

Tratamento do câncer primário da vesícula biliar: estudo de 40 casos

PAULO CÉSAR ALVES CARNEIRO¹

Trabalho realizado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Resumo

O tratamento cirúrgico do câncer primário da vesícula biliar geralmente é eficaz, e consiste de colecistectomia simples, colecistectomia com ressecção em cunha do leito hepático e procedimentos cirúrgicos radicais. Isoladamente é o método terapêutico que alcança os melhores resultados. Foram estudados 40 pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, diagnosticados e tratados no Departamento de Cirurgia (Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no período de março de 1978 a dezembro de 1989. Os procedimentos cirúrgicos utilizados foram múltiplos e variados, em função do estágio evolutivo da doença, os quais foram efetuados em 36 casos (90%), sendo que em dois associou-se o tratamento quimioterápico. Das cirurgias paliativas, a colecistectomia e/ou biópsia e/ou drenagem da via biliar externa ou interna e/ou derivação do trato gastrointestinal foi procedida em 18 casos (47,4%). A laparotomia exploradora com biópsia foi feita em nove casos (23,7%) e associada a procedimentos de drenagem biliar e/ou derivação do trânsito gastrointestinal em quatro casos (10,4%). A quimioterapia antineoplásica instituída não contribuiu para o aumento da sobrevida dos pacientes. As complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 16 casos (44,4%) e as tardias em 12 casos (33,3%). A mortalidade pós-operatória ocorreu em 12 casos (33,3%). Os AA compararam os seus resultados com os relatados na literatura médica.

Unitermos: câncer da vesícula biliar; tratamento cirúrgico; quimioterapia; complicações pós-operatórias; mortalidade pós-operatória.

Introdução

O tratamento cirúrgico do câncer da vesícula biliar relatado em várias casuísticas consiste de colecistectomia simples [1, 2, 3], colecistectomia com ressecção em cunha do leito hepático¹ [4, 5, 6], ou de procedimentos cirúrgicos radicais [7, 8, 9, 10, 11, 12].

O tipo de tratamento que alcança os melhores resultados, até a presente data, é o cirúrgico [10, 13, 14].

O tratamento e o prognóstico dependem, fundamentalmente, do estadiamento correto dessa neoplasia maligna.

A experiência de um único cirurgião geral ou oncológico com o tratamento cirúrgico do câncer primário da vesícula biliar é geralmente muito pequena [15, 16] pois, na revisão bibliográfica por nós efetuada,

a maioria consistia de trabalhos institucionais e, portanto, de pacientes operados por distintos cirurgiões e muitas vezes interdisciplinares.

O objetivo do presente trabalho é analisar a experiência no tratamento cirúrgico do câncer primário da vesícula biliar do Departamento de Cirurgia (Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho) da Faculdade de Medicina da UFRJ, no período de 15 de março de 1978 a 31 de dezembro de 1989.

Casuística e Método

Foram analisados os prontuários de 40 pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, sendo 39 do sexo feminino (97,5%) e um do masculino.

¹Prof. Adjunto-UFRJ. Livre-docente pela Universidade do Rio de Janeiro (Uni-Rio) e pela Universidade Gama Filho (UGF). Doutor e Mestre em Medicina (Cir. Geral) da UFRJ. Especialista (CBC, PUC, CFM). Ex-residente do INCa, TCBC. Endereço do autor para correspondência: Rua Visconde de Inhaúma, 134, grupos 1114/1115 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20091-000

Foi realizada uma revisão criteriosa de todas as lâminas de histopatologia por inclusão em parafina.

O estadiamento foi fundamentado na Classificação de Nevin e cols. [17], sendo no estágio II (dois casos - 5%), estágio III (seis casos - 15%) e no estágio V (32 casos - 80%).

As complicações pós-operatórias imediatas e a mortalidade pós-operatória foram consideradas até o 30º dia de pós-operatório.

Resultados

Quatro pacientes (10%) foram submetidos a suporte clínico (analgesia e/ou hidratação e/ou correção dos distúrbios hidroeletrólíticos e ácidos-básicos e/ou antieméticos e/ou antibioticoterapia e outras prescrições e medidas de apoio), pois apresentavam doença em estágio avançado e péssimo estado geral (Tabela 1). Uma das pacientes supracitadas recebeu dois ciclos de quimioterapia antineoplásica com 5-FU. Posteriormente foi suspenso o tratamento quimioterápico por agravamento das condições clínicas, associada aos efeitos colaterais da droga (linfopenia). A sua sobrevivência foi de 61 dias.

O tratamento foi efetuado em 36 casos (90%), sendo que em dois (5%) associou-se o tratamento quimioterápico.

Tabela 1. Distribuição dos pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, de acordo com o tipo de tratamento. HUCFF-UFRJ (Mar/78-Dez/89).

Tipo de tratamento	Número de pacientes	Porcentagem
Suporte clínico	3	7,5
Suporte clínico + quimioterapia	1	2,5
Cirurgia	34	85,0
Cirurgia + quimioterapia	2	5,0
Total	40	100,0

Foram utilizados em 38 doentes (95%) procedimentos cirúrgicos primários, nos quais em dois o exame laparoscópico com biópsia diagnosticou adenocarcinoma da vesícula biliar, contra-indicando o tratamento cirúrgico, tendo em vista o estágio avançado em que a afecção se encontrava (estágio V), assinalada na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição de 38 pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, segundo procedimentos cirúrgicos. HUCFF-UFRJ (Mar/78-Dez/89).

Procedimentos cirúrgicos	Número de pacientes	Porcentagem
Colecistectomia simples:	3	7,9
+ Ooforectomia	1	2,6
+ Biópsia hepática	1	2,6
+ Biópsia hepática + drenagem transcística	1	2,6
+ Papiloesfincteroplastia	1	2,6
+ Exploração das vias biliares	1	2,6
+ Exploração das vias biliares + pan-histrectomia + omentectomia + exérese de nódulo de mama	1	2,6
+ Coledocojejunostomia + gastrojejunostomia + jejunojejunostomia	1	2,6
+ Drenagem do hepático esquerdo + jejunostomia a Brown + esplenectomia	1	2,6
+ Coledocotomia + drenagem do hepático direito	1	2,6
+ Coledocotomia + exploração das vias biliares + drenagem do trato biliar (Kehr)	6	15,8
+ Ressecção em cunha do leito hepático da vesícula biliar + linfadectomia regional	1	2,6
Colecistectomia + biópsia da vesícula + biópsia hepática	1	2,6
Laparotomia exploradora:	9	23,7
+ Biópsia	1	2,6
+ Biópsia + gastrojejunostomia	1	2,6
+ Biópsia + coledocoduodenostomia	1	2,6
+ Biópsia + drenagem do hepático esquerdo	1	2,6
+ Biópsia + drenagem do hepático comum	1	2,6
+ Colecistectomia parcial	2	5,3
+ Colecistectomia parcial + drenagem do hepático esquerdo	1	2,6
Laparoscopia + biópsia	2	5,3
Total 38	100,0	

O tratamento cirúrgico radical foi procedido em uma paciente (2,5%) de 55 anos de idade, branca, natural de Vitória - ES, portadora de colelitíase, submetida à colecistectomia. Macroscopicamente e pela palpação existia tumoração na vesícula biliar, sendo então solicitado exame histopatológico por congelação, que constatou adenocarcinoma comprometendo todas as camadas da parede vesicular. Conseqüentemente, realizou-se ressecção em cunha do leito hepático da vesícula biliar, associada à linfadenectomia regional. O estudo histopatológico por inclusão em parafina revelou invasão do fígado. A paciente sobreviveu quatro meses e 15 dias.

Das cirurgias paliativas, a colecistectomia e/ou biópsia e/ou drenagem da via biliar externa ou interna e/ou derivação do trato gastrointestinal foi executada em 18 casos (47,4%).

A laparotomia exploradora com biópsia foi feita em nove casos (23,7%) e associada a procedimentos de drenagem biliar e/ou derivação do trânsito gastrointestinal em quatro casos (10,4%) (Tabela 2).

Dos 36 casos (90%) submetidos a tratamento cirúrgico, em 19 (47,5%) foi realizada drenagem do leito hepático da vesícula biliar com dreno Penrose ou tubular.

A quimioterapia antineoplásica foi utilizada em três pacientes (7,5%), a qual não contribuiu para o aumento da sobrevida dos mesmos, pois a quimioterapia não foi executada integralmente. Em dois foi administrado o 5-fluorouracil como droga isolada e outro um esquema associado com adriamicina e ciclofosfamida.

A quimioterapia antibásica instituída não contribuiu para o aumento da sobrevida dos pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar.

Nenhum paciente recebeu radioterapia como tratamento exclusivo ou complementar.

As complicações pós-operatórias imediatas ocorreram em 16 casos (44,4%) (Tabela 3) e as tardias, em 12 casos (Tabela 4).

A mortalidade pós-operatória ocorreu em 12 casos (33,3%).

Tabela 3. Distribuição de 36 pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, de acordo com as complicações pós-operatórias imediatas (até 30 dias). HUCFF-UFRJ (Mar/78 - Dez/89)

Complicações pós-operatórias imediatas	Número de pacientes	Porcentagem
Infecção da ferida cirúrgica	4	25,0
Infecção urinária	4	25,0
Atelectasia pulmonar	2	12,5
Hemorragia digestiva alta	2	12,5
Colangite	1	6,2
Derrame pleural direito	1	6,2
Derrame pleural esquerdo	1	6,2
Úlcera de decúbito	1	6,2
Total	16 (44,4%)	100,0

Tabela 4. Distribuição de 36 pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, de acordo com as complicações pós-operatórias tardias. HUCFF-UFRJ (Mar/78 - Dez/89).

Complicações pós-operatórias tardias	Número de pacientes	Porcentagem
Hemorragia digestiva alta	3	25,0
Suboclusão intestinal	3	25,0
Derrame pleural	1	8,3
Úlceradecúbito (região sacra)	1	8,3
Fístula biliar externa	1	8,3
Pneumonia	1	8,3
Pneumotórax + enfisema subcutâneo	1	8,3
Trombose venosa profunda	1	8,3
Total	12 (33,3%)	100,0

Discussão

A cirurgia é o tipo de tratamento que isoladamente alcança os melhores resultados no câncer da vesícula biliar.

Atualmente, a quimioterapia coadjuvante e a radioterapia pós-operatória são utilizadas; todavia, os resultados são pobres, apesar de ter a literatura ter mostrado casos de remissão parcial [14, 18, 19, 20, 21, 22, 23], e, com maior sobrevida, quando comparadas com os não tratados [24, 25, 26, 27, 28].

Ram [2], Shani e cols. [29], Cunha e cols. [30], Gupta e cols. [31], Nakamura e cols. [32], Piehler e Crichlow [33] relataram respectivamente 12,8%, 25,1%, 11,1%, 6,4%, 12,5% e 10,3% de pacientes não submetidos a tratamento cirúrgico por ter doença avançada no ato de admissão e péssimas condições clínicas.

Em nossa série (Tabela 1) predominou o tratamento cirúrgico exclusivo (34 casos - 85%). A cirurgia associada à quimioterapia foi utilizada em dois casos (5%), sendo que esta última não contribuiu para o aumento da sobrevida. O nosso índice de contra-indicação cirúrgica foi de 10%.

A incisão mediana foi a mais utilizada (25 casos - 65,8%), pois é de fácil execução e possibilita um bom campo operatório. Pode ser facilmente prolongada, superior e inferiormente.

O tipo de incisão obviamente depende da preferência dos cirurgiões gerais e/ou oncológicos e da rotina dos serviços aos quais pertence.

O tratamento cirúrgico pode ser profilático, diagnóstico ou curativo. O profilático, mediante a exérese rotineira da vesícula biliar litíásica sintomática ou não, onde se pode conseguir esse tratamento na fase precoce da doença, como já comentou-se anteriormente. O diagnóstico, quando a lesão é irrissecável, onde se pode avaliá-la sob visão direta, pela palpação e/ou tomadas de biópsias durante a laparotomia exploradora. O curativo, quando o exame histopatológico evidencia carcinoma *in situ*, sendo de ocorrência muito rara.

O tipo de operação depende de vários fatores [34], tais como:

- idade;
- estado geral do paciente;
- tipo, grau e disseminação do tumor;
- experiência do cirurgião com a execução de procedimentos radicais.

O tratamento cirúrgico do câncer primário da vesícula biliar, segundo a literatura, consiste de colecistectomia simples [1, 2, 3], colecistectomia com ressecção do fígado [1, 4, 5, 6] e/ou linfadenectomia regional [9, 17, 36, 37, 38] ou de procedimentos radicais [7, 8, 10, 39, 40].

O grau de ressecabilidade obtido com a laparotomia é reduzido. Assim, Cunha e cols. [30] ressecaram 16

casos (29,6%); Etala apud [41] de 56 pacientes só foram ressecados 19 (33,9%); nos 28 casos de Muller apud [41] só foram operados sete (25%). No Rio de Janeiro, Rodrigues e cols. [36] referem que de 51 só foi possível a ressecção em 17 casos (33,3%) e Zapparico [41], em um total de 15 casos, só conseguiu fazer ressecção em nove casos (60%). Na presente casuística a ressecção foi possível em 18 casos (47,4%), tendo em vista que a maioria representava tumores avançados, o que levou ao emprego de múltiplos procedimentos cirúrgicos, conforme observado na Tabela 2.

É indispensável para uma cirurgia correta e adequada o amplo conhecimento dos meios de disseminação do câncer da vesícula biliar, pois um número muito pequeno de procedimentos cirúrgicos efetuados é baseada na história natural ou biológica da afecção.

Roberts e Daugherty [26] enfatizaram que o controle cirúrgico dessa afecção depende fundamentalmente do estagiamento de Nevin e cols. [17] no momento do diagnóstico.

Em 1981, Adson e Farnell [42] comentaram que somente 10% dos casos da "Mayo Clinic", nos Estados Unidos da América, tinham tumorações não invasivas, restritas à vesícula biliar, enquanto neste trabalho, na UFRJ, tal percentual atingiu 20% (5% - estágio II e 15% no estágio III).

A doença no estágio I (intramucosa) pode ser tratada com a colecistectomia simples. Em geral este tipo de neoplasia constitui achado incomum.

Em nosso meio, Rodrigues e cols. [36] relataram uma paciente com tumor limitado à mucosa e submetida à colecistectomia simples, com sobrevida de 11 anos. Em outros estágios, a colecistectomia simples tem fornecido péssimos resultados [9].

Nos estágios II os pacientes não evoluem bem com uma colecistectomia simples. Advoga-se a colecistectomia com ressecção em cunha do fígado ao nível do leito vesicular associada à linfadenectomia regional descrita por Wolma e Lynch [38] e popularizada por Fahim e cols. [9].

Rodrigues e cols. [36] advogam a cirurgia dita de "Fahim", nos casos de prognósticos mais favoráveis, tais como:

- a - quando o diagnóstico é realizado durante a operação por biópsia de congelação e os pacientes não tenham comprometimento importante do estado geral;
- b - nos casos de pacientes colecistectomizados por litíase e o resultado histopatológico evidencia adenocarcinoma, que não ultrapassou ainda a camada muscular, devendo, se possível, executar a reoperação para *hepatectomia* em cunha e linfadenectomia regional.

Afirmam ainda esses cirurgiões que, quando o diagnóstico dessa neoplasia é feito só pela histopatologia, e a tumoração é limitada à mucosa, não se deve indicar a reintervenção cirúrgica. Descrevem dois casos com sobrevida de quatro a seis anos.

A literatura não assinala uma elevação das taxas de sobrevida de cinco anos com a "cirurgia de Fahim", todavia ela continua sendo muito pouco utilizada na terapêutica do câncer vesicular.

Em nossa série, ela foi empregada em apenas um caso (2,6%), em paciente com idade avançada, invadindo todas as camadas histopatológicas e fígado (estágio V), e, conseqüentemente, a sobrevida foi muito baixa, ou seja, quatro meses e 15 dias.

A doença em fase avançada - estágio III (invasão da serosa), IV (acometimento do linfonodo cístico), V (invasão de órgãos vizinhos) - apresenta poucos sobreviventes com mais de um ano, por isso são realizados procedimentos paliativos, às vezes colecistectomia e/ou derivação do trato biliar e/ou gastrintestinal e, na maioria, apenas laparotomia e biópsia.

A descompressão paliativa do trato biliar pode ser feita por drenagem trans-hepática percutânea, especialmente nos tumores com obstrução dos ductos biliares altos em pacientes idosos ou quando apresentam um alto risco cirúrgico. Métodos com tubo em "T" (Kehr) ou tubo em "U" trans-hepático ou por anastomose bileodigestiva [43, 44] também podem ser usados.

Heap e cols. [45], em 1973, contra-indicaram anastomose intra-hepática em câncer vesicular com

disseminação biliar e sugerem intubações trans-tumorais. Esses procedimentos operatórios não alteram o prognóstico, entretanto permitem uma diminuição nos níveis de bilirrubinas, bem como o prurido, melhorando o padrão de vida.

Os índices de colecistectomia apenas variaram de 5% (Klamer & Max) [46] em Milwaukee-Wisconsin (EUA) a 82,1% (Palácio & Bedoya) [47] em Medellin (Colômbia). No presente trabalho, tal índice foi de 7,9% (Tabela 5).

A freqüência da laparotomia e biópsia apenas oscilou de 7,7% (Nigro e cols.) [48] em São Paulo - SP (Brasil) a 82,4% (Gupta e cols.) [31] em Varanasi (Índia) (Tabela 6).

A colecistectomia é outro procedimento alternativo utilizado nas lesões irrissecáveis da vesícula biliar, cujos índices variam de 1,8% (Solan e Jackson [49]) a 30% (Klamer e Max) [46]).

Entretanto, há autores que advogam para os estágios avançados de câncer da vesícula biliar em pacientes de baixo risco, a lobectomia hepática direita ampliada combinada com linfadenectomia regional. Muitas vezes essa cirurgia é insuficiente, tendo em vista a divisão entre os lobos direito e esquerdo do fígado ser adjacente à borda medial da fossa vesicular. O segmento medial do lobo esquerdo e todo o lobo direito são ressecados na lobectomia hepática direita ampliada.

Tabela 5. Estudo comparativo da freqüência de colecistectomia simples em pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, segundo diversos autores.

Autores	Ano	Casos Nº	Colecistectomia simples	
			Nº	%
Carvalho [58]	1976	23	6	26,1
Treadwell & Hardin [28]	1976	43	25	58,1
Blalock Jr. [15]	1978	15 (14)*	5	35,7
Carvalho e cols. [59]	1978	19 (18)*	7	38,9
Cunha e cols. [30]	1978	54 (48)*	5	10,4
Nigro e cols. [48]	1978	13	3	23,1
Arnaud e cols. [60]	1979	25	3	12,0
Vilata e cols. [61]	1979	59	6	10,2
Gupta e cols. [31]	1980	328 (307)*	32	10,4
Palacio & Bedoya [47]	1980	67 (28)*	23	82,1
Rodrigues e cols. [36]	1980	55 (51)*	7	13,7
Shieh e col. [57]	1981	48	11	29,7
Hamrick Jr. e cols. [62]	1982	69 (45)*	8	17,8
Solowiejczyk & Koren [63]	1982	70	20	28,6
Wanebo e cols. [64]	1982	100	23	23,0
Diez e cols. [65]	1983	45	11	24,4
Klamer e Max [46]	1983	20	1	5,0
Monteiro [66]	1985	100	27	27,0
Ziliotto Júnior e col. [67]	1985	22	11	50,0
Nascimento e cols. [68]	1986	13	2	15,4
Roberts e Daugherty [26]	1986	49	11	22,4
Ouchi e cols. [69]	1987	40	6	15,0
Presente estudo	1993	40 (38)**	3	7,9

*operados

**procedimentos cirúrgicos.

Tabela 6. Estudo comparativo da freqüência de laparotomia e biópsia em pacientes portadores de câncer primário da vesícula biliar, segundo diversos autores.

Autores	Ano	Casos Nº	Laparotomia + biópsia	
			Nº	%
Carvalho [58]	1976	23	4	17,4
Treadwell & Hardin [28]	1976	43	13	30,2
Blalock Jr. [15]	1978	15 (14)*	3	21,4
Carvalho e cols. [59]	1978	19 (18)*	10	55,6
Cunha e cols. [30]	1978	54 (48)**	23	47,9
Nigro e cols. [40]	1978	13	1	7,7
Arnaud e cols. [60]	1979	25	5	20,0
Vilata e cols. [61]	1979	59	41	69,5
Gupta e cols. [31]	1980	328 (307)*	253	82,4
Rodrigues e col. [36]	1980	55 (51)*	24	47,1
Shieh e cols. [57]	1981	48 (37)*	9	24,3
Hamrick Jr. e cols. [62]	1982	69 (45)*	15	33,3
Nascimento e cols. [70]	1982	19	4	21,1
Solowiejczyk e Koren [63]	1982	70	34	48,6
Diez e cols. [65]	1983	45	23	51,1
Klamer e Max [46]	1983	20	6	30,0
Almeida e cols. [71]	1985	112 (87)*	14	16,1
Otero e cols. [65]	1985	35 (9)*	1	11,1
Nascimento e cols. [68]	1986	13	6	46,2
Roberts e Daugherty [26]	1986	49	20	40,8
Lacatena e cols. [72]	1987	12	4	33,3
White e cols. [73]	1988	65	18	27,6
Lynch e cols. [74]	1989	43	9	20,9
Presente estudo	1993	40 (38)*	9	23,7

*operados

**procedimentos cirúrgicos

Vários autores comentam que os procedimentos cirúrgicos radicais não conferem vantagem adicional aos pacientes com carcinoma primário da vesícula biliar [13, 14, 25, 28, 50, 51, 52, 53].

A colangiografia pré-operatória é de extrema valia para detecção de focos neoplásicos multicêntricos e de invasão intraductal (adenocarcinoma papilífero) [37, 54, 55, 56].

O tratamento complementar (quimioterápico e/ou radioterápico e/ou imunoterápico) é empregado usualmente nas lesões irrissecáveis, objetivando uma melhor qualidade de vida ou uma maior sobrevida.

A quimioterapia antineoplásica pode ser administrada por via sistêmica ou localmente, com resultados em geral medíocres, sem provas claras de que haja um prolongamento da sobrevida [18, 20, 35, 57].

A monoquimioterapia intravenosa com 5-FU ou adriamicina são os tipos de drogas citotóxicas mais freqüentemente utilizadas.

O 5-FU na dose de 15 mg/kg é empregada até o aparecimento da toxicidade. A leucopenia (2.000 leucócitos ou menos) e trombocitopenia exigem a suspensão imediata do tratamento.

A adriamicina é usada na dose de 50 a 60 mg/m². Os seus efeitos colaterais são alopecia, náuseas, vômitos, depressão medular e cardiotoxicidade.

Pemberton e cols. [14] não observaram resposta em cinco pacientes tratados com 5-FU.

Treadwell e Hardin [28], em 1976, trataram 43 pacientes com radioterapia e quimioterapia, após cirurgia radical, e conseguiram maiores índices de sobrevida nesses, comparados com os não tratados.

Em 1986, Robertson e Daugherty [26] relataram uma sobrevida média de seis meses em pacientes nos estágios avançados (IV e V) submetidos à quimioterapia, em relação com três meses para os pacientes em que não foram administradas drogas antilblásticas.

Em nossa casuística de 40 casos, em apenas três se empregou quimioterapia. O 5-FU foi utilizado em dois casos, sendo que em um deles este tratamento foi suspenso, tendo em vista o surgimento de linfopenia, cuja sobrevida foi de 61 dias. Num outro caso utilizou-se a quimioterapia combinada (adriamicina e ciclofosfamida). Em todos os casos a quimioterapia não contribuiu para o aumento da sobrevida.

Smoron (1977) [27] publicou um caso de adenocarcinoma da vesícula biliar (estágio II) com sobrevida de seis anos, subsequente à colecistectomia, radioterapia profilática e uso de 5-FU.

Em São Paulo, Zigliotto Júnior e cols. [67], em 22 casos de câncer da vesícula biliar, observaram complicações pós-operatórias imediatas em sete doentes (31,8%).

A mortalidade pós-operatória varia de zero (Otero e cols.) [78] a 45,5% (Carvalho, 1976) [58]. A mortalidade tende a aumentar com a idade dos pacientes. Atualmente, considerando um melhor critério de escolha dos pacientes, o progresso no controle clínico pré e pós-operatórios, a experiência da equipe cirúrgica com os distintos procedimentos cirúrgicos, a mortalidade pós-operatória tende a diminuir.

Summary

The treatment of gallbladder primary cancer is usually ineffective and consists of simple cholecystectomy, cholecystectomy with wedge resection of the hepatic bed and radical surgical procedures. Separately the therapeutic method obtains the best results. Forty cases of patients carrying gallbladder primary cancer were studied, diagnosed and treated at the Surgery Department (General Surgery Service of the "Hospital Universitário Clementino Fraga Filho") of the Medical School of the "Universidade Federal do Rio de Janeiro", in the period from March 1978 to December 1989. The surgical procedures used were multiple and varied, due to the evolutive stage of the disease, which were carried out in 36 cases (90%), the chemotherapeutic treatment having been associated. Among the palliative surgeries, the cholecystectomy and/or biopsy and/or drainage of the outer or inner bladder way and/or derivation of the gastrointestinal transit was carried out in 18 cases (47.4%). Exploratory laparotomy with biopsy was made in nine cases (23.7%) and associated with procedures of bladder drainage and/or derivation of the gastrointestinal transit in four cases (10.4%). The instituted antineoplastic chemotherapy did not contribute for increasing the survival of the patients. Immediate postoperative complications occurred in 16 cases (44.4%) and the late ones occurred in 12 cases (33.3%). Postoperative mortality occurred in 12 cases (33.3%). The authors compared their results with those reported in the medical literature.

Key words: *gallbladder cancer; surgical treatment; chemotherapy; postoperative complications; postoperative mortality*

Referências bibliográficas

1. JONES CJ. Carcinoma of the gallbladder. A critical and pathological analysis of 50 cases. *Ann Surg* 1950; 132: 110-20.
2. LAM CR. Present status of carcinoma of the gallbladder. A study thirty-four clinical cases. *Ann Surg* 1940; 111: 403-10.
3. ROBERTS B. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 98: 530-4.
4. QUÉNU E. Cancer des conduits biliaires - De l'opération radicale dans le cancer des voies biliaires. *Rev Chir (Paris)* 1909; 39: 245.

5. SHEINFELD W. Cholecystectomy and partial hepatectomy for carcinoma of the gallbladder with local liver extension. *Surgery* 1947; 22: 48-58.
6. TRAGERMAN LJ. Primary carcinoma of the gallbladder. Review of 173 cases. *California Med* 1953; 78: 431-7.
7. BOOHER RJ, PACK GT. Cancer of the gallbladder: report of a 5-year cure of anaplastic carcinoma with metastases. *Am J Surg* 1949; 78: 175-80.
8. BURDETTE WJ. Carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 1957; 145: 832-44.
9. FAHIM RB, FERRIS DO, McDONALD JR et al. Carcinoma of the gallbladder. *Arch Surg* 1963; 86: 176-83.
10. GLENN F, HAYS DM. The scope of radical surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 147: 929-4.
11. PACK GT, BAKER HW. Total right hepatic lobectomy. Report a case. *Ann Surg* 1953; 138: 253-8.
12. PACK GT, MILLER TR, BRASFIELD RD. Total right hepatic lobectomy for cancer of the gallbladder. *Am Surg* 1955; 142: 6-16.
13. APPLEMAN RM, MORLOCK CG, DAHLIN DC et al. Long term survival in carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1963; 117: 469-64.
14. PEMBERTON LB, DIFFENBAUGH WF, STROHLEL. The surgical significance of carcinoma of the gallbladder. *Am J Surg* 1971; 122: 381-3.
15. BLALOCK Jr. JB. An analysis of 15 cases of gallbladder carcinoma. *Am Surg* 1978; 44: 286-9.
16. GREENLEE DP, HAMILTON RC, FERRARO FP. Primary carcinoma of the gallbladder. *Arch Surg* 1941; 42: 598-610.
17. NEVIN JE, MORAN TJ, KAY S et al. Carcinoma of the gallbladder. Staging, treatment and prognosis. *Cancer* 1976; 37: 141-8.
18. CHAVAQUE JAA, MARTIN JHS, MILAZZO A et al. Neoplasias primitivas de vesícula biliar. A propósito de 18 nuevos casos. *Rev Clin Esp* 1981; 163: 391-6.
19. PERPETUO MCMO, VALDIVIESO M, HEILBRUNLK et al. Natural history of gallbladder cancer. A review of 36 years experience at MD Anderson Hospital and Tumor Institute. *Cancer* 1978; 42: 330-35.
20. PIEHLER JM, CRICHLAW RW. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1978; 147: 929-4.
21. RAM MD. Carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1971; 132: 1044-8.
22. RUSSEL PW, BROWN CH. Primary carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 1959; 132: 121.
23. VAITTINEN E. Carcinoma of the gallbladder: a study of 390 cases diagnosed in Finland 1953-1967. *Ann Chir Gynaecol Fenn* 1970; 168: 1-81.
24. ACKERMAN LV. Carcinoma of the gallbladder. In: Del Regato JA, Spjut HJ. *Cancer, diagnosis, treatment and prognosis*. St Louis, CV Mosby 1977: 598.
25. MOOSA AR, ANAGNOST M, HALL AW et al. The continuing challenge of gallbladder cancer. Survey of thirty years experience at the University of Chicago. *Am J Surg* 1975; 130: 57-62.
26. ROBERTS JW, DAUGHERTY SF. Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg Clin North Am* 1986; 66: 743-9.
27. SMORON GL. Radiation therapy of carcinoma of gallbladder and biliary tract. *Cancer* 1977; 40: 1422-4.
28. TREADWELL TA, HARDIN WJ. Primary carcinoma of the gallbladder. The role of adjunctive therapy in its treatment. *Am J Surg* 1976; 132: 703-6.
29. SHANI M, HART J, MODAN B. Cancer of the biliary system: a study of 445 cases. *Br J Surg* 1974; 61: 98-100.
30. CUNHA JEM, MACHADO MCC, BACCHELLA T et al. Carcinoma da vesícula biliar. Revisão e análise clínica de 54 doentes. *Rev Ass Med Brasil* 1978; 24: 53-6.
31. GUPTA S, UDUPA KN, GUPTA S. Primary carcinoma of the gallbladder. A review of 328 cases. *J Surg Oncol* 1980; 14: 35-44.
32. NAKAMURA S, SAKAGUCHI S, SUZUKI S et al. Aggressive surgery for carcinoma of the gallbladder. *Surgery* 1989; 106: 467-73.

33. PIEHLER JM, CRICHLLOW RW. Primary carcinoma of the gallbladder. *Arch Surg* 1977; 112: 26-30.
34. LEX A. Normas gerais das laparotomias. In: Zerbini EJ (Ed.) *Clínica Cirúrgica Alípio Correia Neto*. 3ª Ed. Rev Ampl São Paulo, Sarvier, 1974; 4: 9-13.
35. GAZET JC. Quimioterapia del carcinoma de la vesícula, vías biliares e hígado. In: Marlow S, Sherlock S (Eds.). *Cirurgia de la Vesícula y Vías Biliares*, Barcelona, Salvat Editores, 1985: 445-64.
36. RODRIGUESA, TOSTO JA, JESUS JRRM. Carcinoma da vesícula biliar. *Medicina de Hoje* 1980; 6: 412-9.
37. WARREN KW, CAMER SJ. Tumor of the gallbladder and bile duct. In: Hardy J (Ed.). *Textbook of Surgery*, 5ª th. Ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1977; 1: 1007-14.
38. WOLMA FJ, LYNCH JB. Papillary carcinoma of the gallbladder. The importance of lymphonode dissection in early cases. *Arch Surg* 1961; 83: 33-6.
39. BRASFIELD RD. Right hepatic lobectomy for carcinoma of the gallbladder: a five year cure. *Ann Surg* 1961; 153: 563-6.
40. HARDY MA, VOLK H. Primary carcinoma of the gallbladder: a ten year review. *Am J Surg* 1970; 120: 800-3.
41. ZAPARICO M. Cancer primitivo de vesícula biliar. *Rev Esp Enferm Ap Digest* 1972; 38: 681-96.
42. ADSON MA, FARNELL MB. Hepatobiliary cancer - Surgical considerations. *Mayo Clin Proc* 1981; 56: 686-99.
43. BERQUIST TH. Percutaneous biliary decompression. *Am J Radiol* 1981; 136: 901-6.
44. WEISKOPF J, ESSELSTY Jr CB. Carcinoma of the gallbladder. *Am J Gastroenterol* 1976; 65: 522-7.
45. HEPP J, MOREAUX J, LECHAUX JP. Les anastomoses biliodigestives intra hépatiques dans les cancers des voies biliaires. *Résultats de 62 interventions*. *Nouv Pres Méd* 1973; 27: 1829-32.
46. KLAMER TW, MAX MH. Carcinoma of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1983; 156: 641-5.
47. PALACIOH, BEDOYA V. Carcinoma primário de la vesícula biliar. Estudio clínico-patológico de 67 pacientes. *Ant Med* 1980; 29: 8-12.
48. NIGRO AJT, PUBLIESI Jr. WJ, WECHI SL et al. Câncer da vesícula biliar. *An Paul Med Cir* 1978; 105: 63-70.
49. SOLAN MJ, JACKSON BT. Carcinoma of the gallbladder. A clinical appraisal and review of 57 cases. *Br J Surg* 1971; 588: 593-7.
50. BELTZ WR, CONDON RE. Primary carcinoma of the gallbladder. *Am Surg* 1974; 180: 180-4.
51. EVANDER A, IHSE I. Evaluation of intended radical surgery in carcinoma of the gallbladder. *Br J Surg* 1981; 158-60.
52. GLENN F, HAYS DM. The scope of radical surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. *Surg Gynecol Obstet* 1954; 99: 529-41.
53. WARREN KM, HARDY KJ, O'ROURKE MGE. Primary neoplasia of the gallbladder. *Surg Gynecol Obstet* 1968; 126: 1036.
54. JOBERT Fº W, CARVALHO R, SILVA LF et al. Conduta cirúrgica no carcinoma primário da vesícula biliar. *Rev Col Bras Cir* 1977; 4: 107-12.
55. RAGINS H, DIAMOND A, MENG CH. Intra hepatic cholangiojejunostomy in the management of malignant biliary obstruction. *Surg Gynecol Obstet* 1973; 136: 27-32.
56. VADHEIM JL, GRAY HK, DOCKERTY MB. Carcinoma of the gallbladder. A clinical and pathological study. *Am J Surg* 1944; 63: 173-80.
57. SHIEH CJ, DUNN E, STANDDARD JE. Primary carcinoma of the gallbladder: a review of a 16-year experience at the Waterbury Hospital Health Center. *Cancer* 1981; 47: 996-1004.
58. CARVALHO RS. Carcinoma das vias biliares extra-hepáticas: aspectos clínicos e cirúrgicos, Rio de Janeiro, UFRJ, 1976: 71. (Tese - Mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro).
59. CARVALHO PA, LOPES JA, SILVA EG et al. Carcinoma primário da vesícula biliar: considerações acerca de 19 casos. *Rev Assoc Med Rio Gr Sul* 1978; 22: 65-8.
60. ARNAUD JP, GRAF P, GRAMFORT JL et al. Primary carcinoma of the gallbladder. Review of 25 cases. *Am J Surg* 1979; 138: 403-6.
61. VILATA BC, CASTILLO JR, BAYO FGF et al. Cancer primitivo de la vesícula biliar. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1979; 56: 539-46.
62. HAMRICK Jr RE, LINER FJ, HASTINGS PR. Primary carcinoma of the gallbladder. *Ann Surg* 1982; 195: 270-3.
63. SOLOWIEJCZYK M, KOREN E. Carcinoma of the gallbladder: our clinical experience in 70 cases. *Int Surg* 1982; 67: 25-7.
64. WANEBO HJ, CASTLE WN, FECHNER RE. Is carcinoma of the gallbladder a curable lesion? *Ann Surg* 1982; 195: 624-31.
65. DIEZ JA, MAYA CD, FERRERES AR et al. Cancer de vesícula biliar. *Pren Med Argent* 1983; 70: 328-30.
66. MONTEIRO MC. Câncer da vesícula biliar. Análise de 100 casos. *Arq bras Med* 1985; 59: 337-44.
67. ZILLOTTO JÚNIOR A, KUNZLE JE, SGARBI EC. Carcinoma primário da vesícula biliar. *Rev Bras Cancerol* 1985; 31: 103-6.
68. NASCIMENTO JEA, CAPOROSSI C, FIGUEIREDO PC. Carcinoma da vesícula biliar: estudo clínico de 13 doentes. *F méd(BR)* 1986; 93: 299-301.
69. OUCHI K, OWADA Y, MATSUNO S et al. Prognostic factors in the surgical treatment of gallbladder carcinoma. *Surgery* 1987; 101: 731-7.
70. NASCIMENTO MCB, SALOMÃO AR, CARMO MAM et al. Tumores malignos da vesícula biliar. Revisão da literatura e análise de 10 anos no Instituto Nacional de Câncer do Rio de Janeiro. *Rev Bras Cancerol* 1982; 29: 12-7.
71. ALMEIDA JLM, MARTINEZ CAR, BROMBERG SH. Neoplasias malignas das vias biliares. *Rev Ass Med Brasil* 1985; 31: 28-32.
72. LACATENA M, COLUCCI G, SISTO G et al. Il carcinoma primitivo della colecisti: nostra esperienza, *Minerva Chir* 1987; 42: 701-5.
73. WHITE K, KRAYBILL WG, LOPEZ MJ. Primary carcinoma of the gallbladder: TNM staging and prognosis. *J Surg Oncol* 1988; 39: 251-5.
74. LYNCH O, MUCIENTES F, RIQUELME R et al. Câncer de la vesícula biliar. *Rev Chil Cir* 1989; 41: 21-4.
75. KIRSBAUM JD, KOZOLL DD. Carcinoma of the gallbladder and extrahepatic bile ducts. A clinical and pathological study of 117 cases in 13,330 necropsis. *Surg Gynecol Obstet* 1941; 73: 740-54.
76. BALAROUTSOS C, BASTOUNIS E, KARAMANAKOS P et al. Primary carcinoma of the gallbladder. Analysis of 22 cases. *Am Surg* 1974; 40: 605-8.
77. CASTLE WN, WANEBO HJ, FECHNER RE. Carcinoma of the gallbladder and cholecystostomy. *Arch Surg* 1982; 117: 946-8.
78. OTERO JCR, RAINOLDI J, CELORIA G et al. Colecistitis aguda y cancer de vesicula en el anciano. *Acta Gastroenterol Latino Am* 1985; 15: 123-5.