



Achado incidental de carcinoma em paciente com colelitíase e cirrose hepática: Um relato de caso

Incidental finding of carcinoma in a patient with cholelithiasis and liver cirrhosis: A case report

DOI: 10.56238/isevjhv3n4-018

Recebimento dos originais: 11/07/2024

Aceitação para publicação: 01/08/2024

Helen Brambila Jorge Pareja
Mestrado em Ciências da Saúde
Universidade do Oeste Paulista
ID Lattes: 8792800011270177
E-mail: brambila_hj@hotmail.com

Eduardo Alves Canedo
Graduado em Medicina
Universidade del Pacifico
ID Lattes: 7988075584280290
E-mail: weacan@gmail.com

Alexandre Henrique Bianchetti Giroto
Graduando de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
ID Lattes: 7702408288710022
E-mail: alexandregiroto@hotmail.com

Amanda de Menezes Figueiredo
Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
ID Lattes: 0119048422255155
E-mail: amanda.mfigueiredo@yahoo.com.br

Isadora Nascimento
Graduanda de Medicina
Universidade do Oeste Paulista
ID Lattes: 278163493490
E-mail: isanasci785@gmail.com

RESUMO

Introdução: O câncer de vesícula biliar (CVB) é considerado uma neoplasia maligna que acomete as vias biliares, sendo uma condição rara e frequentemente letal. Esta patologia representa um desafio tanto em diagnóstico quanto em tratamento, isso ocorre devido aos pacientes geralmente serem assintomáticos ou apresentarem sintomas inespecíficos. Desta forma, a maioria dos casos de CVB são achados incidentais, sem diagnóstico prévio, em pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase. O tratamento definitivo considerado padrão-ouro para CVB é a cirurgia laparoscópica, com retirada da vesícula biliar (colecistectomia). Os bons resultados do procedimento são dependentes da margem hepática livre de neoplasia e da linfadenectomia regional adequada. **Objetivo:** Destacar a importância de um tratamento adequada ao CVB, visto



que a melhora da doença depende dos bons resultados do procedimento. Métodos: A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, e seu prontuário, foram coletadas informações para realização desse relato. Resultados: O CVB é considerado uma neoplasia maligna que representa um desafio tanto em diagnóstico quanto em tratamento, pois os pacientes geralmente são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. O tratamento definitivo considerado padrão-ouro para CVB é a cirurgia laparoscópica, com retirada da vesícula biliar (colecistectomia). Conclusão: Ficou evidente que se faz necessário para um melhor entendimento da patologia, além de estudos sobre o comportamento do CVB e sobre a sua identificação no perfil de indivíduos brasileiros. Esse tipo de estudo possibilitaria a prevenção, o rastreamento e a adoção de uma indicação terapêutica eficaz.

Palavras-chave: Câncer de vesícula biliar, Colescistectomia, Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O câncer de vesícula biliar (CVB) é considerado uma neoplasia maligna que acomete as vias biliares, sendo uma condição rara e frequentemente letal (APODACA-RUEDA et al. 2017). A incidência desta patologia é maior em mulheres, idosos, caucasianos e varia consideravelmente de acordo com a região geográfica, sendo mais prevalente em áreas como o Japão, certas regiões da Índia, América do Sul e Europa Oriental, enquanto é relativamente incomum em regiões do Norte da Europa e América do Norte (COIMBRA et al. 2020).

Esta patologia representa um desafio tanto em diagnóstico quanto em tratamento, isso ocorre devido aos pacientes geralmente serem assintomáticos ou apresentarem sintomas inespecíficos. Dentre os principais sintomas observados encontramos a dor abdominal situada no quadrante superior direito, cursando com colecistite aguda. Em casos mais avançados, o paciente pode apresentar colangite, sendo comum nesse estágio sintomas como perda de peso, náuseas e vômitos, febre, ascite e massa palpável em quadrante superior direito. Os exames laboratoriais podem apresentar tanto alterações compatíveis com icterícia obstrutiva, como leucocitose, anemia, e alterações de função hepática (RODRIGUEZ et al. 2015).

Desta forma, a maioria dos casos de CVB são achados incidentais, sem diagnóstico prévio, em pacientes submetidos à colecistectomia por colelitíase (ARE et al. 2017) (SIEGEL et al. 2019) (NARAYAN et al. 2018). No entanto, a doença progride rapidamente e tem uma alta taxa de mortalidade. Estima-se que até 1/3 dos pacientes tenham metástases no momento do diagnóstico e que 85% dos pacientes vêm a óbito dentro de um ano após seu diagnóstico. O prognóstico ruim da patologia se deve principalmente ao diagnóstico tardio, o que compromete significativamente a eficácia do tratamento e aumenta a morbimortalidade (COIMBRA et al. 2020) (ARROYO et al. 2016).



A patogênese da CVB não é claramente estabelecida, porém fatores ambientais (como obesidade e hiperglicemia) e genéticos são associados à ocorrência da patologia. O principal fator de risco identificado é a colelitíase, sendo presente na maioria dos casos. O risco aumenta de acordo com o maior tamanho (maior que 3 cm) e maior tempo de aparecimento dos cálculos biliares (ARROYO et al. 2016). Pacientes com cirrose hepática tem 1,2 a 3 vezes mais chance de apresentar colelitíase do que a população geral e quanto mais grave for a doença hepática existente (nível de evidência VD), a colelitíase é ainda mais prevalente (ELMAGARMID et al. 2014).

O tratamento definitivo considerado padrão-ouro para CVB é a cirurgia laparoscópica, com retirada da vesícula biliar (colecistectomia). Em seguida, todas as amostras coletadas na cirurgia devem ser enviadas para exame histopatológico, o que aumenta a taxa de detecção de CVB (COIMBRA et al. 2020) (HANI OWEIRA et al. 2018).

A colecistectomia poderá ser feita por meio de duas técnicas: aberta ou laparoscópica. A técnica operatória aberta vem sendo substituída gradativamente pela laparoscópica devido às suas características menos invasivas e a uma melhora nas respostas posteriores à cirurgia além de um tempo de recuperação relativamente menor (ALMEIDA et al. 2021).

Para os casos de tumores superficiais, limitados a mucosa, a colecistectomia simples será adequada, não necessitando de ressecção ampliada (hepática) ou linfadenectomia hilar. Porém em estágios mais avançados, em que há comprometimento além da camada mucosa, a maioria dos estudos sugere que algum tipo de ressecção hepática complementada com linfadenectomia hilar seja incluída para o tratamento (TORRES et al. 2002) (SANTOS et al. 2008).

Os bons resultados do procedimento são dependentes da margem hepática livre de neoplasia e da linfadenectomia regional adequada. Porém apesar dessas intervenções, a sobrevida global para o CVB é baixa em função da invasão local, da disseminação peritoneal e da extensa infiltração linfática precoce (SANTOS et al. 2008).

2 DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente A.R.C, sexo masculino, 61 anos, procurou atendimento em consultório particular relatando dor abdominal difusa e perda de peso há 2 meses. No exame físico, apresentou dor à palpação abdominal estando mais intensa no hipocôndrio direito e Sinal de Murphy positivo. Na ultrassonografia pré-operatória constatou um quadro de Colecistopatia associada a cirrose hepática. Após 2 dias, paciente foi internado na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente para a realização de uma colecistectomia por videolaparoscopia associada a drenagem de líquido intrabdominal devido a colescistite aguda com perfuração de vesícula biliar e peritonite. A cirurgia

ocorreu bem e sem intercorrências, paciente teve boa recuperação com alta no dia seguinte à cirurgia.



3 DISCUSSÃO

Na avaliação de antecedentes pessoais e patológicos, os fatores que poderiam ser considerados de risco para a paciente em relação à presença de um CVB são: a idade de 61 anos e residir em país da América do Sul (Brasil). O CVB é mais comum em idosos, especialmente após



os 60 anos, e pode variar consideravelmente de acordo com a região geográfica onde o paciente reside, como no caso do paciente desse estudo (COIMBRA et al. 2020).

Pacientes com CVB apresentam, com maior frequência, sintomas pouco perceptíveis ou sintomas inespecíficos aos doentes. Dentre os principais sintomas inespecíficos observados encontramos a dor abdominal situada no quadrante superior direito e perda de peso (RODRIGUEZ et al. 2015), assim como relatado no caso onde o paciente apresentou dor abdominal difusa e perda de peso há 2 meses. Adicionalmente, no exame físico, apresentou dor à palpação abdominal estando mais intensa no hipocôndrio direito e Sinal de Murphy positivo.

Em sua grande maioria, os casos de CVB são diagnosticados tardiamente, o que resulta em estágios mais avançados da doença, além de contribuir com dificuldades no tratamento e uma alta taxa de mortalidade (APODACA-RUEDA et al. 2017). Cerca de $\frac{1}{3}$ dos pacientes estão já em processo de metástase no momento que são diagnosticados. Além disso, em 85% desses casos, o óbito virá dentro de um ano após a identificação da patologia (COIMBRA et al. 2020) (ARROYO et al. 2016). Os diagnósticos são feitos geralmente de forma incidental, logo após uma colecistectomia ou por um estudo anatomopatológico após a evidência de alteração na vesícula, detectada em durante um exame radiológico (BENASSI et al. 2022).

Como cirrose hepática e colelitíase são doenças que têm prevalência alta na população, não é incomum a associação entre as duas, principalmente se levado em consideração que a cirrose é um fator predisponente ao aparecimento de colelitíase. A cirrose hepática (CH) se caracteriza pela destruição progressiva dos hepatócitos, que são substituídos por gordura e tecido fibroso e pode levar a várias complicações graves, incluindo a predisposição ao desenvolvimento de câncer em órgãos próximos. No entanto, a ligação direta entre cirrose hepática e câncer de vesícula biliar não é tão clara quanto a relação entre cirrose hepática e câncer de fígado (carcinoma hepatocelular). Ela aumenta o risco de câncer no fígado devido à inflamação crônica e à regeneração celular constante que ocorrem no fígado danificado. Embora não seja um fator de risco primário para o câncer de vesícula biliar, doenças hepáticas crônicas e condições inflamatórias do trato biliar, como a colangite esclerosante primária, podem aumentar o risco de desenvolver câncer na vesícula biliar.

A condição mais frequente da cirrose é o alcoolismo crônico (MOORE). O fígado cirrótico tem grande variação no volume e no peso. O órgão pode atingir mais de 2 kg, enquanto nas fases terminais do processo pode ficar reduzido a 600 a 800 g (BOGLIOLO). Com o avançar da doença, o órgão torna-se endurecido, atrofiado e nodular, e exibe uma função deficiente devido a diminuição em tecido hepático funcional (FERNANDES). Os pacientes com CH podem apresentar



uma variada sintomatologia, que inclui: dor abdominal, perda de peso, icterícia e hematomas. Ademais, além do etilismo, várias outras etiologias existentes justificam o surgimento de cirrose, como: hepatites virais (vírus B e C), hepatites autoimunes, drogas hepatotóxicas, doenças colestáticas, anormalidades genéticas, doenças hepáticas gordurosas não alcoólicas e a esteato-hepatite não alcoólica (FERNANDES).

A importância reside no fato de que a cirurgia biliar no paciente cirrótico tende a ter um risco aumentado para complicações trans e pós-operatórias (FONTES et al. 1998). Em pacientes graves, com poucos sintomas relacionados à colelitíase, o tratamento inicial deve ser clínico com o uso de antibióticos e posteriormente analisar a necessidade da cirurgia. Além disso, a administração oral de sais biliares reduz a saturação biliar de colesterol, em outras palavras, inibem a síntese e a excreção do colesterol hepático e conseqüentemente reduzem a atividade hepática. Quando a bile torna-se insaturada, os cálculos na vesícula biliar tendem a se dissolver lentamente. Entretanto, esse tratamento medicamentoso pode ser inefetivo nos cálculos pigmentares e contraindicada na presença de cirrose, não sendo indicado no caso descrito acima.

A colelitíase também pode favorecer o desenvolvimento de câncer de vesícula biliar. A presença de cálculos biliares está associada a inflamações crônicas e irritação da parede da vesícula biliar, o que pode levar a alterações celulares e, eventualmente, ao desenvolvimento de carcinomas. A inflamação contínua causada pelos cálculos biliares resulta na colecistite crônica, que é um fator de risco conhecido para o câncer de vesícula biliar. Ademais, os cálculos biliares maiores que 3 cm, e presentes em grande quantidade aumentam ainda mais esse risco.

Após constatar um quadro de Colecistopatia associada a cirrose hepática, a abordagem terapêutica considerada padrão-ouro é a cirurgia laparoscópica, com retirada da vesícula biliar (colecistectomia) (COIMBRA et al. 2020) (HANI OWEIRA et al. 2018). Esse procedimento cirúrgico é minimamente invasivo, auxiliando em uma ação com menor dano tecidual e também uma rápida recuperação pós-operatória (ALMEIDA et al. 2021). Ainda assim, é importante destacar as possíveis complicações que possam vir a ocorrer durante a intervenção cirúrgica como as fístulas biliares, que podem ser causadas pela perda do clipe do ducto cístico, perfuração da via biliar ou pela presença de canalículos do leito hepático. A presença de cálculos intra cavitários pode levar à formação de abscessos e os sangramentos podem ocorrer tanto do leito hepático, quanto da artéria cística. Porém a mais significativa e mais temida é a lesão da via biliar principal, que infere em alta morbimortalidade (PINOTTI et al. 2000). O fechamento do peritônio sobre o leito hepático e o uso transoperatório de vasopressina EV, reduzindo a pressão no sistema portal, são também medidas que podem auxiliar na prevenção da hemorragia.



A carcinomatose peritoneal (CP) consiste na presença de implantes tumorais no peritônio que podem ser tanto de origem primária como secundária. Em sua grande maioria, são causados por tumores secundários (metastáticos), ou seja, células tumorais provenientes de outros carcinomas que se espalharam atingindo a membrana (CÉSAR. 2022).

O peritônio apresenta uma extensa área de superfície com uma vasta drenagem linfática, facilitando a invasão pelas células tumorais. Os tipos de carcinomatose peritoneal secundária variam de acordo com o local de origem da doença. Para uma boa sobrevivência e crescimento tumoral, as células cancerígenas produzem um conjunto de fatores que perturbam o funcionamento da barreira de sangue peritoneal, levando à neangiogênese e à criação de um microambiente imunossupressor, rico em células mesoteliais peritoneais, fibroblastos e macrófagos peritoneais (CÉSAR. 2022).

Existem estudos comparativos entre cirurgia convencional e laparoscópica. Em destaque há um estudo realizado por Gouma® e colaboradores, no Academic Medical Center em Amsterdã e University Hospital em Maas-tricht, por volta dos anos 2000, que avaliou 122 centros, num total de 11.712 colecistectomias, sendo 2.932 por via laparoscópica e 8.780 por via convencional; mostrou uma porcentagem maior de lesões da via biliar principal, chegando-se a 1,09% em decorrência do procedimento laparoscópico, contra 0,51% da cirurgia convencional. Isto pode ser discutível desde que a avaliação feita está no período pertencente à curva de aprendizado, no que diz respeito aos profissionais, ao instrumental e ao equipamento, contra um método bem estabelecido por quase 100 anos (PINOTTI et al. 2000). Contudo, estudos mais recentes comprovaram que atualmente, a cirurgia laparoscópica é o padrão ouro e a mais escolhida entre os profissionais de saúde por ser considerada menos invasiva e com menores taxas de complicações cirúrgicas.

Neste paciente também foi realizada a drenagem de líquido intrabdominal devido à coleliscistite aguda com perfuração de vesícula biliar e peritonite. Contudo, a drenagem do leito hepático é tema controverso, pois se permite a detecção e a drenagem de sangramento no campo cirúrgico também permite o vazamento pós-operatório de ascite pelo orifício de drenagem. Após a realização da cirurgia o paciente teve alta hospitalar e orientação dietética.

4 METODOLOGIA

A partir de um caso médico ocorrido na Santa Casa da Misericórdia de Presidente Prudente, juntamente com seu prontuário médico, foram coletadas informações para realização desse relato de caso. Além disso, foi realizada uma busca de informações em bases de dados.



5 RESULTADOS

O câncer de vesícula biliar é considerado uma neoplasia maligna que representa um desafio tanto em diagnóstico quanto em tratamento, pois os pacientes geralmente são assintomáticos ou apresentam sintomas inespecíficos. O tratamento definitivo considerado padrão-ouro para CVB é a cirurgia laparoscópica, com retirada da vesícula biliar (colecistectomia) e os bons resultados do procedimento são dependentes da margem hepática livre de neoplasia e da linfadenectomia regional adequada.

6 CONCLUSÃO

O caso relatado e as publicações levantadas sobre o câncer de vesícula biliar (CVB) levantam questões importantes sobre a abordagem terapêutica e o papel do diagnóstico precoce para uma conduta de sucesso. Embora ainda não esteja claramente estabelecida a patogênese do CVB, há indícios de associação entre os fatores ambientais e genéticos no desenvolvimento da patologia. A colelitíase é o principal fator de risco identificado do CVB, elevando assim o peso do diagnóstico precoce desse achado. No paciente do caso apresentado, foi constatado um quadro de Colecistopatia associada a cirrose hepática, sendo a cirrose um fator de risco para o desenvolvimento de colelitíase.

Ficou evidente que se faz necessário para um melhor entendimento da patologia, além de estudos sobre o comportamento do CVB e sobre a sua identificação no perfil de indivíduos brasileiros. Esse tipo de estudo possibilitaria a prevenção, o rastreamento e a adoção de uma indicação terapêutica eficaz.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. P. A. DE et al. Colectomia: técnicas e suas indicações / Cholecystectomy: techniques and their indications. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 4, n. 6, p. 25953–25957, 22 nov. 2021.

APODACA-RUEDA, M. et al. Prevalência do câncer de vesícula biliar em pacientes submetidos à colecistectomia: experiência do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 44, n. 3, p. 252–256, jun. 2017.

ARE, C. et al. Global epidemiological trends and variations in the burden of gallbladder cancer. *Journal of Surgical Oncology*, v. 115, n. 5, p. 580–590, 30 jan. 2017.

ARROYO, G. F.; GENTILE, A.; PARADA, L. A. Gallbladder cancer: South American experience. *Chinese Clinical Oncology*, v. 5, n. 5, p. 67–67, out. 2016.

BENASSI, A. C. et al. Câncer de vesícula biliar - diagnóstico diferencial de icterícia obstrutiva: relato de dois casos: Gallbladder cancer – differential diagnosis of obstructive jaundice: report of two cases. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 5, n. 6, p. 24395–24406, 14 dez. 2022.

CÉSAR, Joana Rodrigues Morais. Tratamento Cirúrgico da Carcinomatose Peritoneal do Carcinoma Colorretal. 2022. Dissertação de Mestrado.

COIMBRA, F. J. F. et al. BRAZILIAN CONSENSUS ON INCIDENTAL GALLBLADDER CARCINOMA. ABCD. *Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)*, v. 33, n. 1, 2020.

ELMAGARMID, A. et al. Rayyan: a systematic reviews web app for exploring and filtering searches for eligible studies for Cochrane Reviews. In *Evidence-Informed Public Health: Opportunities and Challenges*. Abstracts of the 22nd Cochrane Colloquium. Hyderabad: John Wiley & Sons; p.21-6, 2014.

FERNANDES, Izabel Cristina. Cirrose Hepática: Fisiopatologia e cuidados de enfermagem. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso, 2021.

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527738378. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/>. Acesso em: 13 jul. 2024.

FONTES, P. R. O.; NECTOUX, M.; EILERS, R. J. Colelitíase e cirrose hepática. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 25, n. 2, p. 129–133, abr. 1998.

GRAAFF, Kent M. Van de. Anatomia Humana. Barueri: Editora Manole, 2003. E-book. ISBN 9788520452677. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452677/>. Acesso em: 13 jul. 2024.

HANI OWEIRA et al. External validation of the 8th American Joint Committee on Cancer staging system for gall bladder carcinoma. *Journal of gastrointestinal oncology*, v. 9, n. 6, p. 1084–1090, 1 dez. 2018.



MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. Anatomia Orientada para Clínica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788527734608. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734608/>. Acesso em: 13 jul. 2024.

NARAYAN, R. R. et al. Regional differences in gallbladder cancer pathogenesis: Insights from a multi-institutional comparison of tumor mutations. *Cancer*, v. 125, n. 4, p. 575–585, 14 nov. 2018.

PINOTTI, H. W. et al. Colecistectomia laparoscópica: estruturação de um modelo de trabalho. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 27, p. 94–98, 1 abr. 2000.

RODRIGUEZ, S. et al. Lipids, obesity and gallbladder disease in women: insights from genetic studies using the cardiovascular gene-centric 50K SNP array. *European Journal of Human Genetics*, v. 24, n. 1, p. 106–112, 29 abr. 2015.

SANTOS, J. S. et al. COLECISTECTOMIA: ASPECTOS TÉCNICOS E INDICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA LITÍASE BILIAR E DAS NEOPLASIAS. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 41, n. 4, p. 449–464, 30 dez. 2008.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A. Cancer statistics, 2019. *CA: a Cancer Journal for Clinicians*, v. 69, n. 1, p. 7–34, 8 jan. 2019.

SILVERTHORN, Dee U. Fisiologia humana. Porto Alegre: Grupo A, [Inserir ano de publicação]. E-book. ISBN 9788582714041. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582714041/>. Acesso em: 13 jul. 2024.

TORRES, O. J. M. et al. Colelitíase e câncer de vesícula biliar. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 29, n. 2, p. 88–91, abr. 2002.