

METÁSTASES DE ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR EM COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA

METASTASIS OF ADENOCARCINOMA OF THE GALLBLADDER AFTER LAPAROSCOPIC COLECISTECTOMY

Antônio Ziliotto Júnior, TCBC-SP¹
José Antonio Mansur Mendes¹
Johann Eugen Künzle, TCBC -SP²
Fernando César Ferreira Pinto¹
Rogério Barbieri Sichieri³

INTRODUÇÃO

O câncer de vesícula biliar é o tumor mais comum das vias biliares, é o sexto tumor em frequência no trato digestivo, encontrado em cerca de 1% dos pacientes submetidos a cirurgia das vias biliares e em 0,5% de todas as necropsias. É mais frequente na população com idade superior a 50 anos, com maior prevalência nas mulheres, numa proporção de 6:1. Em cerca de 90% das vezes está associado a litíase vesicular. O adenocarcinoma é o tipo histológico mais comum, dividido entre as formas cirrótica (70%), papilar (20%) e mucóide (10%). Localiza-se preferencialmente no infundíbulo da vesícula, seguindo-se o fundo e o corpo. Tende a ser localmente invasivo, com comprometimento regional de gânglios linfáticos.¹ A terapêutica que se impõe é a ressecção cirúrgica, mas o diagnóstico pré-operatório é extremamente difícil.

Os casos precoces têm melhor prognóstico, mas raros são os tumores encontrados em estádios iniciais. As metástases para a parede abdominal e peritônio são raras quando a cirurgia é realizada por laparotomia.²

Relata-se o caso de uma paciente submetida a colecistectomia videolaparoscópica por colecistopatia aguda calculosa, que evoluiu com metástases em peritônio e parede abdominal.

RELATO DO CASO

AAC, 65 anos, sexo feminino, branca, atendida em nosso serviço em 6/10/96. Apresentava história de 12 horas de dor contínua em hipocôndrio direito, moderada, de início súbito, irradiada para flanco direito, com aumento progressivo de intensidade, associada a náusea e vômitos aquosos. O abdome era globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem dor à descompressão brusca, com

vesícula palpável e dolorosa. A ultra-sonografia mostrava litíase vesicular e a colangiografia venosa evidenciava imagens sugestivas de cálculos na vesícula, com colédoco de diâmetro aumentado sem falhas de enchimento. A paciente foi submetida a colecistectomia por videolaparoscopia, encontrando-se vesícula túrgida, de paredes espessadas e edemaciadas, com bile esverdeada e múltiplos cálculos enegrecidos, com diâmetros desde 5mm até 25mm. A colangiografia intra-peratória mostrava colédoco e hepáticos sem dilatações ou falhas de enchimento. Não houve intercorrências no pós-operatório e a paciente recebeu alta hospitalar no segundo dia.

O estudo histopatológico da peça operatória revelou "colecistite crônica calculosa agudizada com pólipos únicos adenomatosos, fragmentados em interior de vesícula, compatível com adenoma tubular".

No 68º dia de pós-operatório apresentou quadro de dor abdominal tipo cólica, difusa, associada a náusea e anorexia, melhorando com tratamento sintomático. A ultra-sonografia mostrou ductos biliares dilatados e a colangiopancreatografia endoscópica retrógrada evidenciou colédoco de tamanho e calibre normais, sem cálculos no interior. No sétimo mês retornou com quadro de dor em flanco direito, tipo pontada e ao exame físico notava-se tumoração palpável em parede abdominal de cerca de 2cm de diâmetro, na transição do hipocôndrio direito para o flanco direito, fixa à parede abdominal e não aderida a planos profundos. A tomografia mostrou lesões hipodensas em fígado compatíveis com cistos hepáticos. Persistiram a dor, a náusea, os vômitos e a anorexia, com perda ponderal de 6 kg em seis meses. Com oito meses de pós-operatório foi submetida a laparotomia exploradora, encontrando-se nódulos duros, com aproximadamente 1cm a 2cm de diâmetro, nos locais de punção com os trocartes em hipocôndrio e flanco à direita, o nódulo caudal fixo ao ceco, que

1. Cirurgião do Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto.

2. Doutor em Medicina pela UNICAMP, Chefe do Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto.

3. Residente do Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto.

Recebido em 14/11/97

Aceito para publicação em 2/7/98.

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia de Ribeirão Preto e Hospital São Francisco de Ribeirão Preto.

apresentava suas paredes envolvidas pela neoplasia. No leito hepático havia múltiplas tumorações coalescentes com invasão do peritônio parietal. O exame histopatológico das peças revelou adenocarcinoma bem diferenciado e infiltrante, tanto em parede abdominal, como no fígado e ceco. A revisão da peça cirúrgica da videolaparoscopia mostrou neoplasia polipóide condizente com adenocarcinoma bem diferenciado. Não foi possível avaliar invasão neoplásica na lesão polipóide nem na parede da vesícula, pois a peça se encontrava fragmentada.

A paciente foi submetida a quimioterapia com cisplatino, 5-fluoruracil e adriblastina. Evoluiu mal, com óbito em nove meses e dois dias de pós-operatório da primeira cirurgia.

DISCUSSÃO

A via de acesso para abordagem cirúrgica do câncer da vesícula biliar é a laparotomia, sendo a videolaparoscopia formalmente contra-indicada. Döbronte,³ em 1978, descreveu implante metastático em parede abdominal após biópsia de tumor de ovário por laparoscopia e contra-indicou esta tática operatória para ressecção ou biópsia de tumores, excluindo-se as biópsias onde a videolaparoscopia tem função apenas de guiar o cirurgião. Martinez et al,² em trabalho de revisão, anotaram mais de 105 casos de implante em parede até 1995, dos quais 32 casos ocorreram em colecistectomias.

Os mecanismos pelos quais as células tumorais se implantam na parede ainda não são bem conhecidos, mas várias

hipóteses foram aventadas como a contaminação dos instrumentais durante a dissecação do tumor, o implante direto em local não protegido da inserção dos trocartes, o pneumoperitônio que criaria um gradiente de pressão capaz de esfoliar o tumor e levar as células aos orifícios de saída do gás, a disseminação hematogênica e implante por êmbolos tumorais, já que a circulação é modificada pela pressão intra-abdominal aumentada.^{4,5} Sendo assim, fica evidente que a paciente em questão, com tumor em fase inicial (estádio I), teria presumivelmente melhor evolução se a cirurgia houvesse sido realizada por laparotomia, com tempo de sobrevida estimado em aproximadamente um a dois anos, podendo chegar em alguns casos até a cinco anos.

A falha no diagnóstico pelo patologista também influenciou negativamente na evolução da paciente, por não permitir uma mudança de conduta terapêutica mais precoce. Além disso, poderíamos estar alertados para o surgimento das metástases aos primeiros sintomas, o que não aconteceu quando a paciente procurou ambulatório no pós-operatório com queixa de dor, possivelmente já relacionada às metástases abdominais. Portanto, não obstante a cirurgia videolaparoscópica apresente baixos índices de morbidade e mortalidade, é contra-indicada para o tratamento do câncer da vesícula biliar, quando a via convencional é obrigatória. Nos pacientes com idade superior a 50 anos, pela maior prevalência da neoplasia, a colecistectomia por via laparoscópica deve ser indicada com maior cuidado.

ABSTRACT

The cancer of the gallbladder, unless rare, has been found in about 1% of all cholecystectomies for chronic cholecistitis. The preoperative diagnosis is difficult to be done because there are not particular symptoms. In the present paper the authors relate a case of a patient submitted to a laparoscopic cholecystectomy for acute cholecistitis. The pathologist reported a concomitant tubular adenoma in the specimen. At the 6th postoperative month the patient had intense abdominal pain, and at the 7th month, metastasis of an adenocarcinoma was detected in the port sites. The first specimen was reviewed and showed a primary adenocarcinoma of the gallbladder. The patient was submitted to chemotherapy but with few response, dying in the 9th postoperative month. The authors conclude that unless difficult, the preoperative diagnosis of cancer of the gallbladder is essential for a more appropriate therapy, mainly in the patients aging more than 50 year, when the neoplasm appears with greater prevalence. Despite the videolaparoscopic access for the surgery provides low morbidity and mortality, it is not indicated for the gallbladder cancer, when the conventional access by laparotomy is obligatory.

Key Words: Cholecystectomy; Laparoscopy; Videolaparoscopy; Gallbladder; Cancer.

REFERÊNCIAS

- Schwartz SI – A vesícula biliar e o sistema biliar extra-hepático. In Schwartz SI, Lillehei RC, Shires GT, et al – *Princípios de cirurgia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1976, pp 1.250-1.284.
- Martinez J, Targarona EM, Balagué C, et al – Port site metastasis. An unresolved problem in laparoscopic surgery. *Int Surg* 1995; 80: 315-321.
- Döbronte Z, Wittmann T, Karacsony G – Rapid development of malignant metastases in the abdominal wall after laparoscopy. *Endoscopy* 1978; 10: 127-130.
- Brooks DC – Reply to: laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. *Surgery* 1995; 117: 479-480.
- Fligstone L, Rhodes M, Flook D, et al – Tumor inoculation during laparoscopy. *Lancet* 1993; 324:368-369.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Antonio Ziliotto Júnior
Hospital São Francisco de RP – Serviço de Cirurgia
Rua Garibaldi, 1271
14010-170 – Ribeirão Preto – SP