CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DE BEXIGA EM HÉRNIA INGUINOESCROTAL POR DESLIZAMENTO: RELATO DE CASO

SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF THE BLADDER IN SLIDING INGUINOSCROTAL HERNIA: A CASE REPORT

ANA PAULA CARRASCO **NETO**[1], ANA LAURA CARRASCO **NETO**[2], MARIANA CARRASCO **NETO**[3], MARIA LÍVIA FERNANDES **NETO**[4], JOÃO PEDRO DONADON FERNANDES **ALMEIDA**[4], GIOVANA NETO **BAUER**[5], MARIANA TOMÁS **MADERGAM**[6], MARINO JOSÉ **MARDEGAM**[7], ANTÔNIO MARCOS DOS ANJOS **NETO**[8*]

1. Médica, graduada pelo Centro Universitário Ingá – UNINGÁ; **2.** Médica, graduada pelo Centro Universitário Ingá – UNINGÁ, Residente do PRM em Medicina da Família e Comunidade da UEM – Universidade Estadual de Maringá; **3.** Acadêmica do curso de graduação Medicina do Centro Universitário Ingá – UNINGÁ; **4.** Acadêmico(a) do curso de graduação em Medicina da Universidade Anhembi Morumbi; **5.** Médica graduada pela Universidade Nove de Julho - Bauru, Residente do PRM em Medicina da Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA; **6.** Acadêmica do curso de graduação em Medicina da Universidade Estadual de Maringá - UEM; **7.** Médico, Cirurgião Geral e Coloproctologista, Mestre em Técnicas Operatórias e Cirurgia Experimental, Especialista em Cirurgia do Aparelho Digestivo, Professor Assistente da Universidade Estadual de Maringá - UEM; **8.** Médico, graduado pela Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA, Cirurgião-Instrutor em cirurgia robótica, certificado pela AMB, Urologista, membro da Sociedade Brasileira de Urologia.

* Rua Inhauma, 779, Zona 3, Maringá, Paraná, Brasil. CEP: 87050-170 amarcos.uro@uol.com.br

Recebido em 20/09/2026. **Aceito** para publicação em 12/11/2026

RESUMO

O carcinoma de células escamosas da bexiga constitui uma neoplasia rara e agressiva, tornando-se ainda mais incomum quando associado a uma hérnia inguinoescrotal por deslizamento. O presente estudo relata o caso de um paciente do sexo masculino, 78 anos, portador de hérnia inguinoescrotal direita de longa data, que manifestou dor local, hematúria e sintomas obstrutivos graves com necessidade de manobras manuais para micção. Durante a correção cirúrgica de urgência, a equipe identificou a bexiga como componente do saco herniário e constatou uma neoformação vesical volumosa, realizando a cistectomia parcial associada à redução da hérnia. O exame anatomopatológico definitivo diagnosticou carcinoma de células escamosas primário da bexiga, com estadiamento avançado e metástases à distância detectadas posteriormente. Apesar do estadiamento avançado e do prognóstico reservado, a intervenção cirúrgica alcançou com êxito as metas do cuidado paliativo, eliminando a grave morbidade obstrutiva e garantindo alívio sintomático e dignidade ao paciente. O estudo destaca a importância da suspeição diagnóstica e do manejo cirúrgico individualizado diante de hérnias complexas associadas a sintomas urinários atípicos.

PALAVRAS-CHAVE: Carcinoma de células escamosas; Hérnia inguinoescrotal; Câncer de bexiga.

ABSTRACT

Primary squamous cell carcinoma of the urinary bladder is a rare and aggressive neoplasm, becoming even more uncommon when associated with a sliding inguinoscrotal hernia. This study reports the case of a 78-year-old male patient with a long-standing right inguinoscrotal hernia who presented with local pain, hematuria, and severe obstructive symptoms requiring manual maneuvers for urination. During emergency surgical repair, the surgical team identified the bladder as a component of the hernia sac and found a bulky bladder mass, performing a partial cystectomy combined with hernia reduction. Definitive histopathological examination diagnosed primary squamous cell carcinoma of the bladder, with advanced staging and distant metastases detected subsequently. Despite the advanced stage and guarded prognosis, the surgical intervention successfully achieved palliative care goals, eliminating severe obstructive morbidity and ensuring symptomatic relief and dignity for the patient. This study highlights the importance of diagnostic suspicion and individualized surgical management in complex hernias associated with atypical urinary symptoms.

KEYWORDS: Squamous cell carcinoma; Inguinoscrotal hernia; Bladder cancer

1. INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga lidera a incidência de neoplasias malignas que afetam o trato urinário, com origem predominantemente no urotélio (epitélio de transição)[1]. Essa patologia corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos diagnosticados como carcinoma urotelial[2].

Epidemiologicamente, está entre os tipos de câncer de maior incidência no mundo, afetando o sexo masculino em uma frequência de 3 a 4 vezes maior do que o sexo feminino, predominantemente em indivíduos acima dos 60 anos[3].

A patogênese do câncer de bexiga está intimamente ligada a padrões ambientais e comportamentais, dos quais o tabagismo é o principal fator de risco modificável, sendo responsável por aproximadamente metade de todos os casos[2]. As diretrizes oncológicas

reforçam a importância da investigação precoce diante de sinais de alerta[4]. A manifestação clínica inicial clássica é a hematúria micro ou macroscópica, frequentemente indolor, por vezes acompanhada por sintomas irritativos do trato urinário inferior[3,5].

Embora o câncer de bexiga acometa habitualmente a cavidade pélvica em sua topografia anatômica habitual, situações especiais envolvendo alterações anatômicas da parede abdominal podem modificar a apresentação clínica e o manejo cirúrgico da doença. Entre essas condições, destaca-se a hérnia inguinoescrotal por deslizamento — uma variação anatômica complexa em que a bexiga urinária (ou parte dela) compõe o conteúdo herniário[1].

Do ponto de vista epidemiológico, as hérnias inguinais por deslizamento correspondem a aproximadamente 3% a 8% de todas as hérnias inguinais diagnosticadas, apresentando nítida predileção pelo sexo masculino e por indivíduos na sexta e sétima décadas de vida[6]. A incidência dessa condição aumenta significativamente em pacientes expostos a fatores de risco que promovem o enfraquecimento tecidual e o aumento crônico da pressão intra-abdominal, tais como obesidade, hiperplasia prostática benigna, constipação crônica e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)[6,7].

A associação entre o câncer de bexiga e a hérnia por deslizamento é uma ocorrência extremamente rara na literatura médica, representando um desafio diagnóstico e terapêutico considerável devido à distorção anatômica das vias urinárias e ao risco elevado de lesão iatrogênica ou achado incidental durante o reparo herniário[2].

Diante da singularidade desta apresentação, o presente estudo tem como objetivo relatar o caso de um paciente diagnosticado com carcinoma de células escamosas de bexiga no interior de uma hérnia inguinoescrotal por deslizamento, discutindo seus aspectos clínicos, cirúrgicos e anatomopatológicos.

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo masculino, 78 anos, com antecedentes de hérnia inguinoescrotal direita de longa data, há aproximadamente duas décadas, mantida de forma conservadora e assintomática durante o período. Como comorbidades de relevância clínica, apresentava diabetes mellitus tipo 2, obesidade, dislipidemia e alto risco para eventos tromboembólicos, encontrando-se em uso regular de anticoagulante oral (rivaroxabana).

O quadro clínico atual teve início com o desenvolvimento de dor progressiva na região inguinoescrotal direita, associada a episódios de hematúria macroscópica e sintomas obstrutivos do trato urinário inferior, relatando o paciente necessidade de manobras mecânicas (elevação manual do escroto direito) para viabilizar a micção. Diante da sintomatologia obstrutiva e dolorosa aguda, procedeu-se à investigação por meio de exames de imagem, cujos achados radiológicos evidenciaram volumosa hérnia inguinoescrotal, embora com limitada acurácia na diferenciação pormenorizada do conteúdo herniário, levantando-se hipótese diagnóstica de herniação contendo alças intestinais, omento maior e a cúpula vesical.

Frente ao quadro sintomático e ao risco inerente de encarceramento, indicou-se a intervenção cirúrgica de urgência para correção herniária.



Figura 1. Tomografia de abdome em corte sagital ilustrando grande saco herniário de aspecto heterogêneo em hemiescroto direito. **Fonte:** Os autores.



Figura 2. Tomografia de abdome em corte coronal ilustrando grande saco herniário de aspecto heterogêneo em hemiescroto direito. **Fonte:** Os autores.

Durante o ato operatório, mediante incisão inguinotomia ampliada confirmou-se o diagnóstico anatômico de hérnia inguinoescrotal por deslizamento, evidenciando-se o envolvimento do omento maior e da bexiga urinária como constituintes do saco herniário. Na

etapa de dissecção e liberação das estruturas, observaram-se aderências firmes entre o omento e os elementos do cordão espermático e saco herniário. Após a cuidadosa mobilização e redução do componente vesical, identificou-se de forma incidental uma volumosa neoformação expansiva, de características macroscópicas irregulares e heterogêneas, localizada na parede do seguimento vesical herniado.

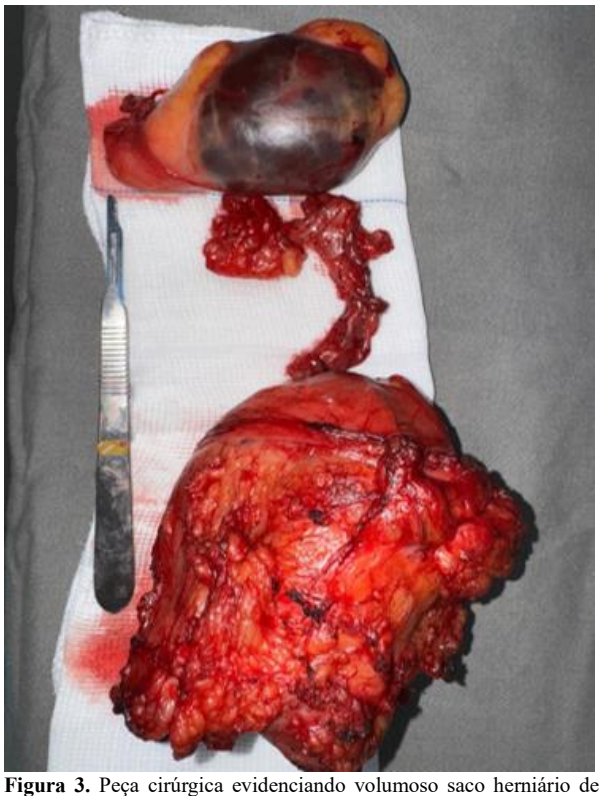


Figura 3. Peça cirúrgica evidenciando volumoso saco herniário de conteúdo heterogêneo e massa tumoral vesical. A lâmina de bisturi posicionada ao lado demonstra as extensas dimensões da lesão. **Fonte:** Os autores.

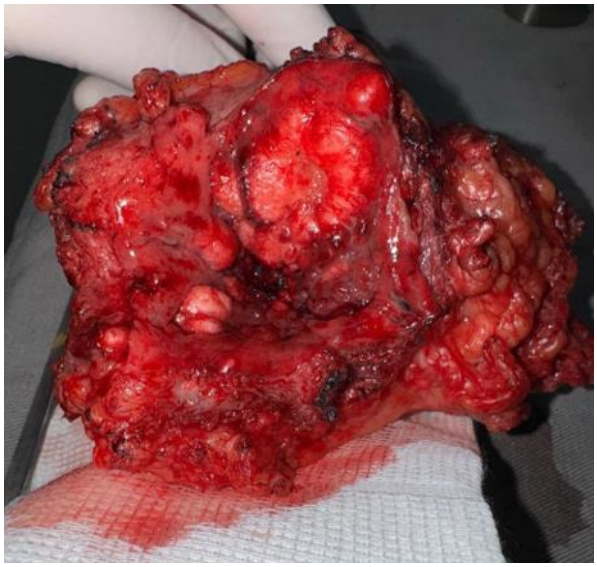


Figura 4. Peça cirúrgica em detalhe, evidenciando a massa tumoral vesical. Os dedos do cirurgião segurando a amostra servem de referência para suas dimensões. **Fonte:** Os autores.

Diante do achado neoplásico intraoperatório, procedeu-se à ampliação da abordagem com a realização de cistectomia parcial com margem de segurança oncológica, sendo ressecado aproximadamente 50% do volume vesical total, seguida de encaminhamento da peça cirúrgica para exame anatomopatológico definitivo. A reconstrução da parede vesical remanescente foi executada em três planos distintos de sutura com fios absorvíveis de polímero sintético. Ao término da reconstrução, optou-se pela derivação urinária complementar e proteção da anastomose com a inserção de sonda vesical de demora via uretral e cistostomia suprapúbica para manutenção de fluxo contínuo e lavagem vesical.

O exame anatomopatológico definitivo confirmou o diagnóstico histológico de carcinoma de células escamosas da bexiga, revelando uma lesão neoplásica medindo 8,3 x 6,2 x 5,9 cm. A análise microscópica evidenciou invasão neoplásica transmural com acometimento macroscópico de partes moles perivesicais, além de extensos sinais de angioinvasão linfática e invasão perineural. Devido aos achados histopatológicos de alto grau e ao estadiamento avançado, procedeu-se ao rastreamento complementar de estadiamento à distância com a realização de cintilografia óssea e tomografia computadorizada.

Os exames de estadiamento revelaram lesões osteoblásticas sugestivas de acometimento secundário (metástase) em cabeça de fêmur esquerda, bem como múltiplos nódulos pulmonares secundários vistos na tomografia de tórax.

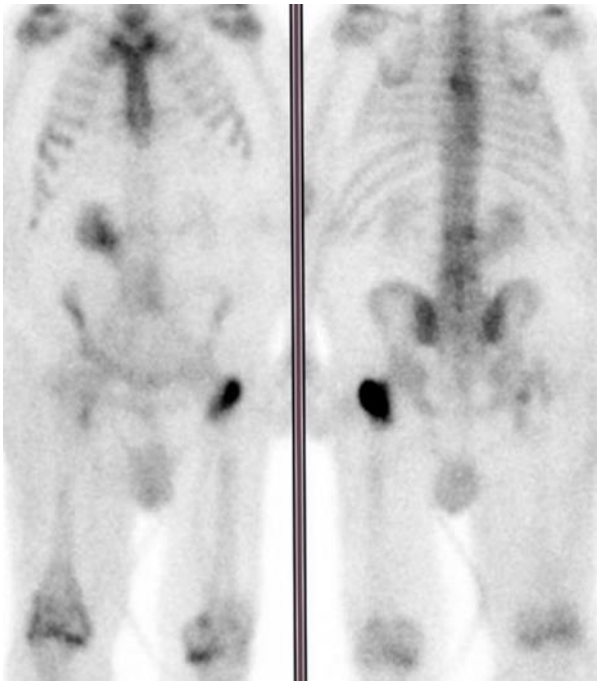


Figura 5. Cintilografia óssea evidenciando presença de área focal de aumento da atividade osteoblástica localizada na região trocantérica do fêmur esquerdo (achado suspeito de acometimento neoplásico). **Fonte:** Os autores.

O paciente foi prontamente encaminhado ao serviço de oncologia clínica para avaliação terapêutica sistêmica; contudo, ponderando-se a idade, o estado geral de saúde, a agressividade histológica da neoplasia e o estadiamento metastático disseminado, optou-se

conjuntamente com os familiares pela instituição exclusiva de medidas de suporte e cuidados paliativos. Em virtude da rápida progressão evolutiva da doença oncológica de base, o paciente evoluiu a óbito seis meses após o procedimento cirúrgico de correção herniária.

3. DISCUSSÃO

Embora o carcinoma urotelial represente a grande maioria das neoplasias malignas da bexiga, o carcinoma de células escamosas (CCE) primário não-esquistossomótico constitui uma variante histológica rara e biologicamente agressiva, correspondendo a menos de 2% a 5% dos tumores vesicais nos países ocidentais[2,5,8].

Diferentemente do carcinoma urotelial convencional, a etiopatogenia do CCE vesical está intimamente ligada à irritação crônica e persistente do urotélio[2,9]. Fatores que promovem estase urinária, inflamação recorrente e trauma mecânico contínuo — tais como cateterismo vesical de longa permanência, litíase vesical, divertículos de bexiga e, como observado no presente caso, a herniação crônica da parede vesical — induzem um processo adaptativo de metaplasia escamosa queratinizante[8,10].

Ao longo de décadas, esse microambiente inflamatório favorece o acúmulo de alterações genéticas que progridem de displasia para carcinoma escamoso invasivo[2,9].

O diagnóstico do carcinoma de células escamosas (CCE) da bexiga insere-se na rica trajetória histórica da anatomopatologia — disciplina que evoluiu desde a patologia macroscópica descritiva de Giovanni Battista Morgagni no século XVIII e a patologia celular de Rudolf Virchow no século XIX, até as modernas técnicas de imuno-histoquímica e patologia molecular da atualidade, permitindo a confirmação precisa da linhagem histológica e a avaliação detalhada da profundidade de invasão tecidual[11,12].

Em paralelo, os avanços recentes na medicina de precisão e na biologia molecular têm impulsionado a evolução das estratégias terapêuticas para tumores vesicales agressivos, integrando terapias sistêmicas inovadoras e inibidores de checkpoints imunológicos, embora a rigorosa análise anatomopatológica e o estadiamento continuem a ser pilares fundamentais no manejo clínico das variantes histológicas raras[13,14].

Historicamente, o manejo terapêutico do carcinoma de células escamosas passou por uma transição significativa nas últimas décadas: inicialmente tratado com radioterapia isolada ou ressecções endoscópicas limitadas — que apresentavam altas taxas de recidiva local e sobrevida reduzida —, o tratamento consolidou-se a partir do final do século XX em torno da cistectomia radical com linfadenectomia pélvica como o padrão-ouro para a doença localizada ou localmente avançada[15,16]. Diferentemente do carcinoma urotelial convencional, o CCE puro apresenta reconhecida quimiorresistência relativa aos regimes sistêmicos tradicionais baseados em platina (como o esquema MVAC ou gencitabina-cisplatina), razão pela qual a erradicação cirúrgica completa com margens livres permanece o principal determinante de controle oncológico[15,17].

Nos últimos anos, para pacientes com doença metastática irressecável ou sem condições clínicas para cirurgias radicais — como observado no presente caso —, a evolução terapêutica tem explorado o papel da radioterapia paliativa, de esquemas quimioterápicos combinados individualizados e, mais recentemente, de inibidores de checkpoints imunológicos, visando primordialmente o controle sintomático e o prolongamento da sobrevida com qualidade[16,17].

4. CONCLUSÃO

Do ponto de vista terapêutico, a abordagem cirúrgica em pacientes idosos com hérnias inguinoescrotais volumosas representa um desafio complexo, que exige ponderação rigorosa entre a correção mecânica e a resolução de quadros obstrutivos.

No presente caso, a indicação cirúrgica foi primariamente motivada pela dor e pela grave restrição miccional obstrutiva, sendo o diagnóstico neoplásico inteiramente incidental e revelado apenas pelo estudo anatomopatológico da peça cirúrgica após a cistectomia parcial.

Embora a investigação pré-operatória não tenha evidenciado a neoplasia de forma isolada e o estadiamento posterior tenha confirmado doença sistêmica avançada, a intervenção cirúrgica cumpriu um papel fundamental: a redução bem-sucedida da hérnia e a ressecção do componente vesical restabeleceram a drenagem urinária e eliminaram a intensa morbidade local.

Desse modo, mesmo em um cenário de doença oncológica oculta e de mau prognóstico a longo prazo, o tratamento cirúrgico alcançou com absoluto êxito as metas fundamentais do cuidado paliativo, proporcionando ao paciente alívio imediato dos sintomas, melhora da qualidade de vida e dignidade durante seus meses finais.

5. REFERÊNCIAS

[1] Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/inca. Acesso em: 10 nov. 2026.

[2] Kumar V, Abbas AK, Aster JC. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

[3] European Association of Urology (EAU). EAU Guidelines on Non-Muscle-Invasive Bladder Cancer (TaT1 and CIS). Arnhem: EAU Guidelines Office, 2026.

[4] National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Bladder Cancer. Version 2.2026. Plymouth Meeting: NCCN, 2026.

[5] Wein AJ, *et al*. Campbell-Walsh Urology. 12th ed. Philadelphia: Elsevier, 2020.

[6] Townsend CM, *et al*. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022.

[7] Fitzgibbons RJ, Forse RA. Clinical practice. Groin hernias in adults. New England Journal of Medicine. 2015; 372(8):756-763.
[8] Martin JW, *et al*. Squamous cell carcinoma of the bladder: systematic review of clinical characteristics and therapeutic approaches. Arab Journal of Urology. 2016; 14(3):183-191.
[9] Shah RB, Epstein JI. Squamous lesions of the urinary bladder. Current Opinion in Urology. 2008; 18(5):512-516.
[10] Omer IA, *et al.* Primary squamous cell carcinoma of the urinary bladder herniated into an inguinoscrotal hernia: a rare case report and literature review. International Journal of Surgery Case Reports. 2020; 77:542-545.
[11] Longo DL, *et al*. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21st ed. New York: McGraw-Hill, 2022.
[12] Svatek RS, *et al.* The multifaceted challenges of squamous cell carcinoma of the urinary bladder. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. 2020; 38(5):339-345.
[13] Powles T, *et al.* Enfortumab Vedotin in Combination with Pembrolizumab in Untreated Advanced Urothelial Cancer. New England Journal of Medicine. 2024; 390(10):875-888.
[14] Gottlieb OR. A evolução da ciência e da patologia moderna ao longo dos séculos. Revista Brasileira de História da Ciência. 2022; 15(2):112-120.
[15] Kassouf W, *et al*. Outcome of patients with pure squamous cell carcinoma of the urinary bladder treated with radical cystectomy. Journal of Urology. 2007; 178(5):1919-1923.
[16] Al-Hussain TO, Epstein JI. Squamous cell carcinoma of the urinary bladder: historical perspectives, clinicopathologic features, and evolving management. Advances in Anatomic Pathology. 2016; 23(4):232-241.
[17] Negrier S, *et al.* Systemic therapy and immunotherapy advances in non-urothelial bladder cancers: focus on pure squamous cell carcinoma. European Urology Focus. 2023; 9(2):298-306.