

PARAGANGLIOMA RETROPERITONEAL EM PACIENTE COM DOR PÉLVICA

RETROPERITONEAL PARAGANGLIOMA IN A PACIENT WITH PELVIC PAIN

Daniel Navarini^{1,2}, Lucas Nicoloso Aita³, Cleber Rosito Pinto Kruehl³, André Ricardo Pereira da Rosa³,
Cleber Dario Pinto Kruehl^{2,3}

Paciente feminina, 26 anos, com história de dor pélvica há mais de um ano. Sem queixas relacionadas a abdome superior ou dorso, sem história familiar de neoplasias. A ecografia abdominal evidenciou massa de aproximadamente 7 cm de diâmetro, localizada em flanco inferior direito, retroperitoneal, medial ao rim direito. A tomografia computadorizada mostrou grande lesão expansiva retroperitoneal (entre o fígado e o arco duodenal), medindo cerca de 7,0 x 7,2 cm, com impregnação heterogênea e calcificações periféricas (Figuras 1 e 2). A paciente foi submetida à laparotomia exploradora, com ressecção completa da lesão (Figura 3). Apresentou boa evolução pós-operatória, sem complicações. O exame anatomopatológico da peça cirúrgica revelou neoplasia organóide sem invasão vascular, encapsulada, com aspecto sugestivo de paraganglioma. A análise imunohistoquímica confirmou esses achados.

O paraganglioma retroperitoneal é uma causa não usual de sintomas pélvicos. Origina-se das células cromafins da crista neural e pode surgir desde a base do crânio até a bexiga, ao longo dos gânglios do plexo simpático paravertebral. A localização extra-adrenal e retroperitoneal é relativamente rara e não há diferença de incidência entre os sexos. Cerca de 22% a 50% dos casos são malignos, principalmente os tumores localizados no retroperitônio. A malignidade é definida com precisão somente pelo comportamento biológico do tumor. Aproximadamente 10% dos pacientes com dor lombar ou massa palpável ao diagnóstico, possuem doença metastática. O diagnóstico é feito por exames de imagem (tomografia e ressonância magnética). O tratamento de primeira linha é a ressecção cirúrgica completa da lesão. Quimioterapia e radioterapia têm pouco ou nenhum valor terapêutico. O contato com grandes vasos e a hipervascularização do tumor constituem um desafio cirúrgico.

Rev HCPA 2010;30(1):86



Figura 1 – Tumoração abdominal.

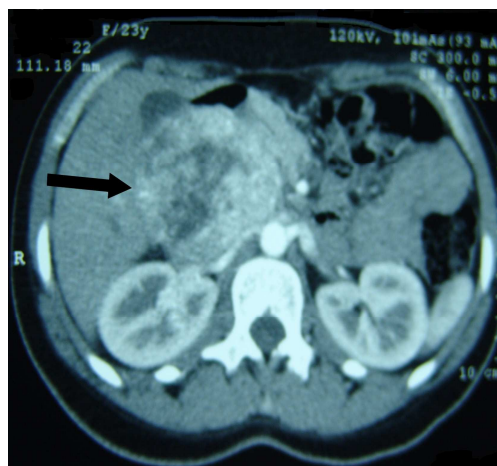


Figura 2 - Lesão retroperitoneal (seta).

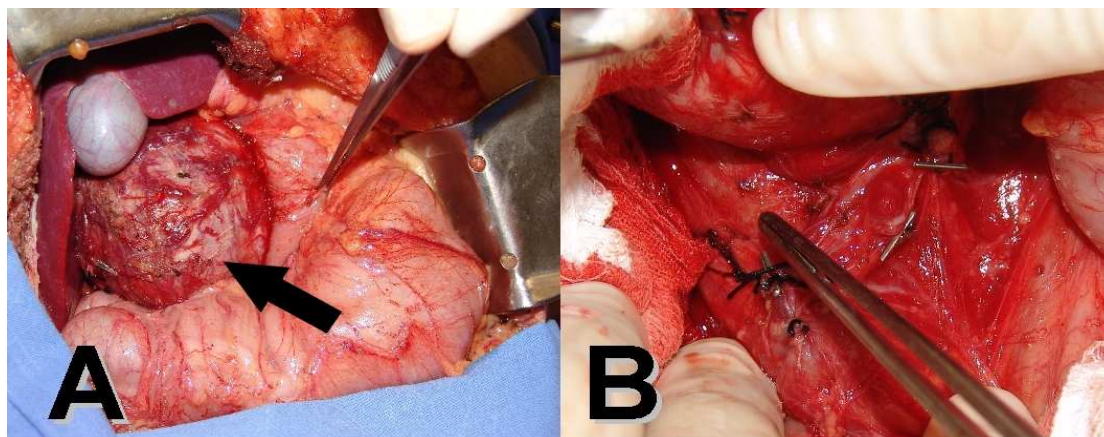


Figura 3. Exposição do tumor (seta) – A; Rafia das estruturas – B.

1. Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS.

2. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

3. Serviço de Cirurgia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Contato: Lucas Aita. E-mail: lucasaita@yahoo.com.br (Porto Alegre, RS, Brasil).