

Hematemeses como apresentação de tumor do testículo

Upper gastrointestinal bleeding – Clinical presentation of a testicular tumor

Isabel Sousa^{1*}, Joana Saiote¹, Gonçalo Ramos¹, Tiago Bilhim², Milena Mendes¹

RESUMO | A metastização de tumores do testículo para o retroperitôneo é uma causa rara de hemorragia gastrointestinal alta. Os autores descrevem o caso de um doente de 32 anos, com úlcera duodenal complicada com hemorragia como manifestação de tumor de células embrionárias não seminomatoso metastizado.

O diagnóstico de tumor testicular metastático deve ser considerado na presença de ulceração do delgado no indivíduo jovem do sexo masculino.

. *GE-J Port-Gastroenterol* 2012;19:39-41.

PALAVRAS-CHAVE: Metastização, tumores do testículo, hemorragia intestinal alta

Abstract | Metastases of testicular tumors to the retroperitoneum is a rare cause of upper gastrointestinal hemorrhage. The authors describe the case of a 32 years old patient, with a bleeding duodenal ulcer as a manifestation of metastatic embryonic cell non seminomatous tumor.

The diagnosis of metastatic testicular tumor should be considered in the presence of ulceration of the third portion of the duodenum in a young male.

. *GE-J Port-Gastroenterol* 2012;19:39-41.

KEY-WORDS: Metastases, testicular tumors, upper gastrointestinal hemorrhage

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 50% dos doentes com tumor de células germinativas do testículo apresentam-se com metástases ao diagnóstico. Além de metástases ganglionares, a disseminação à distância pode ocorrer para o fígado, pulmão e cérebro¹.

A metastização de tumores de células germinativas para o tracto gastrointestinal (GI) superior não é comum (< 5%) e a sua possibilidade relaciona-se com o tipo histológico da

neoplasia primitiva². Os tumores de células germinativas não seminomatosos disseminam mais frequentemente para o tracto GI superior do que os seminomas³.

Os locais de metastização mais comuns no tracto GI incluem o intestino delgado e o duodeno^{3,4}. O envolvimento duodenal pode ser silencioso ou manifestar-se por obstrução intestinal, volvus, invaginação ou hemorragia³. As hematemeses podem dever-se a implantes metastáticos na mucosa gástrica ou a nódulos retroperitoneais que erosionam para o duodeno¹.

Apesar da ulceração do intestino delgado por metastização de seminoma já ter sido reportada previamente, esta é muito rara^{2,5,6}. Os autores apresentam um caso de tumor do testículo que se apresenta com lombalgia e hemorragia digestiva alta.

CASO CLÍNICO

Doente 32 anos, sexo masculino, que recorre ao Serviço de Urgência em Fevereiro de 2009, por episódio de hematemeses, sem repercussão hemodinâmica ou laboratorial significativa (hemoglobina [Hb]: 12,6g/dL). Encontrava-se medicado com anti-inflamatórios não esteróides, por lombalgia com irradiação ao testículo direito, com ano e meio de evolução.

A endoscopia digestiva alta de urgência mostrou, na terceira porção do duodeno, úlcera de bordos elevados, com fundo de ponteados hematínicos (Figura 1 e 2). As biópsias foram negativas para neoplasia. Teve alta referenciado a consulta de Gastroenterologia e medicado com omeprazole, ferro oral e analgésico.

Após três semanas, por agravamento clínico (dor periumbilical de novo, distensão abdominal, aumento da intensidade da lombalgia) e laboratorial (Hb: 11,6 g/dL), foi internado no

¹Serviço de Gastroenterologia

²Serviço de Imagiologia

Hospital de Santo António dos Capuchos

*Autor para correspondência

Serviço de Gastroenterologia, Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hospital Santo

Morada: Avenida Santo António dos Capuchos, Lisboa

Telemóvel: +351 969 046 538

E-mail: misousa@netcabo.pt

Recebido para publicação: 23/12/2009 e Aceite para publicação: 28/11/2010



Figura 1 Coágulo aderente parede na 3ª porção do duodeno



Figura 2 Úlcera complicada de hemorragia na 3ª porção do duodeno

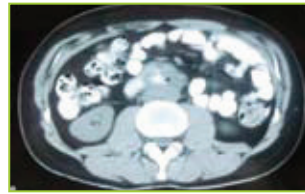


Figura 3 TC abdominal

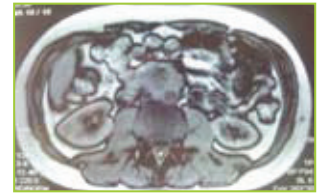


Figura 4 RM abdominal

Serviço de Gastrenterologia.

Fez tomografia computadorizada (Figura 3) e ressonância magnética abdominal (Figura 4) que mostraram lesão ocupando espaço retroperitoneal, envolvendo a terceira porção do duodeno, com líquido intralesional, sem planos nítidos de clivagem com os grandes vasos, em contacto com processo uncinado do pâncreas e empurramento dos vasos mesentéricos superiores. A ecografia escrotal revelou nódulo no testículo direito. Marcadores tumorais negativos (alfa-fetoproteína, beta-gonatotrofina corionica humana, Ca19.9, CEA). Desidrogenase láctica normal. A Eco-endoscopia alta (Figura 5 e 6) mostrou extensa lesão tumoral invadindo todas as camadas da parede duodenal, sem plano de clivagem com a aorta, bem como conglomerado adenopático para-aórtico. Efectou-se punção com obtenção de material para histologia e citologia, tendo-se identificado tumor de células embrionárias não seminomatoso, estágio IIc com Bulky disease (Figura 7 e 8). Foi submetido a orquiectomia direita radical cujo exame anatomopatológico revelou seminoma. Iniciou quimioterapia (cisplatina, bleomicina e etoposido). Realizou endoscopia digestiva alta após o terceiro ciclo de quimioterapia, verificando-se erosão ao nível da terceira porção do duodeno. Ao fim de oito meses, no final da quimioterapia (quatro ciclos, com cisplatina, bleomicina e etoposido) não apresentava lesões ao exame endoscópico. Actualmente encontra-se em remissão.

DISCUSSÃO

O cancro testicular é raro, correspondendo a 1 a 2 % de todos os tumores³. É o cancro mais comum em homens na 3ª e 4ª década de vida⁷. Os tumores de células germinativas representam 95% dos cancros testiculares⁸. Podem consistir num padrão histológico predominante, ou apresentar uma mistura de vários padrões histológicos. No que respeita a objectivos terapêuticos dividem-se em duas grandes categorias: seminomas puros e tumores de células germinativas não seminomatosos (que inclui carcinomas embrionários, teratomas, coriocarcinomas e carcinomas do seio endodérmico). Os seminomas representam metade dos tumores testiculares⁹.

A doença metastática é detectável à apresentação em cerca de 30% dos doentes com seminoma e em 50% dos doentes com tumores não seminomatosos⁹. As metástases ocorrem sobretudo para gânglios linfáticos para-aórticos, pulmões, fígado, osso e cérebro. Metástases com outras localizações são extremamente raras. Observam-se diferentes modos de disseminação, mas a

via directa, através de gânglios linfáticos retroperitoneais é mais frequente do que a via hematogénea⁴.

As metástases regionais do tumor testicular aparecem inicialmente nos gânglios retroperitoneais abaixo dos vasos renais. Os tumores testiculares direitos disseminam para os gânglios paracavos e retrocavos. A invasão e compressão do duodeno por metástases de gânglios linfáticos é uma complicação rara e é mais provável com os tumores testiculares com localização à direita. Os tumores testiculares esquerdos disseminam para os gânglios linfáticos em redor dos grandes vasos⁹.

As metástases gastrointestinais ocorrem em menos de 5% dos casos de cancro do testículo, sendo mais frequentes no coriocarcinoma. Embora sejam raras no seminoma metastático, existem vários casos descritos, talvez devido à sua maior incidência global.¹⁰

O segmento gastrointestinal mais envolvido é o duodeno, seguido do estômago, intestino delgado¹⁰, cego, cólon e esófago^{5, 11}. O envolvimento do duodeno por neoplasias testiculares metastáticas é atribuído à posição retroperitoneal das suas segunda, terceira e quarta porções, onde se localizam os gânglios linfáticos regionais do testículo (periaórticos e pericava)³. Num artigo de revisão por Sweetenham et al., foram descritos três casos de seminoma que metastizaram para o duodeno e estômago, tendo o sintoma predominante em todos os doentes sido dor abdominal e dorso-lombar intensa⁹.

Avanços terapêuticos importantes desde meados de 1970, fizeram com que os tumores testiculares se tornassem uma das neoplasias sólidas mais curáveis. Evidências radiológicas, serológicas e patológicas sugerem uma resposta significativa a quimioterapia neoadjuvante com cisplatina, seguida de remoção cirúrgica das massas residuais, sendo esta a sequência terapêutica apropriada no tratamento de doentes com cancro testicular metastático com envolvimento do tracto gastrointestinal^{18, 19}. Embora os regimes modernos de quimioterapia tenham taxas de sucesso elevadas no tratamento do seminoma metastático, alguns autores propuseram que os doentes com metástases intestinais pertençam a um grupo de alto risco^{4, 13}.

Quando se encontram complicações gastrointestinais (oclusão intestinal ou hemorragia maciça) torna-se necessária a intervenção precoce com ressecção cirúrgica do segmento envolvido. Este grupo de doentes com risco intermédio ou alto recebem tradicionalmente 4 ciclos de bleomicina,



Figura 5 Eco-endoscopia



Figura 6 Eco-endoscopia

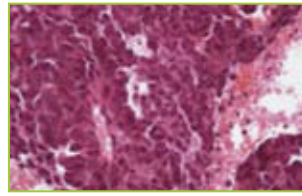


Figura 7 Exame histo-patológico coloração hematoxilina-eosina

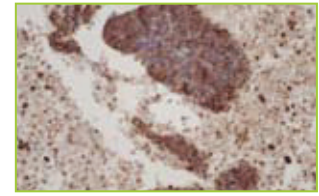


Figura 8 Marcação com Citoquímica coloração hematoxilina-eosina

ectoposido e cisplatina, apresentando 30 a 40 % fracasso na resposta duradoura¹³.

Embora outros cânceres como o melanoma, rim e estômago sejam mais comuns e metastizem mais frequentemente para o intestino delgado do que os tumores de células germinativas, este diagnóstico deve ser considerado quando se identifica uma lesão ulcerada no intestino delgado de um homem com idade entre os 15 e os 34 anos.

REFERÊNCIAS

1. Harikumar R, Harish K, Aravindan KP, Varghese Thomas; Testicular choriocarcinoma with gastric metastasis presenting as hematemesis; *Indian J Gastroenterol* 2004;23:223-224.
2. Brown RS, Yassin J, Hayne D, Colville C, Harland SJ, Payne HA, First report of an isolated jejunal seminoma: presentation with melaena and iron deficiency anemia, *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2001;13:455-457.
3. Sweetenham JW, Whitehouse JM, Williams CJ, Mead GM; Involvement of the gastrointestinal tract by metastases from germ cell tumors of the testis, *Cancer* 1988;61:2566-2570.
4. Chait M, Kurtz RC, Hajdu SI; Gastrointestinal tract metastases in patients with germ cell tumor of the testis, *Digestive Disease* 1978;23:925-928.
5. Johnson DE, Appelt G, Samuels ML, Luna M; Metastases from testicular carcinoma- Study of 78 autopsied cases, *Urology* 1976;8:234-239.
6. Miller TT, Mendelson DS, Wu LT, Halton KP; Seminoma of the testis presenting as an ulcerating mass of the duodenum, *Clinical Imaging* 1992;16:201-203.
7. Laguna MP, Pizzacaro G, Klepp O, Algaba F, Kisbeneck L, Leiva O, EAU Guidelines on Testicular Cancer, *Europ Urol* 2001;40:102-110.
8. Jemal A; Siegel R; Ward E; *et al*; Cancer statistics, 2008, *CA Cancer J Clin* 2008;58:71.
9. Vertakova Krakovska B, Usakova V, Hvizdakova A, Spanik S, Svec J; An unusual presentation of testicular cancer, *Bratish Lek Listy* 2008;109:576-579.
10. Jeffrey A. Leslie, Lloyd Stegemenn, Alexander R. Miller, Ian M. Thompson, JR; Metastatic Seminoma presenting with pulmonary embolus, inferior vena caval thrombosis, and gastrointestinal bleeding; *Urology* 62: 144xvii-144xviii, 2003.
11. Norda C, Fossaring SD, Giercksky KE; Gastrointestinal Presentation of Germ Cell Malignancy, *Europ Urol* 2000; 38: 721-724.
12. Thompson JL, Blute ML; Coffee ground emesis: rare presentation of testicular cancer treated with neoadjuvant chemotherapy, *Urology* 2004;64:376-377.
13. Ranko Miocinovic; Ronney Abaza; Testicular seminoma presenting with duodenal perforation: a case report; *Journal of Medical Case Reports* 2008;2:294.
14. Carver BS, Sheinfeld J; Germ cell tumors of the testis, *Ann SurgOncol* 2005; 12:871-880.
15. Walsh PC; *Campbell's Urology*, 8th ed. Philadelphia, Saunders. 2002: p. 2880-6.
16. Abrar Hayat, Kamaldine Oudjhane; Burned-out Testicular Germ Cell Tumor Mimicking Lymphoma, *Kuwait Medical Journal* 2006;38:235-237.
17. Vuky J, Bains M, Higgins G, et al; Role of post chemotherapy adjunctive surgery in the management of patients with nonseminoma arising from the mediastinum, *J Clin Oncol* 2001;19:682-688.
18. Einhorn, LH; Treatment of testicular cancer: a new and improved model, *J Clin Oncol* 1990; 8:1777.
19. Vuky, J, Tickoo, SK, Sheinfeld, J, et al; Salvage chemotherapy for patients with advanced pure seminoma, *J Clin Oncol* 2002; 20:297.