

Doenças do testículo, epidídimo e vias urinárias

Pênis

As alterações mais comuns são as alterações de abertura da uretra: epispádia e hipospádia. Podem estar associadas à criptoquirdia.

Válvulas uretrais e uretra posterior também podem dar origem a grandes extensões vesicais intra-utero, refluxo vesico-ureteral, etc.

Também em relação ao pênis deve-se lembrar das DST:

Cancro duro (sífilis primário): lesões papulosas que surgem dias-semanas após contato.

Lesões condilomatosas em paciente promíscuos: granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, condiloma acuminado → lesões verrucosas e ulceradas.

Lesões dermatológicas: o que foi discutido de líquen escleroso e crônico simples para simples são descritos no pênis, em incidência menor.

Em relação ao HPV, na região do escroto existe uma forma de lesão caracterizada por lesões papulosas: podem estar em glândula, corpo do pênis. Papulose Bowenóide (lembra a Doença de Bowen que é o carcinoma in situ na pele). São pápulas múltiplas de cor escura.

Carcinoma de células escamosas do pênis

Parte mais importante da aula.

Não são raros, apesar de terem frequência diminuída.

Ocorre em pacientes adultos e idosos, em níveis sócio-econômicos baixos.

Pacientes costumam ter redundância de prepúcio, alguns possuem fimose e dificuldade de exteriorização da glândula e com acúmulo de sujeira, restos celulares, proliferação bacteriana, no suco balano-prepucial em contato com a glândula.

Um fator de risco importante é a higiene deficiente com retenção de substâncias carcinogênicas, especialmente do esmegma.

Outra causa de não pode ser esquecida é a infecção por HPV (em mais de 50% dos casos acaba se isolando DNA viral nas células da neoplasia).

São cânceres de crescimento, lento e insidioso.

Costuma haver mistura de lesões vegetantes e ulceradas. Costumam infiltrar e se estender a corpos esponjosos e cavernosos. Quanto mais infiltrativa a lesão, pior o PX, uma vez que há maior chance de MT.

Em mais de 80% dos casos ocorre na glândula.

Se o DX for precoce, a ressecção pequena (com bordas de segurança pequena) pode ser curativa. Quando a lesão é grande, a amputação do pênis pode ser necessária.

A carcinogênese segue a carcinogênese de células escamosas de qualquer outro local.

Em menos de 10% dos casos atinge o corpo do pênis.

MT para linfonodos inguinais e por via hematogênica para pulmões e etc.

Não é raro fazer o mesmo percurso que os ca de vulva: para cadeia obturadora, depois produzirem obstrução urinária (que leva mais a óbito do que a neoplasia disseminada).

Ca verrucoso: são muito mais vegetantes do que infiltrativos. São menos comuns do que os infiltrativos usuais.

Infecções uretrais

A maioria das uretrites são por agentes sexualmente transmissíveis.

Os mais comuns são: gonococo, clamídia e cândida (especialmente em imunodeprimidos).

Caracterizam-se por exsudação neutrofílica, sem aspectos especiais importantes.

Clínica de fluxo uretral.

Testículos

Pacientes com uretrites agudas graves, que se estendem a prostatites e cistites, podem ter orqui-epididimite aguda purulenta.

As orquites agudas virais envolvem a caxumba. O vírus da caxumba que acomete a parótida apresenta tropismo por células gonadais. Essas orquites normalmente são auto-limitadas e se curam espontaneamente. Somente os casos mais graves conduzem à infertilidade.

As orquites granulomatosas envolvem pacientes com TB genito-urinária miliar e com hanseníase na forma Virchowiana e com orquites não específicas por granulomas que envolvem secreções.

As inflamações graves dos testículos concorrem para infertilidade.

Tumores dos testículos

Até a classificação dos tumores de ovários é semelhante à dos testiculares. Uma diferença fundamental é que nos ovários as neoplasias epiteliais correspondiam ao grupo de maior prevalência, nos testículos são de menor prevalência. As neoplasias de células germinativas são campeãs nos testículos.

Massa intratesticular (avaliada por US) deve-se pensar em neoplasias de células germinativas. Destas, a mais comum é o seminoma.

Seminoma clássico

Rara em crianças, comum em adultos jovens. Caracteriza-se por nódulos que pode ocupar todo o parênquima testicular e se estender à albugínea e até cordão espermático.

Crescimento é variável, inicialmente indolor, quase sempre assintomático.

Trata-se de uma neoplasia maligna que pode metastatizar precocemente e o faz usualmente para os linfonodos retroperitoneais e depois pulmões.

Nódulo brancacento, branco-amarelado, com ou sem necrose/hemorragia.

Algumas vezes pode tomar todo parênquima testicular e quando distende a cápsula pode produzir dor.

Este tumor é extremamente radio e quimiosensível. Portanto é de bom prognóstico, mesmo com MT para linfonodos retroperitoneais. Quando está com MT acima do diafragma, o PX piora bastante.

Não se faz biópsia de lesões testiculares. Hipótese DX de neoplasia testicular, indica-se a orquiectomia.

Lembra muito o disgerminoma de ovário.

Histologia: célula germinativas imaturas, com estroma fibroso.

Seminoma espermatocítico: raro e comum no testículo do idoso. Apresenta padrão diferente e prognóstico melhor. Praticamente não metastatiza e é considerado quase um pólo benigno, mas conceitualmente, como disgerminoma, é sempre maligno.

Teratomas

Tumor de células germinativas com diferença em relação aos teratomas ovarianos.

Aqui também são divididos em maduros (sem tecido embrionário) ou imaturos, mas os teratomas maduros quando acometem pacientes na pós-puberdade (12 anos) são considerados malignos.

Os teratomas imaturos são sempre malignos.

Teratomas: neoplasia de origem em célula totipotente com diferenciação em mais de um folheto embrionário.

No testículo não é comum o padrão cisto-dermóide (cavidade cística com grande diferenciação ectodérmica – pele, sebo, pêlos), como ocorre nos ovários

Nos testículos é comum o tumor ser misto: porção teratoma e outra porção de células germinativas (seminoma, carcinoma embrionário, coriocarcinoma).

Carcinoma embrionário

Claramente maligno, MT frequentemente para linfonodos de retroperitônio e pulmão e outros órgãos.

Tumores de células derivada do estroma e cordões sexual

Tumor de Células de Leydig

Acomete pacientes em idade variável, mas na infância os pacientes apresentam puberdade precoce isomórfica.

Usualmente é acastanhado ou enegrecido e constituído por células de Leydig (como visto nos ovários).

As células de Leydig apresentam um Cristal de Reinke.

Existem tumores de células da granulosa no testículo (embora normalmente essas células não existem normalmente), tumores fibrosos e etc.

Linfomas primários de testículos

Normalmente LNH de alto grau.

Infiltração intersticial do testículo por linfócitos neoplásicos e os túbulos preservados.

Testículo pode ser sede de metástases.

Ex. melanoma metastático.

EPIDÍDIMO

Sede incomum de tumores, mas é importante lembrar dos tumores adenomatóide (o tumor mais comum da trompa é um mesotelioma chamado de tumor adenomatóide, assim como no epidídimo).

Outro tumor que merece destaque é o cistoadenoma papilífero que tem relação com pacientes com síndrome de Von-Lindal-Hindal (vasculares retinianos, h....

VIAS URINÁRIAS

Malformações não são raras.

As mais comuns são as anomalias de ureter: bífido ou duplicação. Normalmente são assintomática ou sem importância.

Todavia, se há qualquer alteração do trajeto ou da forma do ureter que gere represamento de urina pode haver hidronefrose que facilita as pielonefrites.

Outra mal-formação é a extrofia vesical caracterizada pela abertura da bexiga na parede anterior do abdome. A bexiga se comunica com o meio externo. Quadro grave acompanhado de outras mal-formações. Nos pacientes com possibilidade de tratamento cirúrgico, depois de algum tempo essas bexigas apresentam metaplasia glandular com alto índice de adenoca.

Cistites

As inflamações na mucosa vesical usualmente são de natureza infecciosa.

As cistites agudas infecciosas caracterizam-se por dor pélvica, ardência miccional, urgência miccional, polaciúria, a urina pode estar turva ou não, hematúria ou não.

Muito mais comuns em mulheres que possuem uretra menor.

O tratamento usual é muito líquido, ATB, AINES.

Nas gestantes constituem quadro grave, tanto para mãe quanto para feto.

Existem outras causas de cistites agudas, especialmente drogas.

As cistites específicas, como a por TB, com inflamação granulomatosa.

As cistites crônicas envolvem duas de destaque:

Cistite intersticial: quadro de dor pélvica persistente, bem mais comum em mulheres de meia idade. Caracteriza-se por mucosa de aspecto avermelhado, com vasos dilatados (glomerulóides) e infiltrado inflamatório de intensidade variável e que usualmente contém muitos mastócitos. Causa freqüente de queixa do sexo feminino. A patogênese é desconhecida.

Malacoplaquia: quadro bem menos comum. É uma resposta inflamatória atenuada/deficiente que acaba produzindo exsudato com aspecto próprio contra infecções por gram-negativos (E. coli ou Proteus). É mais comum em pacientes imunodeprimidos. Desenvolvem-se lesões pseudo-tumorais ou placas cuja maior preocupação é o DD com carcinomas vesicais.

Pode ser observada em outros locais do trato genito-urinário.

Neoplasias de bexiga

A grande maioria é de neoplasia epitelial.

É uma doença do mundo industrializado.

Nas suas fases iniciais são assintomáticas.

Um sinal importante é a hematúria (macro ou micro).

Pacientes com hematúria e sem uma causa específica (litíase urinária, por exemplo) deve despertar a possibilidade de neoplasias urinárias (bexiga, ureter e pelve e uretra).

As neoplasias da bexiga são de células transicionais, chamadas de neoplasias uroteliais.

Desses tumores de células transicionais tem-se dois grandes caminhos:

- Conjunto de lesões que se iniciam como não invasivas (e que podem invadir posteriormente) que se caracterizam por lesões papilares de crescimento vegetante. Essas lesões possuem poucas atipias nucleares e quando infiltram não o fazem profundamente. São as neoplasias uroteliais de baixo grau.

Existem a lesão urotelial papilar de baixo potencial de malignidade: já é neoplásico, mas é o extremo menos agressivo ou de menor risco. Que é seguida pelo carcinoma urotelial papilar de baixo grau. A medida que as atipias se tornam mais intensas trata-se do carcinoma urotelial papilar de alto grau.

- Conjunto de lesões planas ou discretamente elevadas com atipias mais significativas e que são mais infiltrativas. A lesão plana é o carcinoma in situ e as lesões invasivas constituem o carcinoma de células uroteliais de alto grau.

O carcinoma in situ não é papilar e as atipias são presentes em todo o epitélio.

O represamento de urinário pode dar origem a infecção secundária subjacente, pielonefrite e até perda renal. A região trigonal é a mais acometida porque é aí que os diversos carcinógenos ficam maior tempo em contato com o epitélio da mucosa.

As neoplasias uroteliais são multicêntricas (multifocais), daí o grande índice de recidiva.

O divisor de águas em relação ao PX é a invasão da musculatura detrusora. Se há invasão o PX é sombrio.

As lesões seguem um caminho que passam por um epitélio hiperplásico, lesões de baixo potencial de malignidade, de baixo grau, de alto grau, e a medida que aprofundam, especialmente quando alcançam o músculo detrusor, pioram o px e perdem característica de lesão papilar.

A espessura máxima de um epitélio normal é de sete camadas. A partir de 7 células esse epitélio ou é hiperplásico ou neoplásico. A medida que o epitélio fica mais espesso, tende a ficar mais atípico.

Independente de ser papilar ou in situ, o câncer tende a invadir. A invasão de lâmina própria não preocupa muito, mas quando alcança a musculatura detrusora o PX piora muito.

A bexiga também possui ca de células escamosas e adenocarcinomas primários que podem ou não ser originados do úraco. Quando é do ápice vesical (próximos das artérias umbilicais) deve ser de úraco. Mais baixo, deve ser decorrente de área de metaplasia glandular do epitélio vesical.

Os casos de ca de bexiga relacionados com o S. hametobium são mais comum de serem escamosos.