



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-126 - ADENOMIOMATOSIS VESICULAR. HALLAZGOS RADIOLÓGICOS Y ANATOMOPATOLÓGICOS

Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Medina Velasco, Anibal; Rodrigues Figueira, Yuri; de la Plaza Llamas, Roberto; Latorre Fragua, Raquel Aranzazu; González Sierra, Begoña; Picardo Gomendio, María Dolores; Ramia Ángel, José Manuel

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La adenomiomatosis es la proliferación de la capa mucosa y musculatura lisa de la vesícula biliar, que puede alcanzar hasta la capa serosa formando divertículos intramurales conocidos como senos de Rokitansky-Aschoff, estos cambios, a pesar del nombre de la patología, no implican cambios adenomatosos. Es más frecuente en mujeres. Su relación con el cáncer de vesícula no está clara, pero no se considera en la actualidad una lesión premaligna. Existen tres formas de presentación: difusa, segmentaria, y local o fúndica, siendo esta última la más frecuente. El diagnóstico es mediante ecografía, pudiendo completar el estudio, con resonancia magnética nuclear. El tratamiento está sujeto a la clínica del paciente o a la sospecha radiológica de adenocarcinoma. Presentamos un caso de adenomiomatosis vesicular difusa con cambio quístico de gran tamaño, sus hallazgos radiológicos y anatomopatológicos.

Caso clínico: Se trata de mujer de 49 años sin antecedentes de interés que es estudiada por dolor abdominal epigástrico posprandial de leve intensidad, en la ecografía: vesícula con engrosamiento mural sólido, focal, de morfología pseudonodular con imagen quística de paredes finas, contenido anecoico homogéneo y un tamaño aproximado de 4,5 × 3,5 cm (fig.). Se amplía el estudio con resonancia con los siguientes hallazgos: la vesícula presenta una imagen septal hipointensa en su tercio medio, que condiciona unadivisión en dos segmentos, pero que se encuentran comunicados por su luz. Este septo presenta imágenes diverticulares intramurales, sugerente de foco de adenomiomatosis anular. La paciente es intervenida de forma programada realizándose colecistectomía laparoscópica, evidenciando vesícula biliar de paredes normales con lesión quística en el fundus vesicular. El postoperatorio transcurre sin complicaciones y es dada de alta al día siguiente. En los hallazgos anatomopatológicos en el fondo vesicular presenta una lesión quística redondeada y blanquecina de 4,5 × 4 × 4 cm. Microscópicamente tiene una pared que es delgada, con un revestimiento epitelial plano simple, de tipo biliar, de forma difusa. De forma frecuente hay invaginaciones del epitelio hacia la pared del quiste, de muy pequeño tamaño, similares a los senos de Rokitansky. El estroma conectivo es hipocelular, sin atipia. Los cortes histológicos correspondientes al cuello vesical, muestran una pared vesicular que contiene abundantes senos de Rokitansky que están rodeados por fibras musculares lisas hiperplásicas.

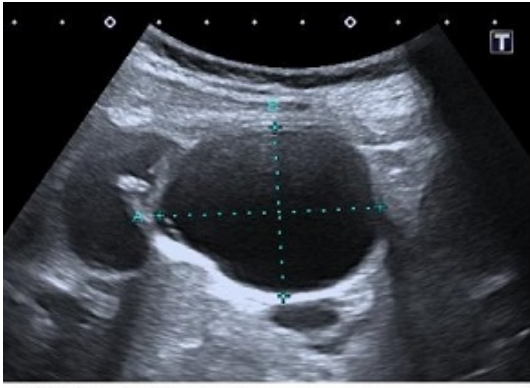


IMAGEN 1. Imagen quística en ecografía.

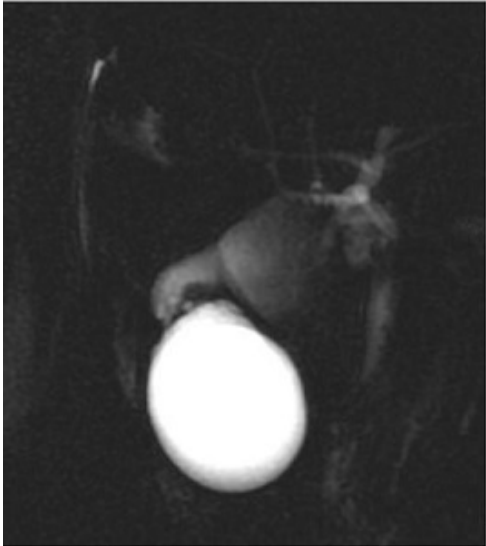


Imagen 2. RMN de vesícula biliar con aparente división vesicular

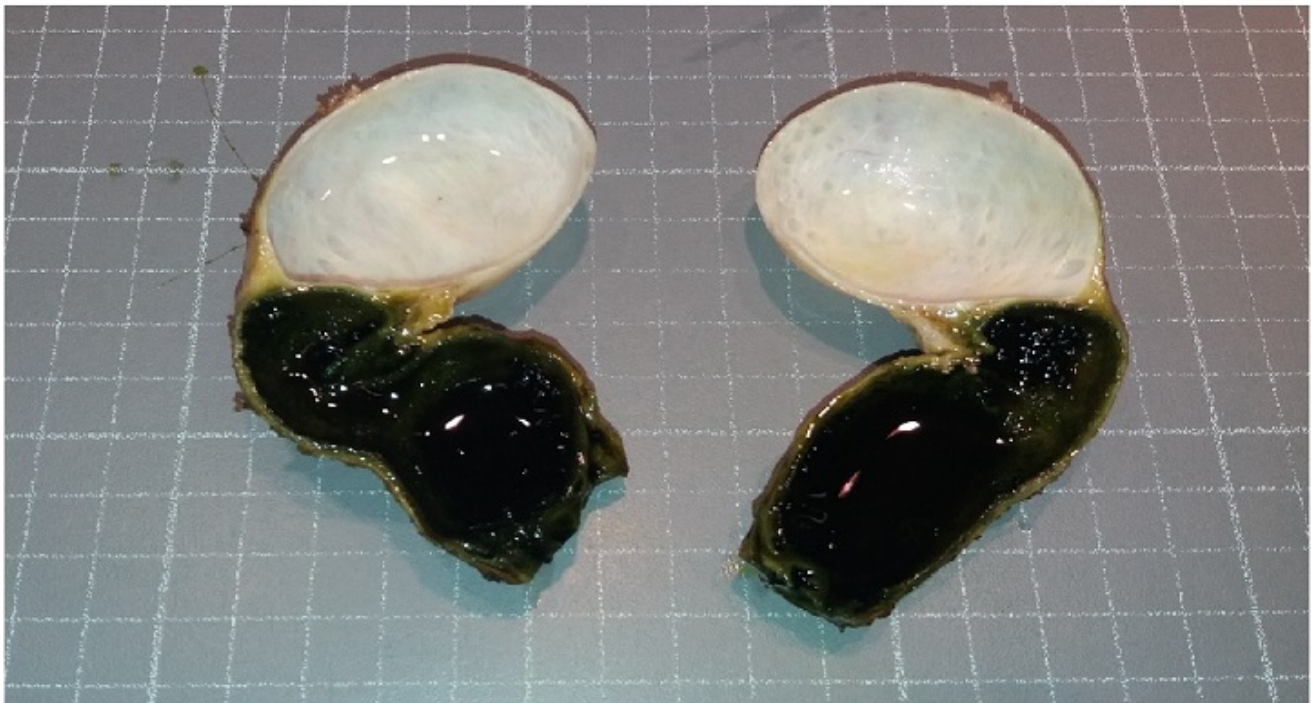
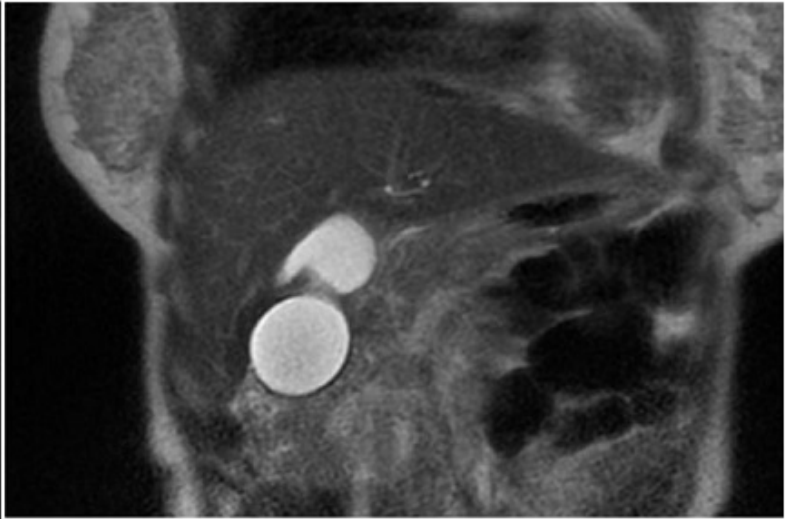


Imagen 3. pieza quirúrgica de vesícula biliar.

Discusión: La mayoría de los autores asocian el cáncer vesicular con la edad avanzada, la presencia de cálculos, los cambios inflamatorios crónicos y la metaplasia más que con la hiperplasia adenomiomatosa como tal, por lo tanto, es considerada una condición benigna. Los divertículos

intramurales son fundamentales para el diagnóstico ecográfico. El artefacto de reverberación en cola de cometa o en forma de V que surge de pequeños focos ecogénicos de la pared es el sello de la hiperplasia adenomiomatosa y es creado por el material dentro del divertículo. En la resonancia magnética, es útil para visualizar los senos de Rokitansky-Aschoff que permiten diferenciar la hiperplasia adenomiomatosa del carcinoma vesicular, por lo que sería aconsejable complementar el estudio con esta prueba, siempre que sea posible, lo que permitiría orientar a un mejor diagnóstico y por consiguiente un adecuado manejo terapéutico.