

**Figura 1.** A: RM de abdome pré-embolização demonstrando lesão hipervascular medindo cerca de 10 cm, cuja análise histológica confirmou adenoma hepático com marcador beta-catenina positivo. B: RM de abdome seis meses após a embolização demonstrando conteúdo gasoso no interior da lesão tratada. C: Drenagem percutânea guiada por ultrassom da coleção/abscesso hepático. D: RM de abdome de controle, feita seis meses após o tratamento percutâneo do abscesso hepático.

abscesso hepático tardio pós-embolização de adenoma, complicação ainda não relatada na literatura. O tratamento do abscesso hepático piogênico inclui antibioticoterapia intravenosa associada a drenagem percutânea guiada por US ou TC.

A ETA aguda ou eletiva no manejo do AHC parece segura. ETA eletiva oferece uma opção razoável à cirurgia, considerando suas propriedades minimamente invasivas e poupadoras de parênquima e a capacidade de reduzir o tamanho dos tumores localizados em posição anatômica que dificulta a cirurgia.

**REFERÊNCIAS**

- Edmondson HA, Henderson B, Benton B. Liver-cell adenomas associated with use of oral contraceptives. *N Engl J Med.* 1976;294:470–2.
- Soe KL, Soe M, Glud C. Liver pathology associated with the use of anabolic-androgenic steroids. *Liver.* 1992;12:73–9.
- Ault GT, Wren SM, Ralls PW, et al. Selective management of hepatic adenomas. *Am Surg.* 1996;62:825–9.
- Rooks JB, Ory HW, Ishak KG, et al. Epidemiology of hepatocellular adenoma. The role of oral contraceptive use. *JAMA.* 1979;242:644–8.
- Agrawal S, Agarwal S, Arnason T, et al. Management of hepatocellular

- adenoma: recent advances. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015;13:1221–30.
- Nasser F, Affonso BB, Galastri FL, et al. Minimally invasive treatment of hepatic adenoma in special cases. *Einstein (Sao Paulo).* 2013;11:524–7.
- Erdogan D, Busch OR, van Delden OM, et al. Management of spontaneous haemorrhage and rupture of hepatocellular adenomas. A single centre experience. *Liver Int.* 2006;26:433–8.
- van Rosmalen BV, Coelen RJS, Bieze M, et al. Systematic review of transarterial embolization for hepatocellular adenomas. *Br J Surg.* 2017;104:823–35.

**Thiago Franchi Nunes<sup>1,a</sup>, Fabio Colagrossi Paes Barbosa<sup>1,b</sup>, Tiago Kojun Tibana<sup>1,c</sup>, Edson Marchiori<sup>2,d</sup>**

1. Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Campo Grande, MS, Brasil. 2. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Correspondência: Dr. Edson Marchiori. Rua Thomaz Cameron, 438, Valparaíso. Petrópolis, RJ, Brasil, 25685-120. E-mail: edmarchiori@gmail.com. a. <https://orcid.org/0000-0003-0006-3725>; b. <https://orcid.org/0000-0002-0885-6298>; c. <https://orcid.org/0000-0001-5930-1383>; d. <https://orcid.org/0000-0001-8797-7380>.

Recebido para publicação em 21/8/2017. Aceito, após revisão, em 16/10/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0143>



**Valor adicional do estudo dinâmico pós-contraste para detecção de pequeno tumor neuroendócrino do reto na ressonância magnética**

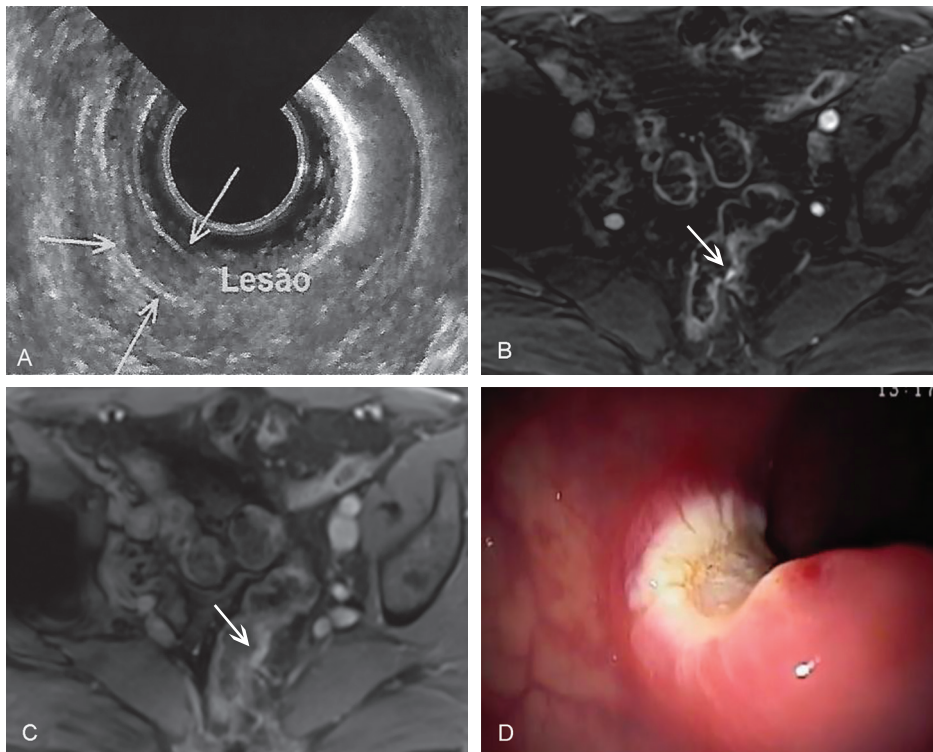
*Additional value of a dynamic contrast-enhanced study for detection of a small neuroendocrine tumor of the rectum on magnetic resonance imaging*

Sr. Editor,

Homem de 70 anos, assintomático, submetido a colonoscopia de rastreio, na qual foi identificada lesão retal, subepitelial, confirmada pela ecoendoscopia (Figura 1A). Foi realizada ressonância magnética (RM), que não detectou a lesão com o protocolo habitual. O exame de RM foi complementado com estudo dinâmico, que permitiu a identificação de uma lesão medindo 5 mm, com realce precoce pelo meio de contraste, não identificada

em fases mais tardias do estudo dinâmico (Figuras 1B e 1C). Posteriormente, foi realizada ressecção endoscópica diagnóstica e terapêutica (Figura 1D), com diagnóstico histopatológico de neoplasia neuroendócrina bem diferenciada.

Tumores neuroendócrinos podem ocorrer em diferentes órgãos e correspondem a 1,5% de todas as neoplasias gastrintestinais e pancreáticas<sup>(1)</sup>. No trato gastrintestinal, o reto é a segunda porção mais acometida, correspondendo a 21–27% dos casos<sup>(2)</sup>. A maioria é esporádico, mas até 25% pode vir associado a síndromes genéticas, como a neoplasia endócrina múltipla tipo 1, a neurofibromatose tipo 1, a doença de Von Hippel-Lindau e a esclerose tuberosa<sup>(3–5)</sup>. Podem produzir hormônios e aminas metabolicamente ativas, causando sintomas<sup>(5)</sup>. Os não funcionantes, que são os mais comuns, frequentemente se manifestam como



**Figura 1.** A: Ecoendoscopia mostrando lesão localizada e restrita à submucosa (setas). RM 3,0 tesla pós-contraste com estudo dinâmico (B) mostrando pequena lesão parietal hipervascular em fase precoce (seta) e em fase mais tardia (C) mostrando que a lesão não é mais individualizada (seta). D: Escara resultante da ressecção.

doença localmente avançada ou como metástase (principalmente para fígado)<sup>(5)</sup>. O sistema de classificação de 2010 da Organização Mundial da Saúde utiliza aspectos histopatológicos para classificar as neoplasias neuroendócrinas em três categorias: neoplasia neuroendócrina, grau 1; neoplasia neuroendócrina, grau 2; e carcinoma neuroendócrino, grau 3. O primeiro demonstra comportamento benigno ou maligno incerto, o segundo mostra baixo grau de malignidade e o terceiro geralmente tem comportamento agressivo<sup>(6)</sup>. A malignidade depende não apenas da classificação histológica, mas também do local de origem. A neoplasia localizada no reto possui bom prognóstico, sendo a maioria dos pacientes assintomática, representa lesão descoberta incidentalmente, tipicamente pequena (< 1 cm) e localizada em 82% dos casos no momento do diagnóstico, com metástase em apenas 2% dos menores que 2 cm e taxa de sobrevida em cinco anos de 88%<sup>(2)</sup>. Ecoendoscopia é o método ideal para avaliar a invasão da parede retal e os linfonodos regionais<sup>(7)</sup>. A RM vem sendo cada vez mais usada para avaliar a extensão tumoral e nodal<sup>(2)</sup>. Ressecção local é o tratamento ideal para lesões não invasivas menores que 2 cm, e cirurgia radical com ressecção dos linfonodos de drenagem, para as lesões invasivas ou maiores que 2,5 cm<sup>(8)</sup>. Em caso de tumores metastáticos, terapias sistêmicas ou mesmo cirúrgicas são consideradas<sup>(2)</sup>.

O tumor neuroendócrino bem diferenciado do reto tem origem na muscular da mucosa ou submucosa, portanto, tem localização superficial ou padrão de crescimento intraluminal. Apresenta hipossinal em T1, hipersinal em T2 e realce homogêneo pelo meio de contraste. Por outro lado, o tumor neuroendócrino indiferenciado tem achados similares ao adenocarcinoma retal<sup>(9)</sup>.

Em conclusão, a inclusão do estudo dinâmico aumenta a sensibilidade da RM para detecção de tumores neuroendócrinos pequenos, podendo ser um método adicional para pesquisa de neuroendócrinos ocultos.

#### REFERÊNCIAS

- Chang S, Choi D, Lee SJ, et al. Neuroendocrine neoplasms of the gastrointestinal tract: classification, pathologic basis, and imaging features. *Radiographics*. 2007;27:1667–79.
- Sahani DV, Bonaffini PA, Fernández-Del Castillo C, et al. Gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors: role of imaging in diagnosis and management. *Radiology*. 2013;266:38–61.
- Lawrence B, Gustafsson BI, Chan A, et al. The epidemiology of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2011;40:1–18.
- Yao JC, Hassan M, Phan A, et al. One hundred years after “carcinoid”: epidemiology of and prognostic factors for neuroendocrine tumors in 35,825 cases in the United States. *J Clin Oncol*. 2008;26:3063–72.
- Toumpanakis CG, Caplin ME. Molecular genetics of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *Am J Gastroenterol*. 2008;103:729–32.
- Turaga KK, Kvols LK. Recent progress in the understanding, diagnosis, and treatment of gastroenteropancreatic neuroendocrine tumors. *CA Cancer J Clin*. 2011;61:113–32.
- Fujishima H, Misawa T, Maruoka A, et al. Rectal carcinoid tumor: endoscopic ultrasonographic detection and endoscopic removal. *Eur J Radiol*. 1993;16:198–200.
- Ruszniewski P, Delle Fave G, Cadiot G, et al. Well-differentiated gastric tumors/carcinomas. *Neuroendocrinology*. 2006;84:158–64.
- Kim H, Kim JH, Lim JS, et al. MRI findings of rectal submucosal tumors. *Korean J Radiol*. 2011;12:487–98.

**Leandro Lucas Lima<sup>1,2,a</sup>, Daniella Braz Parente<sup>1,2,b</sup>, Ricardo Vezzani Batista<sup>2,c</sup>, Antonio Eiras de Araújo<sup>1,2,d</sup>**

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2. Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Dr. Leandro Lucas Lima. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Radiologia. Rua Rodolpho Paulo Rocco, 255, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 21941-901. E-mail: limalucasleandro@gmail.com.

a. <https://orcid.org/0000-0002-2706-005X>; b. <https://orcid.org/0000-0003-0031-5785>;

c. <https://orcid.org/0000-0002-7026-2095>; d. <https://orcid.org/0000-0002-6272-4253>.

Recebido para publicação em 30/8/2017. Aceito, após revisão, em 3/11/2017.

<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0150>

