

# Quisto da Vesícula Seminal Sintomático – Diagnóstico e Implicações Terapêuticas

.....

Jorge Cabral Ribeiro\*, Lemos Sousa\*\*, Vila Mendes\*\*, Américo Santos\*\*\*

\* Interno Complementar de Urologia

\*\* Assistente Hospitalar de Urologia

\*\*\* Director do Serviço de Urologia

Correspondência para: Serviço de Urologia – Hospital São Marcos – Braga – Apartado 2242 – 4701-765 Braga  
E-mail– urologia@hsmbraga.min-saude.pt

## Resumo

Os quistos da vesícula seminal são uma patologia relativamente frequente. São quistos congénitos ou adquiridos, na maioria assintomáticos e diagnosticados como achados imagiológicos. Ocasionalmente, podem dar origem a complicações infecciosas, manifestando-se com sintomatologia semelhante a prostatite, dar sintomas miccionais (irritativos ou obstrutivos), dor pélvica ou causar infertilidade.

Relatamos o caso clínico de doente com quisto da vesícula seminal complicado de abscesso a que se associou um quisto vesical com tecido seminal ectópico. O doente foi tratado com antibioterapia sistémica, drenagem do abscesso por via transrectal e ressecção transuretral da lesão vesical.

Realizamos uma breve revisão sobre a patologia quística das vesículas seminais.

**Palavras-chave:** Vesícula seminal, quisto, abscesso, malformação congénita

## Abstract

Seminal vesicle cysts are a relatively common pathology. They can be congenital or acquired and are most frequently an asymptomatic imagiologic diagnosis. Occasionally they can complicate as seminal vesiculitis and present with prostatitis-like symptoms, be a cause of voiding symptoms, pelvic pain or infertility.

We report a case of a periprostatic abscess complicating a seminal vesicle cyst infection a patient with simultaneous bladder cyst with intrinsic ectopic seminal tissue. The patient was treated by systemic antibiotherapy, transrectal needle abscess drainage and transurethral resection of the bladder cyst.

We performed a review on cystic pathology of the seminal vesicle.

**Key Words:** Seminal vesicle, cyst, abscess, congenital malformation

.....

## Introdução

No passado, a patologia das vesículas seminais, nomeadamente os quistos, era diagnosticada quase exclusivamente através da vasovesiculografia na investigação de infertilidade. Com a crescente realização de exames auxiliares de diagnóstico como a ecografia vesicoprostatica no estudo de sintomatologia miccional e a avaliação pré-natal ou pós-natal de malformações ou infecções urinárias, um crescente número de quistos têm sido diagnosticados de forma incidental (assintomáticos).

Ocasionalmente, pelas suas dimensões ou complicações, podem-se tornar sintomáticos e colocar problemas particulares de tratamento, de diagnóstico diferencial e de tratamento que pretendemos rever a propósito de um caso clínico.

## Caso Clínico

Doente do sexo masculino, de 52 anos, com antecedentes de diabetes mellitus tipo II controlada com glicazida, foi observado por queixas persistentes com 7 dias de evolução de disúria, poliaquiúria, ardor miccional e hematúria inicial e terminal com hipertermia; Estava medicado com trimetoprim-sulfametoxazol há quatro dias, sem melhoria clínica.

Ao exame objectivo apresentava epidídimo e testículo esquerdos ligeiramente dolorosos e aumentados e, o toque rectal, uma próstata pequena, amolecida e extremamente dolorosa. Os deferentes estavam presentes bilateralmente.

Analicamente, apresentava leucocitose ligeira com desvio esquerdo da fórmula leucocitária e PCR elevada.

Foi admitido com diagnóstico de prostatite e orquiepididimite esquerda. Iniciou ceftriaxona, antipirético e antiinflamatório com melhoria sintomática.

Ao 3º dia realizou ecografia renal e vesicoprostatica suprapúbica que revelou rins de morfologia normal, próstata globosa, heterogénea e com uma colecção líquida lateralizada à direita com 3,9x4x2,6cm sugestiva de abscesso periprostatico e uma lesão quística intravesical homolateral. Ao 5º dia foi realizada uma punção-drenagem ecodirigida por via transrectal de abscesso periprostatico, confirmando-se a presença de quisto intravesical (fig. 1). Efectuou TAC abdominopélvica (9ºdia) que mostrou quisto/lesão abcedada em resolução da vesícula seminal direita e

lesão intravesical homolateral não contígua; a urografia intravenosa excluiu presença de ureterocelo (fig. 2). A RMN pélvica (12º dia) revelou, na região da vesícula seminal direita, uma formação arredondada de contornos lobulados com cerca de 4,5cm, com sinal intermédio em T1 e hipersinal em T2, de estrutura interna heterogénea e parede espessa sugestiva de quisto da vesícula seminal complicado. Observou-se, ainda, a formação nodular intravesical de 2cm na parede inferior, adjacente ao meato ureteral, com hipersinal em T1 e T2 que poderia corresponder a quisto congénito (fig. 3).

Os exames bacteriológicos de urina e do pus revelaram E. Coli sensível ao antibiótico em curso. As hemoculturas foram negativas. Completou ciclo de antibioterapia intravenosa com resolução da sintomatologia.

Repetiu RMN pélvica um mês depois e mantinha quisto da VS direita e lesão quística intravesical homolateral com características sobreponíveis.

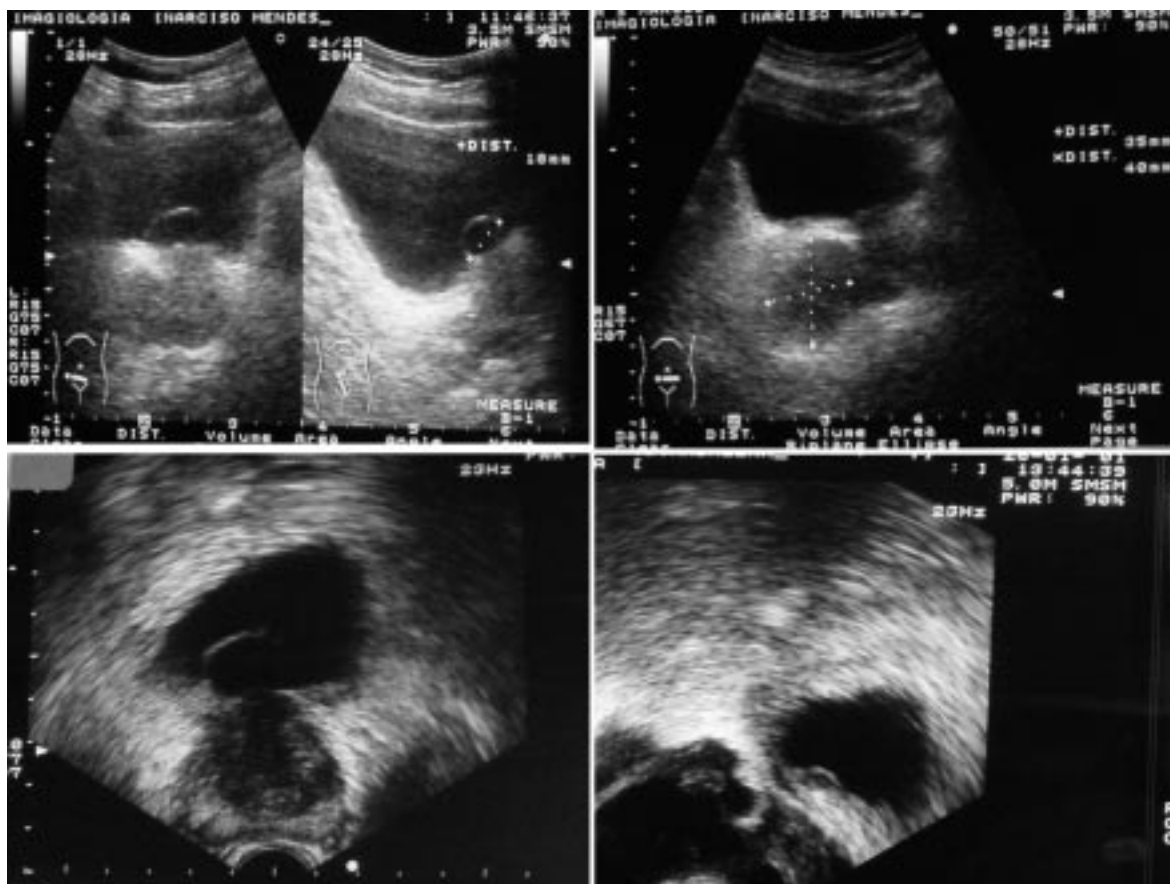
Foi programada cistoscopia sob anestesia observando-se uma lesão séssil, ovalada, justa colo vesical/parede lateral direita, recoberta por mucosa normal e com meatos uretrais normalmente implantados. Procedeu-se à ressecção endoscópica da lesão, que revelou cavidade cística com saída de líquido leitoso. Foi removida lesão intracística franjeada (fig. 4).

O exame histológico revelou parede quística fibromuscular revestida por mucosa urotelial e uma formação polipóide com 0,6cm revestida de epitélio urotelial, observando-se no córion subjacente estruturas glandulares de tipo vesícula seminal (fig. 5).

O pós-operatório decorreu com normalidade. O doente está assintomático, apresentando dilatação quística residual da VS.

## Discussão

A formação das vesículas seminais está intimamente associada, pelas origens embrionárias, ao desenvolvimento do canal deferencial, ureter e rim. Pela 4ª semana de gestação, o ureter desenvolve-se como botão uretérico com origem no canal mesonéfrico (Wolff). Quando o botão uretérico entra em contacto com o blastema metanéfrico dá-se o desenvolvimento do rim. O canal mesonéfrico e o botão uretérico conectam-se através do canal néfrico no seio urogenital. Este canal é reabsorvido pela 7ª



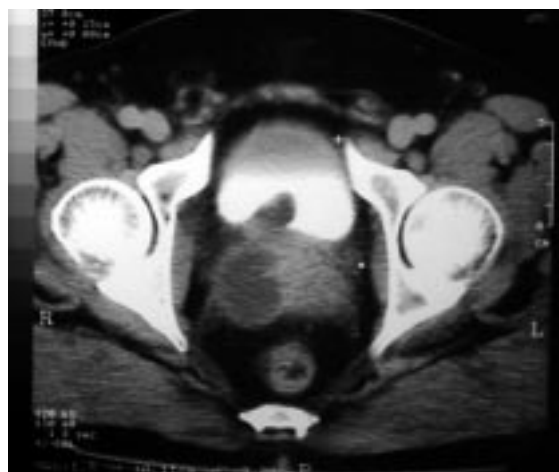
**Fig. 1** – Ecografias suprapúbica (superiores) e transrectal (inferiores) com visualização da lesão quística da vesícula seminal (canto superior direito) e quisto intravesical.

semana dando origem a aberturas independentes no seio urogenital e à parte mesodérmica da bexiga (triângulo). A vesícula seminal origina-se como um botão ao nível da face dorsolateral do canal mesonéfrico aproximadamente pelas 12 semanas.<sup>1,2</sup> Assim, qualquer anomalia na sequência normal e temporal destes eventos pode conduzir a uma variedade de malformações. Por exemplo, se a extremidade proximal do botão uretérico não encontrar a parte média do metanefros, a diferenciação do blastema metanéfrico fica prejudicada resultando anomalias como hipoplasia, agenesia ou displasia renais. Uma falência no desenvolvimento do botão seminal pode condicionar uma agenesia da vesícula seminal, uma inserção ectópica do ureter, etc.

As anomalias congénitas da vesícula seminal podem ser classificadas em anomalias de número (agenesia, fusão), canalização (quisto) e de maturação (hipoplasia).<sup>2</sup>

Os quistos congénitos formam-se por obstrução do ductos ejaculadores secundária ao mal desenvol-

vimento da porção distal do canal mesonéfrico. Estão associados a anomalias como a agenesia, hipoplasia e displasia renal, a doença renal poliquística, a inserção ectópica do ureter (a vesícula seminal é a segunda localização de ectopia logo a seguir à uretra



**Fig. 2** – TAC

prostática), a hemivertebra, infertilidade, atresia do deferente e ausência testicular.<sup>1,3,4,5,6</sup>

Zinner, em 1914, descreveu a associação de quisto da vesícula seminal a agenesia renal homolateral (síndrome de Zinner) e cerca de dois terços dos quistos congénitos associam-se a esta malformação.<sup>3</sup> A agenesia renal unilateral está presente em 0,1% dos recém nascidos e destes 12% têm associadas malformações dos genitais.<sup>1</sup>

Como a maioria destes quistos possui pequenas dimensões (<5cm), são geralmente assintomáticos. Os sintomas associam-se a crescimento detectado após início de vida sexualmente activa (2ª e 3ª década de vida).<sup>1,3</sup>

Van den Ouden<sup>1</sup> realizou uma revisão de 52 casos de quistos das vesículas seminais associada a agenesia renal ipsilateral. A idade média de diagnóstico foi de 30,2 anos sendo que 83% dos casos foram diagnosticados durante o período de mais intensa actividade sexual. Apenas dois casos envolveram doentes de raça negra e apenas um foi bilateral. Dois terços dos casos envolveram a unidade renal direita.

A presença de restos ureterais terminando no quisto estava presente em 27% dos casos.

A sintomatologia de apresentação clínica pode ser classificada em sintomas miccionais, (obstrutivos ou irritativos), sintomas condicionados pelo volume do quisto e sintomas por obstrução dos derivados do canal mesonéfrico. Os sintomas miccionais são os mais frequentes, estando presentes em 72% dos casos. Disúria, frequência miccional, diminuição do jacto urinário, retenção urinária, febre, hematúria ou hemospermia estão presentes por ordem decrescente de frequência. A sintomatologia atribuível ao crescimento do quisto esteve presente em metade dos doentes e as queixas mais comuns foram a dor no hipogastro, perineal ou escrotal. Sintomas por obstrução dos derivados mesonefricos estiveram presentes em 42% dos casos, com dor ejaculatória, diminuição do volume ejaculado, epididimite de repetição ou infertilidade. Assim, o diagnóstico clínico obriga a uma grande suspeição, pois a conjugação destes sintomas pode simular patologias mais frequentes como a prostatite/cistite ou a hipertrofia benigna próstata.

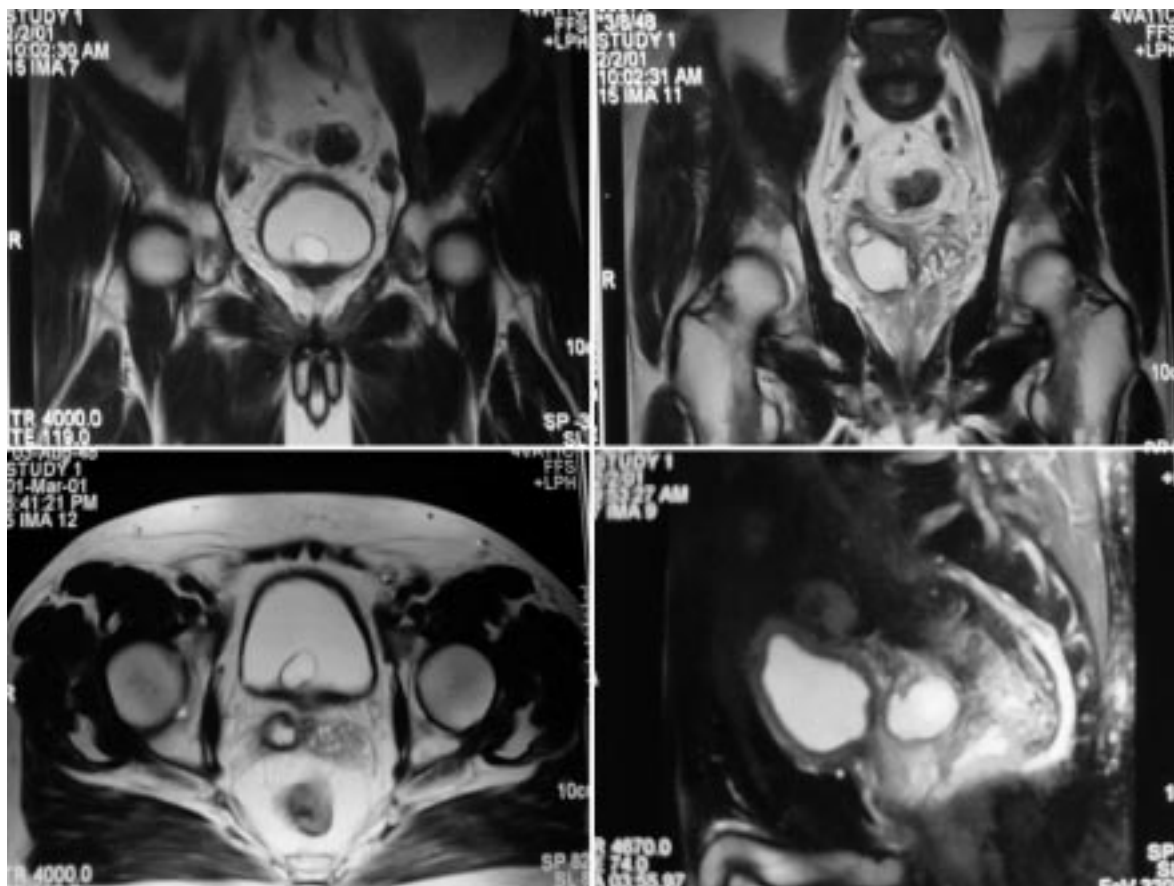
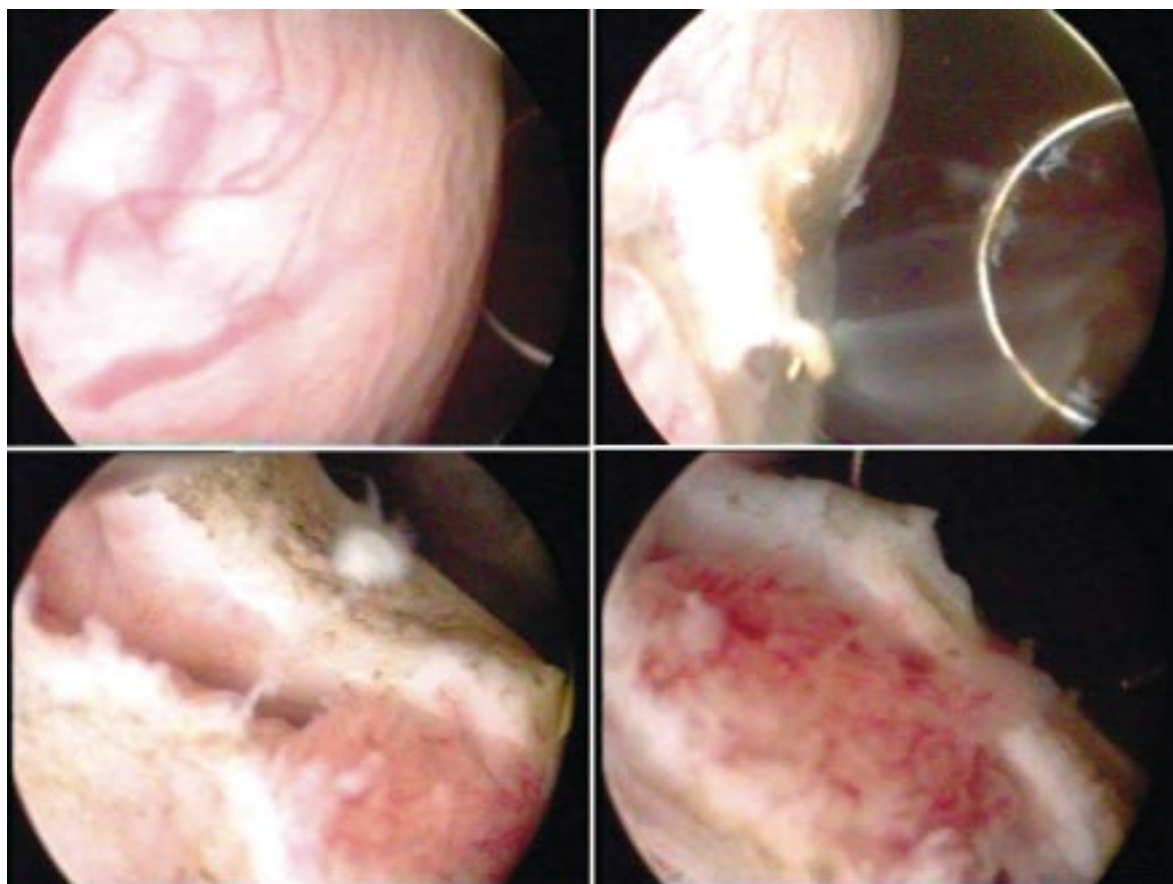


Fig. 3 – RMN



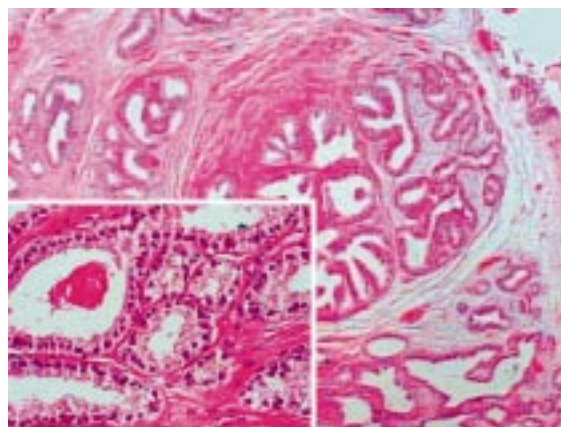


**Fig. 4** – Lesão ovalada junto ao colo vesical. Saída de líquido leitoso e lesão franjeada intracavitária na ressecção.

Os quistos adquiridos são diagnosticados com idade mais avançada e devem-se à obstrução dos canais ejaculatórios secundária a infecções/inflamações, a litíase seminal<sup>7</sup>, a cirurgias (fibrose pós p. ex. RTU-P), a carcinoma da próstata (mais frequente) ou ainda a neoplasia da bexiga, do recto, ou mesmo das vesículas seminais. Estes tendem a manifestar-se mais frequentemente por sintomatologia dolorosa pélvica (quistos volumosos, hemoespermias ou dor ejaculatória devida a litíase seminal), ou por quadros infecciosos recorrentes (vesiculite, prostatite, orquiepididimite).<sup>8,9,10</sup>

O diagnóstico diferencial da patologia quística das vesículas seminais faz-se com os cistos prostáticos degenerativos, cistos Mullerianos, utrículo prostático volumoso e divertículos dos ejaculadores.<sup>3,11</sup>

O exame de eleição no diagnóstico destas lesões é a ecografia transrectal<sup>12</sup> (excepto nos casos de suspeita de infecção pelo risco de bacteriemia) ao detectar e definir o quisto vesicular e as dimensões da glândula contralateral normal. A ecografia renal e vesicoprostatica suprapúbica é igualmente um excelente



**Fig. 5** – HE 40x –estruturas glandulares tipo vesícula seminal; Caixa HE 100x.

método de diagnóstico, pois simultaneamente faz o rastreio de malformações renais e caracteriza facilmente a localização e morfologia da lesão (como quística anecóica ou com poucos ecos, regular situada atrás da bexiga).<sup>12</sup> A TAC é igualmente informativa definindo as relações espaciais. A RMN, pela possibilidade de obtenção de cortes finos e multiplanares, é

o exame que melhor define as relações espaciais contribuindo para o diagnóstico diferencial em casos difíceis.<sup>13</sup> A UIV ao definir a morfologia do alto aparelho urinário e a localização de drenagem do uréter, despistando situações de uréter ectópico e de displasia renal. A uretrografia retrógrada e permiccional define a morfologia do utrículo prostático e a vasovesiculografia pode diagnosticar a presença de um quisto e ao opacificar o uréter verificar a sua inserção ectópica.<sup>3</sup> A uretrocistoscopia pode pôr em evidência a existência de um utrículo volumoso, detectar a presença de uma lesão abaulando a face posterior e lateral do colo vesical e parede lateral da bexiga e, como por vezes estes quistos se associam a ectopia ureteral, a ausência do hemitrígono e do orifício ureteral.<sup>3</sup>

Os quistos das vesículas seminais localizam-se lateralmente, podem ter anomalias congénitas já descritas e o líquido aspirado não contém espermatozoides e possui frutose.<sup>2</sup> Os quistos prostáticos são quistos degenerativos que ocorrem na zona de transição.<sup>14</sup> Quando ressecados por via transuretral, verifica-se a saída de um líquido gelatinoso e sem espermatozoides.<sup>12</sup>

Quistos mullerianos são derivados de restos dos canais paramesonéfricos (o único que habitualmente não regride pela 10 semana de vida é o apêndice testicular), não estão associados com outras anomalias e situam-se na linha média atrás da próstata e colo vesical.<sup>15, 16</sup> O utrículo prostático tem uma embriologia mista com parte correspondente ao seio urogenital e parte do canal paramesonefrico.<sup>11</sup> Utrículos volumosos estendem-se proximalmente e formam uma estrutura em fenda que se estende entre os canais ejaculadores (presentes em até 10% dos homens).<sup>12</sup> Estes utrículos volumosos podem traduzir situações de pseudohermafroditismo ou estarem associadas a diversas anomalias como a existência de válvulas da uretra posterior, síndrome de Prunne-Belly, síndrome de Down e hipospadias. Ikoma<sup>17</sup> classificou os utrículos segundo a sua extensão na CUMS: grau 0 – confinado ao verumontanum, grau 1 – estendendo-se abaixo do colo vesical, grau 2 – estende-se acima do colo vesical e grau 3 – se abertura do utrículo se dá abaixo do esfíncter externo. Estes últimos casos seriam portadores de intersexo.

Os quistos dos canais de Wolff localizam-se na linha média e diferenciam-se por serem habitualmente locais de drenagem, das vesículas seminais e dos deferentes e por isso conterem espermatozói-

des. A dilatação quística dos canais ejaculadores pode ocorrer primariamente ou derivada a processo inflamatório e infeccioso.<sup>13</sup>

O tratamento destas lesões deve ser orientado de acordo com a existência de sintomas e as dimensões dos quistos. Quistos assintomáticos não devem ser tratados, devendo ser monitorizados com ecografia para verificar crescimento e/ou aparecimento de complicações. Se sintomas ou complicações devem ser tratados. O tratamento cirúrgico deve ser considerado após falência de abordagem conservadora (antibioterapia).<sup>1, 7</sup> Doentes jovens com expectativa de vida longa para eliminação de risco de complicações e recorrência, se doença neoplásica não puder ser excluída.

As infecções das vesículas seminais de forma isolada são raras e a maioria das vezes apresentam-se como uma infecção prostatoseminal por vezes com extensão ao epidídimo. Ocasionalmente estas infecções complicam quistos preexistentes e podem evoluir para abscedação, manifestando-se como um abcesso periprostático como no presente caso.

O primeiro caso de abcesso da vesícula seminal foi descrito apenas em 1978 por Rajfer J, reflexo da dificuldade diagnóstico por imagiologia nessa época. Desde então múltiplos casos têm sido adicionados. Pandey e cols<sup>10</sup> reviram os 20 casos de abcesso da vesícula seminal descritos na literatura. A idade média foi de 51 anos e vários doentes tinham patologias associadas como a diabetes mellitus, a cirrose alcoólica, tuberculose e SIDA ou história de infecção pélvica prévia. A apresentação clínica mais frequente foi hipertermia (74%), disúria (58%), orquiepididimite simultânea (32%), frequência, urgência e hematuria, desconforto perineal e próstata dolorosa ao toque rectal. Apenas em 5 casos foi detectada ao toque rectal uma alteração da vesícula seminal (tumefacção dolorosa). Em cinco casos, o abcesso foi bilateral e dois doente apresentavam agenesia renal ipsilateral.

A TAC abdominopélvica e a ecografia vesicoprostática suprapúbica ou transrectal foram os meios auxiliares de diagnóstico mais utilizados. As características na TAC são o aumento da vesícula seminal (ou um quisto) associado a áreas de baixa densidade e heterogéneas no seu interior, alterações inflamatórias nas estruturas envolventes e espessamento focal da parede da bexiga ou do quisto.<sup>18</sup> A ecografia pode ser superior à TAC por ser um exame dinâmico, poder determinar com mais certeza a origem da

abcedação (detectando a extensão da cavitação líquida) e por proporcionar a realização de punção drenagem do abscesso. A ecografia transrectal tem utilidade preferencial para guiar uma punção aspirativa, apesar de a manipulação da sonda transrectal poder causar bacteriémia.

A urina estava infectada com leucocitúria e o crescimento microbiano coincidente com o crescimento do cultural do pus confirmam o diagnóstico. Os agentes etiológicos encontrados foram a *Escherichia coli* em 43%, o *Stafilococcus aureus* e a *Serratia marcescens* e *Micobacterium tuberculosis* (um caso).

Cerca de metade dos casos foram tratados por punção drenagem do abscesso por via transrectal. Num terço dos casos realizou-se apenas terapêutica médica com antibioterapia e antiinflamatório (promove a desobstrução dos canais ejaculatórios) com resolução do quadro após 24 a 72 dias. No entanto, a drenagem transuretral (RTU-P), percutânea e a cirurgia aberta foi realizada em alguns casos. Verificou-se um caso fatal por ruptura do abscesso para a cavidade peritoneal. Assim, os autores recomendam a drenagem transrectal e a antibioterapia como opções de primeira linha.<sup>10, 9, 20</sup>

A lesão quística intravesical detectada no presente caso clínico, cujo diagnóstico após ressecção se verificou tratar de um quisto condicionado por pequena glândula de tipo vesícula seminal, em que não foi detectada qualquer comunicação com o quisto da vesícula seminal presente do mesmo lado pode, pensamos nós e por hipótese, constituir uma anomalia congénita (tecido seminal ectópico), embora a idade do doente possa indicar que deveria ter sido diagnosticada mais precocemente ou resultar de uma extensão vesical do processo infeccioso que após cicatrização se individualizou da vesícula seminal. O líquido turvo que se drenou poderia auxiliar nesse esclarecimento, mas não foi analisado. Estas são meras hipóteses dado que, na pesquisa por nós realizada na Medline, não encontramos qualquer caso relatado de tecido de vesícula seminal ectópico.

## Bibliografia

1. Ouden VDD, Blom JHM, Bangma C, Spiegeleer AHVC. Diagnosis and management of seminal vesicle cysts associated with ipsilateral renal agenesis: A pooled analysis of 52 cases. *Eur Urol* 1998, 33; 433-40
2. Vohora S, Morgentaler A. Congenital anomalies of the vas deferens, epididymis, and seminal vesicles. *Urology* 1997, 49:313-21
3. Patel B, Gujral S, Jefferson K, Evans S, Persad R: Seminal vesicle cysts and associated anomalies. *BJU International* 2002, 90; 265-71
4. King BF, Hattery RR, Lieber MM, Berquist TH, Williamson Jr B, Hartman GW. Congenital cystic disease of the seminal vesicle. *Radiology* 1991, 178; 207-11
5. Sheih CP, Li YW, Liao YJ, Hung CS. Bilateral congenital cysts of the seminal vesicle with bilateral duplex kidneys. *J Urol* 1998, 160; 184-5
6. Alpern MB, Dorfmen RE, Gross BH, Gottlieb CA, Sandler MA. Seminal vesicle cysts: Association with adult polycystic kidney disease. *Radiology* 1991, 180; 79-80
7. Conn IG, Peeling WB, Clements R. Complete resolution of large seminal vesicle cyst – evidence for an obstructive aetiology. *Br J Urol* 1992, 69: 636-9
8. Razi A, Imani B. Seminal vesicle cyst presenting with lower urinary tract symptoms and huge abdominal mass. *J Urol* 2000, 164; 1309-10
9. Callewaert P, Coster M, Vuylsteke P, Man R, Brijs S, Baert L. Anal tenesmus caused by seminal vesicle cyst. *Urology* 1997, 49(1);139-41
10. Pandey P, Peters J, Shingleton WB. Seminal vesicle abscess: A case report and review of literature. *Scand J Urol Nephrol* 1995, 29:521-4
11. Fernandez FJC, Cardoso JVG, Rubio RM, Gil MJC, Martínez FC, Navarrete RV. Quiste gigante de vesícula seminal asociado con agenesia renal ipsilateral. *Actas Urol Esp* 2002,26:218-23
12. Carter SSC, Shinohara K, Lipshultz LI. Transrectal ultrasonography in disorders of the seminal vesicle and ejaculatory ducts. *Urol Clin N Am* 1989, 16(4); 773-89
13. Gevenois PA, Van Sinoy ML, Sintzoff SA, Stallenberg B, Salmon I, Van Regemorter G, Struyven J. Cysts of the prostate and seminal vesicle: MR imaging findings in 11 cases. *AJR* 1990, 155; 1021-4
14. Ruiz JT, Roca JPL, Ayala EP, Gascón LG, Bayarri JS, Rodríguez JV. Quistes prostáticos de línea media: manejo y seguimiento. *Arch Esp Urol* 2001, 54:205-9
15. Ritchey ML, Benson Jr RC, Kramer SA, Kelalis PP. Management of mullerian duct remnants in the male patient. *J Urol* 1988, 140; 795-9

16. Nishino Y, Yamamoto N, Ishihara S, Takahashi Y, Deguchi T, Kawada Y. Mullerian duct cyst extending into the abdomen. *Urology* 1999, 53(3); 624-6
17. Ikoma F, Shima H, Yabutomo H. Classification of enlarged prostatic utricle in patients with hypospadias. *Brit J Urol* 1985, 57:334
18. Patel PS, Wilbur AC. Cystic seminal vesiculitis: CT demonstration. *J Comput Assit Tomogr* 1987, 11 (6); 1103-4
19. Torralba JAT, Pérez VB, Nadal PV, Cubillana PL, Pastor GS, Albacete MP. Absceso de vesícula seminal: tratamiento conservador. *Arch Esp Urol* 2001, 54:445-6
20. Garcia FJM, Cuevas CM, Escudero JAR, Muntaner LE, Rodríguez MM, Alonso JG. Tratamiento conservador del absceso de vesicular seminal. Aportación de un caso. *Arch Esp Urol* 57:438-40, 2004