

# Neoplasia incidental de vesícula biliar após colecistectomias eletivas: uma análise retrospectiva

## *Incidental gallbladder neoplasia after elective cholecystectomy: a retrospective analysis*

Cid Gerardo Paracampos Liberato Neto<sup>1</sup>; Lorena Cavalcante Lemos<sup>1</sup>; Davidson Anthony Aragão Freire<sup>1</sup>; Rodrigo Martins de Paiva Sales<sup>2</sup>; Lidiane Quaresma Pinto Bezerra<sup>2</sup>; Larissa Câmara Matos<sup>3</sup>

1 – Cirurgião Geral pelo Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

2 – Preceptor de cirurgia geral no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

3 – Interna de medicina no Hospital e Maternidade José Martiniano de Alencar.

### RESUMO

**Objetivos:** Relatar a incidência de câncer incidental de vesícula biliar após colecistectomias eletivas em um hospital secundário do SUS, comparando-a com a literatura e revisando os fatores de risco e condutas relacionados a essa condição. **Material e Métodos:** Estudo unicêntrico, retrospectivo, não randomizado e observacional de pacientes que foram submetidos a cirurgia de colecistectomia de janeiro a dezembro de 2024 no Hospital José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará. Foram incluídos pacientes que retornaram para avaliação pós-operatória da peça cirúrgica e excluídos aqueles que perderam o seguimento. **Resultados:** Dos 1078 pacientes aptos, 934 eram do sexo feminino e 144, do sexo masculino, todos operados por colelitíase sintomática. Foram diagnosticados 4 casos de câncer incidental da vesícula biliar, representando uma incidência de 0,37%. Três desses casos se enquadraram como neoplasia intraepitelial de baixo grau, todas em pacientes do sexo feminino, com idade média de 53 anos e sem necessidade de cirurgia complementar. O quarto caso foi identificado em jovem do sexo masculino, operado por pólipo de 1cm, mas achado de massa no intra-operatório, com histopatológico confirmando neoplasia pt2a e acometimento de ducto cístico, submetido a cirurgia de resgate com 3 semanas, porém com evidência de doença metastática. um fator que deve ser levado em consideração no estudo é a alta taxa 11,05% de perda de seguimento de pacientes que não retornaram para avaliação pós-operatória. **Conclusões:** A incidência encontrada de câncer incidental em colecistectomias eletivas foi baixa, mas ressaltamos que seu diagnóstico é de grande importância devido o prognóstico da doença e para o adequado manejo pós-operatório. Atenção a fatores de risco como idade avançada, a colelitíase e pólipos maiores ou iguais a 1 cm, pode ajudar a identificar pacientes com maior chance de desenvolver essa condição. O manejo do câncer biliar incidental deve ser individualizado, com base nas características clínicas e patológicas de cada caso.

**Palavras-chave:** Neoplasia incidental de vesícula biliar; colecistectomia eletiva.

### ABSTRACT

**Objectives:** To report the incidence of incidental gallbladder cancer after elective cholecystectomies in a secondary SUS hospital, comparing it with the literature and reviewing the risk factors and management related to this condition. **Material and Methods:** Unicentric, retrospective, non-randomized and observational study of patients who underwent cholecystectomy surgery from January to December 2024 at Hospital José Martiniano de Alencar, Fortaleza, Ceará. Patients who returned for postoperative evaluation of the surgical specimen were included and those who were lost to follow-up were excluded. **Results:** Of the 1078 eligible patients, 934 were female and 144 were male, all of whom underwent surgery for symptomatic cholelithiasis. Four cases of incident gallbladder cancer were diagnosed, representing an incidence of 0.37%. Three of these cases were classified as low-grade intraepithelial neoplasia, all in female patients, with a mean age of 53 years and without the need for additional surgery. The fourth case was identified in a young male, operated on for a 1cm polyp, but a mass was found intra-operatively, with histopathology confirming pt2a neoplasia and cystic duct involvement, who underwent rescue surgery at 3 weeks, but with evidence of metastatic disease. a factor that must be taken into consideration in the study is the high rate of 11.05% loss to follow-up of patients who did not return for postoperative evaluation. **Conclusions:** The incidence of incidental cancer found in elective cholecystectomies was low, but we emphasize that its diagnosis is of great importance due to the prognosis of the disease and for adequate postoperative management. Attention to risk factors such as advanced age, cholelithiasis and polyps greater than or equal to 1 cm can help identify patients with a greater chance of developing this condition. The management of incidental biliary cancer must be individualized, based on the clinical and pathological characteristics of each case.

**Keywords:** Incidental gallbladder neoplasia, elective cholecystectomy.



Esta obra está licenciada com uma [Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial-Compartilhar Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

### INTRODUÇÃO

A colecistectomia eletiva é um procedimento cirúrgico de remoção da vesícula biliar, geralmente realizado para tratar condições como colelitíase (presença de cálculos biliares), colecistite aguda ou colecistite crônica. Este último é considerado quando o paciente apresenta sintomas leves crônicos e de forma recorrente. Além dos casos sintomáticos, a cirurgia também tem indicação no paciente assintomático, mas com risco de complicações futuras, como em casos de colelitíase com cálculos grandes (> 2 cm), microcálculos, vesícula em porcelana, dentre outras.<sup>[1]</sup>

Um estudo brasileiro relatou que, no âmbito do SUS, no período de janeiro de 2010 até dezembro de 2020, um total de 2.057.184 colecistectomias foram realizadas, sendo destas 1.377.304 por via laparotômica e 679.880 por via laparoscópica<sup>[2]</sup>. A colecistectomia eletiva é frequentemente realizada por via laparoscópica, o que é associado a uma recuperação mais rápida e menor morbidade em comparação com a cirurgia aberta.<sup>[3]</sup> No entanto, em alguns casos, o exame histopatológico pós-cirúrgico revela a presença de neoplasias malignas de forma incidental. A análise do histopatológico deve fazer parte da rotina do cirurgião devido à presença de neoplasias malignas de vesícula biliar diagnosticadas de forma incidental.

O câncer de vesícula biliar pode não ser aparente clinicamente ou por imagem antes da cirurgia. Estudos indicam que a incidência de câncer de vesícula biliar incidental varia entre 0,3% até 1%, mas a avaliação histopatológica pode ser valiosa para identificar casos que necessitam de manejo pós-operatório adicional.<sup>[1-2]</sup> A descoberta incidental de câncer durante uma colecistectomia eletiva tem implicações significativas, pois o câncer de vesícula biliar é frequentemente assintomático até atingir estágios avançados, quando o prognóstico é geralmente ruim.

### METODOLOGIA

Estudo unicêntrico, retrospectivo, não randomizado e observacional de pacientes que foram submetidos a cirurgia de colecistectomia no período de janeiro a dezembro do ano de 2024 no serviço de cirurgia geral do Hospital José Martiniano de

Alencar, hospital secundário do SUS localizado em Fortaleza, Ceará. O estudo incluiu todos os pacientes submetidos a tal procedimento que retornaram para avaliação pós-operatória da peça cirúrgica, excluindo aqueles que perderam seguimento. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética. Os princípios da confidencialidade de informações estabelecidos pela declaração de Helsinki foram seguidos.

Os pacientes cuja biópsia foi positiva foram avaliados do ponto de vista epidemiológico, com informações de sexo, idade e indicação cirúrgica com o objetivo de avaliar possíveis fatores de risco associados. Tais pacientes também foram acompanhados no pós-operatório para avaliar a propedêutica utilizada.

### DADOS E RESULTADOS

De um total de 1212 pacientes, foram selecionados 1078 pacientes e 134 (11,05%) foram excluídos por perda de seguimento ambulatorial. Dentre os 1078 pacientes aptos, 934 eram do sexo feminino e 144 do do sexo masculino. Nessa amostra, foram identificados um total de 4 casos de câncer incidental da vesícula biliar, representando uma incidência de 0,37%. Três desses casos se enquadraram como neoplasia intraepitelial de baixo grau, todos do sexo feminino, com idades entre 48 e 60 anos (média de 53 anos) e com indicação de cirurgia por colelitíase sintomática. Nesses casos nenhuma conduta cirúrgica complementar a colecistectomia simples foi necessária, sendo solicitada apenas revisão de lâmina para confirmação do diagnóstico.

O quarto caso foi identificado em paciente de 36 anos do sexo masculino, cuja indicação para colecistectomia foi por um pólipó 1 cm. O procedimento iniciou por via laparoscópica, porém, durante o intra-operatório, devido a suspeita de lesão de via biliar durante dissecação da vesícula biliar, optou-se por conversão para via laparotômica com incisão de Kocher. Após acesso a cavidade, evidenciado em infundíbulo massa pética, sendo levantada a suspeita de neoplasia de vesícula biliar. Realizado neste primeiro momento colecistectomia e hepatectomia em cunha, assim como drenagem de via biliar por meio de dreno de Kehr. Paciente evoluiu estável recebendo alta hospitalar com programação de aguardar histopatológico e posterior correção de

via biliar. Em retorno ambulatorial, confirmou-se um adenocarcinoma com margens do ducto cístico comprometidas, com estadiamento patológico PT2a. Paciente foi internado para estadiamento e com proposta de derivação biliodigestiva e linfadenectomia 3 semanas após. Porém, durante início do procedimento cirúrgico, foram vistas lesões hepáticas sugestivas de implantes secundários que por meio de biópsia por congelação se confirmaram como metástase de adenocarcinoma, sendo optado apenas reparo de lesão de via biliar. Paciente em pós-operatório imediato evoluiu com choque hipovolêmico refratário, sendo indicada reabordagem por sangramento do hilo hepático com bom controle por equipe cirúrgica. Paciente foi encaminhado para oncologia clínica para tratamento quimioterápico paliativo, evoluindo para óbito cerca de 8 meses após início do seguimento.

### DISCUSSÃO

A colecistectomia eletiva videolaparoscópica é indicada principalmente para pacientes com colelitíase sintomática, onde os cálculos biliares causam sintomas como dor biliar típica. É a cirurgia abdominal mais realizada no Brasil. Apesar dos benefícios da laparoscopia, cerca de 75% das colecistectomias no âmbito do SUS ainda são realizadas por via laparotômica.<sup>[2]</sup>

A literatura médica destaca que a colecistectomia é o tratamento definitivo para cálculos biliares sintomáticos, com alta taxa de resolução da dor biliar após o procedimento.<sup>[1-2]</sup> Além disso, a colecistectomia é recomendada em casos de colecistite aguda, uma complicação dos cálculos biliares, onde a cirurgia precoce é preferida para evitar hospitalizações prolongadas e complicações recorrentes.<sup>[3]</sup>

Para pacientes assintomáticos, a indicação de colecistectomia eletiva é mais controversa. No entanto, certos fatores de risco podem justificar a cirurgia, como a presença de cálculos grandes (>2 cm), pólipos na vesícula biliar maiores que 1cm, vesícula biliar calcificada (“porcelana”), ou em pacientes com diabetes ou em regiões com alta prevalência de câncer de vesícula biliar.<sup>[4]</sup> A disfunção biliar, como a discinesia biliar, também pode ser uma indicação para colecistectomia, especialmente quando há uma fração de ejeção baixa no exame de cintilografia biliar, embora a seleção de pacientes deva ser cuidadosa para garantir alívio sintomático.<sup>[5-6]</sup>

Em algumas ocasiões, o câncer de vesícula biliar (CVB) é descoberto incidentalmente após uma colecistectomia realizada por outras razões, como cálculos biliares.<sup>[7][9]</sup> O CVB é o tipo mais comum de câncer do trato biliar, caracterizado por um prognóstico geralmente desfavorável, especialmente quando diagnosticado em estágios avançados. Isso se deve ao seu comportamento agressivo e às opções terapêuticas limitadas disponíveis.<sup>[7]</sup>

A detecção precoce é desafiadora, pois os sintomas são raramente evidentes até que a doença esteja em estágio avançado. A descoberta incidental ocorre porque muitos casos são diagnosticados apenas após a análise histopatológica de espécimes de colecistectomia, realizada inicialmente para tratar doenças benignas. Porém, tal diagnóstico abre margem para avaliar a possibilidade de tratamento curativo nessa população.<sup>[8-9]</sup>

A incidência de adenocarcinoma da vesícula biliar descoberto incidentalmente durante a colecistectomia varia entre os estudos, mas geralmente é baixa. De acordo com uma meta-análise que incluiu 51 estudos e 436.636 pacientes submetidos a colecistectomia, a taxa de incidência de carcinoma incidental da vesícula biliar foi de 0,6%.<sup>[8]</sup> Outro estudo sistemático e meta-análise relatou uma incidência semelhante de 0,7% em colecistectomias realizadas para doenças benignas da vesícula biliar.<sup>[9]</sup> Além disso, um estudo realizado em um centro terciário relatou uma incidência de 0,46% de câncer de vesícula biliar em espécimes de colecistectomia, com 50% desses casos sendo descobertos incidentalmente.<sup>[10]</sup>

O tratamento do câncer incidental de vesícula biliar descoberto durante a colecistectomia é determinado principalmente pelo estágio do tumor, com recomendações específicas para ressecção e quimioterapia adjuvante.<sup>[11]</sup>

Primeiramente, a avaliação patológica detalhada do espécime é essencial. Isso inclui a amostragem extensa para determinar fatores prognósticos, como a profundidade microscópica da invasão tumoral, o envolvimento da margem do ducto cístico, e a invasão das superfícies serosa e hepática.<sup>[11]</sup> A presença de displasia de alto grau ou pólipos neoplásicos deve levar a uma amostragem completa do espécime para estadiar com precisão qualquer malignidade invasiva associada.<sup>[8]</sup>

Para o estadiamento adicional, a tomografia computadorizada (TC) com contraste é recomendada para avaliar a ressecabilidade, pois permite a avaliação dos linfonodos portais, implantes peritoneais e invasão vascular.<sup>[12]</sup> A ressonância magnética (RM) com gadolínio pode complementar a TC, especialmente em pacientes com esteatose hepática ou cirrose, fornecendo uma avaliação mais detalhada do ducto hepático comum e do parênquima hepático.<sup>[4]</sup> A tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) com 18-FDG pode detectar metástases ocultas, o que é relevante para pacientes com câncer de vesícula biliar descoberto incidentalmente, ajudando a identificar aqueles que não se beneficiariam de uma ressecção radical.<sup>[10]</sup>

Em casos de cânceres incidentais pT2-T3, o estadiamento pode incluir uma abordagem de restadiamento após três semanas, utilizando tomografia computadorizada e, seletivamente, laparoscopia, para avaliar a presença de tumor residual, disseminação extra-hepática e o comportamento biológico do tumor.<sup>[13]</sup> Essa estratégia ajuda a selecionar pacientes

que se beneficiarão de uma ressecção radical e evitar cirurgias desnecessárias.<sup>[5]</sup>

O momento da ressecção é variável, pois serve como um procedimento de estadiamento preciso e pode ser realizado a qualquer momento se o paciente permanecer não metastático.<sup>[14]</sup> A ressecção 'urgente' (em menos de 4 semanas) pode estar associada à inflamação ainda não resolvida da cirurgia índice, e complicar a ressecção posterior.

Para tumores confinados à mucosa (T1a), uma colecistectomia simples geralmente é suficiente, com excelentes taxas de sobrevida em 5 anos.<sup>[13]</sup> No entanto, para tumores que invadem a camada muscular (T1b) ou são mais avançados (T2, T3), a ressecção é recomendada. Isso normalmente envolve uma colecistectomia radical, que inclui ressecção hepática e linfadenectomia regional para atingir uma ressecção R0.<sup>[14]</sup> A extensão da ressecção hepática deve ser guiada pela necessidade de atingir margens negativas, e a ressecção de rotina do ducto biliar comum não é necessária, a menos que haja uma margem positiva do ducto cístico.<sup>[13]</sup>

**Tabela 1 - Estadiamento do câncer de vesícula biliar**

Tabela 1 - Estadiamento do câncer de vesícula biliar	
Categoria T (pT)	
Tis	Carcinoma in situ
T1a	Invasão da lâmina própria
T1b	Invasão da camada submucosa
T2	Invasão de tecido conjuntivo perimuscular
T2a	Invasão do tecido na face peritoneal
T2b	Invasão do tecido da face hepática
T3	Invasão da serosa e/ou invasão hepática e/ou um órgão ou estrutura (estômago, omento, ducto biliar)
T4	Invasão da veia porta, artéria hepática ou >2 órgãos extra-hepáticos
Categoria N (pN)	
N0	Ausência de metástases
N1	1-3 linfonodos regionais
N2	Acima de 4 linfonodos regionais
Categoria M	
M0	Sem metástases à distância
M1	Com metástases a distância

A quimioterapia adjuvante é considerada para pacientes com doença localmente avançada (T3 ou T4), doença com linfonodos positivos ou margens de ressecção R1, pois pode melhorar os resultados de sobrevida. Embora o uso de terapia adjuvante não seja amplamente documentado, é provavelmente subutilizado e pode ser benéfico para melhorar a sobrevivência, particularmente em tumores T2 e T3.<sup>[14]</sup>

Para casos avançados, a quimioterapia paliativa com gemcitabina e cisplatina é o padrão de cuidado, e novas abordagens, como a imunoterapia com inibidores de PD-L1, estão sendo exploradas.<sup>[6]</sup> A identificação de biomarcadores confiáveis para triagem e seleção de terapia é uma necessidade clínica não atendida que poderia melhorar o manejo do CVB.<sup>[7]</sup>

A decisão de realizar uma cirurgia mais extensa deve ser baseada no estadiamento do tumor e na habilidade do cirurgião em realizar procedimentos oncológicos complexos.[13][14] A terapia adjuvante, como quimiorradiação, pode ser considerada, embora os dados sobre sua eficácia sejam limitados.[14] A abordagem multidisciplinar é fundamental para o manejo eficaz do CVB, envolvendo cirurgiões especializados em cirurgia hepatobiliar e oncologistas.

### CONCLUSÃO

A incidência encontrada de câncer incidental em colecistectomias eletivas foi baixa, mas ressaltamos que seu diagnóstico é de grande importância devido o prognóstico da doença e para o adequado manejo pós-operatório. Atenção a fatores de risco como a idade avançada, colelitíase e pólipos maiores que 1 cm, podem ajudar a identificar pacientes com maior chance de desenvolver essa condição. O manejo do câncer biliar incidental deve ser individualizado, com base nas características clínicas e patológicas de cada caso. Estudos adicionais são necessários para definir diretrizes claras sobre a conduta em casos de câncer incidental.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shabanzadeh, D. (2023). The Symptomatic Outcomes of Cholecystectomy for Gallstones. *Journal of Clinical Medicine*. 12. 1897. 10.3390/jcm12051897.
2. Souza, de CL, Baylão Penna, M., & Martins de Oliveira Maia, L. (2022). Análise epidemiológica do perfil das colecistectomias realizadas no Brasil nos últimos 10 anos. *Revista De Saúde*, 13(1), 67–72. <https://doi.org/10.21727/rs.v13i1.281>
3. Halldestam I, Kullman E, Borch K. Defined indications for elective cholecystectomy for gallstone disease. *Br J Surg*. 2008 May;95(5):620-6. doi: 10.1002/bjs.6020. PMID: 18161899.
4. Keus F, Broeders IA, van Laarhoven CJ. Gallstone disease: Surgical aspects of symptomatic cholelithiasis and acute cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2006;20(6):1031-51. doi: 10.1016/j.bpg.2006.05.008. PMID: 171271864.
5. Patiño JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg*. 1998 Nov;22(11):1119-24. doi: 10.1007/s002689900530. PMID: 9828719.
6. Roa JC, García P, Kapoor VK, Maithel SK, Javle M, Koshiol J. Gallbladder cancer. *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Oct 27;8(1):69. doi: 10.1038/s41572-022-00398-y. Erratum in: *Nat Rev Dis Primers*. 2022 Nov 18;8(1):75. doi: 10.1038/s41572-022-00408-z. PMID: 36302789.
7. Waller GC, Sarpel U. Gallbladder Cancer. *Surg Clin North Am*. 2024 Dec;104(6):1263-1280. doi: 10.1016/j.suc.2024.03.006. Epub 2024 Apr 24. PMID: 39448127.
8. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol*. 2014 Mar 7;6:99-109. doi: 10.2147/CLEP.S37357. PMID: 24634588; PMCID: PMC3952897.
9. Feo CF, Ginesu GC, Fancellu A, Perra T, Ninniri C, Deiana G, Scanu AM, Porcu A. Current management of incidental gallbladder cancer: A review. *Int J Surg*. 2022 Feb;98:106234. doi: 10.1016/j.ijssu.2022.106234. Epub 2022 Jan 21. PMID: 35074510.
10. Piccolo G, Barabino M, Piozzi GN, Bianchi PP. Radical cholecystectomy without liver resection for peritoneal side early incidental gallbladder cancer. *World J Gastroenterol*. 2024 Aug 28;30(32):3739-3742. doi: 10.3748/wjg.v30.i32.3739. PMID: 39221070; PMCID: PMC11362876.
11. Choi KS, Choi SB, Park P, Kim WB, Choi SY. Clinical characteristics of incidental or unsuspected gallbladder cancers diagnosed during or after cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *World J Gastroenterol*. 2015 Jan 28;21(4):1315-23. doi: 10.3748/wjg.v21.i4.1315. PMID: 25632207; PMCID: PMC4306178.
12. Søreide K, Guest RV, Harrison EM, Kendall TJ, Garden OJ, Wigmore SJ. Systematic review of management of incidental gallbladder cancer after cholecystectomy. *Br J Surg*. 2019 Jan;106(1):32-45. doi: 10.1002/bjs.11035. PMID: 30582640.
13. Wrenn SM, Callas PW, Abu-Jaish W. Histopathological examination of specimen following cholecystectomy: Are we accepting resect and discard? *Surg Endosc*. 2017 Feb;31(2):586-593. doi: 10.1007/s00464-016-5002-y. Epub 2016 Jun 20. PMID: 27324336.
14. Basak F, Hasbahceci M, Canbak T, Sisik A, Acar A, Yucel M, Bas G, Alimoglu O. Incidental findings during routine pathological evaluation of gallbladder specimens: review of 1,747 elective laparoscopic cholecystectomy cases. *Ann R Coll Surg Engl*. 2016 Apr;98(4):280-3. doi: 10.1308/rcsann.2016.0099. Epub 2016 Feb 29. PMID: 26924485; PMCID: PMC5226033.