

**Editor:** Carvalho A. A. B. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

**Publicado:** 18 de outubro de 2020.

**Direitos Autorais:** © 2020 Peixoto et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

**Conflito de interesses:** os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

### RELATO DE CASO

## COLECISTITE CRÔNICA SIMULANDO TUMOR DE VESÍCULA BILIAR: UM RELATO DE CASO

### CHRONIC CHOLECYSTITIS SIMULATING GALLBLADDER CANCER: A CASE REPORT

Vinícius Pereira Aguiar<sup>1</sup>, Marlla C.R. Araújo<sup>1</sup>, Benito J.S. Costa<sup>1</sup>, Artur Serra Neto<sup>2</sup>, Karla M.C. Rodrigues<sup>1</sup>, Bruno B.F. Soares<sup>1</sup>.

#### ACESSO LIVRE

**Citação:** Aguiar VP, Araújo MCR, Costa BJS, Neto AS, Rodrigues KMC, Soares BFB (2020) Colecistite crônica simulando tumor de vesícula biliar: um relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 7(3):.

**Instituição:** <sup>1</sup>Residente médico do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra - São Luís/MA.

<sup>2</sup>Médico titular do Serviço de Cirurgia do Hospital Universitário Presidente Dutra - São Luís/MA

<sup>3</sup>Docente, Médico Cirurgião Geral, Universidade Federal do Tocantins, Palmas, Tocantins, Brasil.

**Autor correspondente:** Vinícius Pereira Aguiar. Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís/MA. Endereço para correspondência: Al. Dos Sonhos, C20, Residencial Turmalina, Planalto Aurora, CEP 65060280 São Luís-MA dr.viniciusaguiar@gmail.com

#### RESUMO

A neoplasia de vesícula biliar é uma patologia que, apesar de rara, possui prognóstico sombrio e terapêutica limitada. O diagnóstico pré-operatório muitas vezes é negligenciado e sua confirmação se dá somente na análise histopatológica pós-operatória. O cirurgião e o patologista responsáveis pelo caso devem trabalhar em sintonia, sempre atentos ao diagnóstico de neoplasia.

**Palavras chave:** Colecistite, Vesícula Biliar, Relatos de Casos.

#### ABSTRACT

Gallbladder neoplasm is a pathology that, although rare, has a poor prognosis and limited therapy. The preoperative diagnosis is often neglected and its only occurs in the postoperative histopathological analysis. The surgeon and the pathologist responsible for the case should work in tune, whenever they are attentive to the diagnosis of neoplasia.

**Keywords:** Cholecystitis. Gallbladder. Case Reports.

## INTRODUÇÃO

A neoplasia de vesícula biliar é uma patologia que, apesar de rara, possui prognóstico sombrio e terapêutica limitada. O diagnóstico pré-operatório muitas vezes é negligenciado e sua confirmação se dá somente na análise histopatológica pós-operatória.

O caso relatado trata de um quadro de colecistite crônica de caráter agressivo, tornando obrigatória a inclusão de um quadro neoplásico como diagnóstico diferencial, o que suscita a discussão que se segue.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Esse Paciente A.J.C.C., 57 anos, natural de Pinheiro-MA, residente em São Luís-MA, internada eletivamente no Hospital Universitário Presidente Dutra-MA, com diagnóstico prévio de colelitíase sintomática. Apresentava história de plenitude pós prandial e dor de leve a moderada intensidade em hipocôndrio direito, iniciada há cerca de 1 ano, que piorava com alimentação copiosa, acompanhada de náuseas e febre. Nega sintomas colestáticos tais como colúria, icterícia, acolia fecal e prurido. Hipertensa em uso de Ramipril+Besilato de Anlodipino, multigesta (GIVPIVA0), ex-tabagista, tendo cessado o uso há 7 meses. Trazia ainda como exame pré operatório um ultrassom de abdome total evidenciando vesícula biliar de topografia usual, de paredes finas, sem septos, contendo foco sólido hiperecótico, ocasionando sombra, móvel à mudança de decúbito, medindo 1,6 cm no maior diâmetro.

Ao exame pré operatório, paciente em bom estado geral, IMC 22,6 kg/m<sup>2</sup>, abdome globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em hipocôndrio direito, com sinal de Murphy negativo.

A programação cirúrgica inicial para a paciente envolvia a realização de colecistectomia videolaparoscópica. A preparação do campo e material foi feito de maneira habitual, assim como as confecções dos portais. Ao se adentrar a cavidade com o material videolaparoscópico, entretanto, o que foi visto foi uma vesícula biliar de grande dimensões, paredes espessadas e com grande quantidade de aderências com os outros órgãos abdominais, impedindo mobilização adequada da vesícula biliar.

Iniciou-se a liberação das aderências entre vesícula biliar e grande omento, por meio de dissecação com eletrocautério e hidrodissecação. Evidenciou-se ainda grande quantidade de aderências entre a vesícula biliar e a parede do duodeno, de difícil liberação.

Nesse momento, em virtude da grande dificuldade técnica e da possibilidade de acometimento neoplásico da vesícula biliar, decidiu-se por conversão da cirurgia, com realização de colecistectomia convencional. Optou-se pela realização de uma incisão subcostal direita (incisão de Kocher), que permite acesso direto a loja hepática. Por meio desta incisão, houve acesso a cavidade abdominal e identificou-se a vesícula biliar (Figura 1), iniciando a sua liberação do leito hepático no sentido fundo-cístico (dissecação retrógrada). Identificadas as estruturas do triângulo de Calot, foi feita a ligadura da artéria cística e ducto cístico, respectivamente, e retirada da peça cirúrgica (Figura 2). Identificou-se pequeno ponto de lesão de serosa de duodeno

e realizada rafia com fio multifilamentar absorvível 3-0. Identificou-se ainda pequeno ponto de extravasamento de bile no leito hepático em terço inferior da placa cística e realizada rafia com fio multifilamentar absorvível 3-0.



Em virtude da grande área de dissecação, da grande quantidade de aderências iniciais e das lesões previamente encontradas optou-se pela instalação de dreno tubular em posição infrahepática com contra-abertura pelo orifício do portal videolaparoscópico inicialmente posicionado na fossa ílica direita. Partiu-se então para fechamento da cavidade à maneira habitual.

A paciente evoluiu com boa evolução pós operatória, aceitando bem dieta, eliminações fisiológicas presentes, ferida operatória limpa e seca, débito do dreno de aspecto serohemático claro, sem vestígios de bile ou restos alimentares. O dreno foi retirado no 4º dia pós operatório, quando passou a apresentar débito inferior a 30mL, e a paciente recebeu alta hospitalar.



Fig 2. A - Vesícula Biliar de paredes espessadas e coloração esbranquiçada; B - Cálculos de grandes dimensões

A paciente retornou em consulta pós-operatória no 14º dia pós-operatório apresentando boa evolução cirúrgica, ferida operatória com bordas bem coaptadas, seca, sem secreções. No 21º dia pós-operatório a mesma retornou com laudo da análise histopatológica: "A peça media 9,5 cm de comprimento e 5,5 cm de diâmetro máximo. A superfície externa foi descrita como de cor parda, em parte lisa e em parte esfarpada. Mucosa de cor parda e aspecto irregular com áreas amareladas. Parede espessada, medindo até 1,5cm de espessura". Apesar do aspecto, não houve evidência de malignidade na amostra. O diagnóstico foi descrito como colecistite crônica moderada com espessamento fibromuscular da parede.

tratamento.

## DISCUSSÃO

A colecistite crônica pode ser descrita como o processo de inflamação e cicatrização do tecido da vesícula biliar, desencadeado por múltiplos ataques de cólica biliar, com oclusão temporária do ducto cístico, sendo mais de 90% causados por quadros de colelitíase. Nesse ponto, o diagnóstico da colecistite crônica se confunde com o da colelitíase sintomática.<sup>1</sup> Além da história e do exame físico bem realizados, o ultrassom transparietal de abdome é

ferramenta essencial no diagnóstico de patologias do trato biliar. Ele se baseia na visualização de imagens ecogênicas móveis ao decúbito no lúmen da vesícula, produzindo sombra acústica posterior.<sup>2</sup> Os achados envolvidos no paciente com colecistite incluem cálculos impactados no infundíbulo da vesícula ou ducto cístico, espessamento parietal >3mm, fluido pericolecístico, fluxo mural aumentado, distensão da vesícula e sinal de Murphy ultrassonográfico.<sup>3</sup> A sensibilidade gira em torno de 85% e a especificidade de 95% no diagnóstico de colecistite.<sup>4</sup> Trata-se, entretanto, de exame examinador-dependente, passível de erros.

O diagnóstico diferencial do espessamento parietal no ultrassom inclui diversas patologias. Além das colecistites crônica e aguda, deve-se sempre incluir no rol de possibilidades etiológicas as neoplasias da vesícula biliar e condições extracolecísticas como hipoalbuminemia, doença renal crônica, insuficiência cardíaca, hepatite e pancreatite.<sup>3</sup> A vesícula em porcelana também pode ser incluída nessa lista de diagnósticos diferenciais, se apresentando como um quadro de colecistopatia crônica, com vesícula de paredes espessadas e calcificadas parcial ou completamente.<sup>4</sup> Tal patologia representa um clássico fator de risco para o carcinoma de vesícula.

O carcinoma de vesícula consiste na quinta neoplasia mais comum do trato digestivo e a neoplasia mais comum do trato biliar. Constitue achado em 0,2 a 3% de todas as colecistectomias realizadas, porém seu diagnóstico só é aventado em 30% dos pacientes diagnosticados. O restante consiste em achado no exame histopatológico pós-operatório.<sup>5</sup>

Fatores de risco classicamente envolvidos na gênese das neoplasias de vesícula incluem colelitíase e processos inflamatórios crônicos. O primeiro está presente em cerca de 85% dos casos de malignidade. O tamanho do cálculo e sua composição parecem influenciar o risco de transformação neoplásica, sendo cálculos maiores que 3cm e de colesterol associados aos maiores riscos. A colecistite crônica e sua inflamação crônica da mucosa da vesícula biliar está associada a carcinogênese. Outra consequência do processo inflamatório é a calcificação da vesícula biliar, causando a já citada vesícula em porcelana. Alguns autores reportam uma incidência de câncer de 62% nesses pacientes. Adicionalmente, outra entidade inflamatória envolvida no desenvolvimento do câncer de vesícula biliar é a colecistite xantogranulomatosa. É recomendada a colecistectomia profilática em portadores dessas entidades.<sup>5</sup>

A natureza inicialmente silenciosa das neoplasias da vesícula se reflete na alta taxa de detecção em peças originalmente creditadas como benignas. Sintomas incluem cólica biliar e icterícia, enquanto manifestações como perda de peso, distensão abdominal e sintomas indicando invasão de estruturas adjacentes apontam para doença avançada.<sup>2</sup> Os achados em exames de imagem que apontam para o diagnóstico incluem espessamento parietal irregular focal ou difuso, massa polipóide intraluminal e massa obscurecendo completamente a parede da vesícula ou substituindo completamente a vesícula biliar.<sup>3</sup>

Aproximadamente 80-97% dos carcinomas de vesícula consistem de adenocarcinoma. O restante do caso incluem carcinoma de células escamosas, carcinomas



adenocarcinomas e carcinomas papilares.<sup>5</sup> Morfológicamente, os carcinomas da vesícula biliar exibem dois padrões de crescimento: infiltrativo e exofítico. O primeiro consiste no padrão mais comum e se manifesta como área pouco definida de espessamento difuso e induração da parede da vesícula. O padrão exofítico, por sua vez, cresce para a luz como massa irregular em forma de couve-flor.<sup>6</sup>

O tratamento das neoplasias de vesícula biliar é eminentemente cirúrgico<sup>2</sup>. Como grande parte dos diagnósticos são feitos somente no pós-operatório, a colecistectomia videolaparoscópica constitui a modalidade terapêutica mais utilizada, apesar das controvérsias acerca de sua indicação<sup>9</sup>. A colecistectomia simples é o tratamento indicado naqueles pacientes com tumores restritos a mucosa (T1a), enquanto naqueles com evidência de acometimento mais extenso (T1b em diante, quando há acometimento da muscular própria<sup>7</sup>) deve ser realizada a colecistectomia radical com ressecção em cunha do leito dos segmentos hepáticos IVb e V, acompanhada de linfadenectomia do ligamento hepatoduodenal<sup>5,8</sup>.

A análise da espécime obtida na colecistectomia de rotina é imperiosa. Apesar de se tratar de uma condição rara, o diagnóstico de neoplasia de vesícula biliar se evidencia em 0,3 a 2% das colecistectomias realizadas por patologias benignas<sup>9</sup>. A fim de se aumentar a acurácia diagnóstica, o cirurgião deve à retirada da peça, abri-la e realizar a inspeção e palpação de sua superfície, no intuito de detectar qualquer anormalidade<sup>9</sup>. Idealmente, o espécime deve ser submetido a exame de congelação, procedimento com alto grau de acurácia para diagnóstico de malignidade<sup>9</sup> e que pode efetivamente alterar a terapêutica do paciente.

## CONCLUSÃO

As patologias da vesícula biliar constituem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A apresentação clínica da colecistopatia calculosa crônica por muitas vezes se confunde com os quadros de neoplasia da vesícula biliar. É de vital importância que o cirurgião e o patologista sejam capazes de diferenciar tais quadros e identificar dentre aqueles pacientes submetidos a colecistectomia quais se beneficiariam de mudança da terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. Townsend, CM Jr; Beauchamp, RD; Evers BM; Mattox, KL [editores]. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice 20<sup>th</sup> ed. Philadelphia (EUA): Elsevier; 2017. p.1492-1494
2. Feldman, M; Friedman, LS; Brnadt, LJ [editores]. Sleisenger and Fortran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management 9<sup>th</sup> ed. Philadelphia (EUA): Saunders Elsevier; 2010. p.1177-1181 Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease : pathophysiology, diagnosis,management / [edited by] Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Lawrence J. Brandt.—9th ed.
3. Ratanaprasatporn, L *et al.* Multimodality imaging, including dual-energy CT, in the evaluation of gallbladder disease. **RadioGraphics** 2018; 38:75–89. Disponível em: <[https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2018170076?url\\_ve](https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/rg.2018170076?url_ve)>
4. Barbosa, ABR *et al.* Espessamento parietal da vesícula biliar no exame ultrassonográfico: como interpretar? **Radiol Bras.** 2011 Nov/Dez;44(6):381–387. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-39842011000600010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842011000600010)>. Acesso em: 07 jan. 2019
5. Goetze, TO. Gallbladder carcinoma: prognostic factors and therapeutic options. **World J Gastroenterol** 2015 November 21; 21(43): 12211-12217. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4649107/>>. Acesso em 07 jan. 2019
6. Kumar, V *et al.* [editores]. Robbins e Cotran , bases patológicas das doenças [tradução de Patrícia Dias Fernandes]. Rio de Janeiro (Brasil): Elsevier; 2010. p. 896
7. Instituto Oncoguia [Página da internet]. Estadiamento do câncer de Vesícula Biliar. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-vesicula-biliar/3495/569/>. Acesso em: 07 jan; 2019
8. Pais-Costa, SR *et al.* Adenocarcinoma da Vesícula Biliar: avaliação dos fatores prognósticos em 100 casos ressecados no Brasil. **ABCD Arq Bras Cir Dig** 2012;25(1):13-19. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-67202012000100004&lng=pt&nrm=iso&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-67202012000100004&lng=pt&nrm=iso&tling=pt)>. Acesso em: 07 jan. 2019
9. Costa, ALAM. Estudo das alterações histológicas da vesícula biliar em doentes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica por colecistolitíase. Dissertação (mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. p. 56-62