

A ULTRASSONOGRRAFIA NA ORQUITE XANTOGRANULOMATOSA: RELATO DE CASO

XANTHOGRANULOMATOUS IDIOPATHIC ORCHITIS: A CASE REPORT

FARIEL GALÁN BARRIOS¹, VALDIVINA ETERNA FALONE², CAROLINA LEÃO DE MORAES³,
WALDEMAR NAVES DO AMARAL FILHO², WALDEMAR NAVES DO AMARAL³

RESUMO

A orquite xantogranulomatosa é uma doença rara, não neoplásica, caracterizada pela destruição tecidual com presença de numerosas células gigantes multinucleadas e ausência de necrose caseosa. Ela geralmente é diagnosticada entre a sexta e sétima década de vida, e apresenta-se com dor testicular leve, inchaço e febre ocasional. O objetivo deste trabalho foi relatar um caso de orquite xantogranulomatosa idiopática em paciente adolescente e as aplicações ultrassonográficas. Foi verificada à ultrassonografia da bolsa escrotal uma imagem hipoeoica no polo inferior testicular hipoperfundindo ao exame com Doppler. Realizada a biópsia, o anatomopatológico confirmou orquite xantogranulomatosa tendo em vista que à microscopia foi encontrado infiltrado difuso de células xantomizadas com microcalcificações focais e alguns túbulos seminíferos interpostos. O tratamento conservador foi indicado e o paciente encontra-se em seguimento semestral.

PALAVRAS-CHAVE: orquite xantogranulomatosa, idiopática, diagnóstico, ultrassonografia.

ABSTRACT

Xanthogranulomatous orchitis is a rare disease, non-neoplastic and it is characterized by destruction of tissue which is replaced by a striking cellular infiltrate and an absence of caseous necrosis. It is usually diagnosed between the 6th and 7th decade of life, and it is presented as a testicular pain of varying intensity, swelling and occasional fever. The aim of this paper was to report a case of Xanthogranulomatous idiopathic orchitis in a teenage patient and ultrasound applications. At the scrotal ultrasound examination a hypoeoic image in the lower pole of testis hypoperfused at Doppler examination. The biopsy was performed and the hystopatologic exam attested xanthogranulomatous orchitis considering that the hystopathologic exam showed a diffuse infiltrate of xantomized cells with focal microcalcifications and some seminiferous tubules interposed. The conservation treatment was indicated and the patient has been followed semiannual with no complications.

KEYWORDS: orchitis xanthogranulomatous, idiopathic, diagnosis, ultrasonography.

INTRODUÇÃO

A inflamação xantogranulomatosa é muito rara. A etiologia não está totalmente elucidada e pode ser devido a defeitos imunológicos, infecções crônicas, acúmulo anormal de lipídeos e redução da atividade quimiotática¹. Ela caracteriza-se por ser um processo não neoplásico em que há destruição tecidual e substituição desse tecido por um infiltrado celular surpreendente de macrófagos com depósitos de lipídeos². Microscopicamente a lesão consiste de um infiltrado dominante de macrófagos espumosos entremeados com um componente menor de linfócitos e células plasmáticas¹. No sistema geniturinário a inflamação xantogranulomatosa é mais frequentemente vista nos rins (pielonefrite xantogranulomatosa), bexiga e próstata. Ela também pode ocorrer nos testículos e em outras partes do corpo, tais como a vesícula biliar.

A orquite xantogranulomatosa também é considerada uma doença rara e, segundo Al-Said¹ e cols. (2007), até 2007 apenas 15

casos haviam sido descritos na literatura médica incluindo o caso relatado por eles. Ela é indistinguível clinicamente das neoplasias testiculares e a etiologia ainda permanece desconhecida. Sabe-se que após traumatismos e manipulações cirúrgicas pode haver um aumento do volume testicular e uma reação granulomatosa inespecífica devido ao extravasamento de proteínas espermáticas².

A orquite xantogranulomatosa idiopática foi descrita pela primeira vez por Grunberg em 1926. Geralmente se apresenta de forma unilateral em homens com idade entre 19 a 84 anos (mais frequente em homens com 50-70 anos), embora exista um caso descrito de uma criança de 8 anos acometida pela doença³.

A ultrassonografia é o exame de imagem de primeira escolha para avaliar o testículo. O modo B combinado com o Doppler duplex fornece informações valiosas para avaliar o testículo agudo doloroso, além das massas escrotais e infertilidade masculina. Os avanços na ultrassonografia espacial e na resolução de baixo

1. SCHOLAFÉRTILE
2. CLÍNICA FÉRTIL
3. UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

CORRESPONDÊNCIA:
WALDEMAR NAVES DO AMARAL,
EMAIL:VALDIVINAFALONE@GMAIL.COM

contraste têm beneficiado os ultrassonografistas na capacidade de definir mais claramente o diagnóstico e têm levado a novas observações, tais como as microlitíases e esclerose tuberosa do tubo seminífero que estão sendo investigadas atualmente e não foram ainda completamente entendidas⁴. O paciente é examinado na posição supina. A bolsa escrotal é elevada com uma toalha posicionada sobre as coxas, o pênis é colocado no abdômen do paciente e coberto com uma toalha. O ultrassonografista também pode, alternativamente, segurar o saco escrotal no momento do exame. Transdutores lineares de alta frequência (7,5-15MHz) são comumente utilizados porque permitem uma melhor resolução do conteúdo escrotal. Em casos de edema escrotal utilizam-se transdutores de baixa frequência (6Mhz), pois eles permitem uma maior penetração. Devem-se capturar as imagens de ambos os testículos nos planos transversal e sagital para que sejam comparados. Quando necessário, cortes adicionais nos planos oblíquos e coronais podem ser obtidos com o paciente em pé ou realizando a manobra de Valsava. O Doppler Colorido ou Power Doppler também podem ser realizados para avaliar o fluxo sanguíneo testicular⁵.

Dada a raridade da doença, o objetivo desse artigo foi relatar um caso de orquite xantogranulomatosa em adolescente de 16 anos e as aplicações ultrassonográficas.

RELATO DO CASO

FLGS, 16 anos, apresentou-se à consulta urológica acompanhado da mãe em 05/09/2013 com queixas de dor na bolsa escrotal esquerda de leve a moderada intensidade e de aparição súbita. Ao exame físico apresentou bom estado clínico, afebril e foi encontrada pequena massa palpável no polo inferior testicular à esquerda e o testículo direito estava normal.

Foi solicitada ultrassonografia com Doppler. Foi realizada com transdutor linear de alta frequência (7,5Mhz). O testículo direito apresentou-se tópico, simétrico, com contornos regulares, limites precisos, textura e volume normais (Fig.1a). Já no testículo esquerdo foi verificada a presença de imagem hipoeoica no polo inferior testicular de 0,98 x 0,68 cm hipoperfundindo ao exame com Doppler. As medidas aferidas do comprimento longitudinal, AP e transverso do testículo esquerdo foram 3,5 x 2,2 x 2,93, respectivamente e o volume foi de 11,80 cm³ (Fig.1b).

Diante disso, a hipótese diagnóstica foi de nódulo intratesticular à esquerda. Foi solicitada tomografia computadorizada que mostrou imagem nodular na fase pós-contraste de 1.2cm no testículo esquerdo (Fig. 2). Realizou-se a biópsia para investigação do nódulo a céu aberto para melhor avaliação. O resultado histopatológico foi quadro compatível com orquite xantogranulomatosa em que foi encontrado infiltrado difuso de células xantomisadas com microcalcificações focais e alguns túbulos seminíferos interpostos (Figura 3). O tratamento realizado foi composto por analgésico (5 dias), anti-inflamatório não esteroide (10 dias) e antibioticoterapia (21 dias). O acompanhamento ultrassonográfico tem sido realizado semestralmente encontrando-se o paciente assintomático com presença de pequeno cisto simples no polo superior da bolsa escrotal esquerda

(Figura 4). O termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo responsável em nome do paciente.



Figura 1: Ultrassonografia dos testículos. (a) Testículo direito. (b) Testículo esquerdo: verifica-se imagem hipoeoica no polo inferior testicular.



Figura 2: Tomografia computadorizada da bolsa escrotal mostrando imagem nodular na fase pós-contraste medindo 1,2 cm.

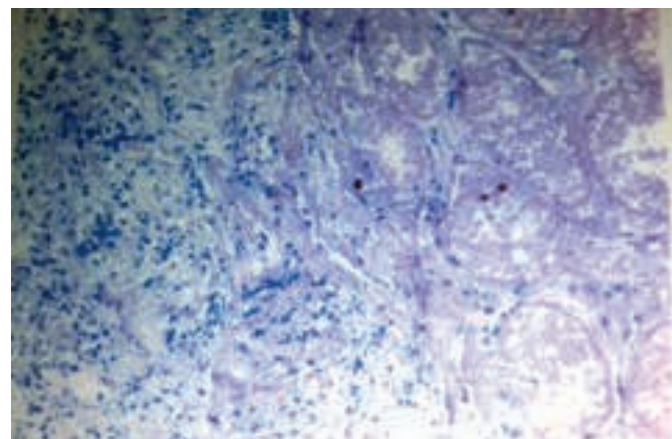


Figura 3: lâmina histopatológica da peça cirúrgica do testículo esquerdo mostrando infiltrado difuso de células xantomisadas.

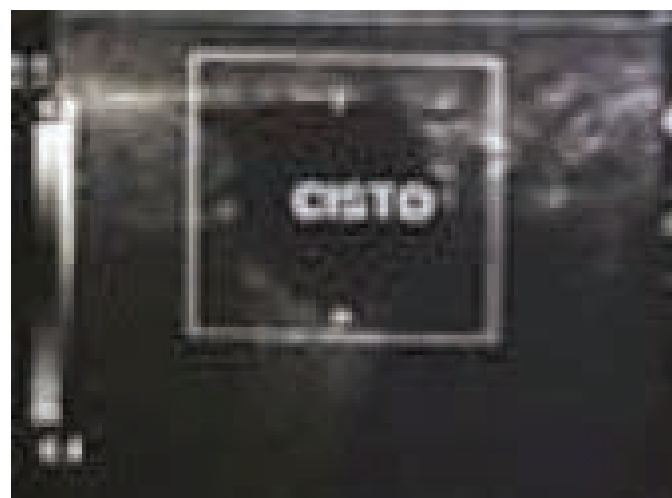


Figura 4: ultrassonografia testicular demonstrando cisto em testículo esquerdo pós-biopsia.

DISCUSSÃO

A inflamação xantogranulomatosa é uma doença muito rara. A etiologia ainda não está totalmente elucidada, entretanto pode ocorrer após tuberculose, brucelose, sífilis, actinomycose e sarcoidose. A orquite xantogranulomatosa é ainda mais rara e caracteriza-se por uma inflamação normalmente crônica do parênquima testicular. Essa inflamação pode ser devida a traumatismos prévios sobre o testículo que pode levar a uma insuficiência vascular. Outra causa provável pode ser uma reação imunológica ao esperma que extravasa dos túbulos seminíferos causando uma reação inflamatória e consequente reação granulomatosa⁶. No presente caso não foi verificado nenhum traumatismo prévio, sequer alguma das doenças citadas anteriormente, portanto, foi considerada como orquite xantogranulomatosa idiopática.

A doença cursa com aumento ou inchaço testicular e em alguns casos há presença de dor escrotal aguda. Ao exame físico não há como diferenciar a orquite xantogranulomatosa de um tumor testicular. A ultrassonografia também não permite o diagnóstico diferencial com tumores malignos. Contudo, a orquite xantogranulomatosa geralmente é descrita como testículos difusamente hipoeoicos com áreas focais intratesticulares pobres ou bem definidas⁷. Essa característica foi verificada no presente caso com hiperperfusão ao Doppler.

Apesar de não permitir o diagnóstico diferencial com tumores malignos, a ultrassonografia da bolsa escrotal tem se mostrado um método diagnóstico para avaliar, seguir, diagnosticar e caracterizar as alterações da bolsa escrotal e dos testículos. Isso se deve ao fato de a ultrassonografia poder diferenciar uma massa testicular de uma massa extratesticular e de poder determinar se essa massa é cística, sólida ou complexa. Usando essas informações um diagnóstico acurado pode ser verificado. Em pacientes com suspeita de tumor testicular a ultrassonografia é a melhor modalidade de imagem para o acompanhamento do paciente⁸.

Com relação aos aspectos anatomopatológicos característicos, a literatura cita a inflamação crônica do interstício com infiltrado predominantemente de linfócitos e células plasmáticas com presença usual de células gigantes, além de destruição de células germinativas nos túbulos seminíferos⁹. Essas características foram confirmadas pelo histopatológico do caso em análise.

Considerando o tratamento da orquite xantogranulomatosa, a maioria dos trabalhos recomenda a orquiectomia radical tendo

em vista que não há como diferenciá-la de um tumor testicular pelos exames de imagem. Entretanto, o tratamento conservador com corticoides, anti-inflamatórios e antibióticos foi preferível no presente, caso haja vista que o paciente é adolescente. O tratamento também foi possível porque se optou por fazer uma biópsia testicular para buscar um diagnóstico mais acurado da doença.

Este caso é único, haja vista que a literatura médica pesquisada até o momento descreve apenas uma situação de adolescente com idade de 13 anos acometido pela doença¹⁰. Visando que o tratamento conservador não é sempre a primeira escolha devido ao fato de que a ultrassonografia não tem ainda como diferenciar essa inflamação de um tumor, ressalta-se a importância de associar a ultrassonografia com a biópsia para ajudar no diagnóstico, principalmente naqueles casos em que o paciente é adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Said, S; Ali, A; Alobaidy, AK; Mojeeb, E; Al-Naimi, A; Shokeir, AA. Xantogranulomatous orchitis: review of the published work and report of one case. *Inter J Urol*, 2007; 14:452-4.
2. Carneiro, KS; Damião, R; Carrerette, FB. Orquiepididimites. *RBM*, 4 p. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=845&fase=imprime
3. Nishizawa, S; Hashimoto, S; Ishiyama, S; Tokue, A; Kanai, N. Granulomatous orchitis in a child. *B J U International*, 2000;85(6):776. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1046/j.0007\[dash\]1331.2000.01550.x](http://dx.doi.org/10.1046/j.0007[dash]1331.2000.01550.x)
4. Ragheb, D; Higgins, JL. Ultrasonography of the scrotum. Technique, Anatomy, and Pathology entities. *J Ultrasound Med*, 2002;21: 171-85.
5. Gorman, B; Carrol, BA. Bolsa escrotal. In: Tratado de ultra-sonografia diagnóstica. [ed.] Carol M Rumack, Stephanie R Wilson, William Charboneau, ed. assoc. Jo-Ann M Johnson. [Tradução Roberto Mogami]. RJ: Elsevier, 2006. Vol. 1. Págs. 849-88.
6. Wegner, He; Loy, V; Dieckmann, KF. Granulomatous orchitis - an analysis of clinical presentation, pathologic anatomic features and possible etiologic factors. *Eur Urol*, 1994;26(1): 56-60.
7. Pekindil, G; Hüsseyin Atakan, I; Kaya, E; Bilgi, S; Inci, O. bilatéral synchronous granulomatous orchitis gray-scale and colour Doppler sonographic findings. *Eur J Radiol*, 1999; 31(3): 201-3.
8. Akin, EA; Khati, NJ; Hill, MC. Ultrasound of the scrotum. *Ultrasound Q*, 2004; 20:181-200.
9. Peyrí Rey, E; Riverola Manzanilla, A; Cañas Tello, MA. Orquitis granulomatosa idiopática bilatéral. *Actas Urol Esp*, 2008;32(4): 461-3.
10. Repetto, P; Bianchini, MA; Ceccarelli, PL; Roncati, L; Durante, V; Biondini, D et al. Bilatéral xanthogranulomatous funiculitis and orchiepididymitis in a 13-year-old adolescent boy. *J Pediatr Surg*, 2012; 47: E33-5.