

Exérese Videolaparoscópica da Vesícula Seminal em Paciente com Síndrome de Zinner: Relato de Caso

Laparoscopic Excision of Seminal Vesicle Cyst in Patient with Zinner's Syndrome: A Case Report

Autores: Derks YM¹, Rebouças RB²

1: Estudante de graduação em Medicina da UFPB;

2: Urologista e professor da FCM-PB.

RESUMO

Introdução: A síndrome de Zinner é uma malformação congênita rara que consiste em agenesia renal, cisto na vesícula seminal ipsilateral e obstrução do ducto ejaculatório. Os sintomas geralmente surgem entre a segunda e terceira década de vida, quando coincide com o início da vida sexual ativa, fazendo com que o cisto aumente de tamanho a ponto de causar sintomas. Um dos tratamentos definitivos do cisto da vesícula seminal é a cirurgia laparoscópica, que possui inúmeros benefícios, dentre eles: ser menos invasiva, menor morbidade pós-operatória e retorno mais rápido às atividades laborativas. O objetivo do presente trabalho é relatar o diagnóstico e tratamento cirúrgico laparoscópico de um cisto na vesícula seminal em um paciente portador da síndrome de Zinner. **Relato de caso:** Paciente de 28 anos procurou auxílio médico com queixa de desconforto perineal após a ejaculação há 10 anos. Ao toque retal, apresentou lesão cística, móvel e discretamente dolorosa na topografia da vesícula seminal esquerda. A ressonância nuclear magnética abdominopélvica revelou agenesia renal esquerda e formação cística na vesícula seminal ipsilateral. Foi realizada cirurgia laparoscópica para exérese da vesícula seminal esquerda, havendo posterior melhora do quadro clínico. **Comentários:** Dessa forma, concluímos que, no paciente do presente estudo, a excisão laparoscópica da vesícula seminal mostrou-se como método efetivo e minimamente invasivo. Os benefícios em termos de menor morbidade cirúrgica, menor tempo de hospitalização e retorno precoce às atividades apontam esta abordagem como padrão de tratamento para esta rara patologia.

Descritores: vesículas seminais, rim, anormalidades, laparoscopia.

ABSTRACT

Introduction: The Zinner's syndrome is a rare congenital malformation that consists of renal agenesis, ipsilateral seminal vesicle cyst and ejaculatory duct obstruction. Symptoms usually appear between the second and third decade of life, when it coincides with the onset of sexual activity, causing the cyst increases in size to cause symptoms. One of the definitive treatments of seminal vesicle cysts is laparoscopic surgery, which has numerous benefits, including: being less invasive, less postoperative morbidity and faster return to work activities. The aim of this study is to report the diagnosis and laparoscopic surgery for a seminal vesicle cyst in a patient with Zinner's syndrome. Case report: Patient 28 years sought medical attention complaining of perineal discomfort after ejaculation for 10 years. The digital rectal examination revealed a cystic lesion, mobile and discreetly painful in the topography of left seminal vesicle. Abdominopelvic MRI revealed left renal agenesis and cystic formation in the ipsilateral seminal vesicle. We performed laparoscopic surgery for removal of seminal vesicle, with subsequent clinical improvement. Comments: Thus, we conclude that, in the patient in this study, laparoscopic excision of seminal vesicle showed up as a minimally invasive and effective method. The benefits in terms of less surgical morbidity, shorter hospital stay and earlier return to activities suggest this approach as a standard treatment for this rare disease.

Descriptors: seminal vesicles, kidney, abnormalities, laparoscopy.

INTRODUÇÃO

Os cistos na vesícula seminal estão, em dois terços dos casos, relacionados com agenesia ou displasia renal e inserção ectópica do ureter¹. Esta associação junto à obstrução do ducto ejaculatório caracteriza a Síndrome de Zinner, descoberta no ano de 1914².

Esta síndrome é considerada uma malformação congênita rara, sendo sua incidência difícil de ser determinada. Segundo Sheih (1990) citado por Pereira (2009), em estudo realizado na cidade de Taipei (Taiwan), apontou uma frequência aproximada da patologia em questão de 0.00214%³.

Sua etiologia está atrelada a uma anomalia no desenvolvimento da porção distal do ducto mesonéfrico ou de Wolff do embrião, entre a quarta e décima terceira semana de gestação².

As manifestações clínicas são múltiplas e inespecíficas. O paciente pode ser assintomático ou possuir sintomas decorrentes do aumento do volume do cisto e compressão de estruturas adjacentes⁴. Todavia, devido ao uso frequente de métodos de diagnóstico por imagem para diversas finalidades, a maioria dos casos da síndrome tem seu diagnóstico incidental^{2,5}.

As alternativas terapêuticas existentes para cisto na vesícula seminal sintomático são inúmeras. A aspiração transuretral, aspiração transretal e ressecção transuretral do ducto ejaculatório são opções menos invasivas, porém estão associadas a um maior risco de recorrência e infecção do cisto. O tratamento de maior sucesso consiste na excisão cirúrgica da vesícula seminal⁶.

Devido à evolução dos materiais cirúrgicos videolaparoscópicos e aperfeiçoamento dos profissionais da área, a excisão laparoscópica do cisto tem sido uma técnica bem sucedida⁷.

Dessa forma, o presente estudo visa relatar o caso de um paciente que recebeu o diagnóstico de Síndrome de Zinner e foi submetido à exérese laparoscópica da vesícula seminal.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 28 anos, procurou auxílio médico com a queixa de desconforto perineal após ejaculação há 10 anos, com piora progressiva do quadro. Referiu também disfunção erétil e perda da libido com início há seis meses. O exame físico da região abdominal e da genitália estava normal, os ductos deferentes foram palpados bilateralmente. Ao toque retal, apresentou próstata de tamanho normal, de consistência fibroelástica; e lesão cística, móvel e discretamente dolorosa na topografia da vesícula seminal esquerda.

A análise do espermograma mostrou uma diminuição no volume ejaculado (1,2 ml) e número reduzido de espermatozoides (9,2 milhões de espermatozoides por mililitro), além de 0% de motilidade. Ultrassonografia da bolsa escrotal estava normal, e a ultrassonografia transretal mostrou vesícula seminal esquerda com dimensões levemente aumentadas em relação à direita, apresentando imagens císticas de permeio, a maior medindo 1,4x 0,9 cm (Figura 1). A ressonância magnética de abdome e pelve revelou formação expansiva de padrão cístico, de contornos circunscritos, bem definidos, medindo cerca de 1,1 cm, localizada junto a emergência dos ductos seminais, de conteúdo hipointenso em T2 e hiperintenso em T1, determinando uma compressão sobre o ducto espermático esquerdo (Figura 2); agenesia renal e ureteral esquerda, com o rim direito vicariante.

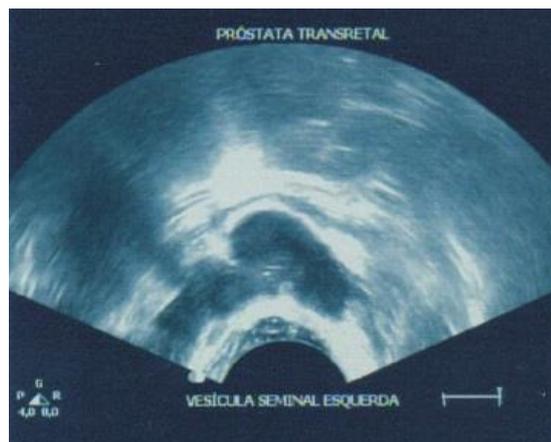


Figura 1 - Ultrassonografia transretal com imagens císticas de permeio

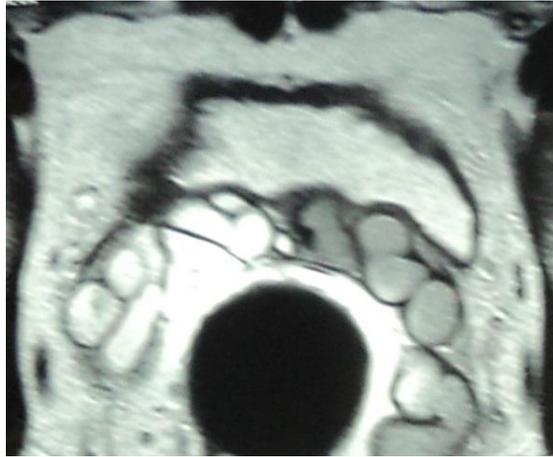


Figura 2 – Ressonância magnética da pelve mostrando cisto na vesícula seminal esquerda

Em vista da história clínica, exame físico e exames complementares, o diagnóstico de síndrome de Zinner foi constatado.

O paciente já tinha sido submetido a outras modalidades terapêuticas, como a ressecção transuretral do ducto ejaculatório há oito anos e aspiração do cisto na vesícula seminal por via transretal há um ano, porém sem melhora definitiva do quadro clínico e recorrência do cisto nas duas ocasiões.

Portanto, optou-se pela excisão videolaparoscópica da vesícula seminal esquerda como tratamento definitivo.

Técnica Cirúrgica:

Sob anestesia geral, o paciente foi colocado em posição de Trendelenburg. Realizada incisão umbilical de 10mm e confecção de pneumoperitônio fechado. Foram inseridos mais três trocartes de 5mm, localizados em posições equidistantes entre o umbigo e o púbis, e entre o umbigo e as cristas ilíacas bilateralmente. Após incisão do peritônio retrovesical, o ducto deferente esquerdo foi identificado, dissecado medialmente à ampola e usado como guia para chegar até a vesícula seminal (Figura 3). A mesma foi totalmente dissecada até a sua base e ressecada. A peça foi retirada em bolsa plástica pela incisão umbilical.

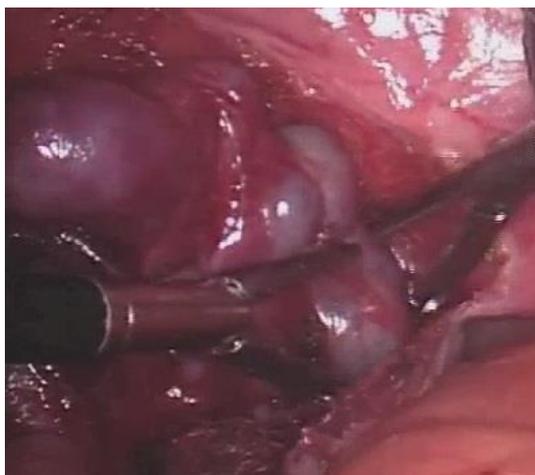


Figura 3 – Imagem laparoscópica mostrando o cisto da vesícula seminal dilatado

A cirurgia transcorreu sem intercorrências. Foi inserido um dreno de sucção em um dos portais laterais. A peça excisada foi enviada para estudo anatomopatológico, resultando em vesícula seminal com focos de reação inflamatória xantomatosa e sinais de hemorragia prévia na parede; não houve evidências de comprometimento neoplásico. O tempo cirúrgico total foi de 120 minutos.

O paciente recebeu alta no primeiro dia pós-operatório, após a retirada do dreno. Referiu relação sexual após 25 dias da cirurgia, com discreta dificuldade de ereção, porém com melhora completa da dor perineal e aumento do volume de esperma ejaculado. A análise do sêmem após três meses da cirurgia evidenciou melhora parcial dos parâmetros alterados: 27,6 milhões de espermatozoides por mililitro, 13% de motilidade total, e teste de vitalidade espermática de 34%.

COMENTÁRIOS

A maioria dos cistos da vesícula seminal é diagnosticada durante a segunda e terceira década de vida, que coincide com o período de início de uma vida sexual ativa, quando o cisto aumenta de tamanho a ponto de produzir sintomas⁵.

O quadro clínico é múltiplo e inespecífico. As manifestações clínicas podem ser divididas em sintomas urinários causados pela irritação vesical (disúria, polaciúria, hematúria e urgência miccional), decorrentes do aumento do volume do cisto (dor

suprapúbica e perineal, hematospermia, desconforto após ejaculação) e derivados da obstrução das estruturas originadas do ducto mesonéfrico (diminuição do volume ejaculado, epididimite de repetição e infertilidade)^{4,5,8}.

De certa forma, a infertilidade é frequente, está presente em 45% dos casos⁹. Sua patologia exata é incerta, a teoria mais difundida é que seja causada pela obstrução do ducto ejaculatório, o que resultaria em baixo volume ejaculado (usualmente menor que 1 ml), associado à azoospermia, oligozoospermia severa ou oligoastenoteratozoospermia, pH alcalino, baixas concentrações de carnitina e frutose e alto nível de citrato no sêmem. Todavia, alguns pacientes, mesmo após tratamento da obstrução, permanecem inférteis, isso pode ser explicado por déficit na contração da vesícula seminal causada pelo cisto, tal fenômeno é denominado de obstrução funcional⁵.

Porém, com a realização mais frequente de exames de imagem, o achado incidental de síndrome de Zinner tem ocorrido com frequência. Muitas vezes o paciente ainda é assintomático, visto que geralmente o cisto na vesícula seminal provoca sintomas quando é maior que cinco centímetros^{1,2}.

A confirmação diagnóstica é realizada através do exame físico; da ultrassonografia abdominal e/ou transretal, que são as ferramentas iniciais na investigação de dor pélvica ou exame físico alterado da região⁷; tomografia computadorizada e/ou ressonância nuclear magnética de abdome e pelve são usadas como exames complementares após o achado de cisto na vesícula seminal para definir melhor sua localização e para confirmar a agenesia renal concomitante. É importante salientar que a ressonância magnética é o exame de eleição para avaliar malformações do ducto de Wolff e planejar o tratamento cirúrgico, já que permite definir a exata localização anatômica, confirma a natureza cística da lesão, visualiza bem os tecidos moles e não usa radiação ionizante^{1,3}.

A avaliação diagnóstica também pode ser complementada por exames laboratoriais, tais como: hemograma, uréia, creatinina, perfil endócrino (FSH, LH, testosterona), sumário de urina e urocultura, espermograma; e por exames de imagem adicionais: urografia intravenosa, uretrocistografia retrógrada, cistoscopia e vesiculografia^{3,4}.

A conduta frente à Síndrome de Zinner pode ser de acompanhamento clínico nos casos assintomáticos e nos minimamente sintomáticos⁴. Nos casos em que os sintomas interferem de alguma forma na vida sexual ou no cotidiano dos pacientes, algum tratamento deve ser instituído¹⁰.

Considera-se como alternativa terapêutica a aspiração transuretral do cisto com ou sem instilação de substâncias (álcool, minociclina) e ressecção transuretral do ducto

ejaculatório, ambas preferíveis em cistos pequenos e situados caudalmente⁵. A aspiração transretal do fluido do cisto alivia os sintomas e ajuda a estabelecer o diagnóstico através da análise do conteúdo aspirado e da injeção de contraste⁴. Essas modalidades raramente permitem uma resolução duradoura e sem recidiva do cisto, e estão associadas a um alto risco de infecção¹⁰.

O tratamento atual de escolha é o método cirúrgico, que deve ser considerado quando os sintomas se tornam constantes ou intratáveis por outros meios^{3,4,7}. A exérese da vesícula seminal por cirurgia aberta convencional é um tratamento definitivo, pode ser realizada por via transvesical, retrovesical, paravesical, transperineal e transcoccígea⁶. Porém requer uma extensa dissecação devido a mesma situar-se em localização profunda no espaço retrovesical da pelve¹⁰. A cirurgia aberta está associada a uma alta morbidade, podendo acarretar lesão neurovascular, no ureter, bexiga e reto, ou formação de um urinoma pélvico⁷. Essas complicações ganham maior impacto quando o paciente é jovem e sexualmente ativo⁴.

O manejo laparoscópico tem sido advogado como uma boa técnica minimamente invasiva para o tratamento cirúrgico das doenças localizadas nas vesículas seminais. Tal método oferece fácil acesso e excelente visualização retrovesical das mesmas. A perda hemorrágica pode ser meticulosamente controlada e tal glândula pode ser dissecada sem lesar a bexiga, a próstata e o peritônio, como também oferece menor morbidade pós-operatória e retorno mais rápido à atividade profissional^{4,6,7,10}.

Dessa forma, concluímos que, no paciente do presente estudo, a excisão laparoscópica da vesícula seminal mostrou-se como método efetivo e minimamente invasivo. Os benefícios em termos de menor morbidade cirúrgica, menor tempo de hospitalização e retorno precoce as atividades apontam esta abordagem como padrão de tratamento para esta rara patologia.

REFERÊNCIAS

1. Casey RG, Stunell H, Buckley O, Flynn R, Torreggiani WC. A unique radiological pentad of mesonephric duct abnormalities in a young man presenting with testicular swelling. *Br J Radiol.* 2008; 81(963): 93-6.
2. Ghonge NP, Aggarwal B, Sahu AK. Zinner syndrome: A unique triad of mesonephric duct abnormalities as an unusual cause of urinary symptoms in late adolescence. *Indian J Urol.* 2010; 26(3): 444-47.
3. Pereira BJ, Sousa L, Azinhais P, Conceição P, Borges R, Leão R, et al. Zinner's syndrome: an up-to-date review of the literature based on a clinical case. *Andrologia* 2009; 41(5): 322-30.
4. Cherullo EE, Meraney AM, Bernstein LH, Einstein DM, Thomas AJ, Gill IS. Laparoscopic management of congenital seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis. *J Urol.* 2002; 167(3): 1263-67.
5. Pace G, Galatioto GP, Gualà L, Ranieri G, Vicentini C. Ejaculatory duct obstruction caused by a right giant seminal vesicle with an ipsilateral upper urinary tract agenesis: an embryologic malformation. *Fertil Steril.* 2008; 89(2): 390-94.
6. Selli C, Cavalleri S, De Maria M, Lafrate M, Giannarini G. Robot-assisted removal of a large seminal vesicle cyst with ipsilateral renal agenesis associated with an ectopic ureter and a Müllerian cyst of the vas deferens. *Urology* 2008; 71(6): 5-7.
7. Moudouni SM, Tligui M, Doublet JD, Tchala K, Haab F, Gattegno B, et al. Laparoscopic excision of seminal vesicle cyst revealed by obstruction urinary symptoms. *Int J Urol.* 2006; 13(3): 311-14.
8. Ohgaki K, Horiuchi K, Oka F, Sato M, Nishimura T. A case of seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis diagnosed during an investigation of perineal pain. *J Nippon Med Sch.* 2008; 75(2): 122-26.
9. Van den Ouden D, Blom JHM, Bangma C, De Spiegeleer AHVC. Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis: a pooled analysis of 52 cases. *Eur Urol.* 1998; 33(5): 433-40.
10. Seo IY, Kim HS, Rim JS. Congenital seminal vesicle cyst associated with ipsilateral renal agenesis. *Yonsei Med J.* 2009; 50(4): 560-63.