

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 congênicas 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,

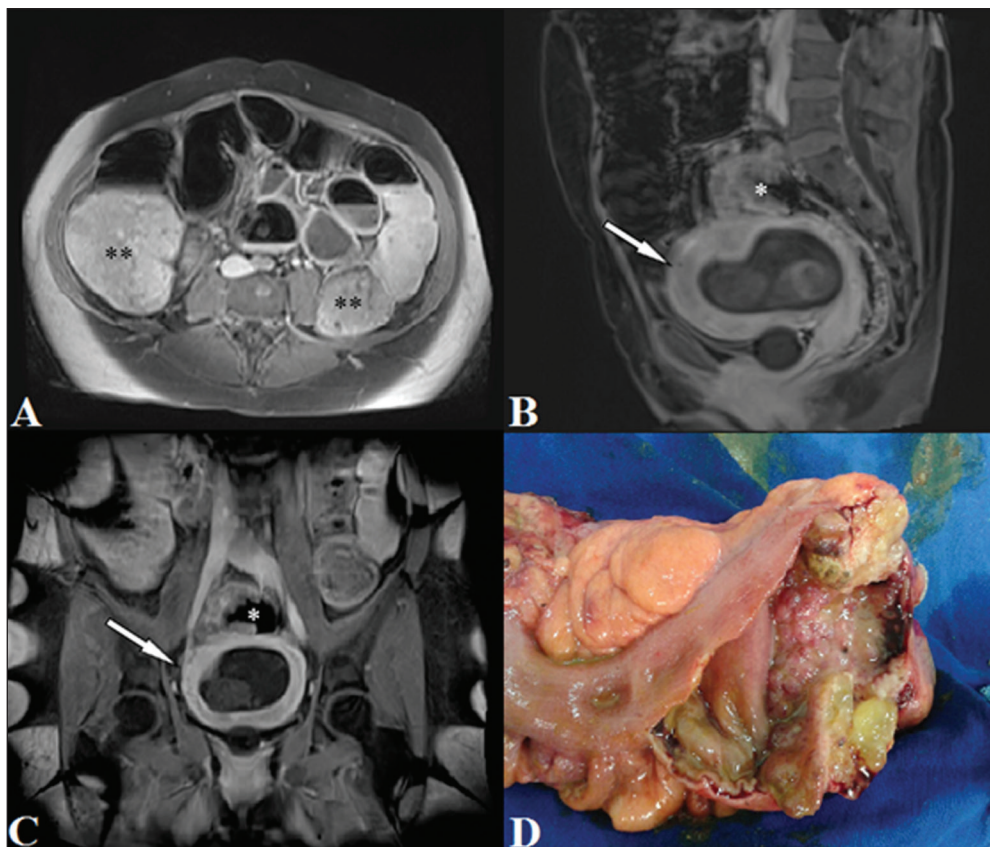
Mulher, 36 anos, gestante de 16 semanas, apresentando constipação crônica, com piora há 2 semanas, evoluindo com parada da eliminação de gases e fezes, distensão abdominal, vômitos e dor abdominal difusa com predomínio na fossa ilíaca esquerda. Foi submetida a clister retal, sem melhora clínica. Negou 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



**Figura 1.** RM de abdome no plano axial (A) mostrando distensão colônica (asteriscos). Planos sagital (B) e coronal (C) mostrando tumor obstrutivo de reto baixo (asterisco) e útero gravídico com saco gestacional (seta). D: Peça cirúrgica mostrando lesão estenosante e irregular.

seja o primeiro método de imagem, muitas vezes são necessários exames adicionais. A ressonância magnética, com o desenvolvimento de sequências mais rápidas, oferece importantes benefícios, que incluem imagens multiplanares, excelente contraste de tecidos moles e ausência de radiação ionizante<sup>(6-9)</sup>, além de ser um método potencialmente mais preciso para a detecção do adenocarcinoma mucinoso do que a biópsia pré-operatória<sup>(10)</sup>.

O tratamento é complexo e envolve aspectos como idade gestacional, estadiamento tumoral e preservação da fertilidade. Até a primeira metade da gestação, o tratamento deve ser realizado como o de uma paciente não grávida. Na segunda metade, aguarda-se a viabilidade fetal e, após o parto, realiza-se a cirurgia. As principais drogas utilizadas na quimioterapia adjuvante são consideradas seguras a partir do segundo trimestre. Em relação à radioterapia, é sabidamente benéfica no pré e pós-operatório dos tumores retais e pode ser indicada para casos especiais de cólon. Contudo, é contraindicada durante a gestação, e seus efeitos para o feto são imprevisíveis<sup>(11)</sup>.

#### REFERÊNCIAS

- Cappell MS. Colon cancer during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:341-83.
- Sobrado CW, Mester M, Simonsen OS, et al. Retrorectal tumors complicating pregnancy. Report of two cases. *Dis Colon Rectum.* 1996;39:1176-9.
- Woods JB, Martin JN Jr, Ingram FH, et al. Pregnancy complicated by carcinoma of the colon above the rectum. *Am J Perinatol.* 1992;9:102-10.
- Haggar FA, Boushey RP. Colorectal cancer epidemiology: incidence, mortality, survival, and risk factors. *Clin Colon Rectal Surg.* 2009;22:191-7.
- Tung SY, Wu CS, Chen PC. Primary signet ring cell carcinoma of colorectum: an age- and sex-matched controlled study. *Am J Gastroenterol.* 1996;91:2195-9.
- McKenna DA, Meehan CP, Alhajeri AN, et al. The use of MRI to demonstrate small bowel obstruction during pregnancy. *Br J Radiol.* 2007;80:e11-4.
- Boaventura CS, Rodrigues DP, Silva OAC, et al. Evaluation of the indications for performing magnetic resonance imaging of the female pelvis at a referral center for cancer, according to the American College of Radiology criteria. *Radiol Bras.* 2017;50:1-6.
- Cardia PP. Indications for magnetic resonance imaging of the female pelvis at a referral center for cancer. *Radiol Bras.* 2017;50(1):v-vi.
- Alves I, Cunha TM. Clinical importance of second-opinion interpretations by radiologists specializing in gynecologic oncology at a tertiary cancer center: magnetic resonance imaging for endometrial cancer staging. *Radiol Bras.* 2018;51:26-31.
- Yu SK, Chand M, Tait DM, et al. Magnetic resonance imaging defined mucinous rectal carcinoma is an independent imaging biomarker for poor prognosis and poor response to preoperative chemoradiotherapy. *Eur J Cancer.* 2014;50:920-7.
- Heres P, Wiltink J, Cuesta MA, et al. Colon carcinoma during pregnancy: a lethal coincidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48:149-52.

**Tiago Kojun Tibana<sup>1,a</sup>, Rômulo Florêncio Tristão Santos<sup>1,b</sup>, Patrícia Costa de Oliveira Campos Marques<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. Santa Casa de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil. 3. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

a. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; b. <https://orcid.org/0000-0002-8679-7369>; c. <https://orcid.org/0000-0002-1920-1473>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>; e. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>.

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

Recebido para publicação em 2/11/2017. Aceito, após revisão, em 21/11/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0207>

