

# **Adenomiomatose da Vesícula Biliar**

## **Introdução**

A adenomiomatose ou adenomiose (ADM) é uma condição benigna da vesícula biliar caracterizada pelo crescimento excessivo da mucosa, espessamento da parede muscular e presença de divertículos intramurais, conhecidos como sinusoides de Rokitansky-Aschoff (RAS).

Neste artigo vamos revisar as características patológicas, epidemiológicas e de diagnóstico da adenomiomatose, tecendo um breve comentário sobre o tratamento

Para saber mais sobre pólipos da vesícula biliar, confira esse outro artigo:

[Pólipos de Vesícula Biliar](#)

## **Epidemiologia**

A adenomiomatose é relativamente comum, sendo encontrada em 1-9% das amostras de colecistectomia. Embora possa ocorrer em uma ampla faixa etária, os diagnósticos mais frequentes são em pacientes na faixa dos 50 anos. A incidência aumenta com a idade, provavelmente devido à inflamação prolongada.

A prevalência da adenomiomatose em relação ao gênero varia na

literatura. Alguns estudos indicam que é mais comum em mulheres (3:1), enquanto outros afirmam que a prevalência é semelhante entre homens e mulheres. Não há preferência racial conhecida.

A causa da adenomiomatose é desconhecida, embora se acredite que seja uma resposta à inflamação crônica da vesícula biliar. Como os diagnósticos mais frequentes ocorrem na faixa dos 50 anos, a ideia de inflamação crônica como etiologia parece plausível.

## Achados Patológicos

A adenomiomatose é uma das colecistoses hiperplásicas, sendo a outra a colesterolose. Nessa condição, ocorre hiperplasia da parede com a formação de sinusóides de Rokitansky-Aschoff (divertículos intramurais revestidos por epitélio mucoso) que penetram na parede muscular da vesícula biliar, com ou sem espessamento da parede. O acúmulo de colesterol na adenomiomatose é intraluminal, já que cristais de colesterol precipitam na bile retida nos sinusóides de Rokitansky-Aschoff.



Os seios de Rokitansky-Aschoff consistem em invaginações do epitélio na camada muscular que produzem pequenos divertículos intramurais. Por si só, essa condição não apresenta significado clínico. Um diagnóstico histológico de adenomiomatose requer que os seios de Rokitansky-Aschoff sejam profundos, ramificados e acompanhados de hipertrofia da camada muscular.

Fonte: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and liver disease 9th ed p 1146 – 1149*

Existem três formas macroscópicas de adenomiomatose (Fig. 2):

- A forma **segmentar** (> 60%): forma uma espécie de diafragma entre o colo e o fundo da vesícula biliar, separando-a em duas zonas comunicantes.

- A forma **localizada** (30%): geralmente ocorre no fundo da vesícula.
- A forma **difusa** (mais rara <5%): espessamento parietal que afeta toda a parede da vesícula.



#### *Formas macroscópicas da adenomiomatoze*

No tipo localizado, a adenomiomatoze pode causar um espessamento mucoso focal na parede da vesícula formando um nódulo, geralmente no fundo, que se projeta para o lúmen, dando a aparência de um pólipos na ultrassonografia. A camada muscular na área afetada costuma estar espessada de três a cinco vezes a sua espessura normal.

## Quadro Clínico

Geralmente, a adenomiomatoze é assintomática, sendo descoberta incidentalmente por exames de imagem ou após colecistectomia, mas pode apresentar sintomas. Em raras situações, pode causar dores semelhantes a cólicas biliares no hipocôndrio direito. No entanto, como metade dos casos de ADM está associada a cálculos biliares, é difícil atribuir especificamente à ADM a causa dessas dores.

Não há evidência de que a presença de adenomiomatoze aumente o risco de câncer de vesícula biliar. Porém, a presença de adenomiomatoze está associada a casos mais avançados de câncer de vesícula biliar, possivelmente porque sua presença dificulta o diagnóstico precoce por exames de imagem.

## Diagnóstico Radiológico

Uma vez que a ADM não apresenta sintomas específicos, a imagem desempenha um papel fundamental no seu diagnóstico diferencial. Cerca de 25% dos casos de espessamento da parede da vesícula biliar (parede > 3 mm) são devidos à ADM.

Atualmente, o diagnóstico baseia-se na ultrassonografia (US) e frequentemente é incidental. A USG apresenta uma sensibilidade de cerca de 65%.

Os sinais sugestivos incluem parede espessada, conteúdo luminal anecoico ou ecogênico (lodo, cálculos), imagens murais pseudocísticas correspondendo aos seios de Rokitansky-Aschoff e artefatos de reverberação acústica (cauda de cometa) devido a concreções de cálcio presas nos RAS.

A ultrassonografia endoscópica melhora a sensibilidade da USG transabdominal, especialmente para o diagnóstico diferencial com câncer da VB.

## Ultrassonografia

- espessamento mural (difuso, focal, anular)
  - forma segmentar é especialmente difícil de distinguir do [carcinoma de vesícula biliar](#)
- artefato de cauda de cometa: focos intramurais ecogênicos dos quais emanam artefatos de reverberação em forma de V são altamente específicos para a adenomiomatose, representando os cristais de colesterol no lumen dos seios de Rokitansky-Aschoff



*Espessamento segmentar hipoecoico no fundo da vesícula biliar, medindo 11x5mm, sugestivo de adenomiomatose. Imagem cedida pela Dra. Julia Mayumi Gregorio*

## Tomografia Computadorizada

- espessamento anormal da parede da vesícula biliar e realce são características comuns, mas não específicas, da TC para a adenomiomatose
- os seios de Rokitansky-Aschoff maiores podem ser

visualizados

- foi descrito um sinal de rosário na TC, formado por epitélio realçado dentro de divertículos intramurais cercados pela camada muscular da vesícula biliar hipertrófica relativamente não realçada

## Ressonância Nuclear Magnética

A Colangiopancreatografia por Ressonância Magnética (CPRM) é a técnica normalmente empregada para caracterização da vesícula biliar e árvore biliar. As características de imagem incluem:

- espessamento mural
- massa focal séssil
- divertículos intramurais preenchidos com líquido
- o sinal de colar de pérolas refere-se à disposição curvilínea característica de várias cavidades intramurais arredondadas hiperintensas visualizadas em imagens ponderadas em T2
- configuração de ampulheta em tipos anulares



## Tratamento

Pacientes com características típicas de adenomiomatose na ultrassonografia não requerem vigilância ou colecistectomia.

A colecistectomia pode ser realizada nas seguintes situações:

- paciente sintomático com dor no quadrante superior direito (geralmente devido a cálculos biliares)
- aparência (especialmente quando focal) pode ser difícil de distinguir de malignidade.

# Galeria de Imagens



Forma localizada com focos anecoicos (RAS)



Espessamento hipoecoico focal no fundo da vesícula



Forma segmentar



Aspecto de cauda de cometa



## Referências

1. Golse N, Lewin M, Rode A, Sebagh M, Mabrut JY. Gallbladder adenomyomatosis: Diagnosis and management. *J Visc Surg.* 2017 Oct;154(5):345-353. doi: 10.1016/j.jviscsurg.2017.06.004. Epub 2017 Aug 24. PMID: 28844704.
2. Ryu Y, Abdeldjalil B, Molinari A, et al. Adenomyomatosis of the gallbladder. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 24 Aug 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-7056>
3. Wisam F Zakko, MD. Gallbladder polyps. Disponível em <https://www.uptodate.com/contents/gallbladder-polyps>

## Como citar este artigo

Martins BC. Adenomiomatose da Vesícula Biliar Gastropedia 2023; vol 2. Disponível em: <https://gastropedia.pub/pt/cirurgia/hepatopancreatobiliar/adenomiomatose-da-vesicula-biliar/>