

and spontaneous hemoperitoneum in a cocaine user. *Radiol Bras.* 2017; 50:136–7.

7. Naves AA, D'Ippolito G, Souza LRMF, et al. What radiologists should know about tomographic evaluation of acute diverticulitis of the colon. *Radiol Bras.* 2017;50:126–31.

8. Pires ACA, Oliveira DC, Nacif MS, et al. Broesike hernia: long-standing incharacteristic abdominal pain. *Radiol Bras.* 2018;51:338–9.

9. Kwon LM, Ha HI, Kim MJ, et al. A case of spontaneous isolated dissection of left gastric artery. *J Korean Med Sci.* 2016;31:1349–50.

10. Park UJ, Kim HT, Cho WH, et al. Clinical course and angiographic changes of spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection after conservative treatment. *Surg Today.* 2014;44:2092–7.

11. Ko SH, Hye R, Frankel DA. Management of spontaneous isolated visceral artery dissection. *Ann Vasc Surg.* 2015;29:470–4.

12. Takahashi B, Nakayama Y, Shiroma S, et al. Three case reports of spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery – with an algorithm proposed for the management. *Ann Vasc Dis.* 2015;8:120–3.

13. Nasser F, Affonso BB, Zurstrassen CE, et al. Sangramento espontâneo de artéria lombar em paciente com doença de Von Recklinghausen: tratamento endovascular. *J Vasc Bras.* 2008;7:389–92.

**Rômulo Florêncio Tristão Santos<sup>1,a</sup>, Denise Maria Rissato Camilo<sup>1,b</sup>, Thiago Alonso Domingos<sup>2,c</sup>, Thiago Franchi Nunes<sup>1,d</sup>, Edson Marchiori<sup>3,e</sup>**

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brazil. 2. Universidade Anhanguera, Campo Grande, MS, Brazil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brazil.

Correspondence: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso, Petrópolis, RJ, Brazil, 25685-120. Email: edmarchiori@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; b. <https://orcid.org/0000-0002-9016-8610>;

c. <https://orcid.org/0000-0001-5158-0015>; d. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>;

e. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Received 24 October 2017. Accepted after revision 16 November 2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0199>



**Pólipo ureteral fibroepitelial: o valor da uorressonância no diagnóstico e planejamento terapêutico**

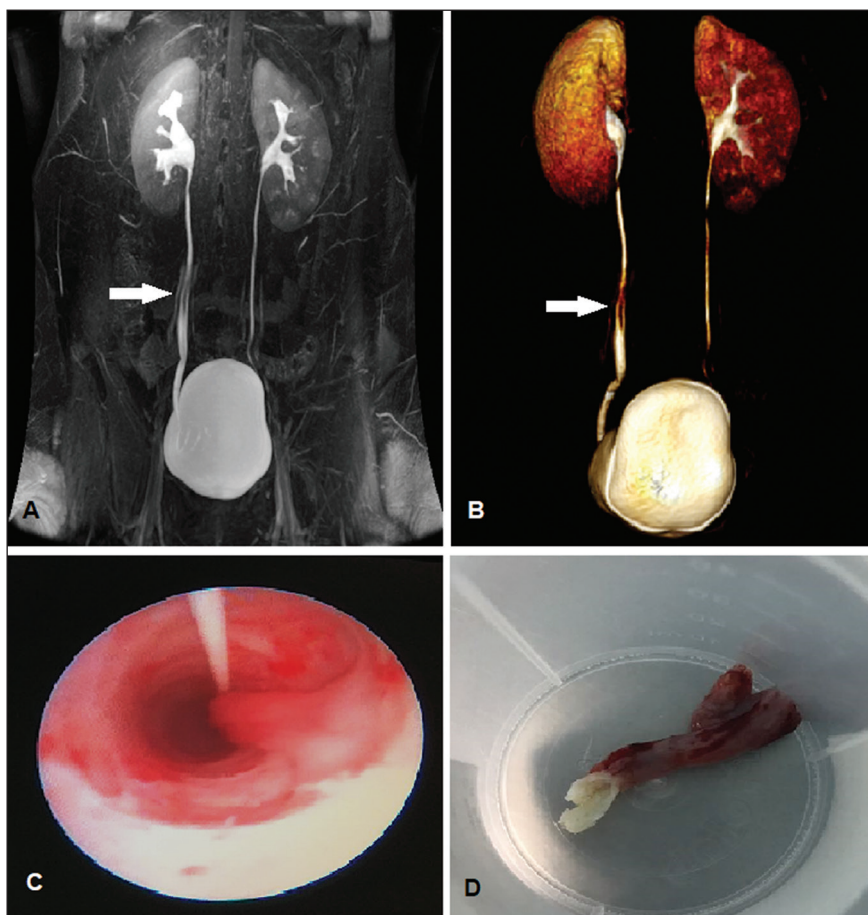
*Fibroepithelial polyp of the ureter: the value of magnetic resonance imaging of the urinary tract in diagnosis and therapeutic planning*

Sr. Editor,

Mulher de 33 anos de idade, apresentando lombalgia intermitente irradiada para a região suprapúbica há cinco meses. Negou disúria ou hematúria. Tomografia computadorizada demonstrou ureterolitíase, e a paciente foi tratada conservadoramente, com melhora parcial. Evoluiu com piora da intensidade e frequência da dor, associadas a polaciúria. Exame físico sem

alterações significativas. Exame simples de urina demonstrou eritrócitos no sedimento urinário. Ressonância magnética revelou formação polipoide, alongada, com provável origem no ureter médio e deslocamento inferior, com cerca de 4,8 cm de comprimento (Figuras 1A e 1B). Ureteroscopia mostrou pólipo ureteral intraluminal (Figura 1C). A paciente foi submetida a ressecção endoscópica (Figura 1D), realizada com sucesso, apresentando melhora dos sinais e sintomas. Relatório anatomopatológico confirmou pólipo fibroepitelial (PFE).

Embora tumores do aparelho geniturinário não sejam inco-muns<sup>(1-4)</sup>, os tumores primários do ureter são raros, representando apenas 1% de todos os tumores do aparelho urinário alto.



**Figura 1.** Uorressonância magnética coronal (A) e reconstrução tridimensional (B) demonstrando formação polipoide, alongada, com provável origem no ureter médio (setas). C: Ureteroscopia mostrando pólipo intraluminal. D: Aspecto macroscópico da lesão.

As lesões benignas são ainda mais raras, atingindo apenas 20% de todos os tumores do ureter, sendo de origem epitelial ou não epitelial. Os tumores não epiteliais têm origem na mesoderme e incluem os fibromas, leiomiomas, neurofibromas, hemangiomas e PFE<sup>(5)</sup>. Os PFEs, apesar de raros, são as lesões benignas mais frequentes do ureter. São lesões mesodérmicas que consistem em tecido conjuntivo hiperplásico com estroma vascular e recoberto por urotélio. A etiologia é desconhecida, mas acredita-se que possam ser lesões congênitas de crescimento lento ou resultantes de irritação urotelial crônica como inflamação, infecção, trauma ou obstrução. PFEs são mais encontrados em homens (3:2), sendo a maioria lesões únicas e com menos de 5 cm de comprimento<sup>(6,7)</sup>. Hematúria é o sintoma mais comum, mas podem manifestar-se com dor lombar e, menos frequentemente, com disúria e polaciúria.

Os PFEs se apresentam de forma altamente variável, podendo ser avaliados utilizando várias técnicas de imagem, que auxiliam no diagnóstico e localização da lesão. A urografia intravenosa e a ureterografia retrógrada eram os principais meios de avaliação de uma lesão ureteral, radiologicamente<sup>(5)</sup>. A ressonância magnética vem sendo cada vez mais utilizada, com o desenvolvimento de sequências mais rápidas, e os benefícios incluem imagens multiplanares, excelente contraste de tecidos moles, além da ausência de radiação ionizante. Pode delinear a extensão do tumor, fornecendo informações importantes para o planejamento terapêutico e um diagnóstico mais preciso. A ausência de invasão local, linfonodopatia regional e de metástases a distância fornece subsídio de imagem para o diagnóstico de uma lesão ureteral benigna. Os pólipos geralmente são vistos como defeitos de enchimento alongados, delgados e geralmente lisos, frequentemente encontrados no ureter proximal e às vezes associados a uretero-hidronefrose<sup>(5)</sup>. A presença de urina ao redor do defeito de enchimento, a demonstração de um anexo polipoide e o aumento do comprimento da massa ureteral são características de imagem altamente sugestivas de PFE<sup>(7,8)</sup>. Deve-se obter sempre a confirmação histológica da lesão antes de se realizar o tratamento definitivo<sup>(6)</sup>.

O tratamento de escolha é a ressecção local, minimamente invasiva, porém não é incomum a ureterectomia segmentar ou a nefroureterectomia por dúvidas no diagnóstico pré-operatório. No caso de exclusão renal por obstrução prolongada, o tratamento de eleição é a nefroureterectomia<sup>(9,10)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

1. Miranda CLVM, Sousa CSM, Bastos BB, et al. Giant renal angiomyolipomas in a patient with tuberous sclerosis. *Radiol Bras.* 2018;51:64–5.
2. Oliveira TS, Stamoulis DNJ, Souza LRMF, et al. Leiomyoma of the seminal vesicle. *Radiol Bras.* 2018;51:200–1.
3. Sousa CSM, Viana IL, Miranda CLVM, et al. Hemangioma of the urinary bladder: an atypical location. *Radiol Bras.* 2017;50:271–2.
4. Fernandes AM, Paim BV, Vidal APA, et al. Pheochromocytoma of the urinary bladder. *Radiol Bras.* 2017;50:199–200.
5. Faerber GJ, Ahmed MM, Marcovich R, et al. Contemporary diagnosis and treatment of fibroepithelial ureteral polyp. *J Endourol.* 1997;11:349–51.
6. Uğras S, Odabaş O, Aydin S, et al. Fibroepithelial polyp of the ureter associated with an adjacent ureteral calculus. *Int Urol Nephrol.* 1997;29:543–9.
7. Bellin MF, Springer O, Mourey-Gerosa I, et al. CT diagnosis of ureteral fibroepithelial polyps. *Eur Radiol.* 2002;12:125–8.
8. Lai TK, Chung CH, Chin AC, et al. Magnetic resonance imaging for ureteral fibroepithelial polyp. *Hong Kong Med J.* 2008;14:408–10.
9. Lam JS, Bingham JB, Gupta M. Endoscopic treatment of fibroepithelial polyps of the renal pelvis and ureter. *Urology.* 2003;62:810–3.
10. Kijivkai K, Maynes LJ, Herrell SD. Laparoscopic management of large ureteral fibroepithelial polyp. *Urology.* 2007;70:373.e4–7.

**Tiago Kojun Tibana<sup>1,a</sup>, Rômulo Florêncio Tristão Santos<sup>1,b</sup>, Luiz Augusto Morelli Said<sup>2,c</sup>, Edson Marchiori<sup>3,d</sup>, Thiago Franchi Nunes<sup>1,e</sup>**

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Thiago Franchi Nunes. Avenida Senador Filinto Müller, 355, Vila Ipiranga. Campo Grande, MS, Brasil, 79080-190. E-mail: thiagofranchinunes@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; c. <https://orcid.org/0000-0003-4946-2292>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

Recebido para publicação em 7/11/2017. Aceito, após revisão, em 4/12/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0214>



#### Câncer colorretal obstrutivo apresentando-se com constipação durante a gestação

*Obstructive colorectal cancer presenting as constipation during pregnancy*

Sr. Editor,

Mulher, 36 anos, gestante de 16 semanas, apresentando constipação crônica, com piora há 2 semanas, evoluindo com parada da eliminação de gases e fezes, distensão abdominal, vômitos e dor abdominal difusa com predomínio na fossa ilíaca esquerda. Foi submetida a clister retal, sem melhora clínica. Negou cirurgias prévias. Exame físico demonstrou abdome gravídico, distendido, ruídos hidroaéreos aumentados com timbre metálico, dor à palpação profunda pior na fossa ilíaca esquerda, sem sinais de peritonite. Exames laboratoriais sem alterações significativas. Ressonância magnética da pelve mostrou distensão colônica difusa (Figura 1A), com formação expansiva na transição do retossigmoide, caracterizada por espessamento irregular e concêntrico, extensão de 4 cm e distando cerca de 20 cm do canal anal (Figuras 1B e 1C). Não se observaram linfonodos suspeitos locorreionais. Foram realizadas retossigmoidectomia convencional e confecção de anastomose primária (Figura 1D).

Não foram identificadas metástases macroscópicas durante o procedimento cirúrgico. Estudo anatomopatológico revelou adenocarcinoma tubular invasivo, mucinoso, moderadamente diferenciado, com invasão angiolinfática. Ultrassonografia obstétrica no pós-operatório imediato mostrou feto único, batimentos cardíofetais presentes e placenta normoinserida. A paciente evoluiu satisfatoriamente e recebeu alta no 8º dia de pós-operatório.

A incidência de câncer em gestantes varia de 0,07% a 0,1%. O câncer colorretal durante o período gestacional é uma entidade rara, com incidência de 0,002%<sup>(1–3)</sup>. Os fatores de risco incluem idade avançada, história pessoal ou familiar de pólipos adenomatosos, doença inflamatória intestinal, história familiar de câncer colorretal, dietas com alto teor de gordura e proteína animal, obesidade, tabagismo e ingestão de álcool<sup>(4)</sup>.

O adenocarcinoma mucinoso é caracterizado pela presença de mucina extracelular correspondendo a mais que 50% do volume tumoral. O componente mucinoso é um dos fatores que influenciam a sobrevivência dos doentes. O adenocarcinoma mucinoso em qualquer grau de diferenciação é considerado fator localmente agressivo e de pior prognóstico<sup>(5)</sup>.

Gestantes que apresentam sintomas abdominais agudos comumente são um desafio diagnóstico. Embora a ultrassonografia