

Tumor Neuroendócrino com Metástase Hepática Gigante

Eric Levi de Oliveira Lucas ^{1,*}, Felipe Nelson Mendonça ², Henrique Cerqueira Guimarães ¹

¹ Departamento de Clínica Médica, Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Divisão de Gastroenterologia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

* Correspondência: eric.levi@hotmail.com.

Resumo: Não aplicável.

Palavras-chave: Tumores Neuroendócrinos; VIPoma; Síndromes de Má Absorção; Metástase Neoplásica.



Citação: Lucas ELO, Mendonça FN, Guimarães HC. Tumor Neuroendócrino com Metástase Hepática Gigante. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06 (1):bjcr203.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr203>

Recebido: 5 Abril 2026

Aceito: 18 Junho 2026

Publicado: 21 Junho 2026



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

Figura 1: A. Tomografia computadorizada em fase arterial demonstrando uma grande massa hepática hipodensa (cabeças de seta brancas). Observa-se realce arterial na cabeça do pâncreas (seta preta), além de alças de intestino delgado distendidas por líquido (asteriscos brancos). B. Tomografia computadorizada em fase portal mostrando a massa hepática hipodensa e discretamente irregular (cabeças de seta brancas), sem realce nessa fase.

Paciente do sexo feminino, 57 anos, admitida em um hospital universitário terciário com história de seis meses de diarreia aquosa profusa, não relacionada às refeições, incluindo episódios noturnos. Dor abdominal não era um sintoma predominante, e não havia febre nem alterações nas fezes, como sangue ou muco. Durante esse período, apresentou perda ponderal de aproximadamente 20 kg. Diversos tratamentos convencionais, incluindo antibióticos e antiparasitários, não resultaram em melhora clínica. Na admissão hospitalar, os exames laboratoriais revelaram lesão renal aguda, hipocalcemia, hipomagnese-mia, acidose metabólica e hipoalbuminemia.

A tomografia computadorizada abdominal revelou uma lesão cística volumosa, sem realce ao contraste, no lobo hepático direito (Figura 1A–B), levando ao início de antibioticoterapia para um suposto abscesso hepático, diagnóstico que não justificava as perdas intestinais aquosas profusas. Foi realizado procedimento laparoscópico com biópsia da massa hepática. Amostras sanguíneas e culturas de tecido obtidas no intraoperatório não apresentaram crescimento microbiológico. Não houve melhora após um curso adequado de antibioticoterapia. Durante a revisão da tomografia, identificou-se uma lesão nodular na cabeça do pâncreas com realce precoce na fase arterial (Figura 1A). Suspeitou-se de síndrome de Verner–Morrison (SVM). Análogos da somatostatina foram solicitados, porém não estavam disponíveis no hospital. A dosagem sérica do Peptídeo Intestinal Vasoativo (VIP) também não estava disponível. Houve progressiva deterioração hemodinâmica, apesar da reposição agressiva de fluidos e correção hidroeletrólítica. A paciente foi transferida para a unidade de terapia intensiva e faleceu 72 horas depois devido a choque refratário, presumivelmente secundário à translocação bacteriana intestinal.

Os resultados anatomopatológicos tornaram-se disponíveis apenas após o óbito e revelaram carcinoma pouco diferenciado com áreas de diferenciação neuroendócrina infiltrando o parênquima hepático. A imuno-histoquímica (IHQ) foi positiva para cromogranina A (CgA) e sinaptofisina (SYP), sustentando origem neuroendócrina. Marcadores neuroendócrinos adicionais, como VIP, gastrina ou marcadores para carcinoma medular de tireoide (CMT), não estavam disponíveis para avaliação imuno-histoquímica.

Apesar da ausência de confirmação laboratorial específica, acreditamos fortemente que a apresentação clínica foi compatível com a síndrome WDHA (watery diarrhea, hypokalemia and achlorhydria – diarreia aquosa, hipocalemia e acloridria), também conhecida como síndrome de Verner–Morrison [1]. Essa síndrome é tipicamente causada pela secreção excessiva de peptídeo intestinal vasoativo (VIP), um neuropeptídeo que aumenta a motilidade intestinal, o fluxo sanguíneo gastrointestinal e a secreção de água pela mucosa intestinal [1,2]. Aproximadamente 90% dos VIPomas se originam no pâncreas. Embora gastrinomas e carcinomas medulares da tireoide possam causar diarreia secretória, a paciente apresentava níveis normais de CEA, ausência de massa cervical ou nódulo tireoidiano, ausência de achados relevantes na endoscopia digestiva alta e não respondeu a altas doses de inibidores da bomba de prótons por via parenteral, tornando essas condições neuroendócrinas explicações improváveis para o quadro clínico.

A característica mais marcante deste caso foi a presença de uma metástase única, gigantesca (aproximadamente 15 cm de diâmetro) e com aspecto cístico. Embora metástases hepáticas estejam frequentemente presentes ao diagnóstico, lesões hepáticas gigantes têm sido raramente descritas [3]. Na maior série de casos de metástases hepáticas de tumores neuroendócrinos submetidas à ressecção, lesões císticas corresponderam a apenas 2,7% dos casos e geralmente estavam acompanhadas de lesões sólidas. As lesões císticas costumavam ser as maiores (tamanho mediano, intervalo interquartil: 6–10 cm). Nesses casos, nenhum tumor primário apresentou fenótipo cístico [4].

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: O consentimento informado por escrito foi obtido do representante legal da paciente, e o estudo foi conduzido de acordo com os princípios éticos estabelecidos na Declaração de Helsinque.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

1. Clift AK, Thomas R, Frilling A. Developments in interventional management of hepatic metastases from neuroendocrine tumours. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2023;37:101798.
2. Schizas D, Mastoraki A, Bagias G, Patras R, Moris D, Lazaridis II, et al. Clinicopathological data and treatment modalities for pancreatic vipomas: a systematic review. *J BUON*. 2019; 24(2):415-423.

3. Angelousi A, Koffas A, Grozinsky-Glasberg S, Gertner J, Kassi E, Alexandraki K, et al. Diagnostic and Management Challenges in Vasoactive Intestinal Peptide Secreting Tumors: A Series of 15 Patients. *Pancreas* 2019; 48(7):934-942.
4. Ammann M, Antwi SK, Gudmundsdottir H, Hackl H, Santol J, Guillot BE, et al. Surgical and oncological outcomes for liver resection of cystic neuroendocrine tumor liver metastasis. *Eur J Surg Oncol* 2025;51:109464.