



CASOS CLÍNICOS

CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR. UM CASO TRATADO POR COLECISTECTOMIA E HEPATECTOMIA PARCIAL

JOÃO B. VIANNA
Assistente do S.N.C.

A incidência do câncer da vesícula biliar é fato ainda hoje sujeito a controvérsia: Kaufman (4) estima os casos de câncer da vesícula em 5% no total de autópsias por câncer em geral. Jankelson (3), mais recentemente encontrou somente 0,27% de casos de câncer da vesícula em 11.400 autópsias consecutivas. Na Mayo Clinics, a vesícula ocupa o 5º lugar como órgão mais sujeito à malignidade (5). As idades sujeitas a essa lesão parecem ser aquelas acima dos 50 anos, sendo raros os casos com menos de 40 (1).

As mulheres são mais comumente afetadas de que os homens, na proporção de cerca de 4:1.

A causa do câncer da vesícula biliar não foge à regra dos cânceres de outros órgãos: desconhecida. A litíase, entretanto, parece exercer certa influência em seu aparecimento. Judd lhe atribui a cifra de 65%, enquanto que Janowski vai além, chegando mesmo a 100%. O fato é que a grande maioria de casos de câncer da vesícula apresenta concomitantemente um ou mais cálculos associados à lesão maligna, podendo esta ter sido provocada pela irritação mecânica do primeiro.

No campo experimental, Petrov e Krotkina conseguiram provocar o câncer da vesícula em cobaias, introduzindo corpos estranhos esterilizados no órgão. Dos

5 blastomas assim provocados, 4 produziram metastases a distância.

Walters, da Mayo Clinics, atribui ao cálculo, valor etiológico preponderante na cancerização da vesícula. Acredita não ser essa doença atualmente mais frequente, devido ao fato da precocidade com que hoje se opera a litíase vesicular.

No Serviço Nacional de Câncer, com um registro total de cerca de 12.000 doentes, só nos foi dado observar um único caso comprovado histologicamente.

Em nossa clínica particular, tivemos ocasião de operar um outro paciente em péssimo estado geral, com oclusão pilórica provocada por extenso tumor da vesícula biliar, acompanhado de nódulos hepáticos e adenopatias epiplóicas. Nele praticamos gastro-entero-anastomose de urgência. Devido ao péssimo estado em que se achava o doente e, devido à pressa em fecharmos o ventre, cometemos a falta de não retirar um gânglio para biópsia. Não tendo, portanto, comprovação histológica desse último caso, somente relataremos a observação do primeiro.

OBSERVAÇÃO

E.S.A. — branca — sexo feminino — com 68 anos — registrada no S.N.C. sob nº 8.008, em 16-6-1946.

História: — Há 2 meses começou a sentir fortes cólicas no quadrante superior direito do ventre. Eram independen-

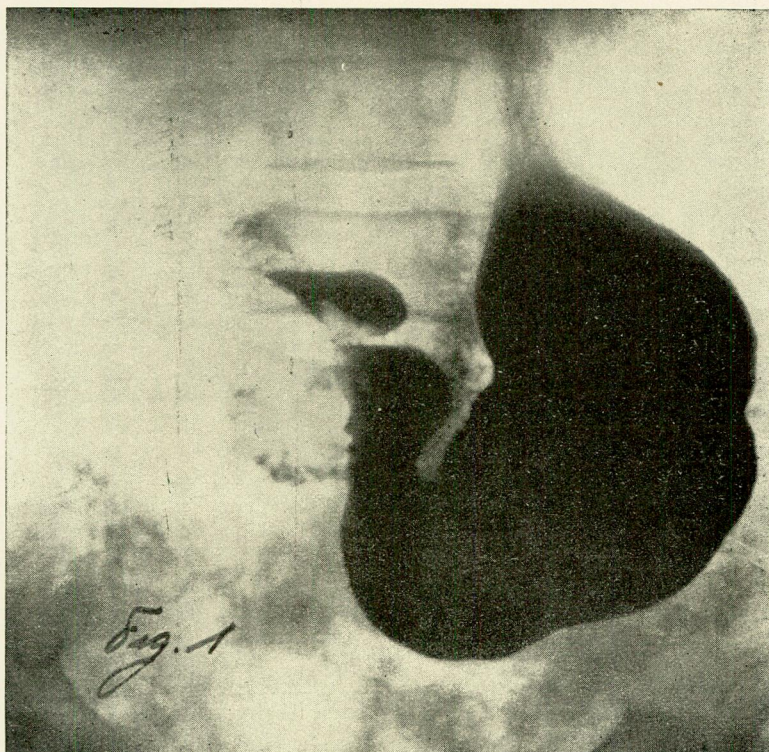


Fig. 1 — Exame radiológico do estômago, mostra compressão do antro pela vesícula, provavelmente aumentada de volume.

tes das refeições e não apresentavam horário certo. De então para cá, essas cólicas vem se repetindo com mais frequência. Nos intervalos das mesmas o referido local permanece "dolorido". Diz a paciente ter eliminado muita bile pelas fezes.

Há um mês vem notando no ventre, a presença de um "caroço duro" que corresponde à zona dolorosa.

Exame geral: — Facies de sofrimento. Panículo adiposo escasso, pele seca e pergaminhosa, revelando regular desnutrição e desidratação.

Exame local: — Abdomen flácido. A palpação profunda revela no quadrante superior direito, a existência de um tumor duro, noduloso, do tamanho de um ovo de galinha e que se dirige do bordo inferior do fígado para baixo até uma

linha transversa passando pela cicatriz umbelical. É praticamente indolor à palpação e, quando a paciente se coloca em decúbito lateral esquerdo, o tumor se desloca um pouco para a linha mediana. Há discreto rechaço lombar à palpação combinada.

A palpação do resto do abdomen de anormal nada revela.

O exame dos demais aparelhos carece de importância. Colecistograma, feito em 12-6-46 pelo Dr. Evaristo Machado, foi negativo, não sendo também revelada imagem de calculose.

O exame radiológico do estômago e duodeno mostrou imagem de compressão extrínseca do antro e bulbo duodenal, devendo corresponder à vesícula volumosa (fig. 1).

Pielograma endovenoso, realizado em 18-6-46, revelou situação baixa de ambos os rins, notadamente do direito, não havendo, todavia, deformação de cálices. Eliminação normal. Nos demais exames de laboratório nada de importante foi encontrado.

Diagnóstico clínico: — Blastoma maligno da vesícula biliar.

Após conveniente preparo, a paciente foi submetida à intervenção cirúrgica em 25-6-46.

Operador: — João B. Vianna.

Auxiliar: — Amador C. Campos.

Anestesia: — Peri-dural pela solução de Gutierrez.

Anestesiista: — Luiz Carlos de Oliveira Junior.

Laparotomia para-mediana direita, supra e infra-umbelical. Aberto o ventre, verificamos que na face anterior do fígado existia uma lesão com aspecto de cicatriz retrátil nas proximidades de seu

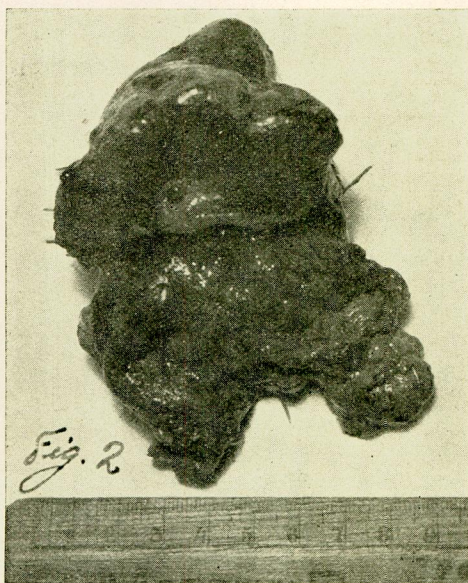


Fig. 2 — Peça operatória, vendo-se na metade superior a porção hepática ressecada. Na metade inferior, o epiplon, recobrimdo o tumor formado pela vesícula biliar.

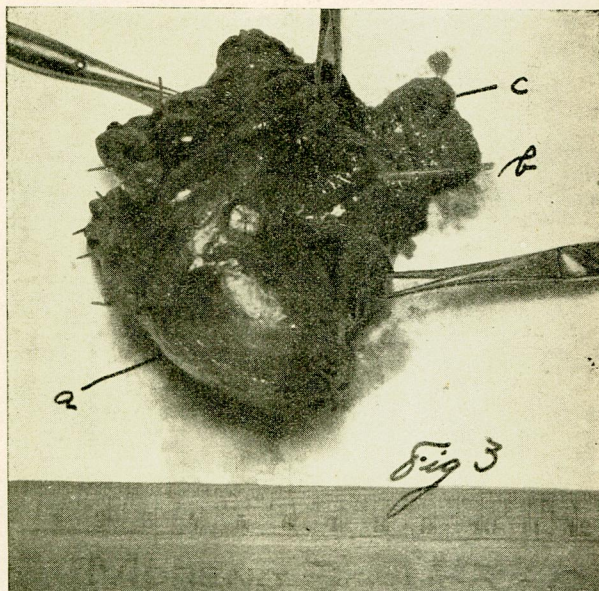


Fig. 3 — A mesma peça operatória da figura anterior, observada pela face ventral: vê-se o tumor da vesícula (a), a porção ressecada do antro do estômago (b) e (c) a aderências aploicas ressecadas juntamente com a vesícula.

bordo inferior. Aí havia extensas aderências do grande epiplon, que apresentava neste local vários gânglios linfáticos volumosos. Colocamos, a seguir, um afastador autostático de Gosset e, enquanto o auxiliar levantava o bordo inferior do fígado, afastamos para baixo o colon transversal. Pudemos, então, verificar pela inspeção e pela palpação que a vesícula biliar formava com o epiplon e o bordo inferior do fígado um só bloco tumoral de consistência dura, aderente à parede do antro do estômago. Depois de seccionarmos entre ligaduras as aderências epiplóicas, pudemos explorar melhor a face inferior do fígado. Esta apresentava, próximo à vesícula, lesão idêntica àquela de sua face anterior, talvez um pouco menos extensa. Tornou-se evidente que para retirarmos a vesícula seria mister ressecarmos a porção do fígado invadida pelo tumor, assim como a por-

ção do antro do estômago aí aderente. Para isso, circunscrevemos a lesão do fígado com uma série de pontos de colchoeiro com catgut, indo da face ante-

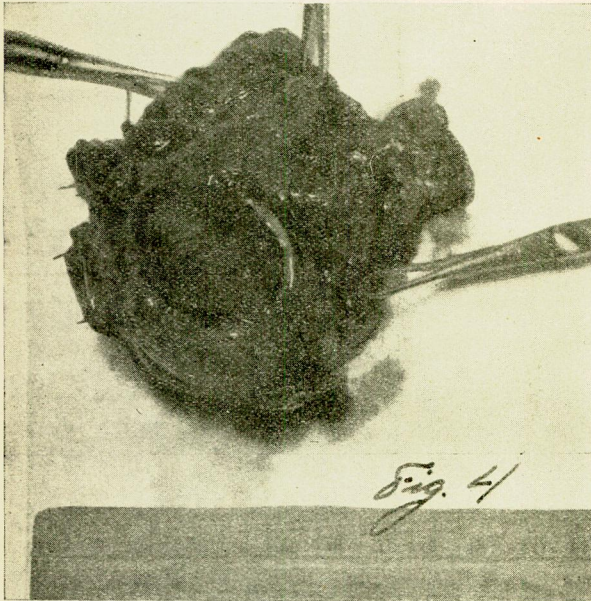


Fig. 4 — Vesícula aberta, mostrando um cálculo solitário.

rior à face inferior do órgão. Esses pontos foram passados em tecido hepático aparentemente são, a 3 cm. do bordo da lesão. Isto feito, seccionamos com bisturi elétrico uma cunha de tecido hepático, compreendendo a lesão do fígado correspondente à toda a extensão do leito da vesícula biliar. Ressecamos ainda uma porção da parede anterior do antro do estômago que se achava grandemente aderente ao processo tumeroso. A abertura deixada no estômago foi fechada em 2 planos por chuleiros de catgut nº 00 sem deixar sensível diminuição do trânsito gástrico. A artéria cística foi depois identificada, ligada e seccionada, o mesmo sucedendo ao canal cístico. Dessa maneira, foi extirpada a vesícula biliar juntamente com uma grande cunha de

tecido hepático, pequena porção da parede gástrica, parte do grande epiplon e gânglios linfáticos aí existentes, figuras. 2 e 3.

A ferida operatória, deixada no fígado, não pôde ser fechada por sutura, ficando tão somente os pontos hemostáticos de colchoeiro.

Retirado o afastador de Gosset, fechamos a parede abdominal com pontos separados de crina grossa dupla. Procedemos assim não só devido a friabilidade do peritônio como também para terminar o ato operatório o mais rápido possível.

Durante certa fase da operação, a paciente entrou em choque, do qual foi tirada com injeção endovenosa de plasma humano conservado. Ao sair da mesa de operação, apresentava pulso cheio, ritmado com 84 batimentos por minuto e pressão arterial mx. de 14.40 e mm. de 7.5.

Como vemos, a paciente tolerou relativamente bem a operação. Os pontos de

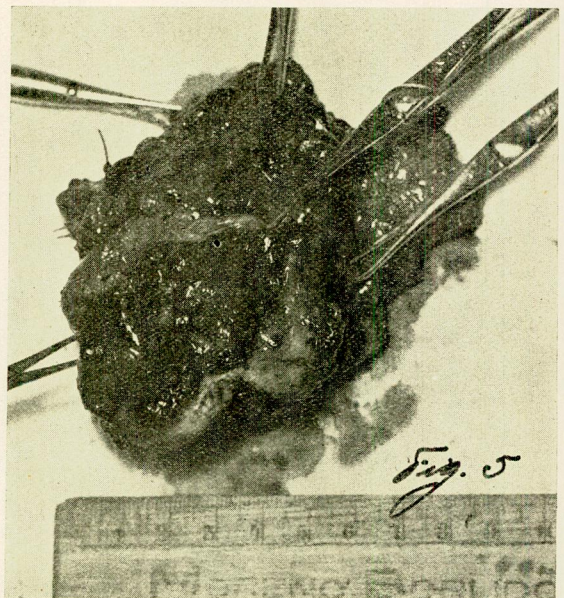


Fig. 5 — Vesícula aberta, mostrando a presença de tecido blastomatoso.



colchoeiro, passados previamente no fígado, mantiveram ótima hemostasia, permitindo ressecção relativamente fácil do órgão.

Examinando depois a peça operatória, verificamos a presença de um volumoso cálculo solitário na vesícula (figura 4) e o fundo dela ocupado por tecido granuloso de aspecto suspeito de malignidade (fig. 5).

O exame histopatológico procedido pelo Dr. Francisco Fialho revelou: "carcinoma papilífero, originado na vesícula", (Figs. 6 e 7).

Post-operatório: — No dia seguinte à operação, a paciente vomitou de quando em vez. Êsses vômitos cederam finalmente com o uso da sonda gástrica de demora. O abdome manteve-se sempre flácido e mais ou menos indolor. A paciente levantou-se no 9º dia e os pontos de sutura foram retirados no 11º. No 15º dia estabeleceu-se pequena fistula biliar através do 1/3 superior da cicatriz ope-

ratória, o que, entretanto, não impediu a paciente de ter alta da enfermaria em 24-7-46. A quantidade de bile que escoava através a fistula diminuiu gradativamente, cicatrizando-se a referida fistula, 15 dias após a alta da enfermaria.

As dores, que sentia antes da operação, desapareceram completamente e ela passou bem de saúde até 4 meses depois de operada (24-10-40), quando lhe apareceu intensa icterícia, tornando as fezes descoradas. Nessa ocasião a palpação do ventre revelou a presença de vários nódulos duros no fígado.

Em 9-1-47, já havia cedido a icterícia e a doente continuava sem dores, porém, o exame do ventre revelava ainda presença de nódulos hepáticos. Em 14-3-47 surgiram dores no ventre, inapetência e a paciente entrou em caquexia, vindo a falecer em 24-3-47, ou sejam nove meses após a operação. Não foi feita a autópsia.

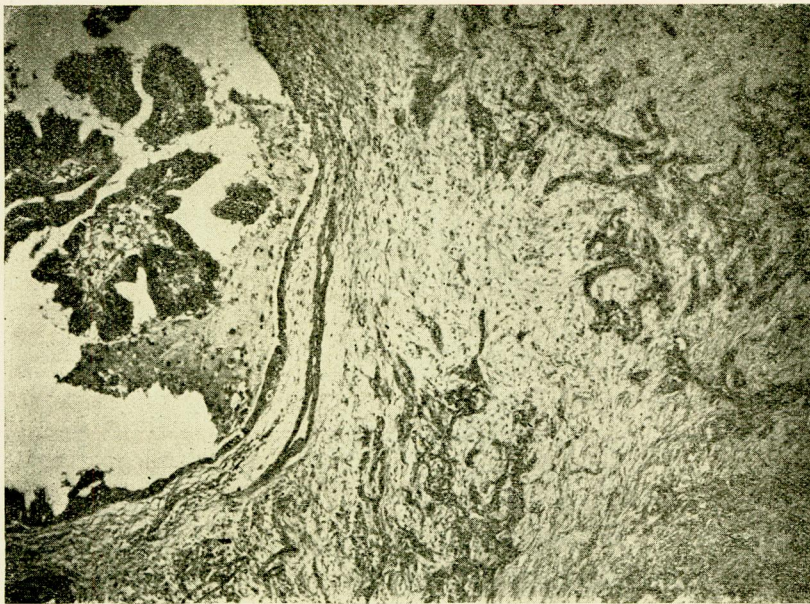


Fig. 6 — Microfotografia do tumor da vesícula. À esquerda, verifica-se a mucosa da vesícula; à direita, a invasão dos tecidos subjacentes pelo tumor.

Conclusão: — A apresentação deste caso é feita apenas para justificar colecistectomia alargada nos casos de câncer da vesícula biliar já adiantados. Não pretendemos com isso a cura nesses casos, visto que ela só pode ser conseguida, quando muito, no início da doença, como prova a literatura médica mundial. Vadheim, Gray e Dockerty (5) apresentam uma média de sobrevivência de 7,3 meses após operação nos carcinomas de

tro operado de ileostomia por colite ulcerativa apresentava concomitantemente câncer da vesícula. Finalmente, 2 outros pacientes sofreram colecistectomia por processo outro que não canceroso, tendo sido este todavia diagnosticado depois pelo anatomopatologista. Dêstes 2 últimos, que sem dúvida eram casos iniciais, um conservou-se vivo após 5 anos, enquanto que o outro morreu da doença aos 13 meses. Os mesmos autores apre-

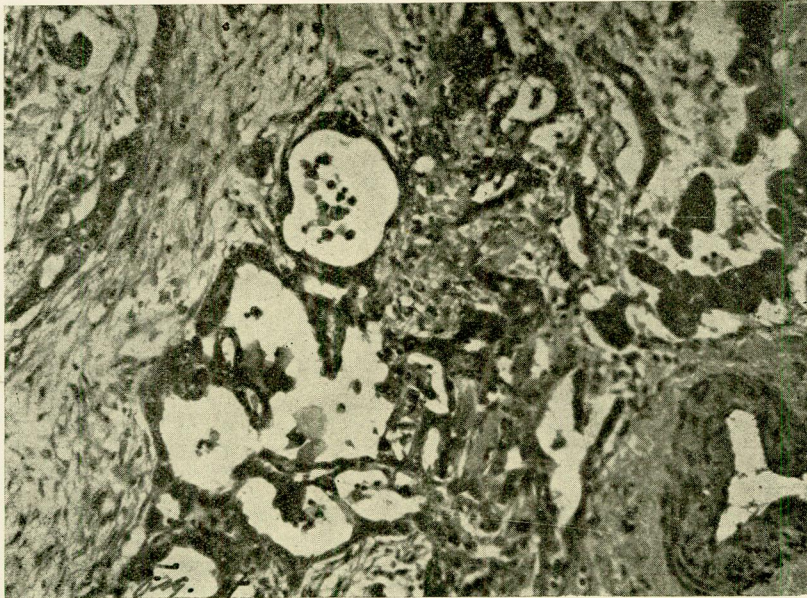
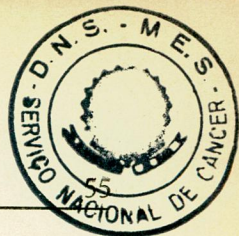


Fig. 7 — O mesmo corte da figura anterior, observado com maior aumento: tubos glandulares formados pelo blastoma. Adeno-carcinoma grau 2.

grau I de Broders, que se estendem a tôdas as camadas da vesícula ou que apresentavam metastases em órgãos vizinhos. Swinton e Becker (3) publicaram 20 casos de câncer da vesícula. Dêstes, 4 foram somente submetidos a biopsia; 3 sofreram colecistectomia; 6 colecistectomia e codedocotomia; 2 coledocotomia somente; 1 colecistostomia; 1 colecistostomia e coledocostomia; 1 sofreu colecistostomia com ressecção parcial do fígado; 1 não chegou a ser operado devido às péssimas condições gerais, 1 ou-

sentam mortalidade operatória de 31% com 5% de curas de 5 anos.

Achamos que a colecistectomia com hepatectomia parcial se justifica nos casos em que a lesão hepática se mostrar aparentemente limitada às proximidades da vesícula, podendo ser então retirada, em bloco com parte do fígado. Assim procedendo, não se visa curar o doente, porém, melhorar temporariamente suas condições, aliviando as dores, e trazendo para o mesmo maior benefício do que



oferece a simples laparotomia exploradora.

Em nosso caso não podemos garantir, termos proporcionado com a intervenção, maior sobrevida à paciente do que se logo após a laparotomia tivéssemos fechado o ventre sem mais fazer. Contudo, procedendo a exeresse, aliviamos completamente as dores da doente, durante cerca de 8 meses. Nos 4 primeiros, houve também acentuada melhora do seu estado geral.

S U M M A R Y

A case of cancer of the gall-bladder with partial invasion of the liver is reported. The patient 68 years old had severe pains in her right upper abdominal quadrant. A hard tumor was palpated there. Cholecystogram was negative and radiological examination of the stomach showed an extrinsic deformity of the antra. A tentative diagnosis of gall bladder câncer was made and was confirmed by laparotomy.

The liver around the gall bladder was greatly invaded by the tumor and

part of the stomach was very adherent to it. Cholecistectomy with partial hepatectomy and partial atypical gastrectomy were performed by the author. A hemostatic suture was placed in the liver before it was severed by the electrical knife. The abdomen was closed with no drainage. A biliary fistula developed a few days afterwards but within a month.

The patient was free from pain during 8 months although after the 4th. month she would have now and then severe icterus. She died 9 months after the operation with recurrence of hepatic metastases.

The gall-bladder showed a big solitary calculus and histological examination showed the tumor to be a "papillary carcinoma".

The author does not expect gall-bladder cancer so advanced as the one reported can be cured, but believes that cholecystectomy with partial hepatectomy will bring some relief to the patient and carry him on comfortably for some time. Therefore, when possible, operation should be continued rather than just removing a piece of tissue for biopsy and closing the abdomen.

DIAGNÓSTICO DO FEOCROMOCITOMA

John S. LaDue e George T. Pack mostraram recentemente que o brometo de tetraetil amônio representa um método seguro e inócuo para o diagnóstico dos tumores medulares da glândula supra-renal. O teste consiste na administração endovenosa de 400 miligr. de brometo de tetraetil amônio. Minutos após a injeção, como acontece quando se usa o teste das histamina, há subida brusca da pressão arterial, que pode todavia, ser controlada mudando a posição do paciente, de supina, para erecta. O teste proposto por LaDue representa mais um meio para o diagnóstico clínico do feocromocitoma, podendo ser usado isoladamente ou de preferência para corroborar os resultados positivos de outros testes, como o da histamina e da benzodioxana.

