



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA



ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA HEPÁTICA:
RELATO DE CASO E CORRELAÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA.

Murillo Cursino de Castro Silva

Salvador - Bahia
2025

MURILLO CURSINO DE CASTRO SILVA



ABORDAGEM CIRÚRGICA DE NEOPLASIA CÍSTICA MUCINOSA HEPÁTICA:
RELATO DE CASO E CORRELAÇÃO ANATOMOPATOLÓGICA.

Trabalho apresentado a banca do Programa de Residência Médica (PRM) do HUPES-MCO / FMB-UFBA como requisito parcial da obtenção de título.¹

Orientador: Dr. Antônio Santos Sena

Salvador - Bahia

¹Este trabalho utilizou ferramentas de inteligência artificial exclusivamente para apoio à revisão textual, organização estrutural e aprimoramento da clareza redacional, sem participação na formulação de conteúdo científico, interpretação clínica, análise de dados ou geração de informações não verificadas. Todas as decisões conceituais, científicas e éticas são integralmente de responsabilidade do autor.

Dedico este trabalho aos profissionais, docentes e residentes do HUPES/UFBA, que transformam a prática clínica em aprendizado e humanismo. Aos pacientes, pela confiança e contribuição à formação médica. Que este relato inspire uma medicina mais ética, científica e sensível às pessoas que dela dependem.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus, pela coragem nos dias difíceis, pela lucidez necessária nas decisões delicadas e pela serenidade que permitiu transformar desafios em aprendizado. Foi Ele quem iluminou cada passo deste percurso, sustentando-me nas incertezas e fortalecendo minha vocação para a Cirurgia.

À minha família, deixo minha gratidão mais profunda. Aos meus pais, que me ensinaram o valor do trabalho honesto, do cuidado com o outro e da persistência silenciosa. Suas palavras, gestos e sacrifícios moldaram o profissional e o ser humano que busco ser diariamente. Ao meu irmão, meu companheiro de jornada, agradeço pela presença constante, pela amizade genuína e pelo apoio firme na construção dos meus sonhos.

Aos meus amigos, que dividiram comigo o peso e a leveza dessa caminhada, agradeço por cada estímulo, pelas conversas que reacenderam meu ânimo e pela compreensão nos momentos de ausência. Vocês foram fundamentais para que eu mantivesse equilíbrio e humanidade ao longo de todo esse processo.

Expresso também minha sincera gratidão a todos os preceptores, docentes e profissionais do Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). Cada orientação recebida, seja à beira do leito, nas discussões clínicas ou no centro cirúrgico, teve impacto direto na minha formação. Sou grato não apenas pelo conhecimento transmitido, mas pelas vivências compartilhadas, pelos exemplos éticos que pude observar e pelo ambiente de ensino que me permitiu crescer como médico e como pessoa.

A toda a equipe multiprofissional do HUPES, meu reconhecimento pela dedicação, pelo acolhimento e por me permitirem participar de experiências que moldaram minha compreensão sobre responsabilidade, sensibilidade e tomada de decisões em saúde. Este trabalho também reflete o esforço coletivo daqueles que, de diferentes maneiras, contribuíram para minha trajetória.

A cada pessoa que cruzou meu caminho durante esta formação, deixo meu agradecimento. Este TCC é fruto de muitas mãos, muitos olhares e muitas histórias que se entrelaçaram com a minha.

*“O cirurgião não nasce feito; ele é moldado através
de treinamento árduo, orientação diligente e prática
incansável.”*

-William Halsted

RESUMO

Introdução: A neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) é uma lesão hepática rara, caracterizada por cistos multiloculados revestidos por epitélio colunar produtor de mucina e estroma ovariano, conforme critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde. O diagnóstico diferencial inclui outras lesões císticas hepáticas complexas, especialmente as neoplasias papilíferas intraductais do ducto biliar (IPNB). **Relato do caso:** Paciente do sexo feminino, 39 anos, admitida com icterícia, acolia fecal, prurido e perda ponderal. A ultrassonografia revelou lesão cística multiloculada no lobo hepático esquerdo, achado corroborado por ressonância magnética e tomografia computadorizada, sem comunicação com a árvore biliar. Marcadores laboratoriais evidenciaram colestase. Os achados radiológicos favoreceram MCN-L. **Intervenção:** Foi realizada hepatectomia esquerda, colecistectomia e reconstrução bilioentérica. O estudo anatomopatológico demonstrou lesão cística multiloculada revestida por epitélio mucinoso e estroma ovariano, sem sinais de malignidade. A imuno-histoquímica revelou positividade para ER, PR e CK7, além de baixo índice Ki-67 (~2%). **Resultados:** A paciente apresentou boa evolução pós-operatória, com regressão do quadro colestático e cicatrização adequada. Exames de imagem no seguimento até julho de 2024 mostraram ausência de recidiva e anatomia biliar preservada. **Conclusão:** Este caso reforça a importância da correlação clínico-radiológica, da ressecção cirúrgica completa e da confirmação histológica na abordagem da MCN-L, bem como o excelente prognóstico quando a lesão é tratada de forma adequada. O relato contribui para o reconhecimento de características diagnósticas e operatórias dessa entidade rara no contexto do ensino em hospital universitário.

Palavras-chave: Neoplasias hepáticas; Neoplasia cística mucinosa; Hepatectomia; Vias biliares; Relatos de casos.

ABSTRACT

Introduction: Mucinous cystic neoplasm of the liver (MCN-L) is a rare cystic hepatic tumor characterized by multiloculated cysts lined by mucin-producing columnar epithelium and ovarian-like stroma, according to the World Health Organization classification. Its main differential diagnosis includes intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) and other complex hepatic cystic lesions. **Case presentation:** A 39-year-old female presented with jaundice, pale stools, pruritus, and weight loss. Ultrasound revealed a multilocular cystic lesion in the left hepatic lobe, confirmed by magnetic resonance imaging and computed tomography, without evidence of communication with the biliary tree. Laboratory evaluation showed cholestatic pattern. Radiologic findings were consistent with MCN-L. **Intervention:** The patient underwent left hepatectomy, cholecystectomy, and biliary reconstruction. Histopathological analysis revealed a multilocular cystic lesion lined by mucinous epithelium and ovarian-like stroma, without malignancy. Immunohistochemistry demonstrated positivity for estrogen receptor, progesterone receptor, and CK7, with a low Ki-67 index (~2%). **Results:** Postoperative evolution was favorable, with resolution of cholestasis and adequate wound healing. Follow-up imaging up to July 2024 showed no recurrence and preservation of biliary anatomy. **Conclusion:** This case highlights the importance of combining clinical, radiologic, and histopathological data for the diagnosis of MCN-L. Complete surgical resection remains the treatment of choice, with excellent prognosis when the lesion is benign and margins are adequate. This report reinforces key diagnostic and surgical aspects relevant for medical training in a university hospital setting.

Keywords: Liver neoplasms; Mucinous cystic neoplasm; Hepatectomy; Biliary tract; Case reports.

LISTA DE SIGLAS

Sigla	Significado
AP	Anatomopatológico
CA 19-9	Carboidrato Antígeno 19-9
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CID	Classificação Internacional de Doenças
CK7	Citoqueratina 7
CNMJ	Comissão Nacional Médico Jovem
DCT	Ducto Colédoco Terminal
DICOM	Digital Imaging and Communications in Medicine
EASL	European Association for the Study of the Liver
ER	Receptor Estrogênico (Estrogen Receptor)
FA	Fosfatase Alcalina
GGT	Gama Glutamiltransferase
Hb	Hemoglobina
HUPES	Hospital Universitário Professor Edgard Santos
IHQ	Imuno-histoquímica
IPNB	Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct (Neoplasia Papilífera Intraductal do Ducto Biliar)
Ki-67	Antígeno nuclear marcador de proliferação celular
MCN-L	Mucinous Cystic Neoplasm of the Liver (Neoplasia Cística Mucínica do Fígado)
OMS	Organização Mundial da Saúde
PR	Receptor Progestínico (Progesterone Receptor)
RM	Ressonância Magnética
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Tomografia Computadorizada
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TGO	Transaminase Glutâmica Oxalacética (AST)
TGP	Transaminase Glutâmica Pirúvica (ALT)
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USG	Ultrassonografia
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

LISTA DE SÍMBOLOS

Símbolo	Descrição / Significado
%	Porcentagem
°C	Grau Celsius - unidade de medida de temperatura
≈	Aproximadamente
≥	Maior ou igual a
≤	Menor ou igual a
→	Indica progressão, evolução ou relação causal
μm	Micrômetro - unidade de medida de comprimento
cm ³	Centímetro cúbico - unidade de volume
g/dL	Gramas por decilitro - unidade de concentração de massa
mg/dL	Miligramas por decilitro - unidade de concentração
U/L	Unidade por litro - usada em exames enzimáticos (FA, GGT, TGO, TGP)
×	Sinal de multiplicação ou dimensão (ex.: 20 × 18 × 7 cm)
Ki-67 (%)	Índice de proliferação celular (% de núcleos positivos)
pH	Potencial hidrogeniônico (acidez)
H ₂ O	Água
NaCl	Cloreto de sódio
cm	Centímetro - unidade de medida de comprimento
mL	Mililitro - unidade de volume
mmHg	Milímetro de mercúrio - unidade de pressão
nm	Nanômetro - unidade de comprimento (microscopia)
Δ	Variação ou diferença (delta)

SUMÁRIO

1.	11	
2.	12	
2.1.	13	
2.2.	13	
2.3.	14	
2.4.	14	
2.5.	15	
2.6.	15	
2.7.	15	
3.	15	
3.1.	16	
3.2.	16	
3.3.	16	
3.4.	17	
3.5.	18	
3.6.	18	
3.7.	19	
4.	20	
5.	22	
REFERÊNCIAS		24
ANEXOS A		25
ANEXOS B		26

1. INTRODUÇÃO

As lesões císticas do fígado representam um conjunto heterogêneo de alterações morfofuncionais, que variam desde cistos simples congênitos até tumores epiteliais com potencial de transformação maligna. Dentre essas, destacam-se as neoplasias císticas mucinosas do fígado (MCN-L, *Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver*), entidades raras e frequentemente subdiagnosticadas, responsáveis por uma pequena fração das lesões císticas hepáticas e com marcada predominância no sexo feminino, em idade reprodutiva (Hutchens *et al.*, 2020; Ishida *et al.*, 2016).

De acordo com a Classificação de Tumores do Sistema Digestivo da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2019), as MCN-L são definidas como neoplasias císticas multiloculadas, compostas por epitélio colunar mucinoso e estroma mesenquimal do tipo ovariano, este último histologicamente semelhante ao estroma cortical ovariano e expressando receptores de estrogênio (ER) e progesterona (PR). A presença desse estroma é considerada critério diagnóstico fundamental, pois distingue a MCN-L da neoplasia papilífera intraductal do ducto biliar (IPNB, *Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct*), a qual apresenta crescimento papilífero no interior dos ductos biliares e comunicação direta com o sistema biliar (Zen *et al.*, 2011; WHO, 2019).

Os achados de imagem das MCN-L geralmente consistem em massas císticas multiloculadas com septos internos, paredes finas e, ocasionalmente, calcificações periféricas ou realce septal ao contraste. Um achado-chave é a ausência de comunicação com a árvore biliar, o que auxilia na diferenciação de outras lesões císticas biliares, como IPNB e cistos simples (Lee *et al.*, 2021). Exames como ultrassonografia, tomografia computadorizada e ressonância magnética são ferramentas essenciais na avaliação inicial, mas o diagnóstico definitivo depende da correlação anatomopatológica e imunohistoquímica, dada a sobreposição morfológica com outras doenças hepáticas císticas (Ribeiro *et al.*, 2024).

Estudos radiopatológicos contemporâneos demonstram que a combinação de achados de imagem e contexto clínico pode direcionar fortemente à hipótese de MCN-L, sobretudo em pacientes do sexo feminino, não cirróticas e com lesões císticas de grande volume (>5 cm), multiloculadas e sem comunicação ductal. Entretanto, apenas a demonstração de estroma ovariano imunopositivo para ER/PR permite confirmar o diagnóstico (Van Treeck *et al.*, 2020; Ishida *et al.*, 2016). Além disso, as MCN-L podem exibir diferentes graus de displasia epitelial,

variando de lesões benignas de baixo grau até formas borderline e adenocarcinomas mucinosos invasivos (Zen *et al.*, 2011).

Do ponto de vista terapêutico, as Diretrizes da Associação Europeia para o Estudo do Fígado (EASL, 2022) recomendam a ressecção hepática completa com margens livres (R0) como o tratamento de escolha para todas as MCN-L, independentemente da presença de atípias. Procedimentos conservadores, como drenagem, aspiração ou marsupialização, devem ser evitados, pois estão associados a elevadas taxas de recidiva e risco de disseminação neoplásica. Após excisão completa, o prognóstico é geralmente favorável, com raros casos de recorrência ou progressão maligna (EASL, 2022; *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 2025).

No contexto brasileiro, publicações recentes em Radiologia Brasileira destacam que a diferenciação entre MCN-L e outras lesões hepáticas císticas ainda constitui um desafio diagnóstico relevante, exigindo integração multidisciplinar entre radiologistas, cirurgiões e patologistas (Ribeiro *et al.*, 2024; Costa *et al.*, 2017). A escassez de relatos nacionais documentando casos confirmados com estudo imunohistoquímico reforça a importância da divulgação de experiências clínicas sistematizadas, que contribuam para o aprimoramento do raciocínio diagnóstico e para a consolidação de protocolos assistenciais nas hepatopatias císticas complexas.

Dessa forma, o presente trabalho tem como objetivo descrever um caso confirmado de neoplasia cística mucinosa hepática, correlacionando os achados clínicos, radiológicos, anatomopatológicos e imunohistoquímicos com a literatura científica recente. Este relato visa contribuir para o entendimento das particularidades dessa entidade rara, ilustrando a importância do diagnóstico diferencial e do manejo cirúrgico adequado, em consonância com as diretrizes internacionais e com os propósitos formativos dos Programas de Residência Médica do HUPES/UFBA.

2. METODOLOGIA

2.1. Tipo de estudo e desenho metodológico

Trata-se de um relato de caso clínico descritivo, elaborado de acordo com as recomendações do *CARE Guideline* (Gagnier *et al.*, 2017), documento de referência internacional para padronização de relatos clínicos em periódicos científicos. O trabalho está alinhado ao formato de artigo científico exigido pela COREME/HUPES-UFBA (2025), com estrutura composta por: resumo estruturado, introdução, descrição do caso, discussão, conclusão e referências.

O relato foi construído a partir de dados clínicos retrospectivos e documentais de um prontuário institucional, preservando integralmente a confidencialidade e a anonimização da paciente. Não houve intervenção, coleta prospectiva ou experimentação. O objetivo central foi descrever, analisar e discutir um caso confirmado de neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L), correlacionando achados clínicos, radiológicos, anatomopatológicos e imunohistoquímicos com a literatura científica consolidada.

2.2. Fonte de dados clínicos e critérios de inclusão

Os dados clínicos e laboratoriais foram extraídos de prontuário hospitalar físico e digital de uma paciente atendida em instituição pública, contendo:

- Anamneses, exames de imagem e evolução clínica;
- Laudos anatomopatológicos e imunohistoquímicos;
- Relatórios cirúrgicos e de alta hospitalar;
- Registros de seguimento ambulatorial.

Foram incluídas apenas informações diretamente relacionadas à investigação diagnóstica e terapêutica do caso, sem qualquer dado identificável, conforme recomendações de confidencialidade preconizadas pelo Guia HUPES/UFBA (2025).

A descrição do caso seguiu ordem cronológica, contemplando: história clínica inicial, exames complementares, hipóteses diagnósticas, decisão cirúrgica, achados intraoperatórios, resultados histopatológicos e imuno-histoquímicos, conduta pós-operatória e desfecho clínico.

2.3. Fundamentação teórica e estratégia de busca bibliográfica

Para embasar a discussão e correlacionar o caso à literatura científica, foi conduzida uma revisão narrativa de caráter exploratório em bases de dados indexadas e fontes oficiais.

A busca foi realizada entre outubro e novembro de 2025, nas plataformas PubMed/MEDLINE e SciELO, com o apoio de descritores controlados dos vocabulários DeCS e MeSH, combinados por operadores booleanos: “*Mucinous Cystic Neoplasm of the Liver*” OR “*Cystic Liver Disease*” OR “*Biliary Cystic Tumors*” AND (“*Histopathology*” OR “*Immunohistochemistry*” OR “*Case Report*”).

Foram incluídos artigos de revisão, relatos clínicos e diretrizes publicados entre 2011 e 2025, em português, inglês ou espanhol, disponíveis integralmente e revisados por pares.

Critérios de exclusão: estudos experimentais em animais, comunicações breves, cartas sem dados clínicos e trabalhos sem confirmação anatomopatológica.

2.4. Fontes bibliográficas selecionadas

A amostra final foi composta por 12 referências indexadas, agrupadas conforme a função no trabalho:

Diretrizes internacionais: EASL *Clinical Practice Guidelines: Cystic Liver Disease* (2022) e WHO *Classification of Tumours of the Digestive System* (2019), fundamentais para definição diagnóstica e conduta cirúrgica. Padronização metodológica: CARE Guideline (2017), utilizada para estruturar o relato e o *checklist* final. Revisões clínicas e radiológicas recentes: *Radiographics* (2021), *Hepatology Medicine and Policy* (2020), *World Journal of Gastrointestinal Oncology* (2025), e *Polish Journal of Pathology* (2017). Artigos anatomopatológicos e imunohistoquímicos: *Modern Pathology* (2011), *American Journal of Clinical Pathology* (2020) e *Pathology International* (2016). Fontes nacionais (SciELO): *Radiologia Brasileira* (2024; 2017) para contextualização da conduta diagnóstica e diferencial no cenário brasileiro.

Essas fontes sustentam a análise comparativa e a fundamentação clínica e histológica apresentadas na discussão.

2.5. Critérios éticos

O relato foi conduzido em conformidade com os princípios éticos da Declaração de Helsinque (2013) e as normas brasileiras vigentes para publicações científicas.

Os dados apresentados derivam de registros institucionais, com anonimização completa e sem divulgação de imagens identificáveis.

Por tratar-se de relato retrospectivo e não experimental, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi considerada dispensável, conforme critérios da Resolução CNS nº 510/2016, sem prejuízo das normas de confidencialidade institucional.

2.6. Estrutura e conformidade com diretrizes

O trabalho segue integralmente as exigências do Guia HUPES/UFBA (2025) para o formato de artigo científico, observando:

2.7. Limitações metodológicas

Por tratar-se de relato único e retrospectivo, este estudo não permite generalizações populacionais nem análise estatística. Entretanto, sua contribuição reside na descrição detalhada e documentada de uma entidade rara, integrando achados clínicos, radiológicos e histopatológicos conforme os padrões internacionais, e oferecendo subsídios didáticos e científicos relevantes para a prática hepatobiliar.

3. DESCRIÇÃO DO CASO

3.1. Dados da paciente e motivo da internação

Paciente do sexo feminino, 39 anos, natural e procedente de Salvador - BA, foi admitida no Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES/UFBA) em agosto de 2023 para investigação de colestase. Relatava início dos sintomas há cerca de um mês, caracterizados por icterícia, acolia fecal, náuseas, prurido generalizado e dor abdominal tipo cólica, de intensidade moderada, associados à perda ponderal não intencional de aproximadamente 8 kg nos dois meses anteriores. Negava febre, vômitos, sangramentos ou histórico familiar de hepatopatias.

3.2. Avaliação clínica e laboratorial

No exame físico, apresentava-se em bom estado geral, orientada, hidratada e icterica. O abdome era flácido, indolor à palpação profunda e sem visceromegalias palpáveis.

Os exames laboratoriais evidenciaram padrão colestático, com bilirrubina total 7,4 mg/dL (direta 6,34 mg/dL), fosfatase alcalina 103 U/L, GGT 504 U/L, TGO 58 U/L e TGP 49 U/L. O hemograma revelou hemoglobina 9,7 g/dL, hematócrito 29% e plaquetas 699 mil/mm³. Não foram observadas alterações nos marcadores virais para hepatites ou na alfa-fetoproteína.

Esses achados, aliados à evolução clínica, motivaram investigação por imagem com suspeita inicial de obstrução biliar extra-hepática ou lesão hepática cística complexa.

3.3. Avaliação por imagem

Ultrassonografia abdominal (14 e 20/07/2023):

Evidenciou formação cística multiloculada no lobo hepático esquerdo, de paredes finas e septações internas, sem fluxo ao Doppler. Observou-se dilatação de vias biliares intra-hepáticas à direita e à esquerda, sem comunicação evidente com o sistema biliar principal.

Ressonância magnética de abdome (26/07/2023):

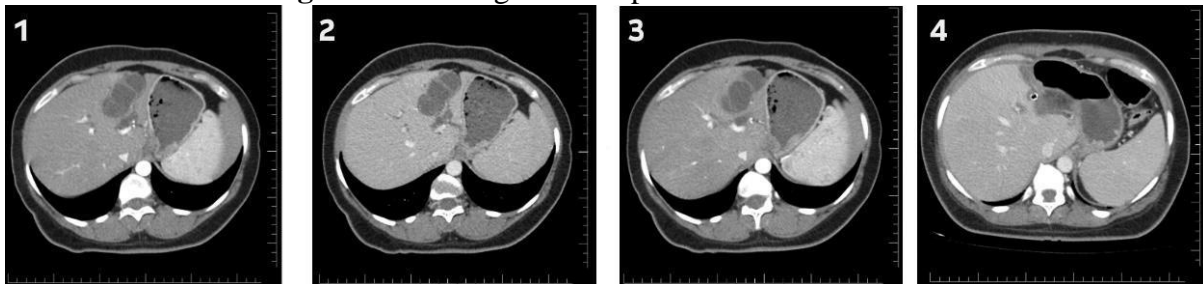
Revelou volumosa lesão cística multiloculada no lobo hepático esquerdo, de limites bem definidos e conteúdo hipointenso em T1 e hiperintenso em T2, sem realce significativo pós-contraste. Notou-se discreta dilatação das vias biliares intra-hepáticas adjacentes, sugerindo compressão extrínseca.

Tomografia computadorizada de abdome total (08/09/2023):

Identificou fígado com dimensões reduzidas à custa de ausência do lobo esquerdo pós-cirurgia (nas reavaliações) e, previamente, massa cística multiloculada de cerca de 7,0 cm, com realce leve das septações após contraste, sem componente sólido ou invasão de estruturas adjacentes.

Os achados também incluíram dilatação biliar intra-hepática, baço aumentado (índice esplênico 686 cm³) e linfonodos peri-hepáticos de até 1,4 cm, sem líquido livre abdominal.

Figura 1 – Tomografia computadorizada de abdome



Fonte: Serviço de Radiologia – Complexo HUPES/UFBA (2023).

(1) fase arterial, (2) fase portal, (3) fase arterial tardia e (4) controle pós-operatório (fase venosa), demonstrando massa cística multiloculada no lobo hepático esquerdo.

3.4. Conduta cirúrgica

Devido à suspeita de neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) com repercussão coleostática, foi indicada hepatectomia esquerda, conforme protocolo de tratamento de lesões císticas hepáticas não comunicantes e potencialmente neoplásicas.

Em 30/08/2023, a paciente foi submetida à hepatectomia esquerda regrada associada à ressecção de via biliar e colecistectomia, com anastomose bilioentérica.

Durante o ato operatório, observou-se fígado endurecido e escurecido, vias biliares intra-hepáticas dilatadas, massa cística multiloculada no ducto hepático comum e linfonodo aumentado no hilo hepático.

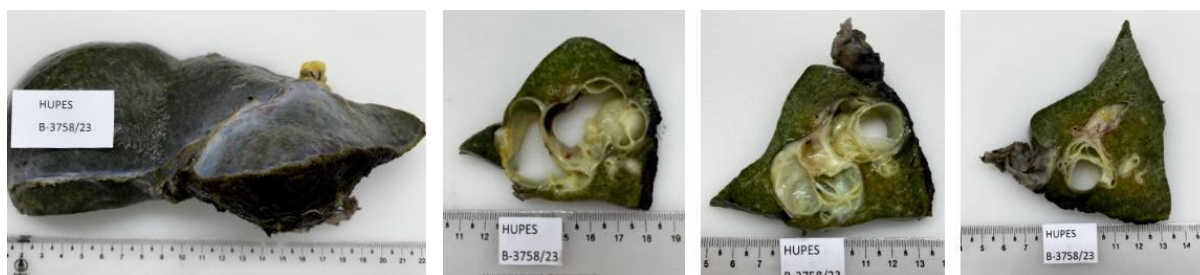
A ressecção foi realizada na área isquêmica após ligadura da artéria hepática esquerda, e a reconstrução do trânsito biliar foi feita por anastomose término-lateral transmesocólica entre jejuno e via biliar, reforçada com sutura em prolene 4-0. Foi posicionado dreno tubular no leito da anastomose bilioentérica para controle pós-operatório.

3.5. Achados anatomopatológicos

Macroscopia:

Produto de hepatectomia esquerda medindo $20 \times 18 \times 7$ cm, com tumor cístico multiloculado e septado, preenchido por material mucinoso impregnado por bile. A lesão media $5 \times 3,5$ cm e localizava-se próxima à margem de ressecção (0,2 cm). O parênquima adjacente apresentava impregnação biliar e arquitetura preservada.

Figura 2 – Cortes sagitais do lobo hepático esquerdo demonstrando cavidades císticas múltiplas preenchidas por material mucinoso e cápsula lisa.



Fonte: Serviço de Anatomia Patológica – Complexo HUPES/UFBA (2023).

Microscopia:

As secções mostraram epitélio cilíndrico simples e colunar, sem atipias, revestindo cavidades císticas, além de estroma fusiforme subepitelial semelhante ao estroma ovariano. O parênquima hepático apresentava colestase e fibrose portal e septal leve, com padrão regenerativo.

Conclusão anatomopatológica:

Neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) – lesão de baixo grau, sem evidência de malignidade.

3.6. Imuno-histoquímica

Avaliação realizada em 09/10/2023 demonstrou:

- Receptor progesterínico (1E2): positivo em células estromais subepiteliais;
- Receptor estrogênico (SP1): positivo em células estromais e subepiteliais;
- CK7: positivo nas células epiteliais;

•CD10 e Inibina: negativos;

•Ki-67: expressão positiva em cerca de 2% das células epiteliais.

Esses achados foram compatíveis com neoplasia cística mucinosa de baixo grau com estroma ovariano hormonalmente responsivo, corroborando o diagnóstico definitivo.

3.7. Evolução e seguimento

No pós-operatório, a paciente apresentou boa evolução clínica, com resolução do quadro coleostático e regressão da icterícia e do prurido.

O dreno tubular abdominal apresentou débito de cerca de 80 mL de conteúdo sero-hemático, sendo removido conforme orientação cirúrgica. A paciente recebeu alta hospitalar no 15º dia pós-operatório, em bom estado geral, sem febre, náuseas ou vômitos, e com ferida operatória cicatrizada.

Em consulta de seguimento no ambulatório de cirurgia geral (julho/2024), encontrava-se assintomática, sem sinais de recidiva tumoral ou complicações biliares em exames de imagem de controle.

Tabela 1 – Linha cronológica do caso

CARE GUIDELINE			
DATA	EVENTO CLÍNICO / PROCEDIMENTO	ACHADOS PRINCIPAIS	CONDUTA / DECISÃO
Junho/2023	Início dos sintomas.	Dor abdominal leve, prurido e náuseas progressivas.	Avaliação clínica inicial e solicitação de exames laboratoriais.
Julho/2023	Ultrassonografia abdominal.	Formação cística multiloculada em lobo hepático esquerdo, paredes finas, septos internos e dilatação de vias biliares intra-hepáticas.	Encaminhada para ressonância magnética para melhor caracterização.
26/07/2023	Ressonância magnética de abdome.	Lesão cística multiloculada no lobo esquerdo, hipersinal em T2, hipossinal em T1, sem realce significativo e sem comunicação biliar.	Hipótese de neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) considerada.
Julho/2023	Avaliação ambulatorial (HUPES/UFBA).	Colestase persistente, icterícia e prurido refratário.	Planejamento de hepatectomia com suspeita de MCN-L com compressão biliar.

30/08/2023	Hepatectomia esquerda + colecistectomia + reconstrução bilioentérica.	Lesão cística multiloculada, vias bilíares dilatadas, linfonodo peri- hepático aumentado.	Ressecção completa e reconstrução biliar término-lateral jejuno-via biliar.
Agosto/2023 (pós-op)	Internação pós-operatória.	Dreno com débito sero-hemático (~80 mL/24h), ausência de febre ou dor significativa.	Controle clínico e laboratorial diário.
Setembro/2023 (alta hospitalar)	15º dia pós-operatório.	Boa cicatrização, regressão da icterícia e prurido, função hepática estabilizada.	Alta hospitalar e solicitação de anatomopatológico/ imuno-histoquímica.
Setembro/2023 (laudo final)	Resultado anatomopatológico e imuno-histoquímico.	MCN-L de baixo grau; epitélio colunar, estroma ovariano ER/PR positivo, Ki-67 ≈ 2%.	Diagnóstico confirmado; seguimento clínico sem adjuvância.
Out-Dez/2023	Seguimento ambulatorial trimestral.	Sem sintomas, boa recuperação funcional e ganho ponderal.	Acompanhamento clínico e laboratorial.
Julho/2024	Tomografia computadorizada de controle.	Parênquima hepático remanescente preservado, sem recidiva ou dilatação biliar.	Seguimento anual conforme protocolo EASL (2022).

Fonte: Elaborado pelo autor.

4. DISCUSSÃO

A neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) é uma entidade rara, caracterizada por lesão cística multiloculada, epitélio colunar produtor de mucina e estroma ovariano, este último considerado o critério histológico definidor segundo a

Classificação de Tumores da OMS (WHO, 2019). Predomina em mulheres de meia-idade, geralmente sem comunicação com o sistema biliar, e manifesta-se clinicamente por dor abdominal, icterícia por compressão extrínseca, sintomas inespecíficos ou achado incidental, conforme descrito por Zen *et al.* (2011) e reforçado nas diretrizes da EASL (2022).

Os achados radiológicos desta paciente são consistentes com os padrões descritos por Lee *et al.* (2021) e Ribeiro *et al.* (2024) para MCN-L: lesão cística multiloculada, de paredes finas, sem componente sólido significativo, hipersinal em T2 na ressonância magnética e realce discreto das septações. A ausência de comunicação com a árvore biliar, observada na RM e TC, é um critério que favorece MCN-L e ajuda a diferenciá-la das neoplasias papilíferas intraductais do ducto biliar (IPNB), cuja principal característica é a íntima comunicação com o

ducto biliar e a presença de vegetações intraductais, conforme detalhado por Costa *et al.* (2017) e Zen *et al.* (2011).

A compressão extrínseca das vias biliares e os sintomas colestáticos apresentados pela paciente são relatados como manifestações relativamente comuns em lesões de maior volume, especialmente quando o tumor está localizado no lobo hepático esquerdo, topo onde MCN-L é mais prevalente, de acordo com Hutchens *et al.* (2020). Da mesma forma, o aumento discreto de linfonodos hilares, observado na tomografia, pode ocorrer por reação inflamatória local, não sendo incomum em tumores císticos benignos, como discutido por Van Treeck *et al.* (2020).

O tratamento cirúrgico por hepatectomia esquerda, realizado nesta paciente, está alinhado às recomendações internacionais da EASL (2022), que orientam ressecção completa com margens livres como abordagem padrão, mesmo para lesões de baixo grau, devido ao risco de recorrência ou transformação maligna. A literatura demonstra que a ressecção completa oferece prognóstico excelente, com baixas taxas de recidiva quando há remoção integral do estroma ovariano e das septações mucinosas.

Do ponto de vista anatomopatológico, os achados deste caso foram clássicos de MCN-L: epitélio colunar produtor de mucina sem atipias significativas, múltiplas cavidades preenchidas por conteúdo mucinoso e estroma ovariano subepitelial. O estroma ovariano é considerado o principal marcador histológico que diferencia MCN-L de outras lesões hepáticas císticas, como cistos simples, cistoadenomas antigos e IPNB, conforme enfatizado pela OMS (2019) e pelos estudos de Ishida *et al.* (2016) e Zen *et al.* (2011).

A imuno-histoquímica reforçou o diagnóstico. A positividade de ER e PR no estroma ovariano, encontrada neste caso, é amplamente relatada na literatura e considerada altamente sugestiva de MCN-L, conforme demonstrado por Ishida *et al.* (2016). Em contraposição, tumores intraductais ou cistos não neoplásicos não apresentam esse padrão hormonal. A positividade de CK7 nas células epiteliais e a baixa taxa de proliferação (Ki-67 \approx 2%) também corroboram o perfil de neoplasia de baixo grau, alinhando-se às descrições de Van Treeck *et al.* (2020).

A ausência de malignidade na peça cirúrgica e o bom estado da paciente no seguimento até julho de 2024 refletem o comportamento indolente e o excelente prognóstico das MCN-L quando tratadas de maneira adequada. Segundo a EASL (2022), após ressecção completa,

recomenda-se seguimento baseado em imagem anual nos primeiros anos, conduta seguida neste caso.

Por fim, a importância deste relato reside na raridade da MCN-L, na apresentação clínica com repercussão colestática significativa, na correlação detalhada entre imagem, achados cirúrgicos e histopatologia, e na demonstração de boa evolução pós-operatória. A sistematização do caso, conforme preconizado pelas diretrizes CARE (Gagnier *et al.*, 2017), contribui de forma relevante para o ensino e prática clínica em um hospital universitário, reforçando a necessidade de integração entre diagnóstico por imagem, conduta cirúrgica precisa e análise anatomopatológica completa.

5. CONCLUSÃO

A neoplasia cística mucinosa hepática (MCN-L) permanece uma entidade rara, cujo diagnóstico depende da integração sistemática entre sinais clínicos, achados de imagem, abordagem cirúrgica adequada e confirmação histopatológica com identificação de estroma ovariano. O caso apresentado ilustra de forma clara o padrão radiológico clássico descrito na literatura, lesão cística multiloculada, sem comunicação biliar e com septações finas, bem como a correlação anatomopatológica que distingue a MCN-L de outras lesões císticas hepáticas, especialmente das neoplasias papilíferas intraductais do ducto biliar. A presença de estroma ovariano positivo para receptores hormonais (ER e PR) e o baixo índice proliferativo (Ki-67) reforçam a natureza benigna de baixo grau da lesão, conforme critérios estabelecidos pela OMS.

A hepatectomia esquerda realizada neste caso segue a recomendação das diretrizes internacionais, que indicam ressecção completa como tratamento de escolha para MCN-L em virtude do risco, ainda que reduzido, de transformação maligna ou recorrência. A evolução pós-operatória favorável, com resolução do quadro colestático, cicatrização adequada e ausência de recidiva no seguimento tardio, confirma o excelente prognóstico quando a ressecção é efetiva e os critérios histológicos são compatíveis com lesão de baixo grau.

Este caso reforça a importância do reconhecimento precoce dos sinais clínicos de colestase, da adequada interpretação dos achados radiológicos e da correlação estreita entre a prática cirúrgica e a anatomia patológica, componentes essenciais para o manejo seguro e efetivo das neoplasias císticas hepáticas. A sistematização apresentada contribui para o aprimoramento do raciocínio clínico e cirúrgico de residentes e profissionais em formação,

fortalecendo o papel dos hospitais universitários na consolidação de uma prática médica fundamentada, precisa e orientada por evidências.

REFERÊNCIAS

COSTA, P. et al. Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile Duct: Case Quiz. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 373–377, 2017. DOI: 10.5935/1676-2444.20170052.

EASL – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF THE LIVER. EASL Clinical Practice Guidelines: Cystic Liver Disease. *Journal of Hepatology*, Amsterdam, v. 77, n. 3, p. 728–770, 2022. DOI: 10.1016/j.jhep.2022.06.002.

GAGNIER, J. J. et al. The CARE Guidelines: Consensus-Based Clinical Case Reporting Guideline Development. *Journal of Clinical Epidemiology*, Oxford, v. 85, p. 27–32, 2017. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2017.04.026.

HUTCHENS, J. A. et al. Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver: A Clinicopathologic and Immunohistochemical Study. *Hepatic Medicine: Evidence and Research*, Auckland, v. 12, p. 63–74, 2020. DOI: 10.2147/HMER.S284842.

ISHIDA, K. et al. Ovarian-like Stroma in Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver Expressing Hormonal Receptors. *Pathology International*, Tokyo, v. 66, n. 3, p. 157–163, 2016. DOI: 10.1111/pin.12406.

LEE, M. H. et al. Mucin-Producing Cystic Hepatobiliary Neoplasms: Radiologic–Pathologic Correlation. *Radiographics*, Reston, v. 41, n. 6, p. 1643–1661, 2021. DOI: 10.1148/rg.2021210011.

RIBEIRO, A. et al. Cistos Hepáticos: um Guia de Sobrevivência. *Radiologia Brasileira*, São Paulo, v. 57, n. 1, e0101, 2024. DOI: 10.1590/0100-3984.2024.0101.

VAN TREECK, B. J. et al. Mucinous Cystic Neoplasms of the Liver: A Molecular and Immunohistochemical Analysis. *American Journal of Clinical Pathology*, Oxford, v. 154, n. 5, p. 632–641, 2020. DOI: 10.1093/ajcp/aqaa115.

WORLD JOURNAL OF GASTROINTESTINAL ONCOLOGY. Mucinous Cystic Neoplasm of the Liver: Review and Update. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, Beijing, v. 16, n. 8, p. 108557, 2025. DOI: 10.5306/wjco.v16.i8.108557.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Classification of Tumours of the Digestive System*. 5. ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2019. ISBN 9789283244998. PMID: 31433515.

ZEN, Y. et al. Biliary Cystic Tumors of the Liver: Morphologic Features and Diagnostic Criteria for MCN vs IPNB. *Modern Pathology*, London, v. 24, n. 8, p. 1079–1090, 2011. DOI: 10.1038/modpathol.2011.71.

ANEXOS A

Checklist CARE

Item CARE	Descrição Exigida	Como Foi Atendido Neste Trabalho
1. Título	Deve identificar explicitamente que é um Relato de Caso.	O título inclui a expressão 'RELATO DE CASO'.
2. Palavras-chave	De 2 a 5 termos DeCS/MeSH.	Liver Neoplasms; Mucinous Cystic Neoplasm; Hepatectomy; Biliary Tract; Case Reports.
3. Resumo estruturado	Resumo contendo: Introdução breve, Apresentação do Caso, Intervenção e Conclusões.	Será incluído ao final conforme modelo HUPES/UFBA.
4. Introdução	Contextualiza a condição clínica e sua relevância.	MCN-L apresentada como neoplasia rara, com critérios diagnósticos da OMS.
5. Informação do paciente	Dados iniciais relevantes, sintomas e contexto clínico.	Paciente feminina, 39 anos, icterícia, acolia fecal, prurido, náuseas e perda ponderal.
6. Histórico clínico	Linha do tempo detalhada dos eventos clínicos.	Linha do tempo completa de junho/2023 a julho/2024.

7. Exame físico	Elementos relevantes do exame físico.	Icterícia, abdome flácido e indolor, sem visceromegalias.
8. Achados diagnósticos	Exames laboratoriais, de imagem e laudos AP/IHQ.	Incluiu USG, RM, TC, anatomopatológico e IHQ.
9. Avaliação diagnóstica	Diagnóstico diferencial e raciocínio clínico.	Diferenciais: MCN-L × IPNB × cisto hepático complexo.
10. Intervenção terapêutica	Procedimentos realizados e detalhes técnicos.	Hepatectomia esquerda + colecistectomia + reconstrução bilioentérica.
11. Follow-up e resultados	Evolução clínica e exames de controle.	Boa evolução clínica; TC de 07/2024 sem recidiva.
12. Discussão	Discussão crítica baseada na literatura.	EASL (2022), WHO (2019), Zen (2011), Lee (2021), Van Treeck (2020) e outras fornecidas.
13. Perspectiva do paciente	Opcional.	Não aplicável conforme política HUPES/UFBA.
14. Conclusão	Lições clínicas essenciais do caso.	Conclui sobre diagnóstico, conduta cirúrgica e correlação patológica.
15. Ética e consentimento	Anonimização e conformidade ética.	Dados completamente anonimizados conforme LGPD e Código de Ética Médica.



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
COMPLEXO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGARD SANTOS
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA - COREME**

TERMO DE APROVAÇÃO

Parecer do trabalho de Conclusão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como pré-requisito obrigatório para a conclusão do Programa de Residência Médica em Cirurgia Geral.

Aluno: Murillo Cursino de Castro Silva

Professor-Orientador: Dr. Dr. Antônio Santos Sena

Título: Abordagem Cirúrgica de Neoplasia Cística Mucínica Hepática: Relato de Caso e Correlação Anatomopatológica.

Relevância: Trata-se de relato de caso de paciente jovem do sexo feminino com quadro de colestase relacionada a neoplasia cística mucínica hepática, com presença de estroma ovariano. Tal condição é rara e não costuma se apresentar com colestase significativa. Pacientes com este diagnóstico exigem tratamento específico multidisciplinar, em centros especializados de alta complexidade. Cumpre salientar que a monografia foi conduzida de forma adequada, cumprindo os pré-requisitos exigidos.

Avaliação do desempenho do aluno: O TCC foi escrito de forma clara e concisa, dentro dos prazos pré-estabelecidos.

NOTA: 8,5 (oito e meio).

Salvador, 16 de fevereiro de 2026.

Eduardo Freitas Viana
Supervisor do Programa de Residência Médica de Cirurgia Geral
HUPES/ MCO/UFBA