

 <https://doi.org/10.56344/2675-4827.v7n3a2025.74>

Diagnóstico diferencial de ascite em pacientes com hepatopatia: um relato de caso sobre o adenocarcinoma gástrico

Milena Euzébio Rodrigues da Silva¹; Anne Karenine Domingos de Matos¹, Giovana Girardi Ticotosti¹, Marcela Bocalete Balieiro¹, Nathalia Del Vecchio França Barbosa¹, Augusto Marcussi Degiovaní²

INTRODUÇÃO

As doenças hepáticas são responsáveis por cerca de 2 milhões de óbitos anuais, representando aproximadamente 4% das mortes globais (Devarbhavi *et al.*, 2023). Caracterizam-se por inflamação e lesão hepatocelular que podem evoluir para descompensações clínicas, como encefalopatia hepática, hemorragia digestiva e ascite (Ginés *et al.*, 1987). A ascite, acúmulo excessivo de líquido na cavidade peritoneal, é o principal sinal de descompensação da cirrose, sendo a paracentese diagnóstica fundamental para determinar sua etiologia (Biggins *et al.*, 2021).

A análise do líquido ascítico classifica a ascite em três grupos: por hipertensão portal, não portal e mista (Runyon *et al.*, 1992). A ascite portal decorre da hipertensão cirrótica; a não portal envolve mecanismos como obstrução linfática e aumento da permeabilidade vascular; a mista, mais complexa, pode indicar causas como tuberculose peritoneal e carcinomatose (Shakil *et al.*, 1996). No diagnóstico de ascite neoplásica, destacam-se a citologia do líquido e dosagem de marcadores tumorais como CEA, CA 15-3 e CA 19-9 (Zhu *et al.*, 2015).

Entre os tumores associados à carcinomatose peritoneal, o adenocarcinoma gástrico, originado na mucosa gástrica, pode disseminar-se e causar ascite maligna (Crew; Neugut, 2006). Considerando o espectro etiológico amplo, o diagnóstico diferencial da ascite é um desafio clínico relevante (Bitelman, 1996). Este estudo

¹ Acadêmicos do curso de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: mieuzebio@gmail.com

² Docente do Centro Universitário Barão de Mauá. Contato: augusto.marcussi@baraodemaua.br.

discute os principais diagnósticos diferenciais em hepatopatias crônicas, com foco no adenocarcinoma gástrico, destacando parâmetros clínicos e laboratoriais úteis à prática médica.

RELATO DE CASO/DISCUSSÃO

Paciente masculino, 83 anos, pardo, viúvo, residente em Ribeirão Preto-SP, foi admitido no serviço de emergência da Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto em regime de vaga zero. Apresentava quadro de ascite, astenia e inapetência com início há cerca de dois meses, evoluindo com piora clínica três dias antes da internação, caracterizada por constipação intestinal e dispneia secundária a importante distensão abdominal. Familiares relataram bom status funcional prévio. O paciente negava comorbidades conhecidas, uso de medicações e tabagismo, mas referia etilismo crônico significativo (consumo estimado de 112 g de etanol/semana por aproximadamente 60 anos).

Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, consciente, porém desorientado, com desconforto respiratório e saturação periférica de oxigênio de 96% em ar ambiente. Apresentava anasarca com extravasamento de líquido no leito, icterícia leve (+1/4), turgência jugular à direita, estertores finos em ambos os hemitórax até o terço médio e sibilos difusos. O abdome era globoso, com edema de parede, presença de piparote positivo e edema em membros inferiores (MMII) de +4/4, frio, mole, com extensão até a raiz das coxas.

Frente ao quadro, foi realizada paracentese diagnóstica e de alívio (débito de 1300 mL), além de exames laboratoriais e tomografia computadorizada (TC) de abdome. A paracentese revelou líquido amarelo-citrino, com predomínio linfocitário, proteínas totais de 2,7 g/dL e gradiente albumina soro-ascite (GASA) de 1,1 g/dL. A TC evidenciou espessamento nodulariforme do peritônio no aspecto anterior do mesentério da fossa ílica direita, medindo 3,6 × 2,3 cm, sugestivo de processo neoplásico. Na análise da lesão, a imuno-histoquímica revelou quadro morfológico de adenocarcinoma de padrão ductal, que sugere origem gástrica.

Dentre os diagnósticos diferenciais considerados, destacaram-se: cirrose hepática, insuficiência cardíaca descompensada (perfil B) e síndrome paraneoplásica com provável carcinomatose peritoneal por adenocarcinoma gástrico.

Dentro desse contexto clínico e com base na literatura, a ascite é uma complicação comum em pacientes com doença hepática crônica e geralmente

representa um marco de descompensação da cirrose. No entanto, sua presença também pode estar associada a outras etiologias, como insuficiência cardíaca e processos neoplásicos, exigindo uma abordagem diagnóstica ampla e criteriosa (BIGGINS *et al.*, 2021). Neste caso, o paciente apresentava fatores de risco significativos, como etilismo crônico, mas a ausência de comorbidades conhecidas e a rápida progressão do quadro clínico levantaram suspeitas adicionais.

A tomografia computadorizada abdominal evidenciou espessamento nodulariforme peritoneal, um achado que, associado ao predomínio linfocítico no líquido ascítico e à graduação intermediária do GASA (gradiente albumina soro-ascite), contribuiu para a hipótese de ascite de origem maligna, mais precisamente carcinomatose peritoneal. Estudos destacam que adenocarcinomas gástricos são uma das principais neoplasias associadas à disseminação peritoneal e ascite neoplásica (Crew; Neugut, 2006).

Diante disso, este caso ressalta a importância de considerar diagnósticos diferenciais não hepáticos em pacientes com ascite, sobretudo na presença de sinais atípicos, achados de imagem sugestivos e ausência de histórico clínico compatível com cirrose descompensada (Biggins *et al.*, 2021). Nesse sentido, esse relato contribui para alertar clínicos sobre a necessidade de ampliar o raciocínio diagnóstico frente a casos semelhantes.

CONCLUSÃO

A avaliação diagnóstica da ascite em pacientes com hepatopatia crônica deve ir além da hipótese cirrótica, especialmente diante de apresentações clínicas atípicas. O caso apresentado evidencia a importância da análise integrada de dados clínicos, laboratoriais e de imagem para o reconhecimento de etiologias menos comuns, como a ascite neoplásica secundária à carcinomatose peritoneal. O diagnóstico precoce pode impactar diretamente o manejo e o prognóstico do paciente.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Palavras-chave: Ascite; Diagnóstico Diferencial; Adenocarcinoma gástrico.

REFERÊNCIAS

BIGGINS, Scott W. *et al.* Diagnosis, evaluation, and management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: 2021 practice guidance by the **American Association for the Study of Liver Diseases**. *Hepatology*, v. 74, n. 2, p. 1014–1048, 2021.

CREW, K. D.; NEUGUT, A. I. Epidemiology of gastric cancer. *World Journal of Gastroenterology*, v. 12, n. 3, p. 354–362, 21 jan. 2006. DOI: 10.3748/wjg.v12.i3.354.

DEVARBHAVI, Harshad *et al.* Global burden of liver disease: 2023 update. *Journal of Hepatology*, v. 79, n. 2, p. 516–537, 2023.

RUNYON, Bruce A. *et al.* The serum-ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate concept in the differential diagnosis of ascites. *Annals of Internal Medicine*, v. 117, n. 3, p. 215–220, 1992.

SHAKIL, A. Obaid *et al.* Diagnostic features of tuberculous peritonitis in the absence and presence of chronic liver disease: a case control study. *The American Journal of Medicine*, v. 100, n. 2, p. 179–185, 1996.