

Mesotelioma Peritoneal Multicístico Recidivado em Paciente Jovem do Sexo Masculino: Relato de Caso

Guilherme Bernardes Rosa Eugênio ^{1,*}, Flávio José Müller Filho ¹, André Limeira Tenório de Albuquerque ¹, Giulia Ferrás ¹, Paulo Eduardo Hernandes Antunes ¹

¹ Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista (UNESP), São Paulo, Brasil.

* Correspondência: bernardes.med@gmail.com.

Resumo: O mesotelioma peritoneal multicístico (MPM) é uma neoplasia benigna rara, de linhagem mesotelial, cuja patogênese está frequentemente associada a processos inflamatórios crônicos, divergindo etiologicamente do mesotelioma maligno por sua falta de associação com o asbesto. Apresentamos o caso de um paciente do sexo masculino, em idade jovem, manifestando sintomatologia abdominal crônica e inespecífica. A avaliação por imagem (TC e RM) revelou múltiplas formações císticas septadas, compatíveis com a hipótese de MPM, apresentando padrão de moldagem das superfícies peritoneais adjacentes (*molding sign*), sem evidência de invasão parenquimatosa. Apesar da ressecção cirúrgica com ausência de doença residual macroscópica (exérese), o paciente apresentou recidiva local em um intervalo de 24 meses. Este relato enfatiza que, embora benigno sob o ponto de vista histológico, o MPM possui um comportamento biológico de alta recorrência, exigindo um protocolo de vigilância radiológica rigoroso a longo prazo e uma abordagem terapêutica multidisciplinar.

Palavras-chave: Mesotelioma Peritoneal Cístico Benigno; Neoplasias Peritoneais; Diagnóstico por Imagem; Recorrência de Tumor local.

Citação: Eugênio GBR, Müller Filho FJ, Albuquerque ALT, Ferrás G, Antunes PEH. Mesotelioma Peritoneal Multicístico Recidivado em Paciente Jovem do Sexo Masculino: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr164.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr164>

Recebido: 26 Janeiro 2026

Aceito: 26 Fevereiro 2026

Publicado: 3 Março 2026



Copyright: This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0).

1. Introdução

O mesotelioma peritoneal multicístico (MPM), também referido como cisto de inclusão peritoneal multilocular, representa uma variante neoplásica primária rara do peritônio, derivada da proliferação cística de células mesoteliais [1]. Epidemiologicamente, a patologia exibe uma predileção marcante por mulheres em idade reprodutiva, sendo a apresentação em pacientes do sexo masculino, como reportado neste caso, uma ocorrência de extrema raridade que desafia os paradigmas diagnósticos atuais [1, 2]. A incidência global é estimada em 1 a 2 casos por milhão de habitantes na população geral, compondo cerca de 3% a 5% de todos os mesoteliomas peritoneais, não havendo estratificação específica por sexo na maioria das séries epidemiológicas publicadas [2].

Embora o MPM apresente um comportamento biológico predominantemente benigno, sua patogênese permanece controversa. Teorias vigentes sugerem uma etiologia reativa-proliferativa associada a insultos peritoneais prévios, como cirurgias, endometriose ou processos inflamatórios crônicos, diferenciando-o do mesotelioma maligno pela ausência de nexo causal com a exposição ao asbesto [3]. Clinicamente, o tumor manifesta-se de forma indolente através de dor abdominal crônica ou massas palpáveis inespecíficas.

Do ponto de vista radiológico, o diagnóstico diferencial é complexo e inclui o linfangioma cístico, o pseudomixoma peritonei e o pseudocisto peritoneal. A Tomografia Computadorizada (TC) e a Ressonância Magnética (RM) são fundamentais para mapear a extensão multilocular da lesão e identificar o “sinal do molde” (*molding sign*), caracterizado pelo preenchimento dos recessos peritoneais sem infiltração de órgãos sólidos adjacentes, achado sugestivo de MPM [4]. Em particular, a topografia peritoneal e o padrão de moldagem sem efeito infiltrativo sobre órgãos sólidos favorecem MPM em relação ao linfangioma, que tende a localiza-se no mesentério e retroperitônio e a envolver planos e estruturas vasculares adjacentes. Contudo, devido à ausência de marcadores patognomônicos, a confirmação diagnóstica permanece estritamente dependente da análise histopatológica e imuno-histoquímica. O manejo é pautado pela exérese cirúrgica completa, embora o potencial de recorrência local em curto e médio prazo exija um protocolo de vigilância radiológica rigoroso e prolongado [2,5].

2. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, 20 anos, com antecedente de síndrome do intestino irritable, apresentava dor abdominal crônica em aperto, localizada em hemiabdomen direito há cerca de 5 anos, com IMC de 21,9 e sem alterações significativas em exames laboratoriais. Sendo a dor inicialmente intermitente e de baixa intensidade, tornou-se progressivamente mais frequente e intensa, associada a desconforto abdominal e distensão, principalmente após refeições. Negava febre, perda de peso ou alterações do hábito intestinal. Não havia histórico de trauma abdominal, infecção intra-abdominal ou cirurgia prévia.

A tomografia computadorizada inicial demonstrou formação hipodensa, cística, com discreto realce septal, localizada no hemiabdomen direito, abaixo do lobo hepático direito e estendendo-se até a região cecal superior, medindo $16,0 \times 12,0 \times 12,3$ cm e com volume estimado de 1.228 cm^3 (Figura 1).

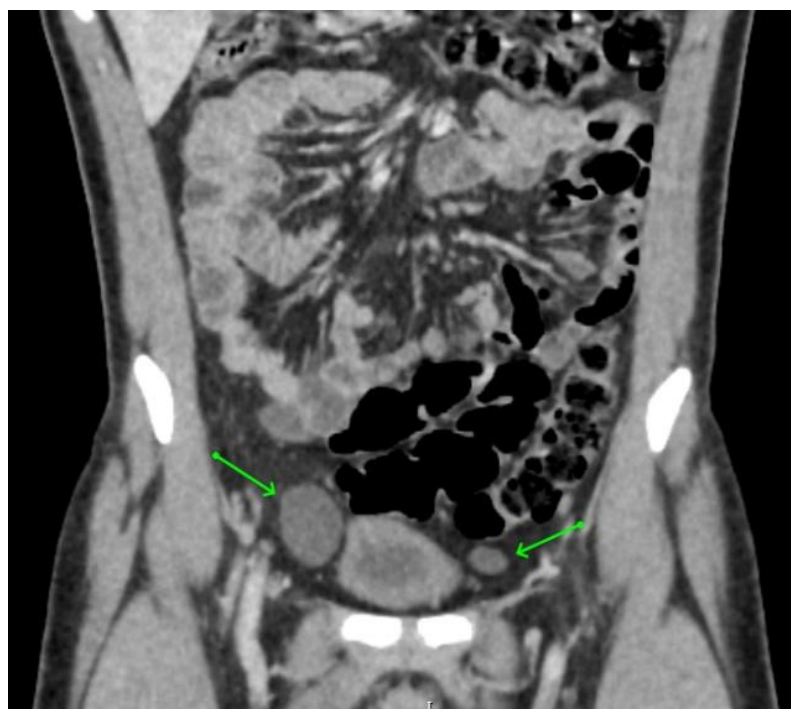
Figura 1. Tomografia computadorizada reconstrução coronal mostra formação hipodensa (ponta de seta), predominante cística, localizada abaixo do lobo hepático direito e se estendendo até a região cecal.



Não foram caracterizados componentes sólidos, calcificações ou sinais de invasão de órgão sólidos adjacentes. Observou-se comportamento de moldagem das superfícies peritoneais adjacentes, sem sinais de invasão parenquimatosa, achado compatível com o molding sign. O paciente foi submetido à laparotomia com exérese completa da lesão cística em mesocólon ascendente. Optou-se por ressecção convencional inicial porque, no cenário pré-operatório, a lesão apresentava-se como lesão cística aparentemente localizada, sem sinais tomográficos de disseminação peritoneal, o que favorecia hipótese de lesão passível de exérese completa. Durante o ato operatório, não foram identificados implantes peritoneais adicionais visíveis, sendo realizada inspeção sistemática da cavidade abdominal, não sendo identificado doença residual macroscópica. Não foi calculado índice de carcinomatose peritoneal (PCI), uma vez que não havia suspeita pré-operatória de doença disseminada.

O estudo anatomopatológico confirmou o diagnóstico de MPM, com ausência de comprometimento nas bordas avaliadas e linfonodo preservado, sem sinais de malignidade. A análise citopatológica da lesão evidenciou células mesoteliais, neutrófilos e hemácias, sem células neoplásicas e o estudo imunohistoquímico realizado com anticorpos WT1 e Calretina apresentaram resultados positivos. No presente caso, o painel de imunohistoquímica disponível e efetivamente realizado restringiu-se a WT-1 e calretinina, em correlação com morfologia, sustentando a origem mesotelial. Marcadores adicionais para exclusão de diagnósticos diferenciais não foram realizados neste caso, sendo discutidos como recomendações da literatura. Após dois anos de perda de seguimento devido à pandemia, o paciente retornou para reiniciar acompanhamento do quadro. Nova tomografia de abdome total com contraste evidenciou lesões císticas bilaterais na cavidade pélvica (Figura 2).

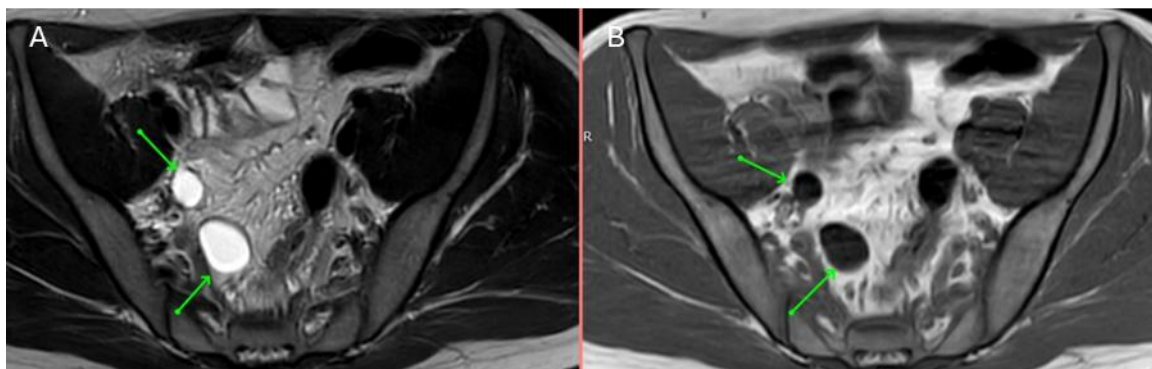
Figura 2. Tomografia computadorizada reconstrução coronal demonstrando duas lesões císticas (setas verdes) na cavidade pélvica.



A ressonância magnética de pelve com contraste mostrou duas lesões císticas bem definidas, adjacentes aos vasos ilíacos direitos, com hipossinal em T1, hipersinal em T2 e ausência de realce significativo após a administração do meio de contraste paramagnético.

(Figuras 3A e 3B). O padrão de sinal e o comportamento de moldagem auxiliaram na exclusão de linfangioma cístico neste paciente específico. Na RM, o conteúdo líquido simples (hipossinal em T1 e hipersinal em T2), a ausência de componente sólido/realce relevante e, sobretudo, a distribuição peritoneal com padrão de moldagem favoreceram MPM. Em contraste, o linfangioma cístico tipicamente se origina do mesentério/retroperitônio e tende a insinuar-se entre planos e estruturas vasculares, padrão menos compatível com a apresentação observada.

Figura 3. Ressonância magnética – A. sequência T2 e B. sequência T1 demonstrando duas lesões císticas bem definidas, localizadas na cavidade pélvica.



Paciente submetido a novo procedimento cirúrgico para exérese dos cistos caracterizados na pelve, com ressecção completa macroscópica e anatomopatológico confirmando mesotelioma peritoneal multicístico. A segunda cirurgia foi realizada com intenção curativa local com ressecção completa macroscópica, embora o histórico natural da doença imponha risco de novas recidivas.

3. Discussão

O mesotelioma peritoneal multicístico (MPM) é uma neoplasia de origem mesotelial com incidência estimada em 1 a 2 casos por milhão de habitantes. A ocorrência em um paciente jovem do sexo masculino é um achado de relevância acadêmica ímpar, dado que a patologia exibe uma predileção seletiva por mulheres em idade reprodutiva [6]. Classicamente classificado como benigno, o MPM deve ser interpretado como uma neoplasia de "baixo grau" devido à sua agressividade local e taxas de recorrência que ultrapassam 50%, exigindo uma abordagem oncológica estratégica [5]. Embora o MPM apresente um comportamento biológico predominantemente benigno, sua patogênese permanece controversa. Teorias vigentes sugerem uma etiologia reativa-proliferativa associada a insultos peritoneais prévios, como cirurgias, endometriose ou processos inflamatórios crônicos, diferenciando-o do mesotelioma maligno pela ausência de nexo causal com a exposição ao asbesto [3]. No presente caso, não foi identificada história de cirurgia abdominal, trauma, infecção intra-abdominal ou processo inflamatório específico, o que reforça a heterogeneidade etiopatogênica descrita na literatura.

A diferenciação entre massas císticas peritoneais representa um desafio diagnóstico significativo devido à sobreposição de achados na tomografia computadorizada e na ressonância magnética. O linfangioma cístico distingue-se pela localização preferencial no retroperitônio ou mesentério e pela ausência do "sinal do molde", a capacidade de preencher recessos sem invasão de parênquima, característica marcante do mesotelioma peritoneal multicístico. No presente caso, tanto a TC inicial quanto a RM de recidiva demonstraram padrão de moldagem peritoneal, favorecendo MPO. Em contrapartida, o pseudomixoma peritonei manifesta-se por ascite mucinosa de alta densidade e pelo sinal de scalloping, caracterizado por recortes nas superfícies serosas de órgãos sólidos como o

fígado e o baço [4]. Adicionalmente, o pseudocisto peritoneal apresenta-se tipicamente como uma lesão unilocular e desprovida de revestimento epitelial, estando frequentemente associado a um contexto clínico de pancreatite pregressa ou intervenções cirúrgicas abdominais recentes.

A confirmação diagnóstica fundamenta-se estritamente na realização de um painel de imuno-histoquímica (IHQ) abrangente, essencial para excluir mimetizadores malignos e lesões de origem endotelial. A calretinina estabelece-se como o marcador de escolha, apresentando intensa marcação nuclear e citoplasmática nas células de revestimento cístico, enquanto a citoqueratina 5/6 (CK 5/6) corrobora a diferenciação epitelióide mesotelial [3]. Adicionalmente, a expressão de WT-1 (Wilms Tumor 1) auxilia na distinção entre a neoplasia e processos reativos puramente inflamatórios.

No diagnóstico diferencial com o mesotelioma maligno, a avaliação da proteína BAP1 (BRCA1-associated protein) desempenha papel crucial: a manutenção de sua expressão nuclear é característica do Mesotelioma Peritoneal Multicístico, contrastando com a perda de expressão que constitui a regra nas formas malignas [3, 7]. Entretanto, a avaliação de BAP1 não foi realizada neste paciente, constituindo limitação do painel IHQ disponível. O diagnóstico pode ser consolidado pela negatividade dos marcadores de exclusão: a ausência de imunorreatividade para CD31, CD34 e D2-40 afasta a hipótese de linfangioma cístico, enquanto a negatividade para CEA, MOC-31 e Ber-EP4 exclui cisto-adenocarcinomas ovarianos ou metástases peritoneais [3]. Esses marcadores adicionais são descritos aqui como recomendações da literatura, não como resultados do caso. O manejo clínico evoluiu da ressecção simples para protocolos agressivos de citorredução. A taxa de recidiva após a exérese cirúrgica isolada é alarmante, chegando a 50% em um período médio de 32 meses [5]. O caso aqui apresentado corrobora essa estatística, com recidiva identificada após 24 meses.

Atualmente, para casos multifocais ou recidivantes, a combinação de Cirurgia Citorredutora (CRS) com Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC) é considerada estratégia preferencial. A CRS visa a remoção de toda doença macroscópica (peritonectomia) enquanto infusão intraperitoneal de cisplatina ou Doxorrubicina a uma temperatura de 41–43°C potencializa a citotoxicidade e a penetração do fármaco nas serosas, tratando a doença microscópica residual. Estudos demonstram que esta abordagem reduz a taxa de recorrência para níveis inferiores a 20%, aumentando significativamente a sobrevida livre de doença em comparação com a cirurgia convencional [5, 8]. Apesar dessas evidências, a aplicabilidade da CRS+HIPEC pode ser limitada por seleção de casos, disponibilidade de centros especializados e avaliação individual de risco-benefício. No presente caso, optou-se por ressecção convencional, pois as lesões recidivas-das mostravam distribuição aparentemente restrita e não havia sinais de disseminação peritoneal macroscópica à exploração cirúrgica. Assim, a abordagem adotada deve ser interpretada como tratamento com intenção curativa local, porém com necessidade de vigilância prolongada e baixa tolerância a novas perdas de seguimento, considerando o risco de recidivas adicionais.

Embora a transformação maligna seja rara, a cronicidade da doença e as múltiplas intervenções podem impactar severamente a qualidade de vida. O acompanhamento pós-operatório deve ser rigoroso, com RM de abdome e pelve a cada 6 meses nos primeiros 2 anos e, posteriormente, anualmente por pelo menos 10 anos, dada a possibilidade de recidivas tardias [1, 2].

4. Conclusão

O presente relato de caso reforça a necessidade de uma investigação diagnóstica abrangente em pacientes jovens com sintomatologia abdominal crônica, destacando que a raridade epidemiológica do mesotelioma peritoneal multicístico (MPM) no sexo masculino não deve excluir esta hipótese diagnóstica. A evolução clínica do paciente, demonstra o comportamento indolente, porém recorrente, desta patologia. A recidiva após exérese

cirúrgica isolada confirma os dados da literatura e sustenta a evidência crescente de benefícios de estratégias combinadas como CRS associada à HIPEC em casos selecionados, especialmente na doença multifocal ou recidivante. O acompanhamento radiológico rigoroso e prolongado permanece fundamental, especialmente diante do risco de progressão silenciosa associado à perda de seguimento, garantindo sobrevida livre da e aumentando a qualidade de vida em pacientes com mesotelioma peritoneal multicístico.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Declaramos que a paciente aprovou sua participação no estudo mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e que o estudo seguiu as diretrizes éticas estabelecidas pela Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Noiret B, Renaud F, Piessen G, Eveno C. Multicystic peritoneal mesothelioma: a systematic review of the literature. *Pleura Peritoneum*. 2019 Sep 01;4(3):20190024. doi: 10.1515/pp-2019-0024.
2. Nizri E, Bar-David T, Nissan A, Peretz T, Ben-David M. Multicystic Peritoneal Mesothelioma: Operative and Long-Term Outcomes with Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy. *Ann Surg Oncol*. 2018 Nov;25(11):3724-3730. doi: 10.1245/s10434-018-6712-6.
3. Choudhary S, Fasih N, Mc Innes M, Marginean C. Benign multicystic peritoneal mesothelioma in a male patient. *J Radiol Case Rep*. 2013 Nov 01;7(11):1-7. doi: 10.3941/jrcr.v7i11.1666.
4. Husain AN, Colby TV, Ordóñez NG, Krausz T, Borczuk A, Cagle PT, Churg A, Cortez FP, Finkelstein S, Fraire AE, Galateau-Salle F, Gibbs AR, Gown AM, Hammar SP, Liz-Guerrero R, Roggli VL, Travis WD, Wick MR. Guidelines for Pathologic Diagnosis of Mesothelioma 2017 Update of the Consensus Statement from the International Mesothelioma Interest Group. *Arch Pathol Lab Med*. 2018 Jan;142(1):89-108. doi: 10.5858/arpa.2017-0124-RA.
5. Baratti D, Kusamura S, Sironi A, Cabras A, Fumagalli L, Laterza B, Deraco M. Multicystic peritoneal mesothelioma: outcomes and patho-biological features in a multi-institutional series treated by cytoreductive surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy (HIPEC). *Ann Surg Oncol*. 2010 Oct;17(10):2798-2808. doi: 10.1245/s10434-010-1110-x.
6. Pickhardt PJ, Bhalla S. Primary neoplasms of peritoneal and subperitoneal origin: CT findings. *Radiographics*. 2005 Jul-Aug;25(4):983-995. doi: 10.1148/rg.254045142.
7. Hida T, Hamakawa T, Hayashi T, Igarashi T, Ishida H, Shibuya H, Saitoh S, Kato T, Sakai K, Asano T, Simadzu M, Matsuoka K, Mitsui K, Iwamura M, Hiroshima K. BAP1 immunohistochemistry and p16 FISH to separate benign from malignant mesothelial proliferations. *Am J Surg Pathol*. 2015 Feb;39(2):201-210. doi: 10.1097/PAS.0000000000000324.
8. Boussios S, Moschetta M, Karathanasi A, Tsiouris AK, Kanellos FS, Tatsi K. Malignant peritoneal mesothelioma: clinical aspects, and therapeutic perspectives. *Ann Gastroenterol*. 2018 Nov-Dec;31(6):659-669. doi: 10.20524/aog.2018.0305.