Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Tecido prostatico ectopico manifestando-se como neoplasia de bexiga

Ectopic prostatic tissue manifesting as a bladder tumor

Tejido prostático ectópico presentándo se como un tumor vesical

Lucas Chaves Bezerra[1], Marco Antônio Pinto Coutinho [1], Wesley Queiroz Muniz[1].

RESUMO

Objetivo: Descrever as manifestações, o diagnóstico e a terapia de um caso raro de tecido prostático ectópico (TPE) manifestado como massa vesical, e revisar os principais diagnósticos diferenciais. **Detalhamento de caso:** Paciente masculino, 65 anos, com histórico de ressecção prostática, apresentou hematúria macroscópica. A investigação revelou uma massa vesical de 6 cm no assoalho e trígono, com suspeita inicial de malignidade. Foi submetido à ressecção endoscópica completa da lesão. O exame histopatológico do material de 51 gramas foi compatível com hiperplasia prostática benigna, firmando o diagnóstico de TPE. O paciente evoluiu sem intercorrências, mantendo-se assintomático no seguimento de um ano. **Considerações finais:** O tecido prostático ectópico é uma entidade rara que deve ser incluída no diagnóstico diferencial de massas vesicais para evitar o sobretratamento. A confirmação histopatológica é indispensável, sendo a ressecção endoscópica um procedimento seguro e curativo para esta condição.

Palavras-chave: Tecido prostático ectópico, Neoplasias da bexiga, Hematúria, Diagnóstico diferencial, Relato de caso.

ABSTRACT

Objective: To describe the manifestations, diagnosis, and therapy of a rare case of ectopic prostatic tissue (EPT) presenting as a bladder mass and to review its main differential diagnoses. **Case details:** A 65-year-old male with a history of prostate resection presented with gross hematuria. Investigation revealed a 6 cm bladder mass on the floor and trigone, initially suspected to be malignant. He underwent a complete endoscopic resection of the lesion. The histopathological examination of the 51-gram specimen was compatible with benign prostatic hyperplasia, establishing the diagnosis of EPT. The patient had an uneventful recovery and remains asymptomatic at one-year follow-up. **Final considerations:** Ectopic prostatic tissue is a rare entity that must be included in the differential diagnosis of bladder masses to avoid overtreatment. Histopathological confirmation is indispensable, with endoscopic resection being a safe and curative procedure for this condition.

Keywords: Ectopic prostatic tissue, Bladder neoplasms, Hematuria, Differential diagnosis, Case report.

RESUMEN

Objetivo: Describir las manifestaciones, el diagnóstico y la terapia de un caso raro de tejido prostático ectópico (TPE) que se manifestó como una masa vesical, y revisar sus principales diagnósticos diferenciales. **Detalles del caso:** Paciente masculino de 65 años, con antecedentes de resección prostática,

[1] Universidade do Estado do Pará (UEPA), Santarém - PA.

SUBMETIDO EM: 9/2025 | **ACEITO EM: 10/2025** | **PUBLICADO EM: 11/2025**

presentó hematuria macroscópica. La investigación reveló una masa vesical de 6 cm en el suelo y trígono, con sospecha inicial de malignidad. Fue sometido a una resección endoscópica completa de la lesión. El examen histopatológico del espécimen de 51 gramos fue compatible con hiperplasia prostática benigna, estableciendo el diagnóstico de TPE. El paciente evolucionó sin complicaciones y permanece asintomático en el seguimiento de un año. **Consideraciones finales:** El tejido prostático ectópico es una entidad rara que debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las masas vesicales para evitar el sobretratamiento. La confirmación histopatológica es indispensable, siendo la resección endoscópica un procedimiento seguro y curativo para esta condición.

Palabras clave: Tejido prostático ectópico, Neoplasias de la vejiga, Hematuria, Diagnóstico diferencial, Reporte de caso.

INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga (CB) representa uma das mais significativas e prevalentes neoplasias do trato geniturinário em escala global, constituindo um desafio contínuo para a saúde pública. Sua patogênese reside no crescimento anômalo e descontrolado das células que revestem o interior do órgão, predominantemente as células uroteliais. De fato, o carcinoma urotelial (também conhecido como carcinoma de células de transição) é o subtipo histológico dominante, respondendo por mais de 90% de todos os casos diagnosticados, o que o torna o foco principal da maioria das diretrizes clínicas e pesquisas (POWLES T, et al., 2021).

A magnitude do problema é evidenciada por dados epidemiológicos robustos; em 2018, o CB foi classificado como o décimo tipo de câncer mais comum no mundo, com uma notável preponderância no sexo masculino, onde figura como a sexta neoplasia mais frequente. Essa disparidade entre os sexos é uma característica marcante da doença, com incidência consistentemente maior em homens em todas as regiões do globo (JUBBER I, et al., 2023).

A etiologia do câncer de bexiga é multifatorial, mas fortemente ligada a exposições ambientais e ocupacionais, tornando-o um modelo de carcinogênese ambiental. A Agência Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC) identificou uma série de fatores de risco com evidência científica suficiente. O mais impactante e indiscutível é o tabagismo, que é considerado responsável por aproximadamente 50% de todos os casos de CB. Os carcinógenos presentes na fumaça do tabaco são absorvidos pela corrente sanguínea, filtrados pelos rins e concentrados na urina, onde exercem um efeito tóxico prolongado sobre o urotélio vesical. Além do tabaco, as exposições ocupacionais representam o segundo grupo mais importante de fatores de risco. Trabalhadores de indústrias de borracha, tintas, têxteis e alumínio, bem como pintores e bombeiros, estão expostos a aminas aromáticas e hidrocarbonetos policíclicos, substâncias com comprovado potencial carcinogênico para a bexiga. Outros fatores incluem exposições ambientais, como a contaminação de água potável por arsênico, e exposições médicas, como a radioterapia pélvica prévia e o uso de certos quimioterápicos, como a ciclofosfamida. Em regiões endêmicas, como o Mediterrâneo e partes da África, a infecção crônica pelo parasita *Schistosoma haematobium* é uma causa principal de carcinoma de células escamosas, um subtipo menos comum de CB no mundo ocidental (JUBBER I, et al., 2023; UROLOGIA FUNDAMENTAL, 2010).

A apresentação clínica do câncer de bexiga é frequentemente marcada pela hematúria, que é o sintoma cardinal da doença. Caracteristicamente, a hematúria é indolor, intermitente e macroscópica (visível a olho nu), características que, embora alarmantes, podem levar à subestimação pelo paciente devido à sua natureza intermitente. Sintomas irritativos do trato urinário inferior, como polaciúria (aumento da frequência urinária), urgência miccional e disúria (dor ao urinar), também podem estar presentes, especialmente em casos de carcinoma *in situ* (CIS) ou tumores invasivos de alto grau. Em estágios mais avançados, quando o tumor invade estruturas adjacentes ou se dissemina para outros órgãos, podem surgir dores em flanco, por obstrução ureteral, ou dores ósseas, indicativas de metástases (POWLES T, et al., 2021).

A investigação inicial geralmente envolve exames de imagem, como a ultrassonografia de bexiga, que pode identificar a presença de massas intraluminais. No entanto, a confirmação diagnóstica e o estadiamento local dependem invariavelmente da cistoscopia – a visualização endoscópica direta da bexiga – seguida pela ressecção transuretral (RTU) do tumor, que fornece material para a análise histopatológica definitiva (POWLES T, et al., 2021).

Contudo, o diagnóstico de uma massa vesical não é sinônimo de câncer. Existe um espectro amplo e heterogêneo de lesões benignas que podem mimetizar o CB, tanto na apresentação clínica quanto nos achados de imagem, representando um significativo desafio diagnóstico. Essas lesões, embora raras, são de suma importância, pois um diagnóstico incorreto pode levar a tratamentos excessivamente agressivos e desnecessários, como a cistectomia radical. A literatura descreve uma variedade dessas entidades, incluindo a amiloidose vesical, um distúrbio de deposição proteica; infecções fúngicas como a aspergilose, especialmente em pacientes imunocomprometidos; e condições inflamatórias como a cistite polipoide ou a cistite glandular (SIRAJ F, et al., 2020; JAKUS D, et al., 2023). Além dessas, tumores mesenquimais benignos como o leiomioma e o paraganglioma, embora infrequentes, também fazem parte do diagnóstico diferencial (ORTIZ M, et al., 2013). A diferenciação final entre essas condições e o câncer depende, invariavelmente, da análise histopatológica.

Dentro deste contexto de mimetizadores benignos, o tecido prostático ectópico (TPE) emerge como uma das entidades mais raras e intrigantes. Definido como a presença de tecido prostático histologicamente normal em localizações anatômicas anômalas, o TPE é mais frequentemente encontrado no trato geniturinário inferior, mas sua presença na bexiga, manifestando-se como uma massa tumoral, é um evento pouco comum e frequentemente subnotificado (KIM JH, et al., 2013).

A sua etiopatogenia não está completamente elucidada, mas as teorias predominantes sugerem uma origem embrionária, através da migração e implantação anômala de células prostáticas durante o desenvolvimento fetal, ou uma metaplasia do epitélio transicional em resposta a estímulos crônicos (SUN M-Y, et al., 2023; EREN F, et al., 2008). Clinicamente, o TPE pode ser assintomático e descoberto incidentalmente, ou pode causar sintomas inespecíficos como hematúria e disúria, sobrepondo-se completamente aos do câncer de bexiga.

Diante do exposto, a raridade do TPE e sua capacidade de simular uma neoplasia maligna conferem grande relevância ao relato de casos como o que será abordado neste trabalho. A documentação detalhada das manifestações clínicas, dos achados de imagem, da conduta terapêutica e da evolução de pacientes com TPE é fundamental para enriquecer a escassa literatura científica sobre o tema. Cada caso relatado contribui para a construção do conhecimento coletivo, auxiliando urologistas e patologistas a considerarem esta entidade no diagnóstico diferencial de massas vesicais. A correta identificação do TPE tem implicações profundas na prática clínica, pois permite a realização de um tratamento conservador e curativo, como a RTU, evitando as altas taxas de morbidade associadas a tratamentos oncológicos radicais e, assim, melhorando significativamente os desfechos para os pacientes.

Com essas informações apresenta-se um estudo descritivo do tipo relato de caso, utilizando-se informações do prontuário do paciente e arquivo médico que se encontram arquivados em uma clínica privada. A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará – Campus Santarém. Os Termos de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD), e a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram apresentados e o estudo devidamente aprovado (CAAE: 87458125.5.0000.5168, número do parecer 7.497.110).

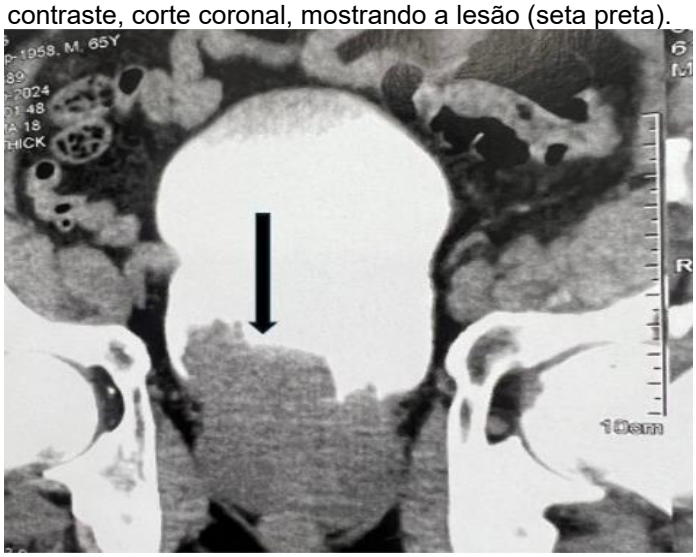
DETALHAMENTO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 59 anos, procurou atendimento médico devido a um quadro de retenção urinária, necessitando de sondagem vesical de alívio. Possuía um histórico de exames realizados dois anos antes, que incluíam PSA de 12,3 ng/mL e biópsia de próstata com achado de hiperplasia prostática benigna (HPB) e prostatite crônica. Naquela ocasião, a avaliação com ultrassonografia mostrou aumento do volume prostático (90 cm^3) e uma protusão prostática intravesical medindo 25 mm (PPI grau III). Com esses

achados, a densidade do PSA foi de 0,13 ng/mL², indicando baixo risco de neoplasia. Foi indicada e realizada a ressecção endoscópica da próstata (RTU-P), cujo exame histopatológico confirmou hiperplasia prostática benigna e prostatite crônica.

O paciente passou por reavaliação após dois anos, estando assintomático quanto a sintomas do trato urinário inferior. Apresentava PSA total de 8,0 ng/mL, volume prostático de 66 cm³ na ultrassonografia e protusão prostática intravesical de 2 mm (PPI grau I). Na avaliação urofluxométrica, apresentava fluxo máximo de 16 mL/s, com volume urinado de 460 mL e resíduo pós-miccional de 50 mL, sendo orientado somente a manter seguimento.

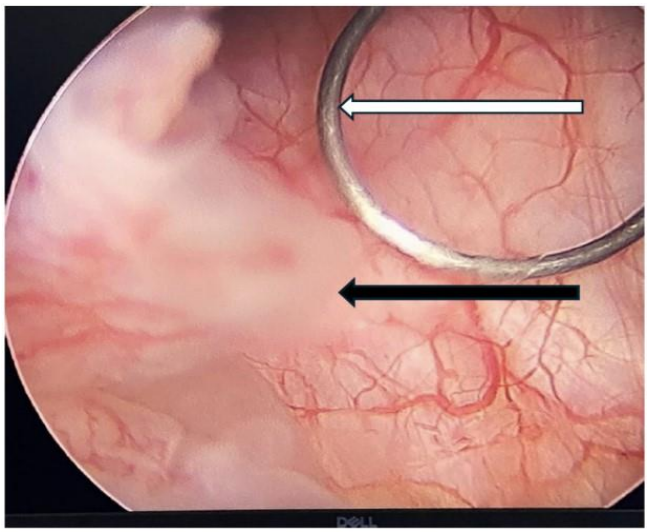
Figura 1 - Tomografia de abdômen inferior, com contraste, corte coronal, mostrando a lesão (seta preta).



Fonte: Bezerra LC, et al., 2025.

Aos 65 anos, seis anos após a RTU de próstata, o paciente apresentou hematúria macroscópica recorrente por três meses, algumas vezes com coágulos. Foi investigado com tomografia, que mostrou na bexiga urinária uma falha de enchimento lobulada medindo 6,1 x 6,7 x 5,6 cm junto à parede póstero-inferior, notadamente à direita, que parecia infiltrar o assoalho vesical, sem apresentar plano de clivagem com a próstata.

Figura 2 - Imagem do intraoperatório da ressecçãoendoscópica do tumor / lesão de bexiga. Seta branca representa a alça de ressecção. Seta preta representa a lesão/tumor de bexiga.

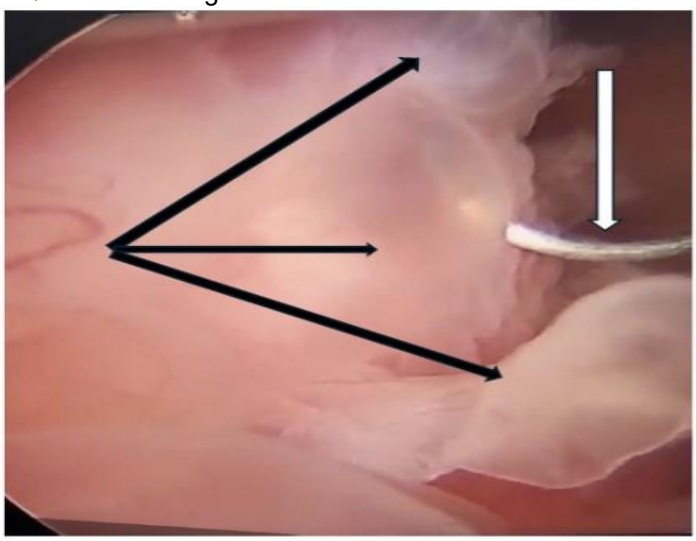


Fonte: Bezerra LC, et al., 2025.

A avaliação com cistoscopia mostrou uma próstata com sinais de manipulação cirúrgica prévia, sem sinais de obstrução, e a presença de uma tumoração com áreas bolhosas, com componente mais séssil que vegetante, de aproximadamente 6 cm no maior diâmetro, localizada no colo e trígono vesical, predominantemente à direita.

Foi indicada e realizada a ressecção endoscópica do tumor de bexiga. O exame histopatológico do material cirúrgico, com 51 g de tecido, mostrou hiperplasia prostática benigna. O painel imuno-histoquímico de positividade para o marcador de células mioepiteliais P63 e negatividade para AMACR (α-metilacil-CoAracemase) associado aos aspectos morfológicos e informes clínicos, confirmam a natureza benigna da lesão. O paciente mantém seguimento há um ano, sem intercorrências.

Figura 3 - Imagem do intraoperatório da ressecção endoscópica do tumor / lesão de bexiga. Seta branca alça de ressecção. Setas pretas mostram a extensão da lesão/tumor de bexiga



Fonte: Bezerra LC, et al., 2025.

DISCUSSÃO

O presente relato de caso descreve a jornada diagnóstica e terapêutica de um paciente de 59 anos, cuja apresentação inicial com retenção urinária foi atribuída à hiperplasia prostática benigna (HPB), um diagnóstico comum e bem estabelecido na urologia, especialmente em pacientes com histórico compatível (BICALIO RL, et al., 2012). A conduta inicial, com a realização da ressecção endoscópica da próstata (RTU-P), seguiu o protocolo padrão e parecia ter resolvido a questão obstrutiva do paciente. Contudo, o ponto de inflexão e a principal relevância deste estudo surgiram seis anos depois, com o aparecimento de hematúria macroscópica recorrente, um sintoma que, no contexto urológico, funciona como um sinal de alerta primordial para neoplasias do trato urinário.

A descoberta de uma massa vesical de grandes dimensões (aproximadamente 6 cm) em um paciente com hematúria eleva imediatamente a suspeita de malignidade para o topo da lista de diagnósticos diferenciais. A epidemiologia do câncer de bexiga (CB) sustenta essa suspeita: trata-se de uma das neoplasias mais prevalentes globalmente, sendo o sexto tipo de câncer mais comum em homens, com o carcinoma urotelial representando cerca de 90% de todos os casos (JUBBER I, et al., 2023; POWLES T, et al., 2021). Fatores de risco como o tabagismo e exposições ocupacionais são amplamente conhecidos e aumentam a probabilidade pré-teste de malignidade (JUBBER I, et al., 2023). Portanto, a abordagem inicial agressiva, com a realização de exames de imagem avançados e a indicação de uma avaliação endoscópica, foi não apenas justificada, mas mandatória.

A cistoscopia revelou uma "tumoração com áreas bolhosas, com componente mais séssil que vegetante", uma descrição que acentua o dilema diagnóstico. A morfologia de uma lesão vesical é uma das principais pistas para sua natureza. Lesões benignas, como o tecido prostático ectópico (TPE) ou o leiomioma, são frequentemente descritas na literatura como tendo uma aparência lisa, regular, em cúpula e com mucosa sobrejacente de aspecto saudável e intacto (CHUNG SD, et al., 2008; LOPES RI, et al., 2003). Em total contraste, neoplasias de alta agressividade, como o carcinossarcoma ou o adenocarcinoma de úraco, tendem a apresentar-se como massas de aspecto irregular, ulcerado, necrótico e claramente infiltrativo (SUCUPIRA JUNIOR GG, et al., 2018; CARVALHO M, et al., 2000).

A descrição mista no presente caso – com áreas bolhosas (que podem sugerir edema ou cistite) e um componente séssil (mais preocupante que uma lesão puramente papilar) – colocou a lesão em uma zona de incerteza, tornando a diferenciação visual inconclusiva e reforçando a decisão de proceder com a ressecção endoscópica completa em vez de uma biópsia fria limitada. Esta abordagem garantiu a remoção de toda a lesão visível e, crucialmente, forneceu um volume tecidual amplo para uma análise histopatológica definitiva.

O resultado histopatológico de "hiperplasia prostática benigna" para uma massa de 51 gramas ressecada da bexiga foi um achado inesperado deste caso. Essa informação desloca o diagnóstico para a rara entidade do tecido prostático ectópico. A origem do TPE é um tema de debate, com teorias que incluem a migração de tecido embrionário, a metaplasia do urotélio ou a disseminação iatrogênica após procedimentos prostáticos (EREN F, et al., 2008; SUN M-Y, et al., 2023).

Dado o histórico de RTU-P do paciente, a hipótese de implantação iatrogênica de fragmentos prostáticos na parede vesical durante o procedimento anterior é uma possibilidade a ser considerada, embora a teoria da migração de remanescentes embrionários seja a mais aceita para casos sem cirurgia prévia. A importância de reconhecer o TPE reside no seu comportamento benigno e no seu excelente prognóstico. A literatura é consistente em afirmar que a ressecção endoscópica completa é curativa, com recorrências sendo um evento raro (CHUNG SD, et al., 2008; KIM JH, et al., 2013). O acompanhamento dos casos relatados mostra uma evolução invariavelmente favorável, com pacientes permanecendo livres de doença em seguimentos de até um ano (EREN F, et al., 2008; KIM KK, et al., 2011).

Este desfecho benigno oferece um contraste dramático com o que poderia ter sido. Se a histologia tivesse revelado um carcinoma urotelial músculo-invasivo, o paciente enfrentaria a perspectiva de uma cistectomia radical com derivação urinária, uma cirurgia de grande porte com morbidade significativa e impacto permanente na qualidade de vida, muitas vezes precedida por quimioterapia sistêmica (POWLES T, et al., 2021). Se o diagnóstico fosse um dos tumores raros e agressivos, como o carcinoma de células pequenas ou o carcinossarcoma, o prognóstico seria sombrio, mesmo com tratamentos multimodais agressivos (CALADO BN, et al., 2015; SILVA CB, et al., 2006).

Este caso, portanto, serve como um poderoso exemplo da centralidade do exame histopatológico. Ele é o árbitro final que impede o sobretratamento e suas consequências devastadoras, guiando o paciente para longe de uma cirurgia mutiladora e em direção a um acompanhamento tranquilo.

Finalmente, é imperativo reconhecer as limitações deste estudo. Por ser um relato de um único caso, suas conclusões não são generalizáveis. A ausência de um acompanhamento de longo prazo impede afirmações definitivas sobre o risco de recorrência tardia. Por outro lado, a confirmação histopatológica e imuno-histoquímica definiu a origem prostática do tecido.

Esse achado reforça o valor do caso e demonstra a sua raridade e a sua capacidade de ilustrar um ponto crítico na prática clínica: a necessidade de manter um amplo espectro de diagnósticos diferenciais, mesmo diante de uma alta suspeita de malignidade. Futuras séries de casos, também adequadamente documentadas, serão fundamentais para elucidar a patogênese do TPE e para talvez, um dia, desenvolver métodos de imagem, como a ressonância magnética multiparamétrica avançada, que possam sugerir o diagnóstico de forma não invasiva (CHEN M, et al., 1997; SUN M-Y, et al., 2023).

REFERÊNCIAS

1. BAEK JJ, et al. Comparison of the prevalence and histology between primary benign bladder tumors and recurrent benign lesions after transurethral resection of malignant bladder tumors. Kosin Medical Journal, 2023; 38(1): 43-49.
2. BICALIO RL, et al. Retenção urinária aguda em pacientes com hiperplasia prostática benigna: um estudo sobre os fatores de risco. Revista da Associação Médica Brasileira, 2012; 58: 463-468.
3. CALADO BN, et al. Carcinoma de células pequenas de bexiga. Einstein (São Paulo), 2015; 13(1): 114-116.
4. CARVALHO M, et al. Carcinosarcoma da bexiga: um caso clínico raro. Acta Urológica Portuguesa, 2000; 17(4): 51-53.
5. CHEN M, et al. MR imaging evaluation of benign mesenchymal tumors of the urinary bladder. American Journal of Roentgenology, 1997; 168(2): 399-403.
6. CHUNG SD, et al. Ectopic prostate in the urinary bladder. Incontinence and Pelvic Floor Dysfunction, 2008; 2(4): 165.
7. EREN F, et al. Ectopic prostate presenting as a mass in bladder. Indian Journal of Urology, 2008; 24(4): 564-565.
8. JAKUS D, et al. Benign urinary bladder masses: rare entities. African Journal of Urology, 2023; 29(1): 48.
9. JUBBER I, et al. Epidemiology of bladder cancer in 2023: a systematic review of risk factors. European Urology, 2023; 84(2): 176-190.
10. KIM JH, et al. Ectopic prostate tissue at the bladder dome presenting as a bladder tumor. World JournalofMen's Health, 2013; 31(2): 176-178.
11. KIM KK, et al. Ectopic prostatic tissues in the bladder. Korean Journal of Urological Oncology, 2011; 9(1): 32-34.
12. KOUISS Y, et al. Bladder papilloma: a rare benign tumor - case report and literature review. International Journal of Surgery Case Reports, 2024; 120: 109586.
13. LESLIE SW, et al. Bladder masses. StatPearls Publishing, 2024.
14. LOPES RI, et al. Intramural leiomyomas of the bladder in asymptomatic men. International Braz J Urol, 2003; 29(3): 245-247.
15. ORTIZ M, et al. Leiomyoma of the urinary bladder: a case report. International Braz J Urol, 2013; 39(3): 432-434.
16. POWLES T, et al. Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology, 2021; 33(3): 244-258.
17. SILVA CB, et al. Carcinoma sarcomatóide da bexiga. Acta Urológica, 2006; 23(4): 61-64.
18. SILVA UM, et al. Paraganglioma não-funcionante de bexiga: relato de caso e revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, 2004; 50(3): 227-232.
19. SIRAJ F, et al. Benign mimickers of urinary bladder cancer: a case series. Indian Journal of Surgical Oncology, 2020; 11(Suppl 2): S161-S164.
20. SUCUPIRA JUNIOR CG, et al. Adenocarcinoma de úraco: relato de caso e revisão da literatura. Urominas, 2018.
21. SUN M-Y, et al. Ectopic prostate tissue at the bladder trigone accompanied by cystitis glandularis and hemorrhage detected by multiparametric MRI. Asian Journal of Andrology, 2023; 25(3): 438-439.
22. SZEKERES Z, SOTOR V. Urologia Fundamental. Sociedade Brasileira de Urologia, 2010.