

DESCOBERTA SIMULTÂNEA DE CARCINOMATOSE DISSEMINADA E CARCINOMA DE CÓLON, APÓS COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA

UNSUSPECTED COLON ADENOCARCINOMA REVEALED AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

João Luiz M. C. Azevedo, TCBC-SP¹
Délcio Mattos²
Otávio Azevedo³

INTRODUÇÃO

As metástases pós-operatórias em tecidos moles, ocorrência particularmente letal e de evolução fulminante, há longo tempo têm sido observadas na cirurgia oncológica convencional. De forma similar, metástases nas portas laparoscópicas após procedimentos para câncer têm o mesmo perfil devastador. Desde os primeiros relatos na literatura referentes a metástases nas portas laparoscópicas após o exame na presença de ascite por tumor ovariano, mais de 100 casos de implantes tumorais nesses locais foram comunicados^{1,2,3}.

O acesso laparoscópico tem sido crescentemente utilizado para exérese e estadiamento de tumores malignos, sem que as questões relativas ao potencial de disseminação tumoral em função das características peculiares desse procedimento tenham sido cabalmente respondidas. Esse relato diz respeito a uma paciente que apresentou metástase carcinomatosa na porta umbilical de colecistectomia realizada há oito meses.

RELATO DO CASO

Uma paciente do sexo feminino, de 68 anos de idade, foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica por colecistite crônica litiásica. A intervenção transcorreu normalmente. A vesícula foi retirada da cavidade peritoneal através da porta umbilical. O exame histopatológico confirmou o diagnóstico de colecistite crônica.

Oito meses depois, constatou-se uma massa ao nível da cicatriz umbilical, subjacente à incisão da porta

laparoscópica. Biopsiada a tumoração, o exame histopatológico revelou adenocarcinoma metastático, do tipo diferenciado, provavelmente oriundo do tubo digestivo. No decurso da investigação clínica, uma colonoscopia evidenciou uma ulceração de 2cm ao nível do ângulo hepático do cólon (Figura 1A). A biópsia da lesão diagnosticou adenocarcinoma bem diferenciado, superficial (Figura 2). A tomografia computadorizada mostrou uma massa pélvica de 8,0 x 6,0 x 6,0cm, sem sinais de metástases hepáticas. A laparoscopia diagnóstica revelou uma carcinomatose peritoneal difusa (Figura 1B). A massa pélvica foi biopsiada, evidenciando-se adenocarcinoma do tipo diferenciado, provavelmente originário do tubo digestivo.

DISCUSSÃO

Está bem estabelecido que as células esfoliadas das neoplasias malignas tendem a se implantar nas incisões cirúrgicas, principalmente nas portas laparoscópicas^{1,5}, onde procedimentos menores, como estadiamento e punções, podem causar implantes^{1,4,5}. Em portadores de tumores avançados, Nieveen van Dijkum *et al.*² estudaram 250 pacientes que tiveram estadiamento laparoscópico de doença maligna do aparelho digestivo, quatro dos quais (1,6%) desenvolveram implantes metastáticos nos locais dos trocarerter. Childers *et al.*³ encontraram a incidência de 0,2% de implantes em punções abdominais guiadas por laparoscopia, e 1% após procedimento cirúrgico laparoscópico de qualquer natureza, inclusive ressecções.

-
1. Professor Adjunto Doutor do Departamento de Cirurgia da UNIFESP-EPM
 2. Professor Adjunto Livre-Docente do Departamento de Cirurgia da UNIFESP-EPM
 3. Residente de Cirurgia Gastroenterológica do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo

Recebido em 18/1/99

Aceito para publicação em 14/3/2000

Trabalho realizados no Departamento de Cirurgia do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo e Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM)

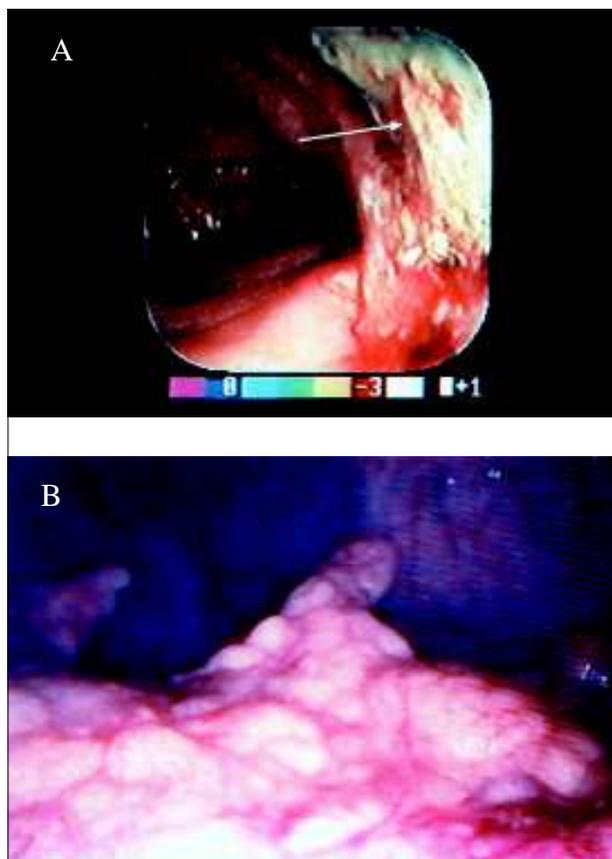


Figura 1 — A) Uma lesão de 2cm (seta) evidenciada na colonoscopia. B) Aspecto laparoscópico: carcinomatose peritoneal.

Quanto aos tumores avançados, a disseminação generalizada é esperada. Entretanto, a preocupação maior é quanto aos implantes de doenças malignas não diagnosticadas, geralmente tumores em etapas iniciais de evolução, verificados após operações programadas para doenças benignas. A esse propósito foram relatados mais de 40 casos de metástases de carcinomas de vesícula biliar nas portas laparoscópicas de tumores não detectados até o momento da colecistectomia¹.

O caso presente pode ser o de uma disseminação pós-operatória rápida de câncer não diagnosticado (cólon) no momento da operação laparoscópica (colecistectomia) programada para tratar doença benigna (colecistopatia litíase). A paciente desenvolveu implante metastático na tela subcutânea da porta umbilical, ao lado de carcinomatose peritoneal generalizada, tudo podendo provir de pequena ulceração maligna de cólon.

Parece que aspectos típicos da laparoscopia, tais como o pneumoperitônio e a turbulência gasosa intraperitoneal, o tempo operatório extenso, as áreas cruentas não revestidas de peritônio ao nível dos orifícios dos trocartes, a instrumentação intensa do tumor e a extração tumoral através de incisões restritas podem contribuir para a maior disseminação neoplásica após laparoscopia^{1,4,5}. Implantes tumorais após procedimentos laparoscópicos puramente diagnósticos têm sido observados na vigência de malignidade do pâncreas⁵, por exemplo.

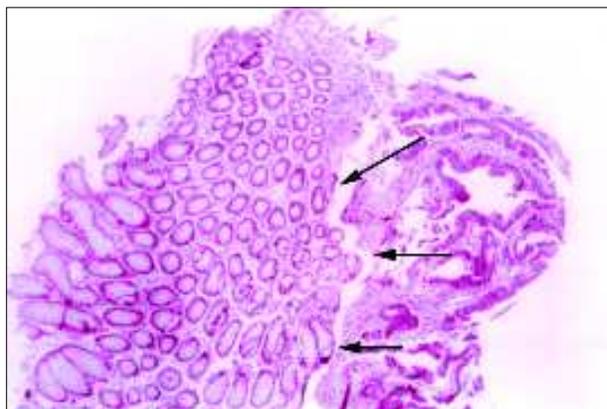


Figura 2 — Exame histopatológico da lesão de cólon: carcinoma (setas) superficial bem diferenciado.

Adicionalmente, dos 34 casos descritos de implantes metastáticos em portas de trocartes após colectomia laparoscópica por câncer¹, quatro eram do tipo Dukes D, 15 eram Dukes C, 11 Dukes B, mas três desses eram superficiais (Dukes A).

A explicação para os casos em que células provenientes de tumores superficiais do cólon (Dukes A) implantaram-se em portas laparoscópicas Martinez *et al.*¹, é a de que possa ter havido uma espécie de translocação de células malignas do interior para o exterior da víscera oca. É por isso que, nos tumores de cólon — mesmo na vigência de tumores iniciais sem invasão da serosa — células neoplásicas podem ser detectadas sobrenadantes no líquido peritoneal, na ausência de carcinomatose peritoneal, isto é, na ausência de implantes nodulares malignos no peritônio. Essas células neoplásicas não se implantam no peritônio parietal porque as células mesoteliais íntegras que o recobrem não permitem a sua fixação e proliferação.

Entretanto, a perfuração do peritônio parietal pelos trocartes laparoscópicos propicia o implante, pois a turbulência do CO₂ conduz as células malignas que estão livres no líquido peritoneal para o interior das portas laparoscópicas, onde obtêm meio adequado para a fixação e a proliferação.

A continuidade da serosa peritoneal (peritônio íntegro ou suturado) é importante fator de proteção contra os implantes, pois na superfície mesotelial não há proliferação vascular de modo a nutri-los. Por isso o mesotélio peritoneal íntegro pode coexistir com células neoplásicas no líquido peritoneal. Essa situação foi detectada em portadores de tumores digestivos superficiais e pode explicar as metástases que foram constatadas em portas laparoscópicas após ressecções de carcinoma Dukes A¹.

No presente caso, embora a ressecção e o exame histopatológico da peça cirúrgica não tenham sido realizados, a ulceração maligna vista na colonoscopia era rasa, e provavelmente não invadia a serosa. Entretanto, isso não pode ser afirmado com certeza.

A instrumentalização dos tumores na laparoscopia aumenta a esfoliação de células neoplásicas, e as brechas peritoneais não suturadas são locais de menor resistência, onde essas células podem aderir, sendo albergadas num ambiente nutricional propício e protegidas mediante en-

volvimento pela fibrina contra a imunidade do hospedeiro. Por outro lado, a turbulência do CO₂ propicia o contato das células tumorais que se encontram em suspensão no

líquido peritoneal, mesmo em tumores iniciais, com os tecidos lesados das portas laparoscópicas. Esse é o cenário para os implantes tumorais na laparoscopia.

ABSTRACT

A particularly rapid and fatal outcome has been noted in cases of malignant soft-tissue metastases occurring after cancer surgery. Abdominal wall metastases occurring in scars after laparotomy for cancer resection show a similar poor outcome. On the other hand, neoplasm seeding at trocar sites after laparoscopy has been reported with an increasing frequency. A case is presented of a 68-years-old woman with metastatic seeding of non-diagnosed colon cancer at the umbilical trocar site used for a laparoscopic cholecystectomy. The gallbladder was extracted through the umbilical incision. Pathological examination confirmed chronic cholecystitis. Eight months later, the patient was seen with a tender umbilical mass protruded through a 4,5 cm the umbilical incision site. Biopsies of this tissue were taken and histopathological examination showed metastatic adenocarcinoma, probably of a gastrointestinal origin. A colonoscopy performed at the same time revealed a 2-cm lesion at the hepatic flexur which was shown to be a differentiated adenocarcinoma. An 8.0 x 6.0 x 6.0-cm pelvic mass without signs of liver metastases was identified by computerised tomography. Diagnostic laparoscopy showed a diffuse peritoneal carcinomatosis. The pelvis could not be approached, except for simple biopsy, and no surgical procedure was performed. It is presumed that the primary colon cancer existed prior to cholecystectomy. Laparoscopy is the procedure of choice to perform cholecystectomy and fundoplication. It has also been increasingly used to diagnose, resect and perform the staging of malignant tumours. As in any relatively new technique, questions arising about its safety and risk of complications must be extensively studied. Many questions about the specific features of laparoscopy promoting cancer growth remain unanswered.

Key Words: *Neoplasm metastasis; Colorectal neoplasm; Laparoscopy; Cholecystectomy, laparoscopic.*

REFERÊNCIAS

1. Martinez J, Targarona EM, Balangué C, Pera M, Trias M. Port site metastasis. An unresolved problem in laparoscopic surgery: a review. *Int Surg* 1995; 80:315-321.
2. Nieveen van Dijkum EJM, de Wit LTh, Obertop H, Gouma DJ. Port-site metastases following diagnostic laparoscopy. *Br J Surg* 1996; 83:1793-1794.
3. Childers JM, Aqua KA, Surwit EA, Hallum AV, Hatch KD. Abdominal-wall tumour implantation after laparoscopy for malignant conditions. *Obstet Gynecol* 1994; 84:765-769.
4. Jacquet P, Elias D, Sugarbaker PH. L'implantation tumorale dans les sites de cicatrisation après chirurgie des cancers digestifs. *J Chir* 1996; 133:175-182.
5. Jorgensen JO, McCall JL, Morris DL. Port site seeding after laparoscopic ultrasonographic staging of pancreatic carcinoma. *Surgery* 1995; 117:118-119.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. João Luiz M. C. Azevedo
Escola Paulista de Medicina — USP
Ed. Técnica Operatória
R. Botucatu, 740 — Térreo
04523-900 — São Paulo-SP
E-mail: jozevedo.dcir@epm.br
Site: [Http://www.cirurgiaonline.med.br](http://www.cirurgiaonline.med.br)