

ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR ASSOCIADO A CARCINOMA INVASIVO: RELATO DE CASO

ADENOCARCINOMA OF GALLBLADDER ASSOCIATED WITH INVASIVE CARCINOMA: A CASE REPORT

Lizka Kenty Moreno Cerdán;* Camilly Carolina Abecassis da Cruz ;** Luiz Carlos de Lima Ferreira;*** Hugo Sanmaronny Cardoso;**** Rafael Frota da Silva;**** Yan Coelho e Silva****

Resumo

O câncer da vesícula biliar é o quinto mais comum envolvendo o trato gastrointestinal, reconhecido como a neoplasia maligna mais frequente da árvore biliar, sendo uma doença altamente letal com uma sobrevida global muito baixa, pois o diagnóstico clínico é um desafio, devido às suas características clínicas inespecíficas e sintomas ausentes no câncer precoce, resultando num diagnóstico em estado avançado, e prognóstico reservado. Este relato descreve o caso de uma paciente de 68 anos, portadora de colelitíase empiematosa, sem sinais e sintomas colestáticos, diagnosticada como neoplasia papilífera intracística associada a carcinoma invasivo ao exame histopatológico.

Palavras-chave: Câncer de vesícula; Colelitíase; Neoplasia papilífera intracística; Carcinoma invasivo.

Abstract

The gallbladder cancer is the fifth most common cancer involving the gastrointestinal tract and is the most common malignant tumor of the biliary tract. It is a highly lethal disease with a very low overall survival. Clinical diagnosis is a challenging due to the lack of specific signs and symptoms, and as a result, the diagnosis is often made at an advanced stage. This report describes the case of a 68-year-old patient, carrier cholecystitis with empyema without cholestatic, signs and symptoms, diagnosed as papillary adenocarcinoma by histopathological examination.

Keywords: Gallbladder cancer, Cholelithiasis; Intracystic papillary adenocarcinoma.

Introdução

O câncer da vesícula biliar (CV) é definido como uma neoplasia epitelial maligna, com diferenciação biliar, intestinal, foveolar ou escamosa.¹ Descrito pela primeira vez por

Maximillian de Stoll em 1777, porém a primeira ressecção desta lesão foi atribuída a Keen em 1891 e, posteriormente, a George Pack.⁹

Esta neoplasia acomete principalmente os idosos, na faixa etária de 70 a 79 anos, com

*Médica residente de anatomia patológica do Hospital Universitário Getúlio Vargas

**Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Amazonas

***Médico Anatomopatologista do Hospital Universitário Getúlio Vargas

****Médicos Residentes de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas

predominância no sexo feminino na relação de 3:1. A incidência desta neoplasia é grande nos países latino-americanos (como Chile, México e Bolívia).⁷ Os sintomas são inespecíficos, sendo a dor, a principal queixa, os dados laboratoriais não ajudam no diagnóstico, incluindo hiperbilirrubinemia, elevação da fosfatase alcalina e CEA ou CA19-9; esses últimos não são específicos para malignidade, podendo estar alterados em doença obstrutiva biliar e adenocarcinoma de outra origem.⁵

O diagnóstico desta neoplasia, geralmente, se dá em estado avançado da doença, sendo o motivo a inespecificidade dos sintomas indistinguíveis da doença benigna. O mau prognóstico é descoberto no momento da cirurgia.^{7,10}

Durante as últimas décadas, houve avanços importantes na prática clínica, os quais resultaram em alterações significativas no diagnóstico precoce do CV, e o uso de abordagens cirúrgicas agressivas promete melhorar a sobrevivência.⁸

Relato de Caso

Paciente de 68 anos, feminino, natural de Nhamundá - AM e residente em Manaus - AM; iniciou, em setembro de 2013, quadro de dor em aperto nas regiões epigástrica e hipocôndrio direito, com irradiação para o dorso, associado a episódios de náuseas e vômitos. Nega sintomas colestáticos e perda ponderal.

Ao exame físico: bom estado geral, lúcida e orientada no tempo e espaço, anictérica, acianótica, eupneica, mucosas normocoradas, afebril, desidratada e com edema em membros inferiores. À ausculta respiratória mostrava murmúrio vesicular fisiológico sem ruídos adventícios bilateralmente e ausculta cardíaca normal. Abdômen globoso, flácido, doloroso à palpação profunda em epigástrico e hipocôndrio direito, sem dor à descompressão brusca, fígado

palpável a 3 cm do rebordo costal direito e presença de ruídos hidroaéreos normais.

Os exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina de 12 g/dL, hematócrito de 36,1%, leucocitose de 17.260/ml, a custa de segmentados de 14.360/μl (83,2%), plaquetas de 431.000/μl, com demais dados de hemograma e de coagulograma normais, creatinina 0,87 mg/dL, albumina 4,6 g/dL, TGO 29 U/l, TGP 30 U/l, Gama GT 66 U/L, fosfatase alcalina 299 U/L, sódio 141 mEq/L, potássio 3,5 mEq/L, magnésio 2,0 mg/dL, bilirrubina total e frações dentro dos padrões de normalidade.

A ultrassonografia de abdômen total revelou vesícula biliar de paredes espessadas, contendo em seu interior múltiplas imagens hiperecogênicas, causadoras de sombra acústica posterior e bile anecoica. Tendo as vias biliares e demais estruturas abdominais sem alterações. Achados compatíveis com coledocite e sinais de colecistite. A paciente foi submetida à colecistectomia convencional. Primeiramente, foi realizada uma incisão subcostal à direita e, em seguida, diérese por planos até a cavidade abdominal. Seguiu-se ao inventário no qual foi verificada vesícula biliar de paredes espessadas, contendo cálculos em seu interior, com aderências entre sua parede e duodeno; ducto cístico medindo cerca de 0,4 mm e ducto colédoco cerca de 0,7 mm. Foi realizado lise de aderências colecisto-duodenais, punção da vesícula biliar e aspiração de 40 ml de líquido purulento no seu interior.

A peça cirúrgica foi enviada ao Departamento de Patologia e Medicina Legal da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Tendo o exame macroscópico revelado um tumor com padrão de crescimento exofítico localizado na face hepática medindo 2,7x1,5 cm situado a 7,5 cm da margem cirúrgica do ducto cístico.

A microscopia evidenciou neoplasia papilífera intracística associada com carcinoma invasivo.

O estadiamento patológico foi pT1b pNx
(Figuras 1 e 2).

Cerdán et al

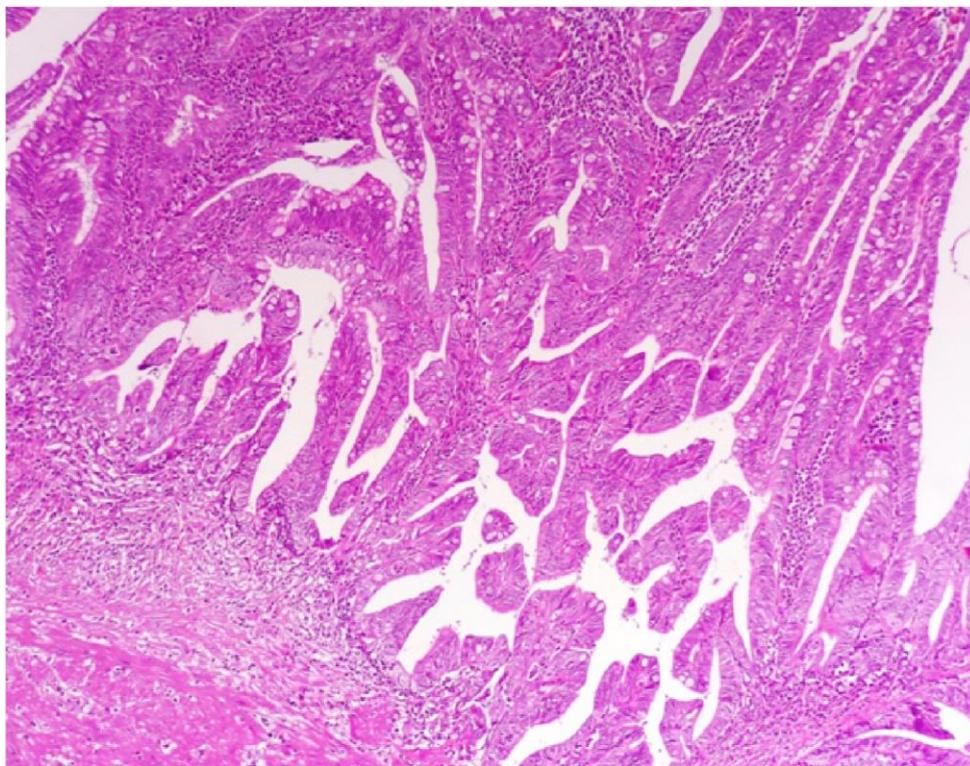


Figura 1: Hematoxilina e eosina. Corte histológico de Carcinoma Papilífero intracístico exibindo projeções papilíferas. (200X)

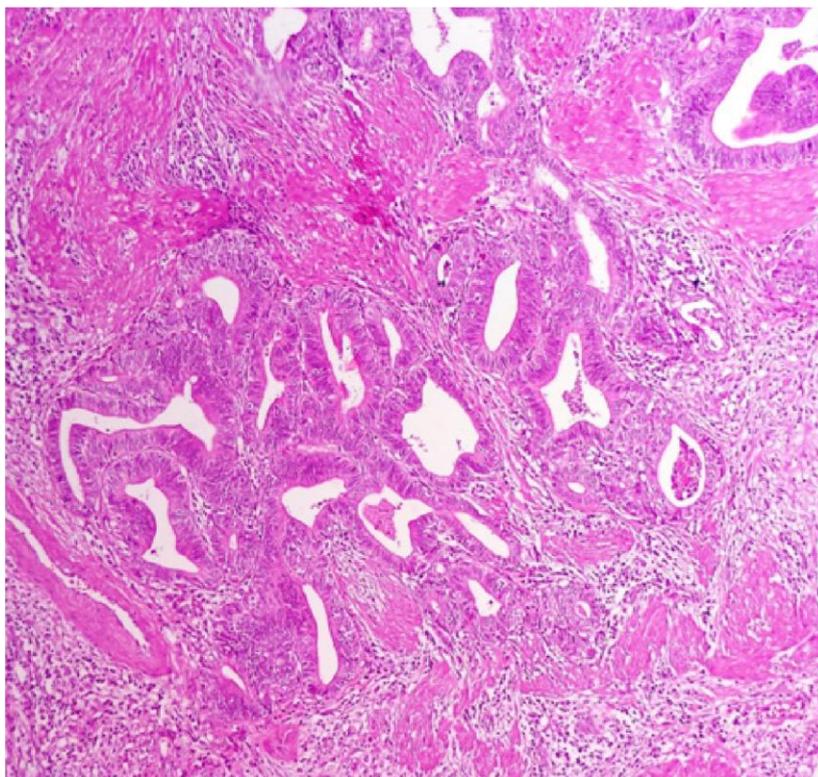


Figura 2: Hematoxilina e eosina. Neoplasia papilar intracística associada a carcinoma invasivo, constituída por componente tubular. (200X)

ADENOCARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR ASSOCIADO A CARCINOMA INVASIVO: RELATO DE CASO

Discussão

Neste trabalho apresentamos um relato de caso de carcinoma invasivo de vesícula biliar associado com neoplasia intracística, diagnosticado no exame histológico, porém a paciente não apresentava sinais e sintomas colestáticos.

A avaliação histológica da vesícula biliar é fundamental, pois a maioria dos pacientes apresentam sintomas pouco específicos sendo difícil diferenciar, do ponto de vista clínico, de outras patologias mais frequentes, como colecistite crônica ou aguda, motivo pelo qual o diagnóstico é no estado avançado e com prognóstico reservado, com taxa de sobrevivência de cinco anos em 5% dos casos.^{1,5}

Os fatores de risco mais evidentes para CV são a genética, cálculos biliares e anomalias

coledocopancreáticas.^{2,3,4,5} A paciente do relato apresenta cálculos biliares como fator de risco.

Os cálculos são encontrados em mais de 80% dos pacientes com carcinoma, no entanto, a incidência de CV em pacientes com colelitíase é menos de 0,2%. A correlação do tamanho do cálculo com o risco de desenvolver carcinoma não foi documentado, mas se acredita que a dimensão do cálculo estaria relacionada com a frequência do tumor, onde o tamanho é proporcional à idade.¹

Outro fator de risco é a calcificação difusa da parede da vesícula (vesícula em porcelana) presente em menos de 1% das colecistectomias com incidência de 10% - 25%, fator que não foi evidenciado na paciente, anomalias pancreatobiliares, mais frequentes no Japão e na China (0,9% - 8,7%) e encontram-se

associadas com esta neoplasia em 12,5% - 65%, desenvolvendo a lesão 10 anos antes quando comparado com os pacientes sem esta anomalia.^{1,2,3,5}

Outros riscos incluem colite ulcerativa, distúrbios genéticos como polipose adenomatosa familiar (FAP) e síndrome de Peutz-Jeghers, infecção de *Salmonella typhi* e exposição a químicos na produção de borracha, automóveis e têxtil.^{1,5}

bem diferenciado (95% glandular), moderadamente (50-95% glandular) e pouco diferenciado (50% glandular).⁶

A classificação histológica da Organização Mundial da Saúde (OMS) baseada em sua classificação prévia e do Instituto de Patologia das Forças Armadas (AFIP), em 2000, atualizou a nomenclatura e acrescentou a neoplasia papilar intracística e neoplasia intra epitelial biliar (BiLN)¹ sendo esta a descrição microscópica do relato apresentado

Cerdán et al

Atualmente, os carcinomas de vesícula são diagnosticados, incidentalmente, nas peças de colecistectomia de pacientes com sintomas de colelitíase, infelizmente, o diagnóstico é no estado avançado, pois não há sintomas específicos, menos de 1% apresentam síndrome paraneoplásica, que pode ser a primeira manifestação desta neoplasia. Há relatos de CV associados com acantose nigricans, lesões tipo penfigoide bolhoso, dermatomiosite, sinal de Leser-Trelat e Síndrome de Guillain-Barré.^{1,6,9} Sinais não evidenciados na paciente durante a internação.

Na macroscopia do carcinoma pode ser encontrada lesão branca acinzentada causando espessamento da parede de consistência endurecida; a vesícula biliar pode estar distendida ou colapsada devido a obstrução do ducto cístico; a forma de ampulheta é encontrada quando a neoplasia se origina no corpo e constribe as paredes laterais. Carcinomas em associação com neoplasia papilar intracística são sésses e exibem aparência polipoide, aparência que foi evidenciada na macroscopia da vesícula da paciente.

O CV acomete fundo e corpo em aproximadamente 90%, a invasão de tecido hepático pode acontecer em 70% dos casos. Histologicamente, a neoplasia mais usual é o adenocarcinoma com variantes histológicas, sendo o tipo biliar, o mais comum, podendo ser

O prognóstico dos pacientes com neoplasia do trato biliar extra hepático dependem da extensão do tumor e do tipo histológico, carcinomas em associação com neoplasia papilar intraductal apresentam potencial para metástase e estão associados com pior prognóstico; quando o carcinoma está localizado na parede da VB a taxa de sobrevivência de 10 anos é de 21%. Invasão perineural e linfática são comuns.¹

Em suma, a detecção precoce do CV oferece melhor potencial de cura. No entanto, como o CV não apresenta sintomas específicos e em quase todos os casos é diagnosticado em estado adiantado ou achado incidentalmente após colecistectomia, é interessante que novos marcadores sejam descobertos, tanto para melhorar a capacidade de diagnóstico como para ser alvo na imunoterapia.

Referências

1. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND, et al. WHO Classification of Tumours of the Digestive System. 4ª Edição. Lyon: IARC Press; 2010.
2. Miller G, Jarnagin WR. Gallbladder carcinoma. *The J Canc Surg* 2008; 34:306-12.

3. Gourgiotis S, Kocher HM, Solaini L, Yarollahi A, Tsiambas E, Salemis NS. Gallbladder cancer. *Am J Surg* 2008; 196(2): 252-64.
4. Meirelles-Costa AL, Bresciani CJ, Perez RO, Bresciani BH, Siqueira SA, Ceconello I. Are histological alterations observed in the gallbladder precancerous lesions? *Clinics* 2010; 65(2):143-50.
5. Wood R, Fraser LA, Brewster DH, Garden OJ. Epidemiology of gallbladder cancer and trends in cholecystectomy rates in Scotland, 1968-1998. *Eur J Cancer* 2003; 39(14): 2080-6.
7. Isamberta M, Leuxb C, Métairieb S, Paineauc J. Incidentally-discovered gallbladder cancer: When, why and which reoperation? *Paineauc J Vis Surg* 2011; 148: 77 -84.
8. Sanjeev M, Arun C, Naresh C, Indra D. Carcinoma of the gallbladder. *Lancet Oncol* 2003; 4: 167-76.
9. Yildirim E, Celen O, Gulben K, Berberoglu U. The surgical management of incidental gallbladder carcinoma. *The J Canc Surg* 2005; 31: 45-52.
10. Jean M, Kenichi M, Mithat G, Michael I, Enrique W, Peter J, Yuman F, Ronald P, et al. Gallbladder Cancer: Differences in Presentation, Surgical Treatment, and Survival in Patients Treated at Centers in Three Countries. *Amer. Coll. of Surg.* 2011; 212 (1).

MEDIASTINITE ESCLEROSANTE MIMETIZANDO TUMOR DE MEDIASTINO ANTERIOR

SCLEROSING MEDIASTINITIS MIMICKING PREVIOUS MEDIASTINAL TUMOR

Vângelis Basílio Rebelo,* Raquel Magalhães Pereira,** Luíz Carlos de Lima,*** José Corrêa Lima Netto,****Fernando Luiz Westphal****

Resumo

Mediastinite Esclerosante (ME) é uma doença rara, caracterizada por proliferação anormal de tecido fibrótico no mediastino, o que mimetiza uma neoplasia devido à compressão ou invasão das estruturas mediastinais. Apresentamos o caso de um homem, 61 anos, com queixa de disфонia e tosse, associadas a histórico de tabagismo, por 20 anos. Não apresentava alterações ao exame físico. Videolaringoscopia evidenciou paralisia de corda vocal direita. Tomografia computadorizada e ressonância magnética da região cervical e tórax mostraram tumor de 5 cm de diâmetro em região paratraqueal direita, no mediastino anterior, com envolvimento da carótida direita, subclávia direita e tronco braquiocefálico, bem como compressão traqueal. Paciente foi submetido a cervicotomia, sendo ressecada parte do tumor que envolvia a carótida direita e tronco braquiocefálico. Evoluiu sem intercorrências no pós-operatório, apresentando regressão da sintomatologia. A histopatologia não definiu o tipo de tumor, sendo este confirmado pela imunohistoquímica como mediastinite esclerosante. Fibrobroncoscopia após a cirurgia evidenciou cordas vocais normais, sem lesão traqueobrônquica. A citologia do lavado broncoalveolar foi negativa para neoplasia, fungos e tuberculose. Tomografia de controle sete meses após a cirurgia mostrou regressão da lesão. O paciente segue em acompanhamento ambulatorial sem queixas até o momento. A ME é uma doença rara e deve entrar no diagnóstico diferencial de tumores do mediastino. Em função dos poucos casos encontrados na literatura, ainda não se pode definir um padrão adequado de tratamento.