

FUSÃO ESPLENOGONADAL COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASSA TESTICULAR EM PACIENTE ADULTO

Marcos Barbosa¹, Thomaz de Oliveira Protti², Sara Carolina Oliveira¹, Kassio Covre¹, Pedro Torres Pinheiro¹, Marcos Figueiredo Costa¹

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA - UFV

INTRODUÇÃO

No desenvolvimento embrionário, por volta da 5ª a 8ª semana, há uma proximidade entre células que originam o baço, as gônadas ou derivados de estruturas do mesonefro. Por mecanismos ainda desconhecidos essas estruturas podem aderir-se dando origem a uma condição rara denominada fusão esplenogonadal.¹ Com o desenvolvimento normal do testículo e sua descida até o escroto, o tecido esplênico ectópico é levado junto. Essa malformação congênita foi descoberta pelo patologista Eugen Bostroem em 1883, mas somente em 1889 que Pommer a descreveu.¹

Em 1955 Putschar e Manion², classificou a fusão esplenogonadal em dois grupos:

- Tipo contínuo - há uma conexão anatômica direta entre o baço e a gônada via cordão espermático (chamado cordão esplênico, é a forma mais comum de apresentação compreendendo aproximadamente 70% dos casos);
- Tipo descontínuo - há perda de continuidade entre o tecido acessório do baço com o baço normal. Nesse tipo, o tecido do baço cria unidades capsuladas conectadas aos testículos ou epidídimo.

A fusão esplenogonadal na maioria das vezes passa despercebida, sendo descoberta acidentalmente na correção de uma hérnia inguinal ou, quando avaliadas no exame físico, se passam por lesões testiculares suspeitas.

OBJETIVO E MÉTODOS

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso suspeito de neoplasia testicular que levou o paciente a uma orquiectomia, e indagar condutas menos mórbidas para os pacientes portadores de tumores testiculares.

A coleta de dados foi realizada através de revisão do prontuário ambulatorial e hospitalar.

RESULTADOS

Trata-se de um paciente de 39 anos, branco, masculino, previamente hígido, procura urologista com queixa de disfunção erétil, ejaculação precoce e desejo de realizar vasectomia.

Ao exame físico foi palpada nodulação em epidídimo esquerdo, aderida a testículo ipsilateral. Para investigar suspeita de um tumor maligno do testículo, os biomarcadores foram solicitados, no entanto obteve níveis normais de LDH, Beta-HCG e alfafetoproteína conforme tabela abaixo.

Exames	Valor Sérico	Valor de referência
LDH	152 U/L	Inferior a 500 U/L
Beta-HCG	Inferior a 0.1 mUI/mL	< 3,0 mUI/mL
Alfafetoproteína	3.3 ng/mL	Até 8,1 ng/mL

USG Doppler de escroto evidencia nódulo sólido e irregular no testículo esquerdo, bem vascularizado e de natureza a esclarecer, medindo 1,5 x 1,4 x 1,2 cm.

De posse desses resultados, a cirurgia imediata foi proposta pela equipe de Urologia.

Paciente antes consultado quanto ao desejo de congelamento de espermatozoides, o mesmo rechaça devido interesse atual em realizar vasectomia.

Submetido então a orquiectomia radical inguinal esquerda, sem intercorrências, com boa evolução em pós operatório. Anatomopatológico descreve tumoração intratesticular com histologia de baço (vide figuras 1 e 2 abaixo), favorecendo fusão esplenogonadal, o mesmo diagnóstico confirmado com estudo imuno-histoquímico.

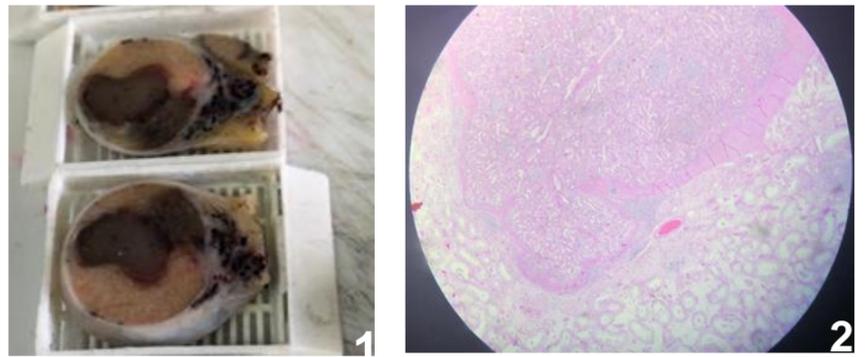


Figura 1: Cassetes com macroscopia testicular evidenciando tumoração vinhosa correspondendo a tecido esplênico. Figura 2: Corte histológico ao microscópio mostrando dois tipos de tecidos: um mais denso (esplênico) e outro com aspecto glandular, correspondendo aos túbulos seminíferos do testículo.

Vasectomia realizada 7 meses após, sem intercorrências. Opta por não colocar prótese testicular.

DISCUSSÃO

A fusão esplenogonadal é uma anomalia congênita, mais comum em homens e preferencialmente do lado esquerdo. A explicação para a maior incidência no sexo masculino deve-se ao fato de os testículos estarem externos à cavidade abdominal, enquanto que os ovários assumem uma posição interna, levando a acreditar em subnotificação de casos na população feminina.¹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância de procurar um urologista para exame de rotina ou quando na detecção de massas testiculares pelo próprio paciente faz-se necessário investigar com exames complementares com o objetivo de descartar neoplasias. É também imprescindível que o urologista considere a hipótese de fusão esplenogonadal no intuito de preservar o paciente de uma orquiectomia por uma condição indiscutivelmente benigna. Levando em conta a possibilidade desse diagnóstico, carece de recomendações na literatura e critérios consolidados de indicação de amputação testicular, procedimento desnecessário em até 37% dos casos descritos.⁴

REFERÊNCIAS

1. Suthar KD, Mewada BN. Splenogonadal fusion - A review of rare anomaly. *Int J Med Sci Public Health* 2013; 2:16-19
2. PUTSCHAR WG, MANION WC. Splenicgonadal fusion. *Am J Pathol.* 1956;32(1):15-33.
3. Cirillo RL Jr, Coley BD, Binkovitz LA, Jayanthi RV: Sono graphic findings in splenogonadal fusion. *Pediatr Radiol*, 1999; 29: 73-75.
4. Varga I, Babala J, Kachlik D. Anatomic variations of the spleen: current state of terminology, classification, and embryological background. *Surg Radiol Anat.* 2018;40(1):21-9