Revista Eletrônica ACERVO CIENTÍFICO
ISSN 2595-7899

Segmentectomia hepática aberta e destelhamento de cisto hepático simples gigante: relato de caso

Open segmentectomy with deroofing for giant simple hepatic cyst: case report

Segmentectomía hepática abierta y destechado de quiste hepático simple gigante: reporte de caso

Paulo Sérgio Loiácono Bettes[1], João Silvestre Marques[1], Ana Julia Drechsler[1], Carlos Ricardo Szczerbowski[1], Giovana Hess Liskoski[1], João Victor Sedoski[1], Kauana dos Santos Tonin[1], Marcio Peixoto Rocha da Silva[1], Maristela Povaluk[1].

RESUMO

Objetivo: Relatar o caso de uma paciente com cisto hepático simples gigante tratada em hospital público, abordando a trajetória diagnóstica, a conduta terapêutica e os desafios enfrentados em contexto de recursos limitados. **Detalhamento do caso:** Mulher de 62 anos procurou a Unidade Básica de Saúde com distensão abdominal progressiva, empachamento e azia. A ultrassonografia revelou lesão cística de grandes dimensões, posteriormente confirmada por tomografia como cisto hepático gigante, medindo mais de 30 cm e deslocando órgãos adjacentes. Devido ao volume extremo e limitações técnicas, optou-se por laparotomia com segmentectomia hepática e destelhamento. O pós-operatório evoluiu com pequena fístula biliar manejada conservadoramente. O anatomopatológico confirmou cisto simples e colecistite crônica. A paciente apresentou melhora clínica significativa e manteve seguimento ambulatorial sem sinais de recidiva. **Considerações finais:** O caso reforça a importância da escuta clínica na Atenção Primária e da articulação eficiente com níveis especializados. Demonstra também que, em contextos com restrições de infraestrutura, a abordagem cirúrgica aberta permanece segura e resolutiva para cistos hepáticos gigantes.

Palavras-chave: Cistos hepáticos, Cirurgia hepática, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objective: To report the case of a patient with a giant simple hepatic cyst treated at a public hospital, highlighting the diagnostic process, therapeutic approach, and challenges in a resource-limited setting. **Case details:** A 62-year-old woman presented to the Primary Health Care Unit with progressive abdominal distension, fullness, and heartburn. Abdominal ultrasound revealed a large cystic lesion, later confirmed by CT scan as a giant hepatic cyst measuring over 30 cm and displacing adjacent organs. Due to the extreme size and technical limitations, open laparotomy with hepatic segmentectomy and unroofing was performed. Postoperatively, the patient developed a small biliary fistula managed conservatively. Histopathological analysis confirmed a simple cyst and chronic cholecystitis. The patient showed significant clinical improvement and remained asymptomatic during outpatient follow-up. **Final considerations:** This case reinforces the importance of clinical listening in Primary Health Care and the effective referral to specialized care. It also shows that, in low-resource contexts, open surgical management remains a safe and definitive option for giant hepatic cysts.

Keywords: Hepatic cysts, Hepatic surgery, Primary Health Care.

[1] Universidade do Contestado (UNC), Mafra - SC

SUBMETIDO EM: 8/2025 | **ACEITO EM: 8/2025** | **PUBLICADO EM: 9/2025**

RESUMEN

Objetivo: Reportar el caso de una paciente con un quiste hepático simple gigante tratada en un hospital público, destacando el proceso diagnóstico, el abordaje terapéutico y los desafíos en un contexto con recursos limitados. **Detalles del caso:** Mujer de 62 años acudió a la Unidad Básica de Salud con distensión abdominal progresiva, sensación de plenitud y acidez. La ecografía abdominal mostró una gran lesión quística, confirmada posteriormente por tomografía como un quiste hepático gigante de más de 30 cm, desplazando órganos adyacentes. Dada la magnitud de la lesión y las limitaciones técnicas, se realizó laparotomía con segmentectomía hepática y destechamiento. En el posoperatorio, presentó una pequeña fístula biliar manejada de forma conservadora. El análisis anatomopatológico confirmó quiste simple y colecistitis crónica. La paciente evolucionó con mejoría clínica y sin recidiva en el seguimiento ambulatorio. **Consideraciones finales:** El caso refuerza la importancia de la escucha clínica en la Atención Primaria de Salud y de una articulación eficaz con los niveles especializados. También demuestra que, en contextos con limitaciones estructurales, el abordaje quirúrgico abierto sigue siendo una opción segura y resolutiva para los quistes hepáticos gigantes.

Palabras clave: Quistes hepáticos, Cirugía hepática, Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

Cistos hepáticos simples são a lesão cística benigna mais comum do fígado. Formam-se como cavidades de parede fina, repletas de líquido claro e sem comunicação com a árvore biliar, sendo encontrados, na maioria das vezes, de maneira isolada e incidental nos exames de imagem atuais (FERRAZ MLG, et al., 2014). A popularização da ultrassonografia (US) e da tomografia computadorizada (TC) na prática clínica tornou o diagnóstico consideravelmente mais frequente: antes da década de 1980, esses cistos eram identificados quase exclusivamente durante laparotomias, com incidência aproximada de 17 casos a cada 10 000 explorações abdominais (BRENO F, et al., 2013). Estudos recentes estimam prevalência de 3 %–5 % nos Estados Unidos e até 14 % na população brasileira, podendo alcançar 18 % em séries institucionais (BRENO F, et al., 2013; DRENTH J, et al., 2022).

Quando mede menos de 10 cm, o cisto costuma permanecer assintomático; contudo, lesões que ultrapassam 10 a 15 cm — classificadas como gigantes — exercem efeito de massa sobre estômago, pâncreas ou diafragma, levando a plenitude pós-prandial, dispneia e dor abdominal. Tais cistos acometem preferencialmente mulheres acima de 50 anos, concentram-se no lobo hepático direito e exibem razão mulher-homem de aproximadamente quatro para um (SHIMIZU T, et al., 2022). Complicações graves, embora raras, incluem sangramento intracístico, infecção e torção com dor aguda (MCNALLY PR, 2018).

Diretrizes internacionais recomendam a fenestração laparoscópica (destelhamento) como tratamento definitivo para cistos sintomáticos, pois oferece alívio duradouro com baixa morbidade (ADAM J-P e CHICHE L, 2013; DRENTH J, et al., 2022). Todavia, volumes extremos podem inviabilizar a via minimamente invasiva e exigir abordagem aberta com segmentectomia hepática parcial, técnica descrita em poucos relatos devido à raridade de cistos de dimensões tão expressivas.

O objetivo deste trabalho foi descrever, em forma de relato de caso, a abordagem diagnóstica, a estratégia cirúrgica e a evolução pós-operatória de uma paciente de 62 anos portadora de cisto hepático simples gigante, tratada com segmentectomia aberta e destelhamento em hospital público de Santa Catarina, destacando os desafios enfrentados em um contexto de recursos limitados.

DETALHAMENTO DO CASO

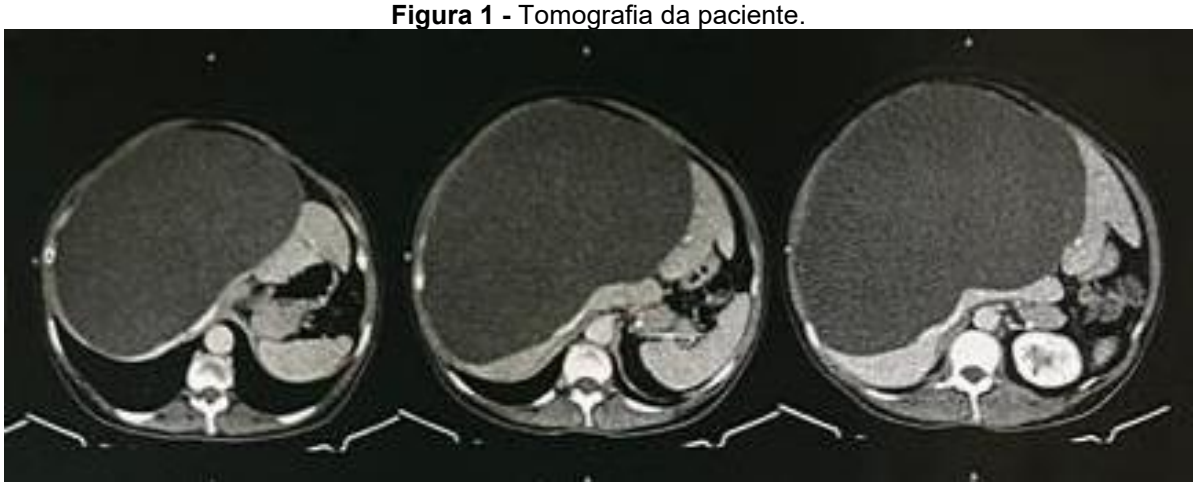
Este relato foi elaborado com base na experiência clínica registrada em prontuário, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas para pesquisas envolvendo seres humanos, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD – Lei nº 13.709/2018). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Contestado sob parecer nº 6.460.800 e do CAAE 73128723.1.0000.0117, a coleta de dados foi realizada no ano de 2023. As informações foram anonimizadas e a paciente autorizou a divulgação científica do caso mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Paciente do sexo feminino, 62 anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde com queixa de distensão abdominal progressiva, que vinha sendo percebida há cerca de um ano. Referia sensação de “inchaço” no abdome, desconforto pós-prandial e episódios de azia. Negava dor abdominal, náuseas, vômitos ou alterações do hábito intestinal. Relatava que, apesar de não manter relações sexuais havia anos e de não estar na sexarca, também sentia discreto incômodo na pelve. Diante do aumento do volume abdominal, chegou a cogitar a possibilidade de estar grávida, embora soubesse que isso era improvável. Considerou ainda que pudesse estar apenas engordando, o que a levou a adotar, por iniciativa própria, hábitos mais saudáveis, como mudanças na alimentação e início de caminhadas. No entanto, persistia com a sensação de que “algo não estava certo”, o que a motivou a buscar atendimento médico. Não apresentava comorbidades conhecidas e negava uso contínuo de medicamentos.

Na primeira consulta médica, foi realizado exame físico geral, que revelou abdome globoso, flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, sem dor à palpação profunda e sem visceromegalias claramente palpáveis. Solicitou-se ultrassonografia de abdome total, que evidenciou volumosa lesão expansiva cística com débris em seu interior, de contornos regulares, medindo 32,6 x 14,2 x 20,6 cm, localizada no terço superior e médio do abdome, levemente lateralizada à direita, até o nível de bifurcação das artérias ilíacas. O exame radiográfico do abdome não evidenciou alterações relevantes.

Diante do achado ultrassonográfico, a paciente foi encaminhada ao serviço de oncologia clínica de um hospital terciário para continuidade da investigação. A tomografia computadorizada de abdome total demonstrou fígado com volume marcadamente aumentado às custas de volumoso cisto medindo 31,2 x 26,4 x 19,6 cm (volume estimado em 8.500 cm³), ocupando sobretudo o lobo direito. Foram também identificados outros cistos esparsos pelo parênquima hepático, sendo o maior deles localizado no segmento II, com 3,6 x 2,4 cm. A lesão promovia deslocamento de estruturas intracavitárias, com desvio do pâncreas e do estômago para a esquerda, além de rebaixamento das alças intestinais.

Figura 1 - Tomografia da paciente.



Fonte: Marques JS, et al., 2025.

Em sua primeira consulta na oncologia clínica, foram solicitados exames laboratoriais e realizada punção aspirativa por agulha fina (PAAF) do parênquima hepático, cujo resultado foi “material citológico hepático acelular”. Com isso, a paciente foi encaminhada ao serviço de cirurgia oncológica, onde iniciou os exames pré-operatórios e a avaliação anestésica para planejamento da cirurgia de segmentectomia hepática e destelhamento cirúrgico do cisto.

Durante o procedimento cirúrgico, realizado por via aberta, foi realizada segmentectomia hepática associada ao destelhamento do cisto hepático e à colecistectomia. Procedeu-se incisão ampliada tipo Makuuchi/Kocher, dissecção do hilo hepático, ligadura da artéria e do ducto cístico, ressecção da vesícula biliar do leito hepático e destelhamento completo do cisto, incluindo a borda hepática direita. Após revisão da hemostasia e sutura dos ductos biliares, foi posicionada drenagem tipo túbulo-laminar. A cirurgia transcorreu sem intercorrências.

Figura 2 - Fotografia do procedimento

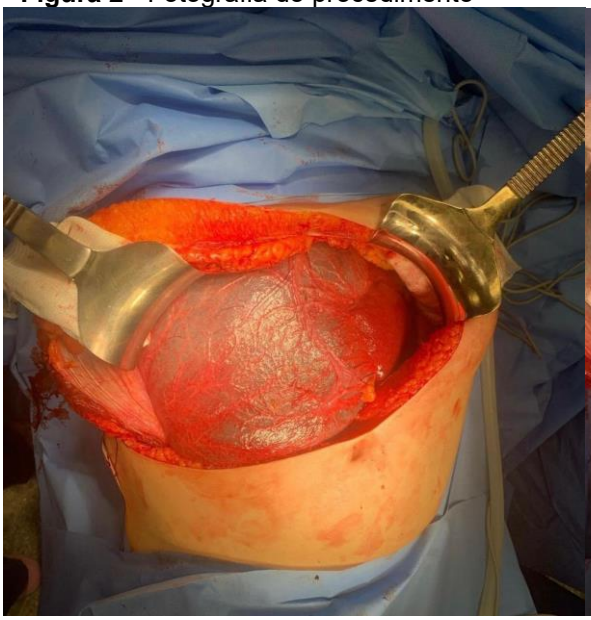
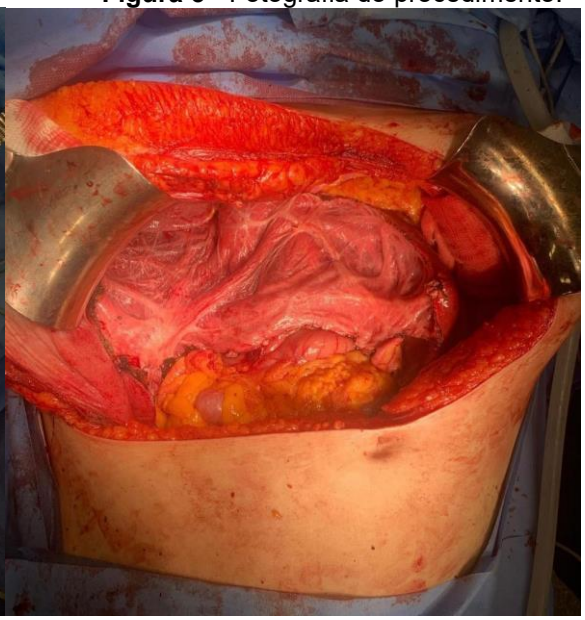


Figura 3 - Fotografia do procedimento.



Fonte: Marques JS, et al., 2025.

A paciente foi encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no pós-operatório imediato, com permanência de um dia, sendo transferida no segundo dia para a enfermaria, onde permaneceu por mais dois dias. Durante este período, ocorreu uma pequena fístula biliar com extravasamento para a cavidade abdominal, manejada de forma conservadora, com resolução espontânea. A paciente recebeu alta hospitalar com o dreno em posição, o qual foi mantido por 12 dias até sua remoção no ambulatório. Nesta fase, observou-se perda ponderal de aproximadamente 5 kg, decorrente da drenagem do conteúdo cístico (passando de 67 kg para 62 kg).

O exame anatomopatológico das peças cirúrgicas constatou colecistite crônica na amostra da vesícula biliar (amostra 1) e cisto hepático simples nas amostras da parede cística e do fígado (amostras 2 e 3), confirmando o diagnóstico benigno e descartando neoplasia.

Figura 4 - Vesícula biliar e Cisto hepático ressecados.



Fonte: Marques JS, et al., 2025.

Nos retornos ambulatoriais, a paciente estava assintomática, sem distensão abdominal ou dispneia, e relatou ter encontrado conforto em sua fé, mantendo-se grata à equipe de saúde, a quem expressou reconhecimento por meio de mensagens e orações.

DISCUSSÃO

Os cistos hepáticos simples são a lesão cística benigna mais prevalente do fígado. Histologicamente, tratam-se de cavidades de parede fina, preenchidas por líquido claro e revestidas por epitélio cúbico (REID-LOMBARDO KM, et al., 2010). Sua origem decorre de um defeito na maturação da placa ductal fetal: fragmentos epiteliais desconectam-se da árvore biliar e evoluem para estruturas císticas independentes. O epitélio secretor produz fluido eletrólito-rico, porém isento de bilirrubina e ácidos biliares, gerando pressão intraluminal que impulsiona a expansão (DRENTH J, et al., 2022).

Na maioria dos casos, o diâmetro não ultrapassa 1 cm e o paciente permanece assintomático. Contudo, alguns cistos crescem além de 4 cm — chegando, em raras situações, a 30 cm — e causam distensão abdominal, dor em hipocôndrio direito ou saciedade precoce por compressão visceral (MARRERO JA, Aet al., 2014). O diagnóstico diferencial inclui a doença hepática policística que se caracteriza pela presença de ao menos 20 cistos hepáticos (STRAUSS E, et al., 2015), a doença de Caroli, os micro-hamartomas, os cistos hidáticos por *Echinococcus* — cujas paredes podem calcificar (WORKING GROUP WI, 2003) — bem como os abscessos piogênicos e abcessos amebianos por *Entamoeba histolytica* (MCNALLY PR, 2018).

A investigação inicia-se com anamnese detalhada e exame físico completos, seguidos de exames laboratoriais e de imagem (BUELL JF, et al., 2010). Sintomas compressivos — náuseas, distensão, saciedade precoce e dispneia por elevação do diafragma — merecem atenção (HARTMANN KD e MORTENSEN FV, 2022). Cistos volumosos podem manifestar-se como hepatomegalia ou massa abdominal palpável. Na ultrassonografia (US), o achado típico é uma imagem anecogênica de contornos regulares; hemorragia ou infecção geram ecos internos e septações.

Quando a US é inconclusiva, a tomografia computadorizada (TC) diferencia cistos simples de metástases com sensibilidade de 76,9 %, especificidade de 61,6 % e acurácia de 67,3 % (ANDERSON SW, KRUSKAL JB e KANE RA, 2009). A ressonância magnética (RM) eleva essas métricas para cerca de 97 %, embora seja limitada pelo custo em muitos sistemas de saúde (GUNTER D, et al., 2020). Em cistos gigantes, pode ser necessária biópsia percutânea guiada por imagem, procedimento geralmente seguro, mas sujeito a sangramento ou infecção (PATEL DV, et al., 2012; PANG EHT, et al., 2016).

Lesões com menos de 4 cm e sem sintomas costumam ser apenas acompanhadas. Cistos sintomáticos ou volumosos requerem tratamento. Aspiração percutânea isolada apresenta alta recidiva; combinada à escleroterapia alcoólica, reduz o retorno, porém permanece paliativa (TOCCHI A, et al., 2002). Para a maioria, a fenestração videolaparoscópica é padrão-ouro, associando baixa morbidade e recidiva < 10 % (CÁRCAMO IC e LÓPEZ SJ, 2006). Contudo, diâmetros acima de 25 cm dificultam a laparoscopia por falta de espaço e visibilidade. Nesses casos, indica-se laparotomia com destelhamento ou ressecção segmentar, que permite drenagem controlada, hemostasia ampla e identificação de fístulas biliares. A ressecção da cúpula aderida ao parênquima e a cauterização da mucosa mantêm recidiva abaixo de 5 % (TORRES OJM, et al., 2009).

Alguns autores sugerem drenagem diagnóstica pré-operatória: se a redução volumétrica aliviar a clínica, confirma-se a relação sintoma-cisto; ausência de melhora direciona a investigação para outras causas (VARDAKOSTAS DV, et al., 2018).

No caso em tela, o cisto média mais de 30 cm, deslocava estômago e pâncreas e continha 8,5 L de fluido; tais características contraindicam a videolaparoscopia devido à elevada probabilidade de falha técnica e lesão inadvertida. Optou-se, portanto, por laparotomia com destelhamento e ressecção parcial do lobo direito.

Além das considerações anatômicas, o contexto institucional também pesou na escolha da via aberta. Em hospitais públicos com recursos limitados, a disponibilidade de equipamentos e profissionais treinados em laparoscopia avançada pode ser restrita, especialmente para procedimentos complexos e de longa duração.

A laparotomia, nesse cenário, torna-se uma alternativa mais segura e exequível, permitindo visualização ampla, acesso direto às estruturas vasculares e controle hemostático eficaz. Ademais, a segmentectomia aberta facilita a abordagem de cistos que comprometem áreas profundas do fígado, onde o acesso laparoscópico seria tecnicamente desafiador ou arriscado. Em muitos centros de países em desenvolvimento, a via aberta permanece como padrão em casos extremos, não apenas por questões técnicas, mas por realidades logísticas que influenciam diretamente a conduta cirúrgica. Cabe ressaltar que a formação de equipes capacitadas em cirurgia hepática laparoscópica e a ampliação do acesso a tecnologias minimamente invasivas constituem metas desejáveis, mas ainda distantes de muitas realidades periféricas, nas quais a excelência clínica precisa coexistir com soluções pragmáticas.

O alívio imediato da distensão e da dispneia decorreu da queda da pressão intraluminal, mecanismo já descrito (DRENTH J, et al., 2022). A trajetória assistencial evidencia a força da Atenção Primária: queixas aparentemente banais — “barriga crescendo” e empachamento leve — foram acolhidas, investigadas com ultrassonografia e encaminhadas oportunamente ao nível terciário. A paciente referiu sentir-se ouvida desde a primeira consulta, valorizou o suporte da equipe e atribuiu a conjugação entre fé e cuidado profissional a sua rápida recuperação, enviando mensagens de gratidão após a alta. Esse testemunho reforça a importância do vínculo longitudinal e do cuidado centrado na pessoa.

Entre os pontos fortes deste relato destacam-se a descrição pormenorizada dos achados clínicos, radiológicos e anatomopatológicos; a documentação completa da integração APS–hospital terciário; e o êxito de uma laparotomia em cisto hepático gigante — situação raramente descrita na literatura. Como limitações, trata-se de um único caso, sem investigação genética para excluir doença hepática policística e com seguimento radiológico restrito a três meses, o que impede avaliar recidiva tardia. Além disso, não foi possível comparar diretamente laparotomia e laparoscopia pela impossibilidade técnica desta última.

A experiência confirma que sintomas vagos podem ocultar lesões maciças e que a escuta clínica, aliada a recursos de imagem, é decisiva para o diagnóstico precoce. Também demonstra que, embora a fenestração videolaparoscópica continue sendo o tratamento padrão, a laparotomia permanece indispensável em lesões extremas, assegurando resolução definitiva com baixa recidiva e convalescença breve. Estudos prospectivos comparando resultados de longo prazo entre técnicas abertas e minimamente invasivas em cistos volumosos representam lacuna relevante a ser preenchida para aprimorar futuras recomendações baseadas em evidência robusta.

REFERÊNCIAS

1. ADAM J-P, CHICHE L. Diagnosis and management of benign liver tumors. *Seminars in Liver Disease*, 2013; 33(3): 236-247.
2. ANDERSON SW, et al. Benign hepatic tumors and iatrogenic pseudotumors. *RadioGraphics*, 2009; 29(1): 211-229.
3. BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/. Acessado em: 3 ago. 2023.
4. BRENO F, et al. Prevalence of simple liver cysts and hemangiomas in cirrhotic and non-cirrhotic patients submitted to magnetic resonance imaging. *Radiologia Brasileira*, 2013; 46(4): 203-208.
5. BUELL JF, et al. Management of benign hepatic tumors. *Surgical Clinics of North America*, 2010; 90(4): 719-735.
6. CÁRCAMO IC, LÓPEZ SJ. Tumores hepáticos benignos. *Cuadernos de Cirugía*, 2006; 20: 79-85.
7. DRENTH J, et al. EASL clinical practice guidelines on the management of cystic liver diseases. *Journal of Hepatology*, 2022.
8. FERRAZ MLG, et al. *Guia de Hepatologia*. 3. ed. Barueri: Manole, 2014; 432 p.
9. GUNTER D, et al. Hepatic perfusional changes on CT and MRI: a radiology primer. *Abdominal Radiology*, 2020; 46(1): 179-196.
10. HARTMANN KD, MORTENSEN FV. Surgical treatment of symptomatic simple liver cysts. *Danish Medical Journal*, 2022; 70(1): A08220469.

11. MARRERO JA, et al. Clinical guideline: the diagnosis and management of focal liver lesions. *American Journal of Gastroenterology*, 2014; 109(9): 1328-1347.
12. MCNALLY PR. *Gastroenterologia/Hepatologia: Secret Plus*. Rio de Janeiro: Thieme Brasil, 2018; 944 p.
13. PANG EHT, et al. Approach to the solitary liver lesion: imaging and when to biopsy. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 2016; 67(2): 130-148.
14. PATEL DV, et al. Investigating focal liver lesions. *BMJ*, 2012; 344: e657.
15. REID-LOMBARDO KM, et al. Hepatic cysts and liver abscess. *Surgical Clinics of North America*, 2010; 90(4): 679-697.
16. SHIMIZU T, et al. Management of simple hepatic cyst. *Journal of Nippon Medical School*, 2022; 89: 115-123.
17. STRAUSS E, et al. Diagnosis and treatment of benign liver nodules: Brazilian Society of Hepatology recommendations. *Arquivos de Gastroenterologia*, 2015; 52(Suppl 1): 47-54.
18. TOCCHI A, et al. Symptomatic non-parasitic hepatic cysts. *Archives of Surgery*, 2002; 137(2): 154-158.
19. TORRES OJM, et al. Tratamento videolaparoscópico do cisto hepático. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2009; 36(6): 493-497.
20. VARDAKOSTAS DV, et al. Minimally invasive management of hepatic cysts: indications and complications. *Surgical Endoscopy*, 2018; 22(5): 1387-1396.
21. WORKING GROUP WI. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings. *Acta Tropica*, 2003; 85(2): 253-261.