

CC-002 - DESAFIO DIAGNÓSTICO DE ASCITE DE LONGA EVOLUÇÃO

M Gravito-Soares¹; E Gravito-Soares¹; Je Pina-Cabral¹; J Almeida²; E Fraga²; R Pina³; L Tomé¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Descrição do(s) caso(s) e/ou técnicas apresentadas

Introdução: O mesotelioma peritoneal é uma causa rara de ascite. O subtipo papilar bem diferenciado (MPBD) é mais frequente em mulheres. Comparativamente a outras formas de mesotelioma, este é menos agressivo, com padrão de crescimento lento e tipicamente sem metastização.

Caso clínico: Homem, 45 anos. Alcoolismo crónico (120g/dia). Sem história de hepatopatia crónica/hipertensão portal ou exposição a asbestos. Quadro com 1mês de evolução de dor abdominal, enfartamento pós-prandial e ascite volumosa. Sem sintomatologia constitucional. Ascite ligeira desde há 3 anos, extensamente estudada, sem diagnóstico conclusivo. Analiticamente sem alterações. Líquido ascítico com celularidade aumentada (3900células), neutrófilos 1800células/ μ L, outras células 55% e GASA 1,1. Citologia com hiperplasia mesotelial reativa. Diagnóstico inicial erróneo de cirrose descompensada com ascite e peritonite bacteriana espontânea. Ecografia/TC/RM tóraco-abdómino-pélvicas e PET-18-FDG com volumoso derrame peritoneal e densificação do grande omento tipo “omental cake”, sugestivo de carcinomatose peritoneal. Esofagogastroduodenoscopia e ileocolonosopia com biopsias, sem alterações. Excluída etiologia infecciosa/autoimune. Submetido a laparoscopia exploradora com processo aderencial extenso interansas e necrose com exsudato esbranquiçado na escavação pélvica direita. Estudo bioquímico/citológico/histológico/microbiológico inconclusivo (mesotélio reativo, necrose e infiltrado inflamatório linfo-histiocítico). Controlo da ascite durante 1 ano com diuréticos e cessação etílica. Posteriormente, ascite volumosa refratária a diuréticos e necessidade de paracenteses evacuadoras regulares. Citologias seriadas do líquido ascítico, sem alterações adicionais. Proposta segunda laparoscopia exploradora, com biopsia hepática, excisão do apêndice/mesoreto e biópsia de nódulos peritoneais com diagnóstico de mesotelioma maligno túbulo-papilar. Imunohistoquímica positiva para calretinina, EMA e WT1. CEA e BerEp4 negativos. Ki-67>10%. Proposto para quimioterapia intraperitoneal.

Motivação/justificação dos autores para a sua apresentação (raridade, inovação, truque, outra).

Conclusão: Apresenta-se um caso de mesotelioma papilar, como causa rara de ascite, de longa evolução e difícil diagnóstico. O diagnóstico diferencial imagiológico e citológico/imunohistoquímico entre hiperplasia mesotelial reativa/mesotelioma papilar é difícil, implicando estudo etiológico exaustivo. A laparoscopia diagnóstica continua a ser crucial no diagnóstico definitivo, com eventual necessidade de uma segunda intervenção. Apresenta-se iconografia endoscópica/imagiológica/cirúrgica.