

QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

Ricardo Jorge Vital¹, Leandro Accardo de Mattos¹, Luis Pecci Neto¹, Hugo Alexandre Sócrates de Castro¹, Thiago Arraes de França¹, Giuseppe D'Ippolito²

* Trabalho realizado no Departamento de Diagnóstico por Imagem da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM). 1. Médicos Residentes do Departamento de Diagnóstico por Imagem da Unifesp/EPM. 2. Professor Adjunto do Departamento de Diagnóstico por Imagem da Unifesp/EPM. Endereço para correspondência: Dr. Ricardo Jorge Vital. Rua Pedroso Alvarenga, 333, ap. 144, Itaim Bibi. São Paulo, SP, 04531-010. E-mail: rjvital@gmail.com

Paciente do sexo feminino, 35 anos de idade, procedente de São Paulo, relata queda da própria altura há dois dias, evoluindo com dor lombar e massa palpável no flanco esquerdo. Encaminhada para realização de tomografia computadorizada (Figuras 1 e 2) e, posteriormente, ressonância magnética do abdome (Figuras 3 e 4).

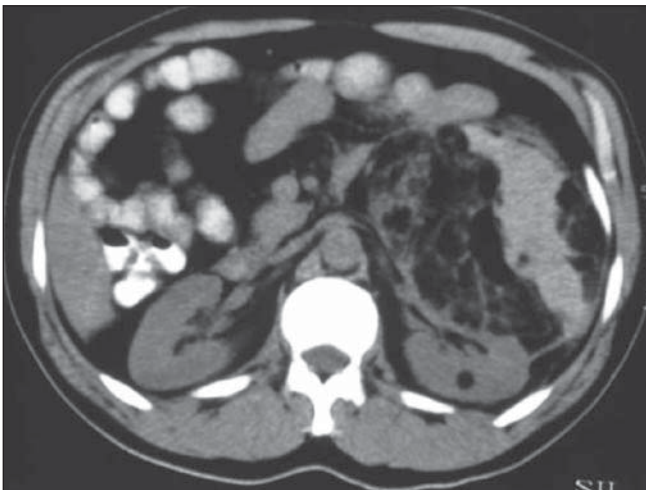


Figura 1.



Figura 2.

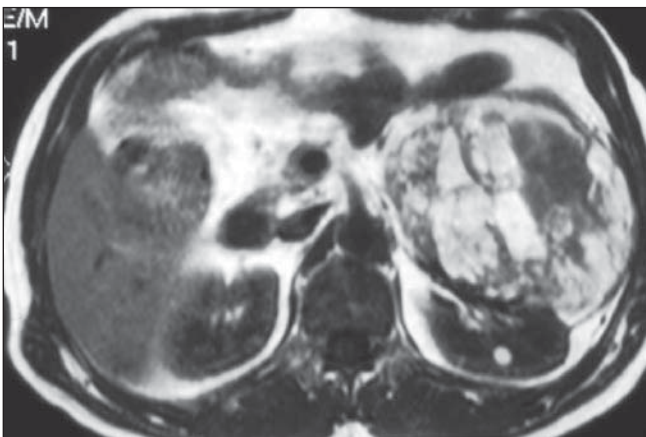


Figura 3.

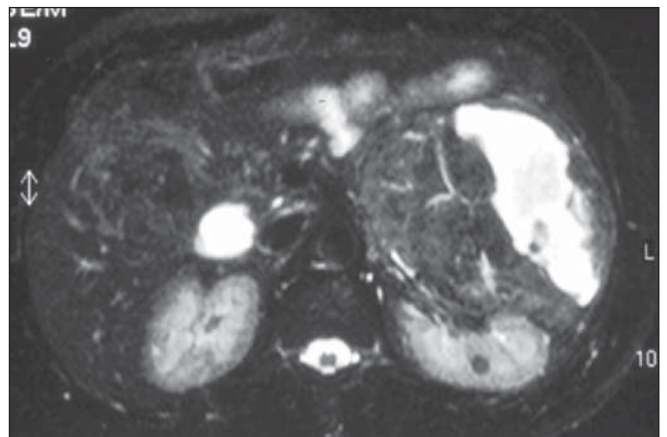


Figura 4.

Achados de imagem

O exame tomográfico revela volumosa massa retroperitoneal esquerda, heterogênea, com áreas de maior e menor densidade, sem realce significativo após injeção endovenosa do meio de contraste, aderida ao rim esquerdo e promovendo compressão do seu parênquima. Esta massa mede cerca de 9 cm no seu maior diâmetro.

O exame de ressonância evidencia volumosa massa heterogênea com área central hiperintensa em T1 e hipointensa em T2, em correspondência à área de maior densidade vista na tomografia, sem realce após a injeção do meio de contraste paramagnético, compatível com sangue. O restante da lesão apresenta hipersinal em T1 e hipossinal na sequência com supressão de gordura, indicando componente lipomatoso correlacionado às áreas de menor densidade identificadas na tomografia.

Interessante observar a presença de pequeno nódulo no parênquima da região mesorrenal esquerda, cuja densidade e comportamento de sinal são compatíveis com conteúdo lipomatoso.

Diagnóstico: Angiomiolipoma renal com sangramento intratumoral.

COMENTÁRIOS

Angiomiolipomas ocorrem como entidades isoladas, esporádicas em 80% dos casos, geralmente manifestando-se em mulheres de meia idade. Os outros 20% desenvolvem-se em associação com a es-

clerose tuberosa. A penetrância de tais lesões no complexo da esclerose tuberosa pode ser de até 80%^(1,2).

São geralmente achados incidentais, mas podem manifestar-se com sintomas de dor abdominal, náuseas, vômitos e febre. Os achados comumente descritos incluem massa palpável, hematúria, anemia, choque, hipertensão, infecções do trato urinário e insuficiência renal. Estes sinais e sintomas são geralmente resultado do efeito de massa e da hemorragia, ocorrendo em 68% a 80% dos pacientes em que o tumor alcança 4 cm ou mais. A propensão ao sangramento é multifatorial e inclui também deficiências focais do tecido elástico em vasos sanguíneos anormalmente rígidos e espessos, hipervascularização e invasão venosa⁽³⁻⁵⁾.

Os defeitos do tecido elástico dos vasos sanguíneos também predis põem o angiomiolipoma ao desenvolvimento de aneurismas⁽⁶⁾.

Os componentes deste tumor incluem tecido adiposo maduro, músculo liso e vasos sanguíneos de paredes espessas, tendo sido nomeado finalmente por Morgan em 1951⁽⁷⁾.

Em virtude dessa histologia, os achados mais típicos do angiomiolipoma podem ser vistos à tomografia computadorizada. No exame sem contraste, são mais comumente observadas massas renais corticais únicas ou múltiplas, bem definidas e não calcificadas, contendo tecido com atenuação menor do que -20 UH⁽⁸⁾. Os angiomioli-

pomas podem apresentar graus variados de atenuação de tecidos moles, devido a proporção relativa de músculo liso, vasos e presença de hemorragia intratumoral, que ocorre em até 17% a 20% dos pacientes com hemorragia perinéfrica espontânea⁽⁹⁾.

Tal como outros tumores que contêm gordura, à ressonância magnética, os angiomiolipomas tipicamente exibem hipersinal nas imagens ponderadas em T1 e marcada redução de sinal nas imagens com supressão⁽⁶⁾.

REFERÊNCIAS

1. Steiner MS, Goldman SM, Fishman EK, Marshall FF. The natural history of renal angiomyolipoma. *J Urol* 1993;150:1782-6.
2. Wagner BJ, Wong-You-Cheong JJ, Davis CJ Jr. Adult renal hamartomas. *RadioGraphics* 1997;17:155-69.
3. Gentry LR, Gould HR, Alter AJ, Wegenke JD, Atwell DT. Hemorrhagic angiomyolipoma: demonstration by computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 1981;5:861-5.
4. Mouded IM, Tolia BM, Bernie JE, Newman HR. Symptomatic renal angiomyolipoma: report of 8 cases, 2 with spontaneous rupture. *J Urol* 1978;119:684-8.
5. Price EB Jr, Mostofi FK. Symptomatic angiomyolipoma of the kidney. *Cancer* 1965;18:761-74.
6. Logue LG, Acker RE, Sienko AE. Best cases from the AFIP: angiomyolipomas in tuberous sclerosis. *RadioGraphics* 2003;23:241-6.
7. Morgan GS, Straumfjord JV, Hall EJ. Angiomyolipoma of the kidney. *J Urol* 1951;65:525.
8. Helenon O, Merran S, Paraf F, *et al.* Unusual fat-containing tumors of the kidney: a diagnostic dilemma. *RadioGraphics* 1997;17:129-44.
9. Frauenfelder T, Wildermuth S, Marincek B, Boehm T. Nontraumatic emergent abdominal vascular conditions: advantages of multi-detector row CT and three-dimensional imaging. *RadioGraphics* 2004;24:481-96.