







Adenomiomatosis vesicular: desafío diagnóstico. Reporte de caso

Carolina Sorbara^{1*} , Pablo Ramade¹ , Gonzalo Perrone¹ , Gonzalo Deleon¹ , Pablo Valsangiacomo¹ , Daniel González¹ 

¹Clínica Quirúrgica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Recepción: 09-06-2025

Aceptación: 15-10-2025

*Correspondencia: Carolina Sorbara. carolinasorbara@hotmail.com

Resumen

La adenomiomatosis vesicular es una entidad clínica infrecuente cuya presentación suele ser inespecífica. Puede diagnosticarse como hallazgo imagenológico o mediante el análisis anatomopatológico de la pieza de colecistectomía. El cáncer de vesícula biliar constituye el principal diagnóstico diferencial.

Se presenta el caso de una paciente que consultó por sintomatología compatible con patología biliar. Durante la laparoscopia exploradora se identificó un hallazgo intraoperatorio discordante con la presentación clínica, lo que motivó completar la valoración imagenológica en diferido para descartar patología tumoral. La anatomía patológica definitiva informó adenomiomatosis vesicular.

Palabras clave: Adenomiomatosis. Vesícula biliar. Reporte de caso.

Introducción

La adenomiomatosis vesicular es una patología benigna caracterizada por un engrosamiento de la pared del órgano. Dicha afectación es consecuencia de una proliferación epitelial excesiva con invaginación de la mucosa que se extiende hacia la capa muscular, con formación de senos de Rokitansky-Aschoff, habitualmente asociados a hiperplasia del músculo liso^{1,2}.

Su prevalencia corresponde al 25% de todos los engrosamientos parietales vesiculares³. Se ha reportado entre el 1% y el 9% de las piezas de colecistectomía^{3,4} y entre el 1% y el 5% de las autopsias^{5,6}.

En el 80 % de los casos se asocia a coledocitis⁴.

Puede presentarse de forma asintomática o manifestarse con dolor en hipocondrio derecho, clínicamente indistinguible del causado por litiasis vesicular¹.

El diagnóstico preoperatorio es difícil y en ocasiones poco claro. Los estudios de imagen como la

ultrasonografía y la resonancia magnética nuclear (RMN) pueden mostrar hallazgos característicos, entre ellos el engrosamiento regular de la pared vesicular y la presencia de imágenes redondeadas anecogénicas o múltiples focos hiperintensos múltiples en el espesor parietal^{6,7}.

La detección de engrosamiento parietal genera incertidumbre diagnóstica, dado que puede corresponder tanto a afecciones benignas como malignas. Determinadas características imagenológicas permiten diferenciar la adenomiomatosis del cáncer de vesícula biliar, diferenciación fundamental para orientar el tratamiento⁸.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 41 años, que consultó por dolor gravativo localizado en el hipocondrio derecho, asociado a la ingesta de colecistoquinéticos. No presentó náuseas ni vómitos, ni elementos de síndrome pigmentario. Se encontraba afebril.

Como antecedente, refirió múltiples consultas en servicios de urgencia por dolor recurrente en la misma topografía.

Al examen físico se encontraba en buen estado general, apirética, sin ictericia ni repercusión clínica. Abdomen depresible, doloroso a la palpación profunda del hipocondrio derecho, sin defensa. No se palparon tumoraciones.

Paraclínica: Leucocitos 6.700/mm³, hemoglobina 12,9 g/dL, proteína C reactiva 25mg/L. Hepatograma sin alteraciones.

Ecografía abdominal: vesícula biliar distendida, de paredes finas, con múltiples litiasis que ocupaban la totalidad de la luz. Vía biliar principal sin alteraciones.

Dada la persistencia del dolor abdominal a pesar del tratamiento médico, se decidió realizar una laparoscopia exploradora y colecistectomía, con planteo de cólico biliar prolongado.

Exploración quirúrgica: vesícula con engrosamiento parietal y aspecto tumoral a nivel del fundus, de consistencia dura a la manipulación (**Figura 1**), con aparente infiltración del parénquima hepático adyacente (**Figura 2**). Cuerpo, cuello, cístico y bacinete sin alteraciones. No se identificaron adenopatías en el pedículo cístico.

Ante estos hallazgos, se decidió no continuar con la colecistectomía y completar la valoración de la naturaleza del engrosamiento parietal mediante estudios de imagen en diferido (**Figuras 3 y 4**).

Luego de contar con dicha evaluación complementaria, se realizó una segunda intervención con colecistectomía laparoscópica.

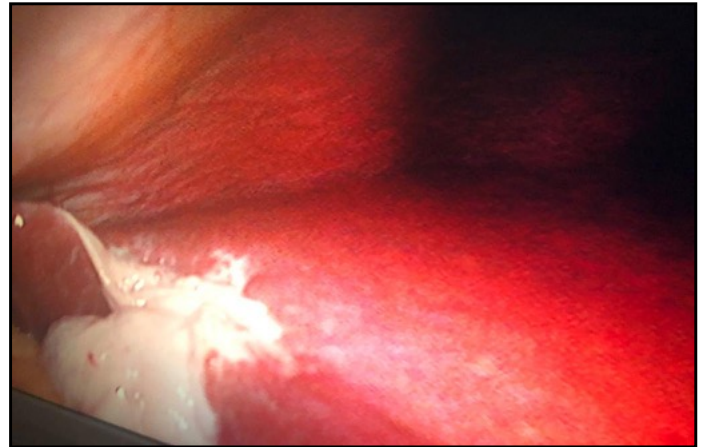


Figura 2. Infiltración de parénquima hepático subyacente.

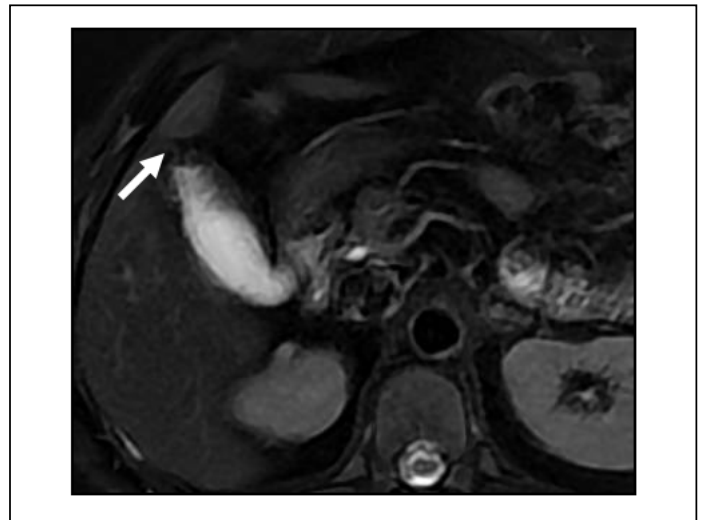


Figura 3. Corte axial en T2, engrosamiento parietal vesicular en fondo y sector distal de cuerpo, (flecha blanca) isointenso. Respea las capas. No invade parénquima hepático.

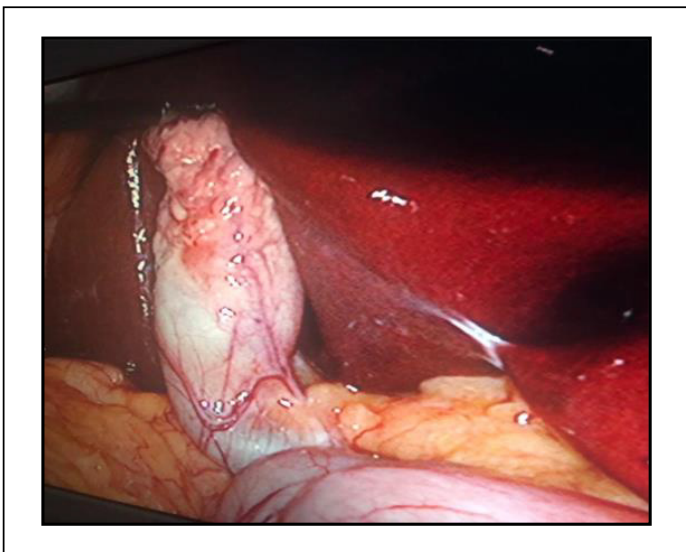


Figura 1. Vesícula de paredes engrosadas en el fondo, de aspecto tumoral.

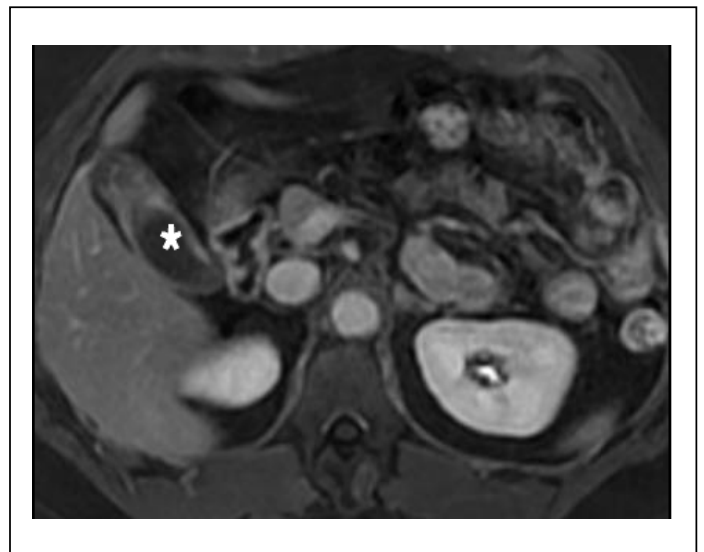


Figura 4. Corte axial en fase de lavado. Franca disminución de la luz vesicular (asterisco blanco).

El análisis anatomopatológico definitivo informó una vesícula biliar con características morfológicas de colecistitis crónica litiásica asociada a un foco de adenomiosomatosis fúndica, sin evidencia de malignidad.

Discusión

El dolor en el hipocondrio derecho es un motivo de consulta frecuente en cirugía. La adenomiosomatosis vesicular no suele considerarse inicialmente dentro de las causas de dolor abdominal en esta localización^{3,5}. No se han encontrado reportes nacionales sobre su prevalencia. El diagnóstico en casos asintomáticos es difícil; sin embargo, su hallazgo es cada vez más frecuente gracias a la mejora en la resolución de los métodos de imagen⁵.

La ecografía abdominal puede evidenciar un engrosamiento parietal vesicular con imágenes anecogénicas intramurales correspondientes a los senos de Rokitsky–Aschoff. Cuando estos se encuentran ocupados por litiasis, se observa el signo característico de “cola de cometa”³. Su principal limitación es la dependencia del operador, como se evidenció en este caso, en el cual no se informó el engrosamiento parietal en la evaluación preoperatoria.

Existe un sistema de estratificación del riesgo de cáncer vesicular basado en características del engrosamiento parietal en contexto no agudo, el sistema GB-RADS⁸.

La resonancia magnética, junto con la colangiografía, es considerada el método de referencia (*gold standard*) para el diagnóstico de esta patología, con una sensibilidad cercana al 80–90 % y una especificidad del 92 %^{4,7}. Los hallazgos característicos incluyen engrosamiento parietal asociado a múltiples focos intramurales redondeados en “collar de perlas”, hiperintensos en T2 e hipointensos en T1^{1,3}. Este signo presenta una sensibilidad del 67 % para diferenciar adenomiosomatosis de cáncer en el preoperatorio⁶.

En esta paciente, la colangiografía realizada tras la primera cirugía no mostró signos concluyentes de adenomiosomatosis, por lo que no permitió descartar inicialmente la patología tumoral (**Figuras 3 y 4**).

Cuando los hallazgos imagenológicos no son característicos, como en este caso, resulta complejo distinguir la adenomiosomatosis vesicular de cáncer de vesícula, lo que hace que la exploración quirúrgica sea mandatoria y se actúe en consecuencia^{1,3}.

La adenomiosomatosis vesicular no se considera una lesión precursora de cáncer^{1,9,10}; sin embargo, el estado proinflamatorio y la coexistencia de litiasis pueden favorecer cambios displásicos y la aparición de neoplasia¹.

En cuanto al tratamiento, se recomienda un manejo conservador con seguimiento ecográfico semestral en pacientes asintomáticos. El tratamiento quirúrgico está indicado ante síntomas, litiasis asociada o dudas diagnósticas respecto a neoplasia. La adenomiosomatosis fúndica puede tratarse mediante colecistectomía parcial, mientras que los tipos segmentario y difuso requieren colecistectomía total^{3,5,11}.

En el caso expuesto, la paciente consultó por dolor en el hipocondrio derecho. En la primera cirugía, la apariencia tumoral del engrosamiento parietal generó incertidumbre diagnóstica respecto a cáncer de vesícula, lo que obligó a diferir la colecistectomía. A pesar de la realización de colangiografía, el diagnóstico continuó siendo incierto. Frente a esta situación, se optó por realizar una segunda laparoscopia exploradora con colecistectomía en un centro con equipamiento adecuado y equipo quirúrgico entrenado ante la eventual necesidad de realizar una resección ampliada que incluyera parénquima hepático. El diagnóstico definitivo se estableció con el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica, siendo fundamental descartar una neoplasia como diagnóstico diferencial^{3,5}.

Financiamiento

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento de los sectores públicos, comercial o sin fines de lucro.

Contribución de autoría

Carolina Sorbara: concepción, diseño, ejecución, análisis, interpretación de los resultados, redacción.

Pablo Ramade: análisis, interpretación de los resultados, revisión crítica.

Gonzalo Perrone: concepción, diseño, ejecución, análisis, interpretación de los resultados, redacción.

Gonzalo Deleon: análisis, interpretación de los resultados, revisión crítica.

Pablo Valsangiacomo: análisis, interpretación de los resultados, revisión crítica.

Daniel González: concepción, diseño, ejecución, análisis, revisión crítica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Responsabilidades éticas

Los autores confirman haber obtenido consentimiento informado de los pacientes sujetos de investigación en humanos, de acuerdo con los principios éticos contenidos en la Declaración de Helsinki.

Uso de IA

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en ninguna fase de la elaboración del manuscrito.

Disponibilidad de datos

Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia.

Aprobado por el Consejo Editorial de la Revista Médica del Uruguay.

Referencias

- Pang L, Zhang Y, Wang Y, Kong J. Pathogenesis of gallbladder adenomyomatosis and its relationship with early-stage gallbladder carcinoma: an overview. *Braz J Med Biol Res.* 2018;51(6):e7411. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1414-431x20187411>
- Burgos AM, Csendes A, Villanueva M, Cárdenas G, Narbona S, Caballero M, et al. Hallazgos clínicos e histopatológicos en pacientes con adenomiomatosis vesicular. *Rev Chil Cir.* 2016;68(5):363–367. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.06.010>
- Golse N, Lewin M, Rode A, Sebahg M, Mabrut JY. Gallbladder adenomyomatosis: diagnosis and management. *J Visc Surg.* 2017;154(5):345-353. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2017.06.004>
- Espinosa G, Ruso Martínez L. Adenomiosis de vesícula biliar. *Cir Urug.* 2019;2(1):37-39. Disponible en: <https://cirurug.org.uy/ojs/index.php/CirUrug/article/view/30> (URL verificat: és el que correspon al número citat)
- Lee KF, Hung EHY, Leung HHW, Lai PBS. A narrative review of gallbladder adenomyomatosis: what we need to know. *Ann Transl Med.* 2020;8(23):1600. Disponible en: <https://doi.org/10.21037/atm-20-4897>
- Kim JH, Jeong IH, Han JH, Kim JH, Hwang JC, Yoo BM, et al. Clinical/pathological analysis of gallbladder adenomyomatosis: type and pathogenesis. *Hepatogastroenterology.* 2010;57(99-100):420-425.
- López-Grove R, Aineseder M, Orta R, Mullen E, Spina JC. Tomografía computada y resonancia magnética en la patología de la vesícula biliar: más allá de la litiasis. *Rev Argent Radiol.* 2023;86(4). Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RAR.M22000017>
- Gupta P, Dutta U, Rana P, Singhal M, Gulati A, Kalra N, et al. Gallbladder reporting and data system (GB-RADS) for risk stratification of gallbladder wall thickening on ultrasonography: an international expert consensus. *Abdom Radiol (NY).* 2022;47(2):554-565. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00261-021-03360-w>
- Pang L, Wu S, Kong J. Surgical choice for different types of gallbladder adenomyomatosis: an initial experience of 20 years laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2020;30(2):151-155. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/SLE.0000000000000776>
- Morikawa T, Okabayashi T, Shima Y, Sumiyoshi T, Kozuki A, Saisaka Y, et al. Adenomyomatosis concomitant with primary gallbladder carcinoma. *Acta Med Okayama.* 2017;71(2):113-118. Disponible en: <https://doi.org/10.18926/AMO/54979>
- Lee HJ, Chung WS, Kim JY, An JH, Park S. Chronic inflammation-related radiological findings of gallbladder adenomyomatosis. *Jpn J Radiol.* 2020;38(5):463-471. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11604-020-00931-7>
- Pesca MA, Galindo F. Colecistopatías no litiásicas ni tumorales. *Enciclopedia Cirugía Digestiva. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva.* 2015;Tomo IV:446;1-20.
- Bonatti M, Vezzali N, Lombardo F, Ferro F, Zamboni G, Tauber M, Bonatti G. Gallbladder adenomyomatosis: imaging findings, tricks and pitfalls. *Insights Imaging.* 2017;8(2):243-253. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13244-017-0544-7>

Gallbladder adenomyomatosis: a diagnostic challenge. Case report

Abstract

Gallbladder adenomyomatosis is an infrequent clinical entity whose presentation is usually nonspecific. It may be diagnosed as an imaging finding or through the histopathological analysis of the cholecystectomy specimen. Gallbladder cancer is the main differential diagnosis.

We report the case of a patient who presented with symptoms compatible with biliary pathology. During exploratory laparoscopy, an intraoperative finding was identified that was discordant with the clinical presentation, prompting further delayed imaging evaluation to rule out tumoral disease. Final pathological examination confirmed gallbladder adenomyomatosis.

Keywords: Adenomyomatosis. Gallbladder. Case report.

Adenomiomatose vesicular: desafio diagnóstico. Relato de caso

Resumo

A adenomiomatose vesicular é uma entidade clínica incomum cuja apresentação costuma ser inespecífica. Pode ser diagnosticada como achado de imagem ou por meio da análise anatomopatológica da peça de colecistectomia. O câncer de vesícula biliar constitui o principal diagnóstico diferencial.

Apresenta-se o caso de uma paciente que consultou por sintomatologia compatível com patologia biliar. Durante a laparoscopia exploratória, identificou-se um achado intraoperatório discordante da apresentação clínica, o que motivou a realização de avaliação por imagem em momento posterior para descartar doença tumoral. O exame anatomopatológico definitivo confirmou adenomiomatose vesicular.

Palavras-chave: Adenomiomatose. Vesícula biliar. Relato de caso.
