

# Metástase umbilical após colecistectomia laparoscópica

## *Umbilical metastasis after laparoscopic cholecystectomy*

Felipe José Silva Melo Cruz<sup>1</sup>, Cíntia Barboza Batista<sup>1</sup>, Livia Maria da Paz Portela<sup>1</sup>, Sabas Carlos Vieira<sup>2</sup>

### Resumo

**Contexto:** A colecistectomia laparoscópica é considerada a cirurgia padrão-ouro para remoção da vesícula biliar. O achado acidental de um carcinoma da vesícula, durante este procedimento, é pouco comum e de difícil diagnóstico pré-operatório.

**Objetivo:** Relatar um caso de implante na cicatriz umbilical de um carcinoma de vesícula biliar não suspeitado no pré-operatório após uma colecistectomia laparoscópica.

**Relato do caso:** Paciente de 78 anos apresentou queixas de dor no hipocôncrio direito, náuseas e vômitos de início súbito. Não havia sinais de icterícia e as provas de função hepática eram normais. A ultra-sonografia abdominal revelou espessamento da parede da vesícula biliar com múltiplos cálculos biliares, sem sinais de tumor. O paciente submeteu-se a uma colecistectomia laparoscópica sem intercorrências. O exame histopatológico revelou um adenocarcinoma tubular bem diferenciado, invadindo completamente a parede da vesícula biliar. Quatro meses depois, o paciente apresentou dor periumbilical e uma massa semifixa palpável medindo 7x7 cm com aspecto tumoral no umbigo. O paciente foi submetido a uma ressecção paraumbilical do tumor, sendo evidenciadas metástases peritoneais. O paciente evoluiu para óbito sete meses após a colecistectomia laparoscópica.

**Palavras-chave:** Colecistectomia laparoscópica, Laparoscopia, Neoplasias da vesícula biliar, Metástase neoplásica.

---

<sup>1</sup> Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Piauí.

<sup>2</sup> Mestre em Ciências Médicas; Professor Assistente de Cirurgia da Universidade Federal do Piauí e Oncologista do Hospital São Marcos. Trabalho realizado no Hospital São Marcos e no Núcleo de Estudos em Oncologia da Universidade Federal do Piauí.

Endereço para correspondência: Felipe José Silva Melo Cruz - Rua Adalberto Correia Lima 2175, Planalto Ininga, - Teresina-PI; CEP: 64049-680. Tel: (0XX86) 9452-7865. E-mail: sabasvieira@uol.com.br; felipemcruz@yahoo.com.br

## Abstract

**Context:** Laparoscopic cholecystectomy has been considered the surgical gold standard for gallbladder removal since its original description, and is performed worldwide. The incidental finding of gallbladder carcinoma during this procedure is a rare event, and preoperative diagnosis is difficult.

**Objective:** This is a case report of metastasis in the umbilical cannula site of an unsuspected gallbladder carcinoma submitted to laparoscopic cholecystectomy.

**Case report:** A 78-year-old male patient presented with a complaint of upper right quadrant abdominal pain, nausea, and vomiting of recent onset. There were no signs of jaundice, and liver function tests were normal. Abdominal ultrasound revealed a gallbladder with a thick wall and presence of multiple gallstones, with no indication of tumor. The patient underwent elective laparoscopic cholecystectomy using the four-trocar technique, and the surgery was uneventful. However, histological examination showed a well-differentiated tubular adenocarcinoma penetrating the full thickness of the gallbladder wall. Four months later, the patient presented periumbilical pain and a palpable semi-fixed clinically tumoral mass measuring 7 x 7 cm at the umbilicus. Patient was submitted to resection of the paraumbilical tumor, and diffuse peritoneal metastases were evidenced. The patient died seven months after the laparoscopic cholecystectomy.

**Key words:** Laparoscopic cholecystectomy, Laparoscopy, Gallbladder neoplasms, Metastasis.

## INTRODUÇÃO

A colecistectomia laparoscópica é atualmente considerada o padrão-ouro para a remoção da vesícula biliar, desde que foi inicialmente descrita em 1985<sup>1,2</sup>. Cerca de um milhão de colecistectomias laparoscópicas são realizadas anualmente nos Estados Unidos, o que representa 85% das colecistectomias realizadas neste país<sup>3</sup>.

O carcinoma da vesícula biliar é encontrado em 1-2% de todas as colecistectomias realizadas e, na maioria dos casos, não é detectado no período pré-operatório, uma vez que os sintomas são insidiosos e similares aos sintomas da colelitíase<sup>4</sup>.

No presente trabalho, relata-se um caso de implante neoplásico em cicatriz umbilical de carcinoma de vesícula biliar, diagnosticado após colecistectomia laparoscópica por colelitíase.

## RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 78 anos de idade, queixando-se de dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos de aparecimento recente. Não apresentava sinais de icterícia e as provas de função hepática eram normais. A ultra-sonografia abdominal revelou uma vesícula com paredes finas e presença de múltiplos cálculos, sem sinais de neoplasia. Foi então submetido a uma colecistectomia laparoscópica eletiva, na qual foram realizadas quatro punções abdominais, cliques do ducto cístico e da artéria cística e a retirada da peça pela cicatriz umbilical. Não foi utilizado envoltório de material poroso como proteção da peça durante a remoção. A cirurgia evoluiu sem

complicações, sendo a vesícula removida intacta, sem evidências macroscópicas do tumor. Entretanto, o exame histopatológico revelou um adenocarcinoma tubular bem diferenciado, com infiltração transmural e presença de invasão angio-linfática. Em razão do estado comprometido e da idade avançada do paciente e respeitando seu desejo, não foi realizada re-operação (hepatectomia do segmento IV + linfadenectomia). Cerca de quatro meses depois, o paciente queixou-se de dor periumbilical e presença de massa palpável em cicatriz umbilical, cuja apresentação clínica era de uma tumoração semifixa, medindo 7x7cm (figura 1). Foram realizadas radiografia de tórax e ultra-sonografia abdominal de resultados normais. Dois meses depois, o paciente foi submetido à ressecção do implante na cicatriz umbilical (figura 2), sendo constatada carcinomatose peritoneal. Não havia sinais de metástase hepática. A cirurgia foi de caráter paliativo e o paciente evoluiu para óbito 3 meses depois.

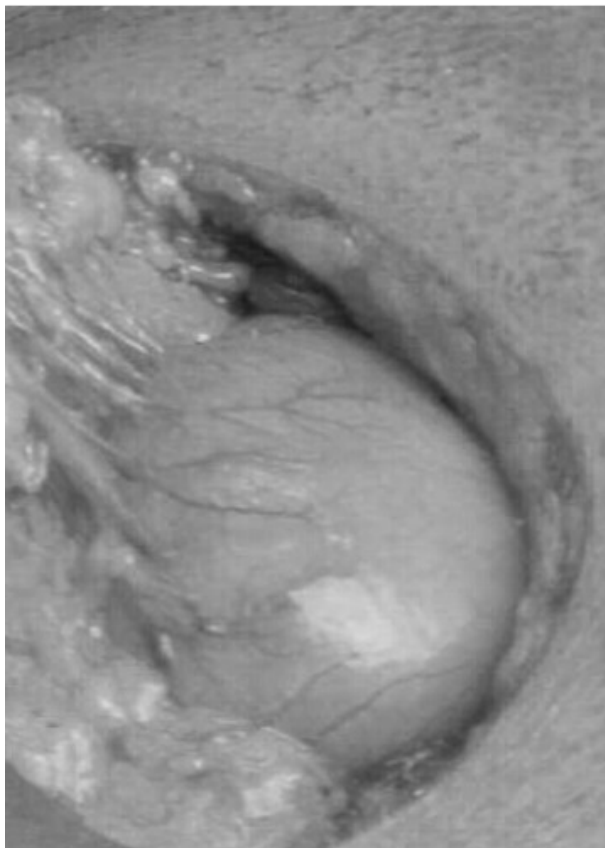
## DISCUSSÃO

A maioria dos casos de carcinoma da vesícula biliar é diagnosticada apenas no exame histopatológico após colecistectomia<sup>4,6</sup>. A incidência dessa neoplasia é maior em mulheres e cresce com a idade, com um pico aos 70 anos<sup>4</sup>.

Não existem dados conclusivos que indiquem que a cirurgia laparoscópica favoreça à implantação metastática em ferida cirúrgica, quando comparada à laparotomia convencional. Contudo, existem pelo menos três mecanismos através dos quais a cirurgia laparoscópica pode levar à implantação de células tumorais nos sítios de punção<sup>4-10</sup>.



**Figura 1.** Nódulo metastático em cicatriz umbilical



**Figura 2.** Tumor peri-umbilical e metástases peritoneais

Inicialmente, a excessiva manipulação associada às manobras de extração da vesícula através dos sítios de punção pode resultar em esfoliação de células tumorais e conseqüente implantação. A implantação pode ocorrer, também, pelo contato com instrumentos contaminados que são constantemente trocados através dos sítios de punção durante a cirurgia laparoscópica<sup>8</sup>. Além disso, o pneumoperitônio criado durante o procedimento gera um meio ambiente favorável à adesão de células tumorais nas superfícies intraperitoneais dos sítios de punção<sup>10-14</sup>.

O achado clínico de metástase na parede abdominal ocorre geralmente de três semanas a oito meses após a colecistectomia laparoscópica. As metástases se apresentam, tipicamente, como um nódulo duro e doloroso em um ou mais dos sítios de punção<sup>12-14</sup>.

Dessa forma, os achados da literatura indicam que o cirurgião deve estar atento à possibilidade de encontrar um carcinoma insuspeitado de vesícula biliar, reforçando a importância do diagnóstico pré-operatório. Os fatores de risco para carcinoma da vesícula biliar incluem mulheres na sexta e sétima décadas de vida, pacientes com vesícula de porcelana (calcificada) e cálculos grandes (maiores que 3cm). Assim, havendo suspeita pré-operatória ou intra-operatória de um carcinoma de vesícula biliar, a cirurgia deve ser convertida em um procedimento aberto, aumentando as chances de cura<sup>15,16</sup>. Constituem medidas relevantes para o diagnóstico intra-operatório de carcinoma da vesícula biliar, a análise macroscópica da mucosa da vesícula e o exame anátomo-patológico por congelamento para os casos suspeitos.

Quando o diagnóstico ocorre somente através do exame histopatológico, a adoção de medidas adicionais depende do estágio do tumor. Se o carcinoma estiver limitado à mucosa, não há necessidade de intervenção cirúrgica adicional, embora tais pacientes necessitem de cuidadoso seguimento. Se já houver invasão da camada muscular, é necessária uma intervenção cirúrgica agressiva, caso haja condições clínicas para isso. Nesse caso, recomenda-se a ressecção de todo o leito da vesícula biliar, associada a uma ressecção dos linfonodos retropancreáticos e do ligamento hepatoduodenal, além de uma hepatectomia do segmento IV<sup>15,16</sup>. Adicionalmente, se a vesícula biliar tiver sido removida por via laparoscópica, deve-se proceder a uma excisão profilática dos sítios de punção, no intuito de prevenir a implantação neoplásica nestes locais<sup>4</sup>.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Holzinger F, Klaiber C. Laparoscopic cholecystectomy as trendsetter in minimal-invasive surgery. *Ther Umsch.* 2005;62(2):65-8.

2. Bittner R. The standart of laparoscopic cholecystectomy. *Langenbecks Arch Surg.* 2004;389(3):157-63.
3. Chousleb ME, Chousleb KA, Shuchleib CS. Actual status of laparoscopic cholecystectomy. *Rev Gastroenterol Mex.* 2004;69(1):28-35.
4. Reber PU, Baer HU, Patel AG, Schmied B, Büchler MW. Port site metastasis following laparoscopic cholecystectomy for unsuspected carcinoma of the gallbladder. *Z Gastroenterol.* 1998;36:901-7
5. Yeh CN, Jan YY, Chen MF. Management of unsuspected gallbladder carcinoma discovered during or following laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg.* 2004; 70(3):256-8.
6. Chan CP, Chang HC, Chen YL, Yang LH, Chen ST, Kuo SJ, et al. A 10-year experience of unsuspected gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. *Int Surg.* 2003;88(3):175-9.
7. Moreira Junior H, Habr-Gama A, Yamaguchi T, Abranson S, Singer L, Nogueiras J, et al. Disseminação de células tumorais induzida pelo pneumoperitônio nos portais das operações laparoscópicas e na parede abdominal: modelo experimental em hamster. *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2003;16(4):165-9.
8. Ramos MAG, Rodríguez FMG, Vásquez VHV, Herrera MG. Metástasis a pared abdominal por cancer de vesícula biliar no sospechado después de colecistectomía laparoscópica. *Rev Inst Nac Cancerol.* 1999;45:180-7.
9. Nally C, Preshaw RM. Tumour implantation at umbilicus after laparoscopic cholecystectomy for unsuspected gallbladder carcinoma. *Can J Surg.* 1994;37(3):243-4.
10. Gupta M, Rastogi N, Lal P. Carcinoma of gallbladder with unusual umbilical metastasis. *Lancet Oncol.* 2003;4(5):319-20.
11. Napolitano L, Artese L, Innocenti P. Seeding from early stage gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Ital Chir.* 2001;72(6):721-4.
12. Jeon HM, Kim JS, Lee CD, Kim EK, Kim SN. Late development of umbilical metastasis after laparoscopic cholecystectomy for a gallbladder carcinoma. *Oncol Rep.* 1999;6(2):283-7.
13. Karayiannakis AJ, Knigh MJ. Umbilical port site from gallbladder carcinoma after laparoscopic cholecistectomy. *Eur J Surg Oncol.* 1997;23(2):186-7.
14. Rivero KA, López LS, Guinto JK, Cortés PC, Hernandez MZ. Adenocarcinoma da vesícula biliar inospechado tratado mediante colecistectomía laparoscópica: Informe de dos casos. *Cir Gen.* 1997;19(1):60-3.
15. Whelan RL, Allendorf JDF, Gutt CN, Jacobi CA, Mutter D, Dorrance HR, et al. General oncologic effects of the laparoscopic surgical approach. *Surg Endosc.* 1998; 12:1092-1103.
16. Onoyama H, Yamamoto M, Tseng A. Extended cholecystectomy for carcinoma of the gallbladder. *World J Surg.* 1995;19:758-63.