

CISTADENOMA MULTIQUÍSTICO DA PRÓSTATA – CASO CLÍNICO

PROSTATE MULTICYSTIC CYSTADENOMA – CASE REPORT

Andrea Furtado¹, Rita Féria², Alberto Silva³, Peter Kronenberg⁴, Cecília Alves⁵, Pepe Cardoso⁶

RESUMO

Os cistadenomas prostáticos são tumores raros e como tal pouco reportados na literatura. Descreve-se o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, com 48 anos de idade, assintomático e sem antecedentes pessoais do foro urológico, referenciado à consulta por PSA elevado e achado ecográfico de volumosa massa pélvica. A cistoscopia apresentava, estritamente, um abaulamento extrínseco da parede vesical póstero-inferior. Levou-se a cabo a excisão cirúrgica da massa tumoral e a sua análise anátomo-patológica caracterizou-a como cistadenoma multiquístico da próstata.

Palavras-chave: cistadenoma, próstata, PSA, excisão cirúrgica

ABSTRACT

Prostate cystadenoma are rare tumors and few times reported in the literature. Herein we report a clinical case of a 48 year-old man that comes to the urology office because of high PSA measurement. The patient had no symptoms, neither relevant past medical history. The ultrasound revealed a pelvic multicystic mass. The cystoscopy was negative for direct bladder involvement, revealing a extrinsic compression of lower and posterior walls. Open surgical excision took place and the histologic analyses diagnosed a prostate multicystic cystadenoma.

Key-words: cystadenoma, prostate, PSA, surgical excision

INTRODUÇÃO

O cistadenoma benigno da próstata é uma entidade anátomo-patológica bem definida mas de excepcional raridade. Foi nomeado primeiramente por Maluf em 1991¹. Assume como localização preferencial o plano próstato-vésico-rectal, é habitualmente multiloculado, podendo atingir grandes dimensões. A semiologia de apresentação será então decorrente da compressão de órgãos e estruturas vizinhas. A apresentação clínica mais frequente é a obstrução do aparelho urinário baixo, mas as alterações do trânsito intestinal também se encontram descritas. Trata-se de um tumor sem características malignas, nomeadamente sem perfil de invasão local ou à distância.

A cistoscopia demonstrou o abaulamento da parede póstero-inferior da bexiga. O estudo tomográfico computadorizado documentou uma volumosa massa retro e infra-vesical de estrutura heterogénea (multiquística), bem delimitada, com cerca de 20x15 centímetros, ocultando a visualização de vesículas seminais (figuras 1 e 2). A biópsia ecoguiada transrectal dirigida à massa retrovesical e à próstata, diagnosticou tecido prostático com algum grau de inflamação crónica e hiperplasia benigna.

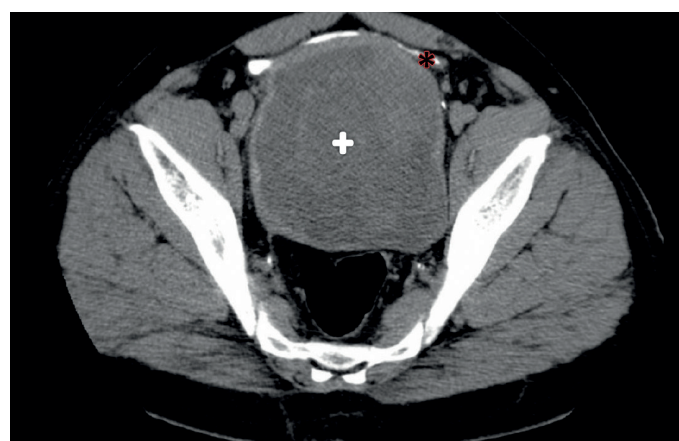


Figura 1 – TC corte axial * bexiga contrastada; + tumor multiquístico

CASO CLÍNICO

Um indivíduo do sexo masculino, 48 anos de idade, é referenciado à consulta de urologia por PSA (*prostate specific antigen*) elevado - 40.7ng/mL, e achado ecográfico de massa pélvica. O doente referia diminuição do jacto urinário e sensação de esvaziamento vesical incompleto. Não possuía antecedentes pessoais ou familiares a salientar. À palpação abdominal evidenciou-se uma massa hipogástrica de consistência elástica e indolor e ao toque rectal uma próstata com volume estimado de 30 gramas, sem características suspeitas.

¹ Interna de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ andrea.m.furtado@gmail.com

² Interna de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

³ Interno de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁴ Assistente de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁵ Assistente Graduado de Anatomia Patológica, Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁶ Assistente Graduado de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

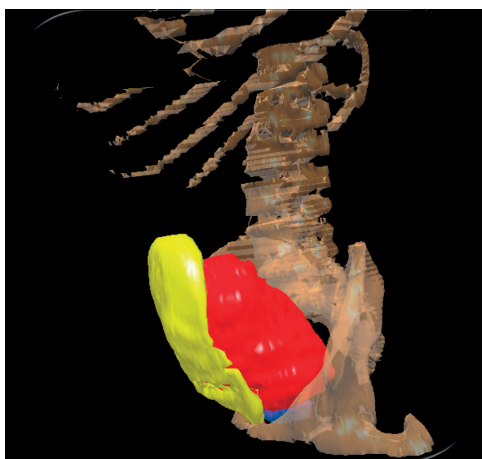


Figura 2 – Reconstrução 3D; representações: amarelo – bexiga, vermelho – tumor, azul – próstata

Procedeu-se à excisão cirúrgica completa, via laparotomia mediana infra-umbilical pré-peritoneal (figuras 3 e 4). O procedimento consistiu na abordagem retro-vesical do tumor, cateterização ureteral bilateral profilática (aberta), isolamento e dissecação fina para estabelecimento de planos entre o tumor e os restantes órgãos pélvicos e excisão completa do mesmo com preservação prostática. Na cirurgia e no pós-operatório não se registaram intercorrências.

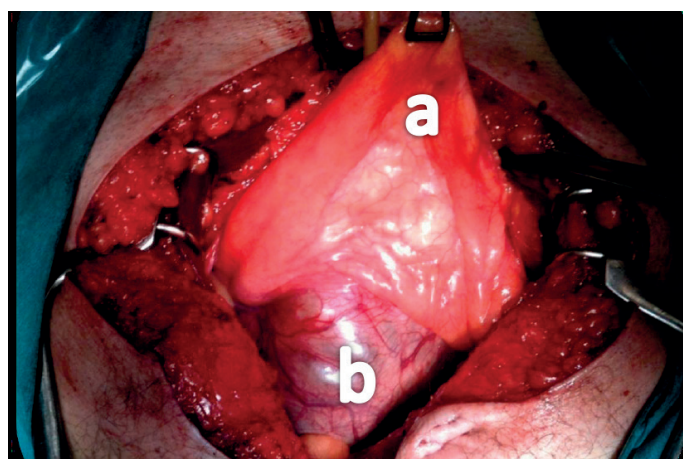


Figura 3 – Intra-operatório: a – bexiga, b - tumor

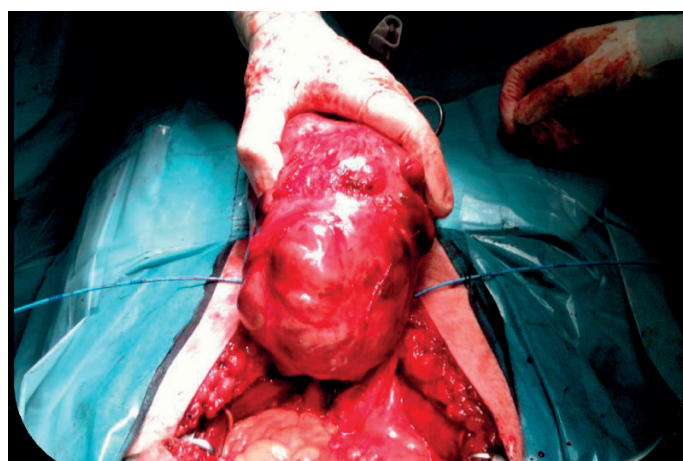


Figura 4 – Intra-operatório: mobilização tumoral

A análise histológica da peça operatória concluiu ser um cistadenoma multiloculado da próstata, focos de PIN (*prosta-*

te intraepithelial neoplasia) de alto e baixo grau (figuras 5 e 6) e áreas inflamatórias inespecíficas.

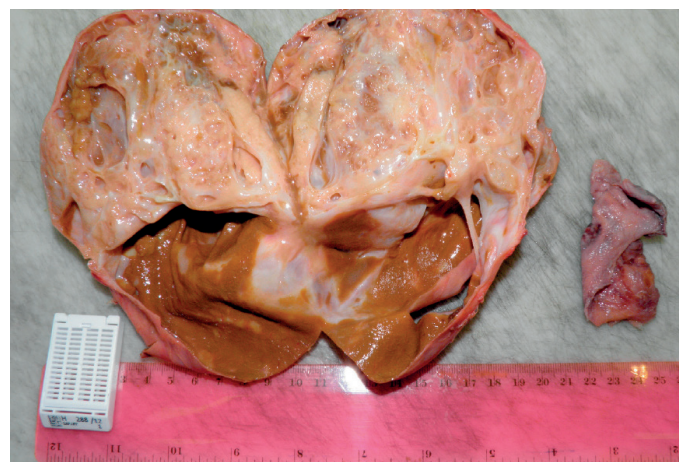


Figura 5 – Peça operatória- Tumor com 13,5 cm de maior eixo predominantemente quístico

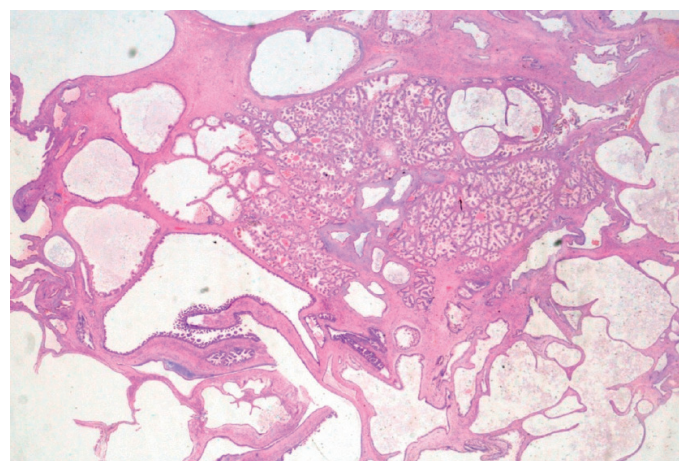


Figura 6 – HE 2X Tumor predominantemente quístico e estroma hipocelular

Ao segundo mês de pós-operatório o valor de PSA era de 1.2ng/mL. Passados 24 meses de seguimento, o doente mantém-se assintomático, com valores de PSA estacionários e sem recidiva pélvica. A biópsia prostática realizada 6 meses após a cirurgia, foi negativa para células neoplásicas.

DISCUSSÃO

Os cistadenomas prostáticos são tumores raros, com origem habitual na glândula prostática e têm comportamento benigno. Apresentam-se frequentemente com sintomas do aparelho urinário baixo e podem afectar indivíduos do sexo masculino entre os 28 e os 80 anos¹⁻⁹. Os exames de imagem são método fundamental para o seu diagnóstico.

No que respeita ao diagnóstico diferencial este faz-se com entidades tais como: hiperplasia benigna prostática quística, sarcomas ou leiomiomas prostáticos, quisto hidático, quistos do utrículo, dos ductos ejaculadores, dos canais deferentes ou das vesículas seminais, mesotelioma pélvico, teratoma, linfangioma e adenocarcinoma prostático quístico, cistadenocarcinoma e prostata ectópica^{7,8}.

Do ponto de vista histológico caracteriza-se pela existência de glândulas dilatadas com dupla camada de células uma interna cubóide a cilíndrica (que marcam positivamente para PSA) e outra externa de células basais (que marcam

positivamente para CK903) num estroma hipocelular.

O tratamento consiste na excisão cirúrgica completa do tumor. Apesar do seu comportamento benigno há alguns casos descritos de recorrência quando incompletamente excisados⁷.

Outra discussão se impõe face à documentação histológica de PIN (*prostate intraepithelial neoplasia*) de alto grau. PIN é o termo utilizado para relatar ácinos e ductos prostáticos com arquitetura benigna, com preservação da camada basal, mas com atipia celular. Esta entidade pode ser considerada uma lesão pré-maligna para o adenocarcinoma prostático (CaP). Esta dedução alicerça-se no facto de se observarem mais focos de PIN em próstatas com adenocarcinoma do que naquelas livres de malignidade. Quanto mais extensas as áreas de PIN maior a frequência de adenocarcinoma multifocal, ambas as lesões (PIN e adenocarcinoma) encontram-se preferencialmente na zona periférica e partilham biomarcadores e alterações moleculares. A evidência adianta, também, que a alteração do gene *TMPRSS2-ERG* se verifica em 20% das PIN e em 50% dos adenocarcinomas. Estudos realizados sobre a incidência em biópsia de PIN têm variações de resultados entre os 0 e os 25%, com um valor médio de 7,6%.

A independência desta neoplasia intraepitelia face ao PSA e toque rectal também foi verificada e o tempo que dista entre o diagnóstico de PIN e CaP ainda está por estabelecer¹⁰. As recomendações norte-americanas são de re-biópsia entre 3 a 6 meses pós diagnóstico de PIN alto grau - *American Urological Association (AUA, 2000) and National Comprehensive Cancer Network (Scardino, 2005)*; as europeias são omissas¹¹.

CONCLUSÕES

O cistadenoma multiquístico da próstata é um tumor benigno raro, cursando habitualmente, devido ao seu grande volume, com sintomas obstrutivos. Só a excisão cirúrgica completa pode tratar a doença. Este caso reúne particularidade pela ausência de sintomas, significativa elevação de PSA e pela existência de PIN na peça operatória - condições que levantam questões respeitantes a prognóstico e seguimento deste doente. O doente mantém-se assintomático, sem recidiva da doença nem malignidade prostática.

BIBLIOGRAFIA

1. Watanabe J, Konishi T, Takeuchi H, Tomoyoshi T. A case of giant prostatic cystadenoma. *Hinyokika Kiyo*. 1990; 36:1077-9.
2. Maluf HM, King ME, DeLuca FR, Navarro J, Talerman A, Young RH. Giant multilocular prostatic cystadenoma: a distinctive lesion of the retroperitoneum in men. A report of two cases. *Am J Surg Pathol*.1991;15:131-5.
3. Lim DJ, Hayden RT, Murad T, Nemcek AA Jr, Dalton DP. Multilocular prostatic cystadenoma presenting as a large complex pelvic cystic mass. *J Urol*. 1993; 149:856-9.
4. Levy DA, Gogate PA, Hampel N. Giant multilocular prostatic cystadenoma: a rare clinical entity and review of the literature. *J Urol*. 1993; 150:1920-2.
5. Kirsch AJ, Newhouse J, Hibshoosh H, O'Toole K, Ritter J, Benson MC. Giant multilocular cystadenoma of the prostate. *Urology*. 1996; 48:303-5.
6. Seong BM, Cheon J, Lee JG, Kim JJ, Chae YS. A case of multilocular prostatic cystadenoma. *J Korean Med Sci*.1998;13:554-8.
7. Matsumoto K, Egawa S, Iwabuchi K, Baba S. Prostatic cystadenoma presenting as a large multilocular mass. *Int J Urol*. 2002; 9:410-2.
8. Moinzadeh A, Hamawy K, Larsen C. Giant multilocular cystadenoma of the prostate. *Am J Roentgenol*. 2002;179: 1477-9
9. Allen EA, Brinker DA, Coppola D, Diaz JI, Epstein JI. Multilocular prostatic cystadenoma with high-grade prostatic intraepithelial neoplasia. *Urology*. 2003;61:644.
10. Datta MW, Hosenpud J, Osipov V, Young RH. Giant multilocular cystadenoma of the prostate responsive to GnRH antagonists. *Urology*. 2003;61:225.
11. Wein AJ, Kavoussi LR; Campbell-Walsh Urology, 10th ed., Saunders Elsevier 2011, Ch. 96, 97.