



## Trabalhos Científicos

**Título:** Tumor Do Córtex Adrenal: Relato De Caso

**Autores:** GABRIELA TEIXEIRA ARAUJO (PUC-SP); LUIZA DE SOUZA SANTOS MILARE (GPACI); ANDRE VIU MATHEUS (GPACI); GISELE TAKAYAMA (GPACI); ANA PAULA PINTO BAPTISTA (GPACI); GUSTAVO RIBEIRO NEVES (GPACI); NATHANY ALBERTI CORREA (PUC-SP); CAMILA HENRIQUE MOSCATO (PUC-SP); MARINA HELENA MARIANO (PUC-SP); GUILHERME JORGE MATTOS MIGUEL (PUC-SP); CYNTIA WATANABE (PUC-SP); FABIO WAINSTEIN SILBER (PUC-SP); GABRIELLA GOZOLI (PUC-SP); ELSON YASSUNAGA TESHIROGI (GPACI)

**Resumo:** O de tumor do córtex adrenal (TCA) é raro na infância, sua suspeita diagnóstica geralmente ocorre em decorrência do excesso hormonal e, eventualmente, massa abdominal palpável. Aproximadamente 60% dos tumores adrenocorticais são funcionantes. As principais formas de apresentação clínica são a virilização, a síndrome de Cushing e a forma mista. Relato de caso: E.F.S, 2 anos, feminina. Encaminhado ao serviço apresentando pubarca desde os 7 meses de vida, com aumento progressivo da pilificação. Ao exame físico de admissão apresentava hirsutismo, irritabilidade, virilização, hipertensão arterial e massa abdominal mal definida a palpação. Exames iniciais: Cortisol 24h: 900mcg; androstenediona: >10ng/ml; 17alfa-hidroxiprogesterona: 19,7ng/ml; Dehidroepiandrosterona: 22,1ng/ml; Dehidroepiandrosterona sulfato: >1000mcg/dl; testosterona total: 944,79mg/dl; .Tomografia de estadiamento demonstrou imagem adrenal esquerda extensa, de 10.5cm e nódulos pulmonares sugestivos de metástase. Foi proposto tratamento operatório. Durante a cirurgia observou-se que o tumor apresentava-se com extensa neoformação vascular, sem plano de clivagem com o rim, aderido ao retroperitoneo e mesocólon, com extensão de aproximadamente 15 cm. Foi necessária a realização de uma nefrourectomia esquerda em bloco, entretanto durante a manipulação houve o rompimento da cápsula tumoral, com extravasamento do conteúdo. A paciente obteve evolução clínica favorável no pós operatório imediato, sendo encaminhada para tratamento quimioterápico adjuvante. Discussão: A suspeita clínica de TCA vem por sinais clínicos comuns como pubarca, hipertrofia do clitóris, hirsutismo, acne, aumento da massa muscular, aumento da velocidade de crescimento. O diagnóstico é baseado nos achados clínicos, nos exames laboratoriais e de imagem. A ressecção completa do tumor é a melhor alternativa terapêutica do TCA, sendo a laparotomia transperitoneal a vida de acesso preferencial. A ruptura da cápsula do tumor aumenta consideravelmente o risco de recidiva local. Nos casos em que a ressecção completa do tumor não é possível, algum tipo de tratamento quimioterápico adjuvante, embora controverso, tem sido indicado.