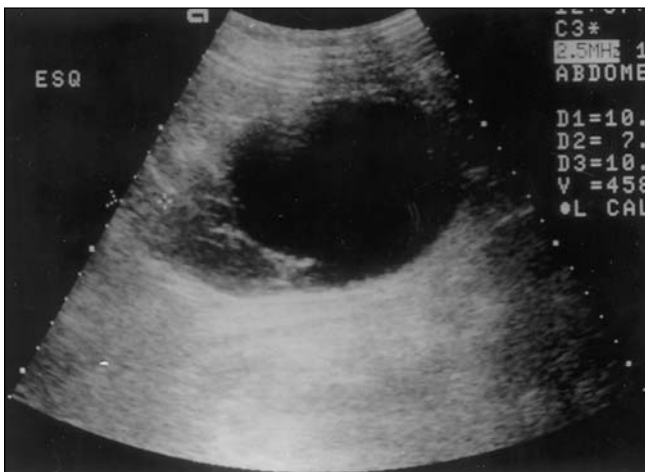


## QUAL O SEU DIAGNÓSTICO?

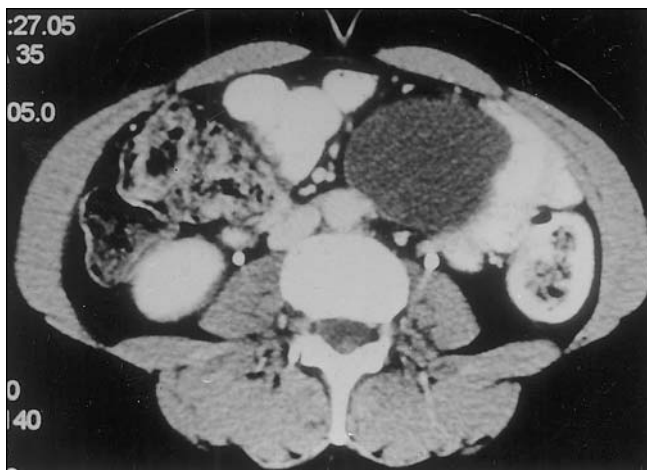
Ana Cláudia Ferreira Rosa<sup>1</sup>, Márcio Martins Machado<sup>2</sup>, Telesforo Bacchella<sup>3</sup>, Luciana Mendes de Oliveira Cerri<sup>4</sup>, Giovanni Guido Cerri<sup>5</sup>

Trabalho realizado no Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, São Paulo, SP. 1. Médica Radiologista Assistente do Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, Pós-graduanda do Departamento de Radiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), São Paulo, SP. 2. Médico Radiologista, Pós-graduando do Departamento de Radiologia da FMUSP. 3. Professor Doutor Assistente do Serviço de Cirurgia de Vias Biliares e Pâncreas do Departamento de Gastroenterologia da FMUSP. 4. Médica Radiologista Assistente Doutora do Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês, Chefe do Setor de Ultra-Sonografia da Divisão de Clínica Urológica do Hospital das Clínicas da FMUSP (HC-FMUSP). 5. Professor Titular do Departamento de Radiologia da FMUSP, Chefe do Instituto de Radiologia (InRad) do HC-FMUSP, Diretor da Divisão de Diagnóstico por Imagem do Instituto do Coração (InCor) do HC-FMUSP, Chefe do Departamento de Radiologia do Hospital Sírio Libanês. Endereço para correspondência: Prof. Dr. Giovanni Guido Cerri. Instituto de Radiologia, HC-FMUSP. Avenida Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 255, 3º andar. São Paulo, SP, 05403-001. E-mail: giovanni.cerri@hcnet.usp.br

Paciente do sexo feminino, 43 anos de idade, apresentando dor pélvica há um mês. Exame físico sem alterações.



**Figura 1.** Imagem ultra-sonográfica da lesão.



**Figura 2.** Tomografia computadorizada do abdome com contraste iodado endovenoso. Imagem no plano axial.



**Figura 3.** Tomografia computadorizada do abdome com contraste iodado endovenoso. Reconstrução no plano coronal.

## Achados de imagem

A ultra-sonografia (US) evidencia formação cística, anecóide, bem definida, com finos septos no seu interior, medindo cerca de 10,8 × 10,2 × 7,9 cm, localizada intraperitonealmente, anterior, medial e inferiormente ao rim esquerdo (Figura 1). A tomografia computadorizada (TC) com contraste iodado endovenoso, em aquisição axial pela técnica helicoidal, com reconstrução coronal, mostra massa cística, com contornos regulares, paredes finas, de localização intraperitoneal, na região do mesogástrio e parte do hipogástrio, com finas septações no seu interior, medindo cerca de 11 cm no seu maior diâmetro (Figuras 2 e 3).

Com esses achados, a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, tendo sido identificada lesão cística intraperitoneal, com alças de intestino delgado aderidas à lesão, mas que se desprendiam com facilidade. A lesão foi então removida e encaminhada para exame anatomopatológico. O resultado foi de linfangioma, sem presença de sinais de malignidade.

## COMENTÁRIOS

Os cistos de mesentério correspondem a um grupo de lesões variadas e incomuns, incluindo os linfangiomas, os pseudocistos extrapancreáticos, os cistos de duplicação entérica, os teratomas e os cistos mesoteliais<sup>(1)</sup>. Geralmente ocorrem em crianças e adultos jovens e comumente se manifestam como massas volumosas. Muitos dos pacientes referem dor abdominal<sup>(1,2)</sup>.

Os linfangiomas em geral são massas benignas, uni ou multiloculadas, com conteúdo líquido<sup>(2,3)</sup>. Tem sido referido que este conteúdo líquido poderia ser seroso ou quiloso<sup>(3)</sup>. Os exames contrastados do aparelho digestivo usualmente demonstram deslocamento das alças intestinais e, ocasionalmente, obstrução secundária ao envolvimento dessas alças pelo linfangioma. Estudos com TC, ressonância magnética e US confirmam a natureza cística dessas lesões<sup>(2)</sup>. À TC, os linfangiomas tipicamente se apresentam como massas císticas hipotenuantes, com paredes finas, sem realce após a injeção do meio de contraste iodado<sup>(2)</sup>. À US, usualmente são identificados como formações císticas bem definidas, geralmente anecóides, uni ou multiloculadas, com paredes lisas<sup>(4)</sup>.

Os pseudocistos extrapancreáticos podem se manifestar como massas uni ou multiloculadas, comumente apresentando paredes bem definidas. À US, esses cistos apresentam “débris” ecogênicos no seu interior. À TC, pode haver realce da parede após a injeção endovenosa do meio de contraste<sup>(2)</sup>. A história clínica de episódios progressivos de pancreatite aguda ou quadro de pancreatite crônica também favorecem no diagnóstico diferencial<sup>(5)</sup>.

Os cistos de duplicação entérica são uni ou multiloculados, caracterizados por apresentarem paredes espessas, enquanto os cistos entéricos simples usualmente possuem paredes finas<sup>(2)</sup>.

O mesotelioma cístico representa uma neoplasia benigna rara, que mais frequentemente ocorre em mulheres jovens e na

3<sup>a</sup>-4<sup>a</sup> década de vida<sup>(6)</sup>. Usualmente é composto de múltiplos pequenos cistos com conteúdo líquido. A taxa de recorrência pós-operatória é alta, variando de 27% a 75%. Embora radiograficamente possa não ser diferenciado dos linfangiomas e dos outros cistos mesentéricos, a sua diferente distribuição quanto à faixa etária favorece o diagnóstico diferencial<sup>(2,6)</sup>.

Existem outras afecções que também poderiam ser lembradas no diagnóstico diferencial das lesões abdominais císticas. No caso das neoplasias ovarianas benignas, estas podem simular outras massas abdominais císticas, especialmente se forem volumosas. A presença de nodularidades murais, metástases peritoneais (e omentais) e ascite auxilia na diferenciação entre tumores ovarianos malignos císticos e outras lesões císticas<sup>(2)</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Ros PR, Olmsted WW, Moser RP Jr, Dachman AH, Hjermsstad BH, Sobin LH. Mesenteric and omental cysts: histologic classification with imaging correlation. *Radiology* 1987;164:327-32.
2. Silverman PM, Cooper C. Mesenteric and omental lesions. In: Gore RM, Levine MS, Laufer I, eds. *Textbook of gastrointestinal radiology*. 1st ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1994:2367-81.
3. Eisenberg RL. Widening of the duodenal sweep. In: Eisenberg RL, ed. *Gastrointestinal radiology. A pattern approach*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, 1996:348-64.
4. Weill FS. Other nonpancreatic masses. In: Weill FS, ed. *Ultrasound diagnosis of digestive diseases*. 4th ed. Berlin: Springer Verlag, 1996:553-76.
5. Reber HA, Way LW. Pancreas. In: Way LW, ed. *Surgical diagnosis & treatment*. 10th ed. Connecticut: Appleton & Lange, 1994:567-94.
6. O'Neil JD, Ros PR, Storm BL, Buck JL, Wilkinson EJ. Cystic mesothelioma of the peritoneum. *Radiology* 1989;170:333-7.