

ANGIOFIBROMA CELULAR PARATESTICULAR: RELATO DE CASO¹

PARATESTICULAR CELLULAR ANGIOFIBROMA: A CASE REPORT

Elton de Barros MEIRELES², João Eduardo Sena de Souza PINTO³, Jund Silva REGIS⁴, Pedro Ruan Chaves FERREIRA⁵, Renato Raulino MOREIRA⁶ e Roseana Silva de SOUZA⁷

RESUMO

OBJETIVO: relatar um caso de angiofibroma celular paratesticular de paciente submetido à terapêutica cirúrgica eletiva. **Método:** relato de caso ocorrido em um hospital público no ano de 2012. **Relato de caso:** paciente de 71 anos com queixa de massa testicular com aumento de volume há 5 anos associado a disúria e noctúria (3x/noite). **Considerações finais:** paciente com angiofibroma celular paratesticular submetido a tratamento cirúrgico eletivo com exérese de tumor.

DESCRITORES: Angiofibroma. Continuidade da Assistência ao Paciente. Intervenção cirúrgica.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de aumento do volume da bolsa escrotal pode apresentar vários diagnósticos diferenciais, sendo os mais frequentes as hérnias inguinoescrotais e a hidrocele¹. Porém, a correlação da anamnese e exame físico demonstram importância no diagnóstico diferencial com tumores escrotais malignos.

O angiofibroma celular foi descrito pela primeira vez em 1997 por Nucci e colaboradores². Em 1998 foi descrito por Laskin, Fetsch e Mostofi³ como um tumor distinguível do angiomiofibroblastoma (AMF) que ocorre nas áreas inguinal, perineal e escrotal em homens e na vulva de mulheres. É um tumor mesenquimal raro e

benigno que ocorre igualmente em mulheres e homens⁴, sendo frequente sua ocorrência nas regiões vulvovaginal e inguinoescrotal, respectivamente.

Justifica-se a pesquisa desta patologia pela sua raridade e a possibilidade de com o seu estudo auxiliar nos conhecimentos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos desta afecção.

OBJETIVO

Relatar o perfil clínico, tratamento cirúrgico e seus resultados e possíveis complicações de um caso de angiofibroma celular paratesticular de paciente submetido à terapêutica cirúrgica eletiva.

¹ Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém. Pará. Brasil.

² Residência Médica em Urologia. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Médico Urologista da Secretária Estadual de Saúde do Pará e da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. Belém. Pará. Brasil.

³ Residência Médica em Cirurgia Geral. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Belém. Pará. Brasil.

⁴ Residência Médica em Cirurgia Geral. Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Pará. Residente em Urologia pelo Hospital Ophir Loyola. Belém. Pará. Brasil.

⁵ Graduando do curso de Medicina da Universidade Federal do Pará. Belém. Pará. Brasil.

⁶ Residência Médica em Cirurgia Geral. Graduação em Medicina pela Faculdade Atenas. Minas Gerais. Residente em Laparoscopia pelo Hospital Universitário de Brasília. Brasília. Distrito Federal. Brasil.

⁷ Residência Médica em Cirurgia Geral. Médico graduado pela Universidade Federal do Pará. Belém. Pará. Brasil.

MÉTODO

Relato de caso, com sua conduta diagnóstica e terapêutica cirúrgica, ocorrido na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (Belém, Pará, Brasil) no ano de 2012.

RELATO DE CASO

Anamnese

Paciente 71 anos, casado, aposentado, natural de Maracanã/PA. História de massa testicular e com aumento de volume há 5 anos associado a disúria e noctúria (3x/noite). Nega comorbidades e relata alergia ao Diclofenaco. Três cirurgias prévias: hernioplastia inguinal direita (1993 e 2011) e esquerda (2012).

Exame físico

Paciente em bom estado geral, consciente e orientado no tempo e no espaço. Acianótico, anictérico e afebril ao toque. Sem linfonodomegalias palpáveis. Eupneico, eulálico, deambulante, normocorado e normohidratado. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome plano, normotenso, sem eventrações ou abaulamento. Ruídos hidroaéreos presentes. Indolor à palpação, sem visceromegalias ou massas palpáveis. Ao exame físico da genitália apresentava massa em região escrotal indolor a palpação. Testículos tópicos.



Figura 1 – Aspecto da bolsa escrotal (seta) de paciente com angiofibroma celular paratesticular submetido a tratamento cirúrgico eletivo na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2012.

Exames subsidiários

Nos exames de imagem: ultrassonografia (USG) de bolsa escrotal com Doppler e tomografia

computadorizada (TC) de abdome total (Fig. 2) com contraste demonstraram massa sólida heterogênea extra-testicular em topografia de rafe, paramediana esquerda e com extensão contralateral, deslocando para este lado a base do pênis e anterossuperiormente os testículos e as túnicas, com fluxo de Doppler de resistência intermediária, medindo 10x8 cm.



Figura 2 – TC de região pélvica evidenciando massa tumoral (seta) em paciente com angiofibroma celular paratesticular submetido a tratamento cirúrgico eletivo na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2012.

Hipótese diagnóstica

Tumoração escrotal a esclarecer.

CONDUTA

Paciente foi submetido à ressecção de massa testicular no dia 28 de agosto de 2012 com incisão rafemediana, descolamento de tumor infiltrado, friável, aderido em uretra e corpos cavernosos; procedeu-se a abertura da cápsula tumoral e ressecção subcapsular da massa com ligadura do pedículo tumoral; fechamento da cápsula; drenagem da cavidade com Penrose; fechamento Dartos/pele; limpeza e curativo. Durante internação: 7º dia pós-operatório (PO) foi retirado o dreno; 8º PO ferida operatória (FO) com débito purulento e deiscência de 2 pontos, sendo prescrito Ciprofloxacino 500mg, 12/12horas. Foi solicitado Swab de FO, ao qual evidenciou positividade para *Proteus mirabilis*; 9º PO foi solicitado hemo e urocultura sendo ambas negativas após 5 dias e 24 horas de incubação, respectivamente; 16º PO alta hospitalar após realização de 7 dias de antibioticoterapia endovenosa com melhora da FO. Realizou USG dos testículos e bolsa escrotal

(15º PO) demonstrando testículos normais, epidídimo de visualização prejudicada e hemibolsas aumentadas de volume com hidrocele na esquerda. Iniciou acompanhamento ambulatorial sem queixas clínicas e foi liberado pelo serviço de oncologia após análise do histopatológico da peça cirúrgica que evidenciou tumoração compatível com angiofibroma celular.



Figura 3 – Aspecto cirúrgico do angiofibroma celular paratesticular (seta) de paciente submetido a tratamento cirúrgico eletivo na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2012.

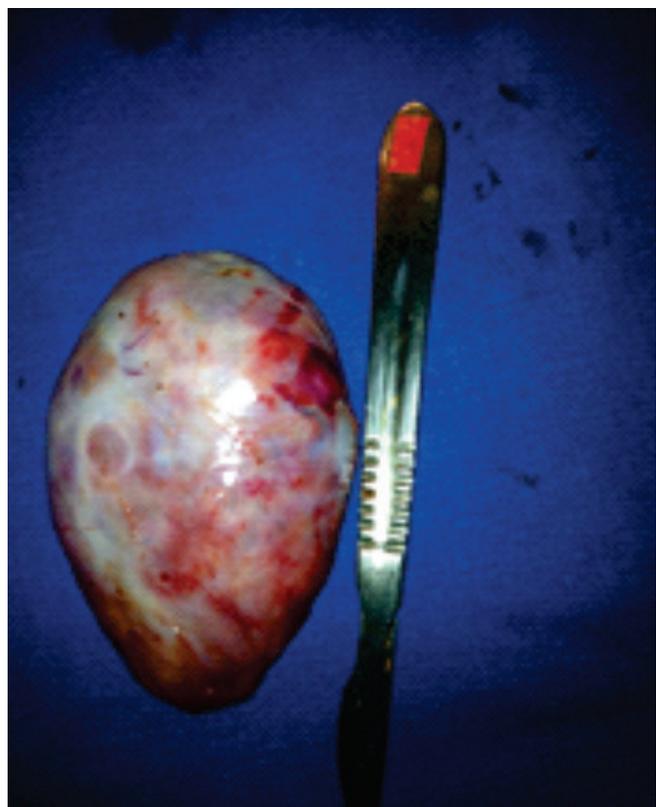


Figura 4 – Peça cirúrgica do angiofibroma celular paratesticular de paciente submetido a tratamento cirúrgico eletivo na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2012.

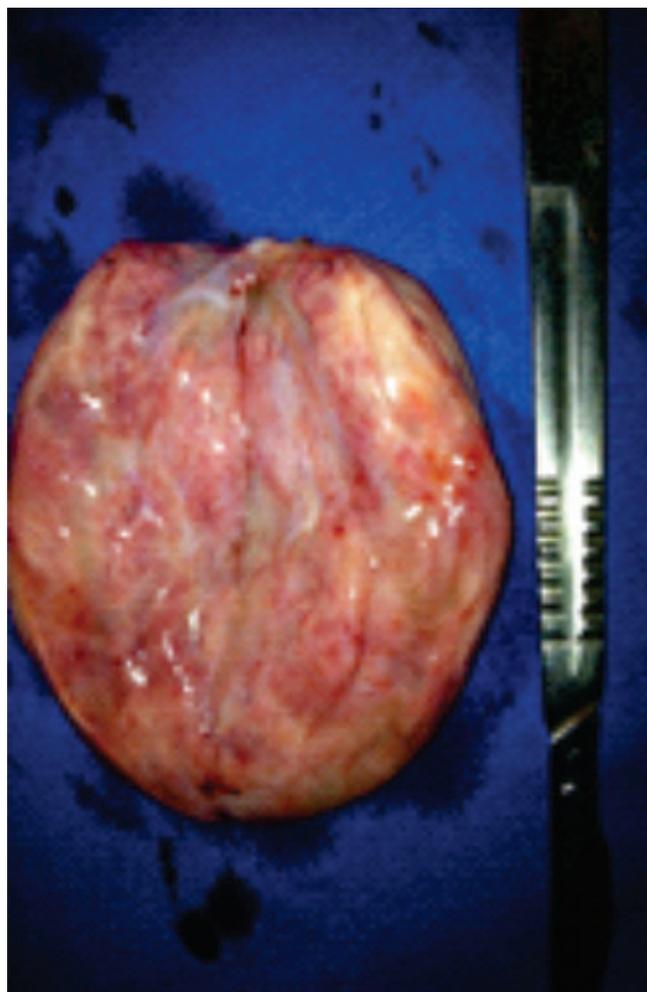


Figura 5 – Peça cirúrgica após direse de membrana externa do angiofibroma celular paratesticular de paciente submetido a tratamento cirúrgico eletivo na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará no ano de 2012.

DISCUSSÃO

O angiofibroma celular é uma neoplasia vascular benigna que tipicamente surge na região paratesticular em homens e é facilmente confundido com hérnia escrotal ou inguinal⁵. Foi descrita em 1997 por Nucci e colaboradores² como um tumor distinto, macio e benigno na vulva de uma mulher, que se distinguia de um AMF e recebeu o nome de angiofibroma celular. Tal denominação foi modificada para angiomiofibroblastoma-like (AMF-like) em 1998 por Laskin, Fetsch e Mostofi³ após demonstrarem diferenças imunohistológicas entre dois casos: um AMF-like em um homem de idade avançada contra um AMF em uma mulher. Embora de origem desconhecida, a histogênese sugerida é de células estaminais perivasculares com capacidade para crescimento e diferenciação miofibroblástica⁷. Estes autores ao reportarem 51 casos de angiofibroma em ambos os sexos consideraram o angiofibroma celular e o angiomiofibroblastoma-like a mesma entidade.

É uma patologia rara com poucas descrições na literatura, no estudo de Iwasa e Fletcher⁷ a idade variou de 22 a 78 anos com média de 53,5 anos. Com acometimento preferencial nas áreas genitais (22 casos) em mulheres e inguinoescrotal (19 casos) em homens. Laskin, Fetsch e Mostofi³ descreveram seis casos localizados no escroto e cinco casos com localização no canal inguinal.

O quadro clínico consiste de uma massa tumoral de pequeno tamanho (<3cm) que, geralmente, é circunscrita e acomete pacientes de meia idade⁸. Apresenta-se como um massa palpável nas áreas escrotal e/ou inguinal, indolor à palpação, similar a uma hérnia, mas sem possibilidade de redução à digito pressão. Outros sítios de ocorrência já foram relatados, como Eversole⁹ que descreveu a primeira ocorrência de angiofibroma celular na cavidade oral e Ptaczyński, Szumera-Ciećkiewicz e Bartczak⁴ citam a ocorrência de casos na parede torácica e retroperitônio.

A análise histológica demonstra uma aparência heterogênea⁴ em que o angiofibroma celular é circunscrito, com células fusiformes uniformemente distribuídas e com feixes curtos de colágeno. Áreas com baixa celularidade estão associadas com edema estromal ou hialinização, mas pleomorfismo significativo e mitoses anormais estão ausentes. Os numerosos vasos visualizados são redondos, de paredes espessas e hialinizados⁷.

Na análise imunohistoquímica revela-se que 60% dos pacientes têm leve expressão de CD34 (origem vascular), 21% tem atrofia muscular espinhal (origem epitelial e/ou glandular) e 8% revelam desmina (origem muscular)⁷.

A similaridade morfológica, imunohistoquímica e citogenética entre o angiofibroma celular, lipoma de células 'spindle' e o miofibroblastoma extra-mamário postula que tais entidades podem ter um espectro morfológico de um tipo de neoplasia¹⁰.

Devido a sua localização, natureza e correlação com outras estruturas da área um diagnóstico inicial seguro é dificultado. O diagnóstico por imagem inclui a CT-Scan sem descobertas específicas para esta entidade¹¹, enquanto na MRI-Scan o angiofibroma pode ser hiperdenso em T2, dependendo de sua origem e composição ou pode mostrar intenso aprimoramento devido a rica vascularização¹². A diferenciação com outros tumores do escroto com dados radiológicos pode ser difícil.

A ressecção cirúrgica é o método terapêutico de escolha⁵, embora o seguimento clínico esteja limitado recorrências têm sido relatadas¹³ e uma ressecção complementar pode ser necessária.

PROGNÓSTICO

Bom, sendo necessário acompanhamento ambulatorial devido relatos de recorrência da patologia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo relata um caso de paciente com tumor de bolsa escrotal em que após investigação complementar para auxílio do planejamento cirúrgico, tem-se na ressecção do tumor uma medida terapêutica eficaz.

A ressecção da tumoração foi realizada com sucesso mesmo apresentando aderência com regiões importantes como a uretra e corpos cavernosos.

Os exames complementares possibilitaram maior segurança quanto ao não comprometimento vascular e extensão da massa.

A biópsia de peça cirúrgica é ferramenta importante para o diagnóstico e planejamento de seguimento e/ou terapêutica auxiliar, se necessário.

SUMMARY

PARATESTICULAR CELLULAR ANGIOFIBROMA: A CASE REPORT

Elton de Barros MEIRELES, João Eduardo Sena de Souza PINTO, Jund Silva REGIS, Pedro Ruan Chaves FERREIRA, Renato Raulino MOREIRA e Roseana Silva de SOUZA.

OBJECTIVE: report a case of paratesticular cellular angiofibroma of patient undergoing elective surgical therapy. **Method:** case report occurred in a public hospital in the year 2012. **Case Report:** man, 71 years old, complaining of testicular mass with increased volume for 5 years associated with dysuria and nocturia (3x/night). **Conclusion:** patient with paratesticular cellular angiofibroma undergoing elective surgery with excision of tumor.

KEY WORDS: Angiofibroma. Continuity of Patient Care. Surgical Procedures, Operative.

REFERÊNCIAS

1. Kuzaka B, Borkowski T, Pykato R. Angiofibroma of the scrotum. differential diagnosis of hydrocele. *Central European Journal of Urology*. 2010;63(1): 42-4.
2. Nucci MR, Granter SR, Fletcher CD. Cellular angiofibroma: a benign neoplasm distinct from angiofibroma and spindle cell lipoma. *Am J Surg Pathol*. 1997;21: 636-44.
3. Laskin WB, Fetsch JF, Mostofi FK. Angiofibroma-like tumor of the male genital tract: analysis of 11 cases with comparison to female angiofibroma and spindle cell lipoma. *Am J Surg Pathol*. 1998;22:6-16.
4. Ptasiński K, Szumera-Ciećkiewicz A, Bartczak A. Cellular angiofibroma with atypia or sarcomatous transformation – case description with literature review. *Pol J Pathol*. 2012;3:207-11.
5. Dikaiakos P, Zizi-Sermpetzoglou A, Rizos S, Marinis A. Angiofibroma of the spermatic cord: a case report and a review of the literature. *Journal of Medical Case Reports*. 2011;5:423.
6. Ramandani D, Sermier A, Jichlinski P. A rare case of scrotal tumour. 67^o Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie Basel. 2011.
7. Iwasa Y, Fletcher CD. Cellular angiofibroma: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 51 cases. *Am J Surg Pathol*. 2004;28:1426-35.
8. Nucci MR, Fletcher CD. Vulvovaginal soft tissue tumours: update and review. *Histopathology*. 2000;36(2):97-108.
9. Eversole LR. Cellular Angiofibroma of Oral Mucosa: Report of Two Cases. *Head and Neck Pathol*. 2009;3:136-9.
10. Flucke U, Van Krieken JH, Mentzel T. Cellular angiofibroma: analysis of 25 cases emphasizing its relationship to spindle cell lipoma and mammary-type myofibroblastoma. *Mod Pathol*. 2011;24: 82-9.
11. Canales BK, Weiland D, Hoffman N, Slaton J, Tran M, Manivel JC, Monga M. Angiofibroma-like tumors (cellular angiofibroma). *Int J Urol*. 2006;13:177-9.
12. Koo PJ, Goykhman I, Lembert L, Nunes LW. MRI features of cellular angiofibroma with pathologic correlation. *J Magn Reson Imaging*. 2009;29:1195-8.
13. McCluggage WG, Perenyi M, Irwin ST. Recurrent cellular angiofibroma of the vulva. *J Clin Pathol*. 2002;55:477-9.

Endereço para correspondência:

Elton de Barros Meireles

Endereço: Trav. Curuzú, 1810. Ap 1503.

Bairro: Marco CEP: 66093-802

Tel: (91) 9100-7227

E-mail: eltonmeireles@ig.com.br

Recebido em 28.05.2014- Aprovado em 18.03.2015