, como os marcadores tumorais negativos. Além disso é necessário que exista uma avaliação histopatológica intraoperatória confirmando a natureza benigna da lesão (8). No caso exposto, mesmo na presença de marcadores tumorais negativos, foi optado, sob consentimento do paciente, pela orquiectomia radical por se tratar de lesão de grande extensão, presença de componente sólido e impossibilidade de ressecção parcial. Devido à baixa prevalência dessas massas não há uma literatura que oriente a forma do seguimento pós-operatório, de modo que há divergências quanto a necessidade ou não de seguimento.

## CONCLUSÃO

O cisto dermoide testicular tem baixa incidência entre os tumores benignos, tendo como diagnóstico diferencial os cistos epidermóides e os teratomas. Os exames de imagem não determinam com precisão o diagnóstico, e a análise histopatológica é o padrão ouro.

## AGRADECIMENTOS

General de Brigada Médico Antônio Carlos Pereira Leal

Diretor do Hospital militar de Área de São Paulo

## ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos realizados foram de acordo com os princípios éticos do comitê de ética local e com a Declaração de Helsinki de 1964, assim como com suas emendas posteriores.

Consentimento informado: Consentimento informado foi obtido antes da realização do procedimento.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum declarado.

## REFERÊNCIAS

1. Huihui Y, Ulbright TM. Difficult differential diagnoses in testicular pathology. Arch Pathol Lab Med 2012; 136(4): 435-46.
2. Dockerty MB, Priestley JT. Dermoid cysts of the testis. J Urol 1942; 48: 392-400.
3. Heidenreich A, Engelmann UH, Vietsch HV, Derschum W. Organ preserving surgery in testicular epidermoid cysts. J Urol 1995; 153(4): 1147-50
4. Price, B. Epidermoid cysts of the testis: A clinical and pathologic analysis of 69 cases from the Testicular Tumor Registry. J Urol 1969; 102: 708.
5. Kendall TJ, Featherstone JM, Mead GM, Hayes M, Theaker JM: Case series: Adult testicular dermoid tumors – mature teratoma or pre-pubertal teratoma? International Urology and Nephrology 2006; 38: 643–646.
6. Ergin, Giray et al. “Unusual intrascrotal lesions in adults in urological practice.” “Lesiones intraescrotales inusuales en adultos en la práctica clínica urológica.” Archivos españoles de urología vol. 72,9 (2019): 955-964.
7. Lev R, Mor Y, Leibovitch I, Golomb J, Perelman M, Heyman Z. et al. Quiste epidermoide del testículo en un adolescente: reporte de un caso y revisión de la evolución del tratamiento quirúrgico. J Pediatr Surg. 2002 37 (1): 121-123
8. EAU Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Milan March 2023. ISBN 978-94-92671-19-6.

## AUTOR CORRESPONDENTE

### ***Matheus Marques Paulo Neto***

Hosp. Militar de Área de São Paulo (HMASP)  
Rua Ouvidor Portugal, 230 – Vila Monumento  
São Paulo, SP, Brasil  
CEP: 01551-010  
Telefone: 83 99372-5195  
E-mail: matheuspneto@hotmail.com

**Submissão em:**  
10/2023

**Aceito para publicação em:**  
02/2024