

Relato de Caso

Adenoma dos Ductos Biliares Intra-hepáticos Mimetizando Doença Metastática Hepática em um Caso de Adenocarcinoma Colorretal: Relato de Caso

Ana Alice Broering Eller ¹, Augusto Besen Barg ², Rafael Simas ^{1,2}, Luciana Depiere Lanzarin ^{1,2}, Daniel Cury Ogata ^{1,2,*}

¹ Escola de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

² Infolaudo Medicina de Precisão, Itajaí, Santa Catarina, Brasil.

* Correspondência: daniel.ogata@gmail.com.

Resumo: O câncer colorretal (CCR) é um tumor maligno comum do intestino grosso ou do reto, cuja incidência tem aumentado em todo o mundo, especialmente em países em transição. As metástases hepáticas são frequentes em pacientes com CCR, ocorrendo em até 50% dos casos, sendo o fígado o local mais comum de disseminação. O adenoma dos ductos biliares intra-hepáticos, um tumor benigno raro, pode mimetizar metástases hepáticas em pacientes com CCR, sendo frequentemente confundido com adenocarcinomas devido às semelhanças histológicas e radiológicas. A diferenciação correta é essencial para evitar tratamentos agressivos desnecessários. Com base no exposto, este trabalho tem como objetivo relatar o caso de um paciente com histórico de adenocarcinoma colorretal e adenoma dos ductos biliares intra-hepáticos mimetizando doença metastática hepática.

Palavras-chave: Neoplasia Colorretal; Adenoma; Adenocarcinoma; Relato de Caso.

Citação: Eller AAB, Barg AB, Simas R, Lanzarin LD, Ogata DC. Adenoma dos Ductos Biliares Intra-hepáticos Mimetizando Doença Metastática Hepática em um Caso de Adenocarcinoma Colorretal: Relato de Caso. Brazilian Journal of Case Reports. 2026 Jan-Dec;06(1):bjcr210.

<https://doi.org/10.52600/2763-583X.bjcr.2026.6.1.bjcr210>

Recebido: 20 Abril 2026

Aceito: 30 Junho 2026

Publicado: 10 Julho 2026



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

1. Introdução

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna mais comum no mundo, com aproximadamente 1.200.000 novos casos anuais [1]. O aumento da incidência dessa doença é atribuído ao envelhecimento populacional, à alimentação inadequada, ao tabagismo, ao sedentarismo e à obesidade [2]. Cerca de metade dos pacientes com CCR apresenta ou desenvolverá metástases hepáticas ao longo da vida, sendo que, em 20% a 50% desses casos, a doença metastática permanece restrita ao fígado [1]. Os adenomas dos ductos biliares intra-hepáticos (BDA) são tumores hepáticos benignos raros, originados do epitélio dos ductos biliares intra-hepáticos [3]. Essas lesões são frequentemente diagnosticadas de forma equivocada por cirurgiões e patologistas como adenocarcinomas metastáticos bem diferenciados [4]. Este estudo tem como objetivo apresentar uma descrição detalhada de um caso de adenoma dos ductos biliares intra-hepáticos mimetizando doença metastática hepática em um paciente com histórico de adenocarcinoma colorretal, contribuindo com informações relevantes para a comunidade científica.

2. Relato de Caso

Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade, foi encaminhada ao serviço de oncologia clínica após diagnóstico de adenocarcinoma retossigmoide. Inicialmente, havia sido avaliada em outra instituição de saúde devido a um quadro de dois meses de distensão abdominal, eliminação de fezes em fita e episódios de hematoquezia. A biópsia de uma lesão

retal identificou displasia epitelial de alto grau, classificada como categoria 4.3 da classificação de Viena. Posteriormente, a paciente foi submetida à retossigmoidectomia proximal, e a análise anatomopatológica confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (G2) na região retossigmoide, medindo 4,5 cm de extensão, com margens cirúrgicas livres e estadiamento patológico pT3 pN1b pM0. A Tabela 1 apresenta uma cronologia detalhada resumindo a sequência dos eventos.

Tabela 1. Linha do tempo cronológica dos eventos clínicos e achados de imagem.

Data	Evento clínico
jun/20	Biópsia de lesão retal demonstrando displasia epitelial de alto grau (categoria 4.3 da classificação de Viena).
jul/20	Realização de retossigmoidectomia proximal; anatomopatológico confirmou adenocarcinoma moderadamente diferenciado (pT3 pN1b cM0).
ago/20	Início da quimioterapia com XELOX.
set/20	Esquema alterado para FOLFOX devido à toxicidade limitante da dose; 10 ciclos concluídos.
nov/21	PET-CT sem evidências de doença; ressonância magnética abdominal revelou novo nódulo hepático de 4 mm com restrição à difusão, não detectado no PET-CT.
abr/22	Tomografia computadorizada de tórax demonstrou aumento de um nódulo pulmonar, sugestivo de recorrência pulmonar.
jul/22	Realização de metastasectomia pulmonar; anatomopatológico confirmou adenocarcinoma metastático.
Ago– Out/22	Administração de quimioterapia adjuvante com XELOX (4 ciclos).
mar/23	Ressonância magnética abdominal demonstrou persistência de nódulo hepático hipervascular medindo 0,9 × 0,8 cm.
out/23	PET-CT sem evidências de doença.
nov/23	Ressonância magnética abdominal demonstrou aumento da lesão hepática para 1,1 × 1,0 cm.
fev/24	Biópsia hepática diagnosticou adenoma atípico dos ductos biliares.
mar/24	Ressonância magnética de seguimento demonstrou aumento intervalar da lesão, com conteúdo hemorrágico.
jan/25	Ressonância magnética de seguimento demonstrou redução progressiva do tamanho da lesão.

Os antecedentes pessoais da paciente incluem dislipidemia familiar e hipertensão arterial sistêmica. A paciente faz uso de contraceptivo hormonal oral desde os 17 anos de idade e apresenta história familiar de neoplasias malignas. Nega tabagismo, etilismo e sedentarismo.

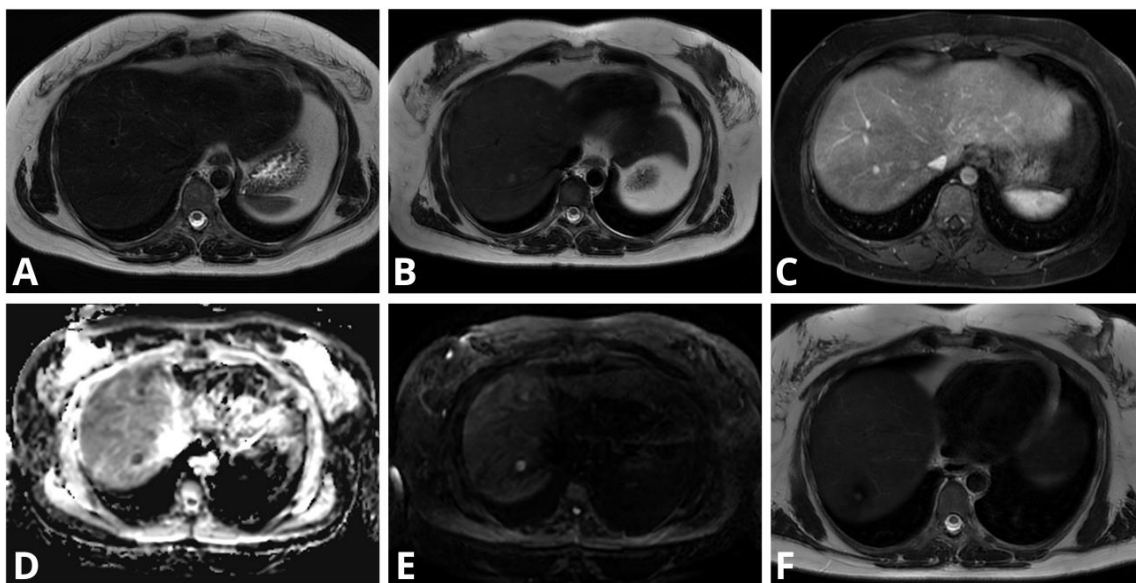
A conduta terapêutica inicial consistiu na prescrição do esquema capecitabina associada à oxaliplatina (XELOX). Após acompanhamento mensal, o XELOX foi suspenso e substituído pelo esquema 5-fluorouracil/leucovorina associado à oxaliplatina (FOLFOX) devido à toxicidade limitante da dose. Foram administrados 10 ciclos de FOLFOX, sem intercorrências. A paciente apresentou evolução clínica favorável, com marcadores CEA, CA 19-9 e CA 125 negativos. No acompanhamento realizado quatro meses após o tratamento, a ressonância magnética (RM) de abdome revelou um novo nódulo hepático solitário de 0,4 cm, com restrição à difusão e de natureza inespecífica, que não havia sido identificado na tomografia por emissão de pósitrons (PET). A tomografia computadorizada (TC) de tórax evidenciou um novo nódulo pulmonar no segmento basal anterior do lobo inferior direito.

Após cinco meses, foi observado aumento do tamanho do nódulo pulmonar localizado no lobo inferior direito. Diante do diagnóstico de recorrência pulmonar, a paciente foi submetida à exérese do nódulo (metastasectomia pulmonar e linfadenectomia mediastinal da estação N7). A análise anatomopatológica confirmou adenocarcinoma (nódulo

de 0,6 cm), sem comprometimento neoplásico da pleura. O exame citopatológico do líquido pleural não apresentou critérios de malignidade. A estratégia terapêutica incluiu a administração de quatro ciclos de XELOX como tratamento adjuvante.

Exames de imagem subsequentes, realizados 12 meses depois, evidenciaram aumento do nódulo hepático à ressonância magnética (RM) de abdome, que passou a apresentar hipersinal em T2, restrição moderada à difusão e realce hipervascular, localizado na periferia do segmento hepático VII, medindo 0,9 × 0,8 cm (Figura 1).

Figura 1. Caracterização por ressonância magnética (RM) do aparecimento do nódulo hepático, da restrição à difusão e da evolução após a biópsia. **A.** RM ponderada em T2 (T2WI) prévia, sem evidência de nódulo hepático no segmento VII. **B.** Novo nódulo hepático apresentando hipersinal em T2WI. **C.** Imagem ponderada em T1 (T1WI) após administração de contraste, demonstrando realce hipervascular da lesão. **D e E.** Nódulo hepático apresentando restrição à difusão nas sequências DWI e ADC. **F.** T2WI demonstrando regressão progressiva da lesão após a biópsia, com achados cicatriciais periféricos.



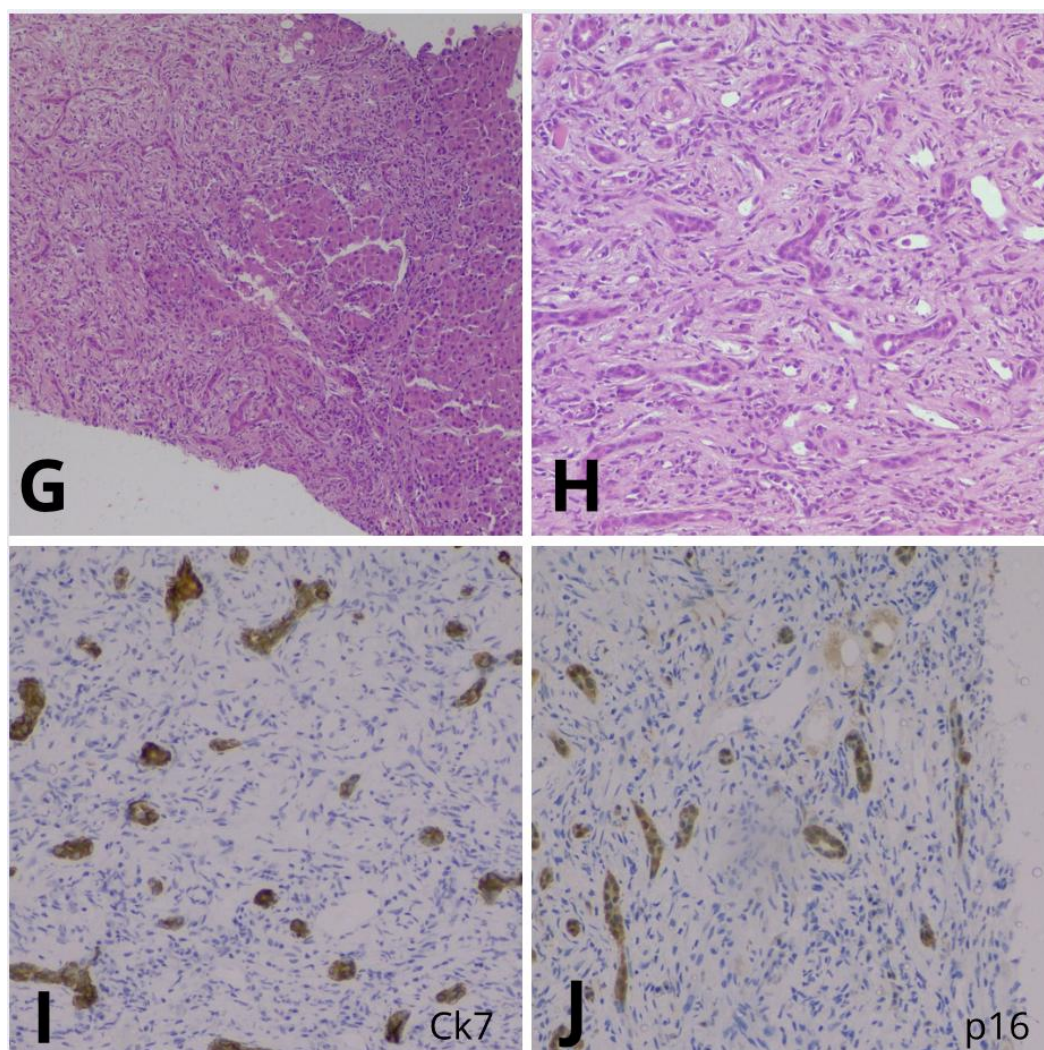
A tomografia computadorizada (TC) de tórax e o PET-CT não evidenciaram alterações. Durante o acompanhamento do nódulo hepático, após oito meses, observou-se aumento de suas dimensões para 1,1 × 1,0 cm. Diante desse achado, foi realizada biópsia do nódulo hepático, cujo resultado revelou um adenoma atípico dos ductos biliares (Figura 2). Após a biópsia, o nódulo apresentou redução progressiva de suas dimensões nos exames de seguimento (Figura 1), enquanto a TC de tórax permaneceu sem novas alterações. A redução progressiva do tamanho da lesão após a biópsia foi interpretada como um fenômeno pós-procedimento, provavelmente relacionado à amostragem tecidual, hemorragia focal, colapso estromal e subsequente formação cicatricial, e não como regressão biológica verdadeira.

O histórico oncológico detalhado e os achados anatomopatológicos estavam disponíveis para o radiologista abdominal responsável pela interpretação da ressonância magnética (RM), o que motivou a aquisição de sequências complementares de RM em busca de sinais radiológicos sugestivos de adenoma dos ductos biliares. Essas sequências adicionais revelaram discreta dilatação periférica dos ductos biliares (Figura 3), um achado fortemente associado ao adenoma dos ductos biliares, em conjunto com a restrição à difusão, intenso realce ao contraste e hipersinal em T2.

Nos exames subsequentes de RM, além da lenta redução progressiva do tamanho após a biópsia, a lesão também apresentou alterações em seu padrão de realce. É impor-

tante destacar que ela não exibiu o clássico realce periférico nodular descontínuo com preenchimento centrípeto completo, tipicamente observado nos hemangiomas cavernosos. Em vez disso, um padrão de realce periférico globular progressivo tornou-se mais evidente durante os exames tardios de acompanhamento, após a lesão já ter demonstrado restrição à difusão, crescimento intervalar e um contexto clínico fortemente sugestivo de doença metastática.

Figura 2. Fotomicrografias da biópsia hepática. **G** (HE, 100×) e **H** (HE, 200×): presença de estruturas glandulares ou ductais revestidas por epitélio cúbico, sem atipias. **I**: imunomarcagem positiva para citoqueratina 7 (CK7). **J**: imunomarcagem positiva para p16.



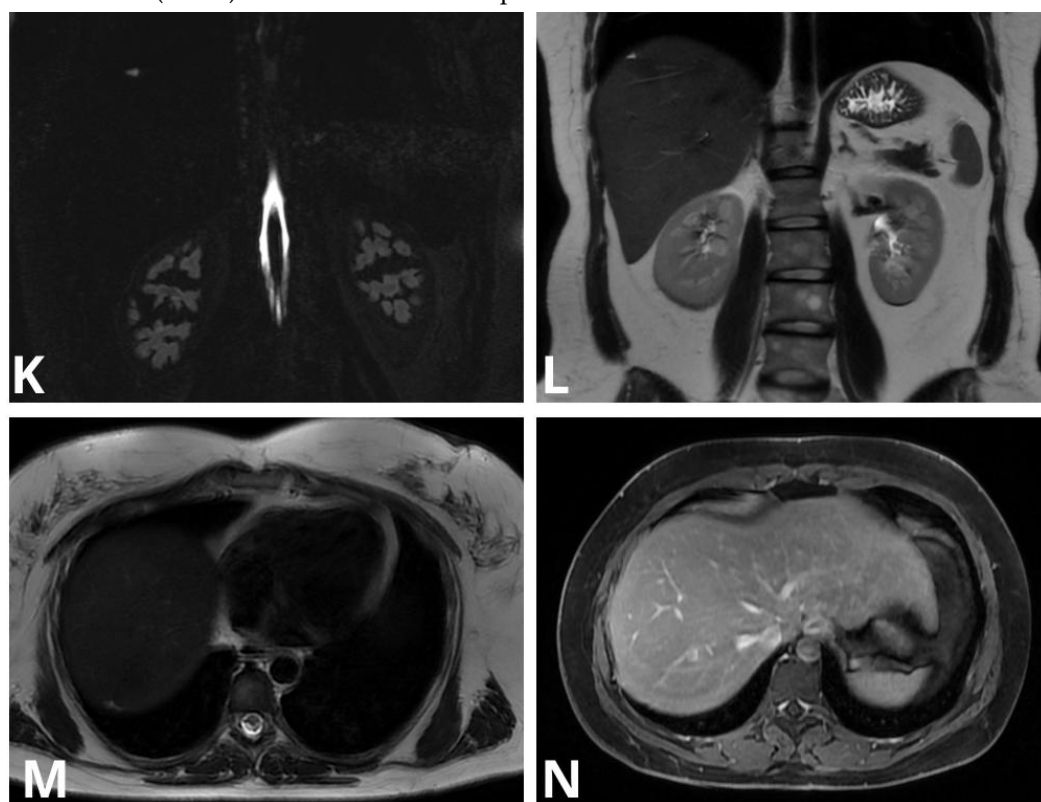
Caso esses achados não fossem interpretados em conjunto com o histórico oncológico da paciente e os resultados anatomopatológicos, a combinação de hipersinal em T2 e realce globular progressivo poderia potencialmente ter levado à classificação equivocada da lesão como hemangioma (Figura 3). Este caso ilustra de forma contundente a importância de fornecer um histórico clínico completo e detalhado tanto à equipe de anatomia patológica quanto aos radiologistas ao solicitar avaliações complementares.

3. Discussão e Conclusão

Nas populações ocidentais, o risco médio de desenvolver câncer colorretal (CCR) ao longo da vida varia entre 3% e 5% [2]. Na maioria dos casos, a doença permanece assinto-

mática até atingir estágios avançados. Entretanto, os pacientes podem apresentar sangramento retal, alterações do hábito intestinal, anemia ou dor abdominal [5]. A colonoscopia é considerada o padrão-ouro para o diagnóstico [2], enquanto a análise histológica permanece como a principal ferramenta para o estadiamento anatomopatológico e para o planejamento terapêutico subsequente [5]. As opções de tratamento incluem excisão endoscópica e cirúrgica local, radioterapia pré-operatória para redução do estadiamento tumoral, terapia sistêmica, cirurgia extensa para doença locorregional e metastática, terapias ablativas locais para metástases, além de quimioterapia paliativa, terapia-alvo e imunoterapia [5]. Além da vigilância endoscópica após a ressecção do câncer, o monitoramento dos níveis plasmáticos do antígeno carcinoembrionário (CEA) e a realização de tomografia computadorizada (TC) podem auxiliar na detecção de recorrências [2].

Figura 2. Achados da colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e da ressonância magnética (RM) demonstrando dilatação periférica dos ductos biliares e padrão de realce da lesão hepática. **K:** CPRM evidenciando discreta dilatação periférica dos ductos biliares. **L e M:** imagens coronais ponderadas em T2 (T2WI) demonstrando discreta dilatação periférica dos ductos biliares. **N:** imagem ponderada em T1 após administração de contraste (T1WI) demonstrando realce persistente nas fases tardias.



O fígado é o local mais frequente de metástases, sendo acometido em até 75% dos pacientes que desenvolvem doença metastática [1]. As metástases hepáticas são síncronas em 15% a 25% dos casos [6]. O tratamento cirúrgico das metástases hepáticas de origem colorretal (MHCR) permanece como a única opção potencialmente curativa, com taxas de sobrevida em cinco anos variando entre 25% e 58%. Entretanto, apenas um quarto dos pacientes apresenta doença ressecável no momento do diagnóstico [1].

Embora a dilatação dos ductos biliares possa ser observada tanto em metástases hepáticas de câncer colorretal quanto em tumores biliares benignos, seu significado diagnóstico depende dos achados de imagem associados e do padrão de crescimento da lesão. Nas metástases hepáticas de origem colorretal, o acometimento biliar geralmente está re-

lacionado ao crescimento tumoral infiltrativo ao longo dos ductos biliares, frequentemente acompanhado por aumento progressivo da lesão e por características radiológicas sugestivas de malignidade. Em contraste, o adenoma dos ductos biliares pode apresentar dilatação focal periférica dos ductos biliares em decorrência de sua origem no epitélio biliar, sem as características radiológicas agressivas habitualmente observadas na doença metastática. Dessa forma, a dilatação biliar isolada não deve ser considerada um indicador específico de metástase, devendo ser interpretada em conjunto com o contexto clínico e radiológico global [6]. Os achados comparativos da ressonância magnética (RM) estão resumidos na Tabela 2.

Tabela 2. Comparação das características à ressonância magnética (RM) do presente caso com o adenoma dos ductos biliares (BDA) e as metástases hepáticas de origem colorretal.

Característica na RM	Presente caso	BDA	Metástase hepática de origem colorretal
Hipersinal em T2	Sim	Comum	Variável
Restrição à difusão	Sim	Descrita	Comum
Realce hipervascular	Sim	Comum	Variável
Dilatação periférica dos ductos biliares	Sim	Característica	Incomum
Crescimento progressivo	Sim	Possível	Comum
Regressão após biópsia	Sim	Possível	Incomum

Como demonstrado na Tabela 2, os achados de imagem observados no presente caso compartilhavam características tanto do adenoma dos ductos biliares quanto das metástases hepáticas de origem colorretal, evidenciando o desafio diagnóstico e reforçando a importância da confirmação anatomopatológica. De acordo com Allaire et al. [3], o adenoma dos ductos biliares intra-hepáticos (BDA) é constituído por ductos biliares benignos, não císticos, associados a diferentes graus de inflamação e fibrose. Essa lesão pode ser diferenciada do adenocarcinoma pela ausência de hiper cromasia nuclear, atividade mitótica e invasão vascular [3]. Os BDAs são geralmente descobertos de forma incidental, sendo a ressecção cirúrgica a principal abordagem terapêutica. O diagnóstico diferencial inclui colangiocarcinoma, adenocarcinoma metastático, adenofibroma biliar, complexo de Von Meyenberg e colangite esclerosante primária [4].

Clinicamente e macroscopicamente, o adenoma dos ductos biliares (BDA) geralmente se apresenta como uma lesão única, mais frequentemente subcapsular, achatada, bem delimitada, porém não encapsulada, variando de 1 a 20 mm de diâmetro. Histologicamente, é composto por túbulos uniformes em forma e espaçamento, ramificados e densamente distribuídos, sem atipias evidentes ou figuras de mitose. Os núcleos celulares apresentam coloração mais clara do que aqueles observados nos ductos biliares normais. Do ponto de vista imunohistoquímico, as lesões compostas por células biliares apresentam positividade para as citoqueratinas 7, 8, 18 e 19. Embora a positividade para p16 tenha favorecido a origem em epitélio biliar, esse marcador isoladamente não exclui adenocarcinoma colorretal metastático. Marcadores adicionais, como CDX2, SATB2 e SMAD4, poderiam ter reforçado ainda mais o diagnóstico diferencial [7].

Apesar de sua natureza benigna, os BDAs podem mimetizar de forma bastante convincente lesões malignas nos exames de imagem. Essas lesões localizam-se frequentemente próximas à cápsula hepática e, em geral, são pequenas e solitárias. Suas características radiológicas podem se assemelhar às de tumores malignos, como colangiocarcinoma

ou doença metastática, tornando difícil o diagnóstico definitivo baseado apenas nos métodos de imagem. A avaliação anatomopatológica permanece como o padrão-ouro para o diagnóstico [8]. Na ressonância magnética (RM), os BDAs tipicamente apresentam hiper-sinal em T2 (T2WI), restrição à difusão (DWI) e realce moderado após administração de contraste. Um aspecto superficial em forma de fronde e a dilatação dos ductos biliares no nível da lesão ou a montante desta podem constituir características sugestivas [9]. Na tomografia computadorizada (TC), os BDAs geralmente se apresentam como lesões hipoa-tenuantes ou isoatenuantes em relação ao parênquima hepático nas imagens sem contraste. Após a administração do meio de contraste, costumam demonstrar hipervascularização na fase arterial, com realce prolongado nas fases tardias, refletindo seu rico suprimento sanguíneo [10].

Este caso evidencia uma importante armadilha diagnóstica em pacientes com adenocarcinoma colorretal que apresentam nódulos hepáticos. Embora a doença metastática constitua a principal hipótese clínica nesse contexto, lesões benignas, como o adenoma dos ductos biliares, podem mimetizar metástases de forma bastante convincente nos exames de imagem. Além disso, o caso ressalta o desafio diagnóstico de diferenciar adenoma dos ductos biliares de metástases hepáticas de origem colorretal em pacientes com doença sistêmica conhecida. A integração entre uma avaliação detalhada por ressonância magnética (incluindo os achados da colangiopancreatografia por ressonância magnética – CPRM) e o perfil imunohistoquímico (p16 e CK7) é fundamental para evitar diagnósticos incorretos e tratamentos desnecessários.

O presente estudo apresenta uma limitação importante: a ausência de um painel imunohistoquímico ampliado. Uma avaliação anatomopatológica criteriosa, incluindo a expressão de marcadores específicos, como CDX2 e SMAD4, permanece essencial para o estabelecimento do diagnóstico correto e para evitar potenciais tratamentos excessivos. O conhecimento dessa entidade é particularmente relevante tanto para clínicos quanto para patologistas, uma vez que impacta diretamente o estadiamento, o prognóstico e a tomada de decisão terapêutica. Recomenda-se fortemente a correlação entre os achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos para garantir o manejo adequado do paciente.

Financiamento: Nenhum.

Aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa: Em conformidade com a legislação brasileira, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 17 de dezembro de 2024, sob o parecer nº 7.303.910.

Agradecimentos: Nenhum.

Conflitos de Interesse: Nenhum.

Referência

1. Lupinacci RM, Coelho FF, Kruger JAP, Line PD, Herman P. Manejo atual das metástases hepáticas de câncer colorretal: recomendações do Clube do Fígado de São Paulo. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(3):251-60. <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000300016>.
2. Kuipers EJ, Grady WM, Lieberman D, Seufferlein T, Sung JJ, Boelens PG, et al. Colorectal cancer. *Nat Rev Dis Primers.* 2015;1:15065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.65>.
3. Allaire GS, Rabin L, Ishak KG, Reinbold WC, Christie DM. Bile duct adenoma: a study of 152 cases. *Am J Surg Pathol.* 1988;12(9):708-15. <https://doi.org/10.1097/00000478-198809000-00007>.
4. Wei J, Ran H, Chen G, Shen J, Sun Y, Wu M, et al. Intrahepatic bile duct adenoma (peribiliary gland hamartoma): a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2015;8(5):5908-13.
5. Dekker E, Tanis PJ, Vleugels JLA, Kasi PM, Wallace MB. Colorectal cancer. *Lancet.* 2019;394(10207):1467-80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32319-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32319-0).
6. Casas-Sicilia E, Ramia JM, Muffak-Granero K, Villarreal-Martínez A, Vallejo-Hernando Á, Molina-Sampedro C. Diseminación biliar de las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal: caso clínico y revisión de la literatura. *Cir Cir.* 2021;89(1):87-92. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001310>.

7. Hirayama AB, Mello ES, Alves VAF. Intrahepatic biliary proliferations: histopathology and potential immunohistochemical markers. *Arq Gastroenterol.* 2023;60(3):393-403. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.23032023-107>.
8. Chen L, Xu MY, Chen F. Bile duct adenoma: a case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2014;12:125. <https://doi.org/10.1186/1477-7819-12-125>.
9. Huang M, Huang M, Gao X, Zhang Y, Cheng J, Zhu J, Li C, Liu J. Magnetic resonance imaging features of bile duct adenoma. *Front Oncol.* 2023 Aug 16;13:1180186. <https://doi.org/10.3389/fonc.2023.1180186>.
10. Tatsumi R, Ichihara S, Suii H, et al. Bile duct adenoma: imaging features and radiologic-pathologic correlation. *Jpn J Radiol.* 2020;38:561-571. doi: 10.1007/s11604-020-00938-0. <https://doi.org/10.1007/s11604-020-00938-0>.