



ADENOMIOMATOSIS VESICULAR COMO HALLAZGO INCIDENTAL: REPORTE DE SIETE CASOS

GALLBLADDER ADENOMYOMATOSIS AS AN INCIDENTAL FINDING: A REPORT OF SEVEN CASES

María del Pilar Pacheco Saravia ^{1b,3b}, Yadhira Ariana Rosas Uchupe ^{1b,3b}, Gabriela Jazmín Palomino Quiñones ^{1b,3b}, Mario Manuel Aymerich Lau ^{1b,3b}, Gonzalo David Baldeón Arzapalo ^{1b,3b}, José Alberto Bendezú Cahua ^{1b,13b}, Nicole Desire Rojas Guerrero ^{1b,3b}, Eugenio Américo Palomino Portilla ^{1b,12,a}

RESUMEN

Introducción: La adenomiomatosis vesicular (AMV) es una entidad benigna de la vesícula biliar, generalmente asintomática, pero con potencial para simular o coexistir con lesiones preneoplásicas. **Caso clínico:** Se reportan siete casos de AMV, hallados incidentalmente tras colecistectomías indicadas por dolor en hipocondrio derecho. Todos los pacientes fueron adultos (seis mujeres y un hombre), con diagnóstico preoperatorio de colecistitis o colelitiasis, sin alteraciones en estudios de laboratorio. Las lesiones se localizaron en el fondo vesicular, con espesores entre 2 y 12 mm. El análisis histopatológico reveló características típicas de AMV, y en un caso se identificó un foco único de displasia glandular de bajo y alto grado, sin evidencia de invasión. **Conclusiones:** La relevancia del caso radica en la necesidad de un estudio histológico minucioso de la vesícula biliar, incluso cuando no hay sospecha clínica, dado el potencial oncogénico de la displasia asociada a AMV y la importancia de un diagnóstico diferencial con neoplasias vesiculares

Palabras clave: Vesícula biliar; Lesiones precancerosas; Neoplasia de la vesícula biliar . (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Gallbladder adenomyomatosis (GAM) is a benign condition of the gallbladder, typically asymptomatic, but with the potential to mimic or coexist with preneoplastic lesions. **Clinical case:** We report seven cases of GAM, incidentally discovered following cholecystectomies performed due to right upper quadrant pain. All patients were adults (six women and one man), with a preoperative diagnosis of cholecystitis or cholelithiasis, and no abnormalities in laboratory studies. The lesions were located in the gallbladder fundus, with thicknesses ranging from 2 to 12 mm. Histopathological analysis revealed typical features of GAM, and in one case, a single focus of low- and high-grade glandular dysplasia was identified, without evidence of invasion. **Conclusion:** The significance of this case lies in the need for thorough histological examination of the gallbladder, even when there is no clinical suspicion, due to the oncogenic potential of the dysplasia associated with GAM and the importance of differential diagnosis with gallbladder neoplasms.

Keywords: Gallbladder; Precancerous conditions; Gallbladder neoplasms. (Source: MESH-NLM)

¹ Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

² Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

³ Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

^a Médico anatomopatólogo

^b Estudiante de Medicina Humana

Citar como: Pacheco Saravia MP, Rosas Uchupe YA, Palomino Quiñones GJ, Aymerich Lau MM, Baldeón Arzapalo GD, Bendezú Cahua JA, Rojas Guerrero ND, Palomino Portilla EA. Adenomiomatosis vesicular como hallazgo incidental: reporte de siete casos. Rev Fac Med Hum. 2025;25(1):07-13 doi 10.25176/RFMH.v25i1.6577

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe





INTRODUCCIÓN

La colestosis hiperplásica es una entidad patológica de la vesícula biliar que incluye dos formas principales: la colestrosis y la adenomiomatosis vesicular (AMV)⁽¹⁾. Esta última, considerada una condición degenerativa adquirida, se caracteriza por proliferación del epitelio mucoso con invaginación profunda hacia la capa muscular, formando los senos de Rokitsky-Aschoff^(2,3). Su prevalencia varía del 1 % al 9 % en especímenes de colecistectomía, siendo un hallazgo incidental en pacientes operados por otras causas como litiasis sintomática o colecistitis^(4,5). A pesar de ser en su mayoría asintomática, puede generar dolor en hipocondrio derecho, clínicamente indistinguible del cólico biliar⁽⁶⁾. Las pruebas de laboratorio suelen ser normales y no existen marcadores serológicos específicos para su detección⁽³⁾. Aunque tradicionalmente no se ha considerado una lesión premaligna⁽⁷⁾, algunos autores han planteado su posible rol como precursor de cáncer de vesícula biliar, especialmente en el tipo segmentario⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Históricamente, la AMV ha sido objeto de múltiples denominaciones antes de ser sistematizada por Jutras en 1960⁽¹¹⁾. Su etiología permanece incierta, aunque se ha vinculado a condiciones que favorecen la formación de cálculos biliares, como anomalías del tracto biliar, enfermedad inflamatoria intestinal y obesidad⁽¹²⁾. Se han descrito tres patrones morfológicos: segmentario, fúndico y difuso⁽¹³⁾, siendo el fúndico uno de los más frecuentes. Los estudios por imágenes permiten sugerir el diagnóstico, pero en la mayoría de casos este se confirma postoperatoriamente mediante el análisis anatomopatológico del espécimen vesicular.

Aunque la AMV suele ser un hallazgo incidental, su presentación puede simular clínicamente cuadros más graves, incluyendo lesiones neoplásicas^(5,10). Esto cobra especial relevancia cuando se identifican características histológicas atípicas, como displasia, que pueden sugerir un riesgo oncogénico, como se ha reportado en algunos estudios^(8,9). En este contexto, los casos presentados resultan clínicamente relevantes, ya que todos fueron diagnosticados inicialmente como colecistitis o colelitiasis, sin sospecha previa de AMV. El hallazgo histológico incidental, sumado a la identificación de displasia en uno de los casos, subraya

la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial prequirúrgico de patología vesicular⁽³⁾. Este reporte tiene como objetivo describir una serie de siete casos de adenomiomatosis vesicular, resaltando su presentación clínica, hallazgos anatomopatológicos y el potencial diagnóstico diferencial con neoplasia vesicular.

CASO CLÍNICO

Se presentan siete casos correspondientes a especímenes evaluados durante el trabajo rutinario del servicio de Anatomía Patológica. En todos ellos, la AMV fue un hallazgo incidental, identificado exclusivamente durante el análisis histopatológico. Todos consultaron por síndrome doloroso en hipocondrio derecho. No se reportó mayor sintomatología de la típica. Tanto la evaluación clínica como la ultrasonografía condujeron al diagnóstico inicial de colecistitis o colelitiasis. No se realizaron otros estudios imagenológicos. Los exámenes de laboratorio preoperatorios no mostraron alteraciones relevantes. No se evidenciaron elevaciones significativas de leucocitos, enzimas hepáticas ni bilirrubinas. El tratamiento quirúrgico fue realizado de forma programada en todos los pacientes.

Los siete casos presentados corresponden a seis mujeres y un varón, todos adultos; dos de ellos menores de 50 años y cinco mayores de esa edad. En todos los casos, la AMV fue un hallazgo incidental, identificado únicamente durante el estudio histopatológico. Los pacientes fueron sometidos a colecistectomía por sintomatología vesicular típica, sin que se hubiese detectado ni sospechado previamente la presencia de AMV. La Tabla resume las principales características clínicas, morfológicas e histológicas de los casos evaluados. Todas las lesiones se ubicaron en el fondo vesicular, con un mayor engrosamiento focal de la pared de 12 mm y un menor engrosamiento de 2 mm. La lesión de mayor extensión medía 22 × 15 mm y la de menor extensión, 4 × 4 mm. El diagnóstico definitivo fue colecistitis crónica en los siete casos, colelitiasis en tres casos y colestrosis en cuatro casos. Solo dos casos presentaron los tres diagnósticos, encontrándose en uno de ellos el foco de displasia (caso 1). El hallazgo histopatológico en los siete casos correspondió a la descripción clásica de la AMV, es decir, epitelio cilíndrico





simple formando múltiples invaginaciones que se intercalan con fascículos hipertróficos de músculo liso (Figura). En la imagen macroscópica correspondiente al caso 3, se observa una lesión ubicada en el fondo vesicular, con aspecto de cavidades adyacentes en el espesor de la pared vesicular (Figura). Respecto al caso 1, se identificó un foco único de displasia glandular, localizado dentro del espesor de la muscular propia, sin evidencia de invasión (Figura), claramente reconocible en el cuadrante inferior izquierdo de la microfotografía por su alteración arquitectural y mayor intensidad de coloración, en comparación con el epitelio del cuadrante inferior derecho (Figura).

En otra microfotografía del mismo caso, se observa dicho foco de displasia en la parte central inferior, por debajo de la muscular propia, junto a proyecciones epiteliales a derecha e izquierda (Figura). En el foco referido se evidencia displasia de bajo grado y de alto grado, coexistiendo y alternando con parches de epitelio normal (Figura). La lesión se encuentra rodeada de aislados linfocitos y de leve fibrosis, al igual que las proyecciones epiteliales vecinas. En otras palabras, el cambio epitelial no debería relacionarse con injuria inflamatoria. Se estudiaron múltiples cortes de la vesícula biliar, no encontrándose otros focos de displasia.

Tabla 1. Características clínicas, morfológicas e histológicas de los casos evaluados.

Caso	Sexo	Edad (años)	Ubic. / Tipo	Tamaño (mm)	Espesor (mm)	Colecistitis	Colelitiasis	Colesterosis	Displasia
1	Femenino	73	Fondo	18 × 15	12	Sí	Sí	Sí	Sí
2	Femenino	71	Fondo	22 × 15	5	Sí	No	No	No
3	Femenino	76	Fondo	18 × 10	10	Sí	No	No	No
4	Femenino	64	Fondo	9 × 8	8	Sí	No	Sí	No
5	Femenino	53	Fondo	4 × 4	2	Sí	No	Sí	No
6	Femenino	25	Fondo	13 × 12	6	Sí	Sí	Sí	No
7	Masculino	37	Fondo	12 × 10	7	Sí	Sí	No	No

El caso número uno requirió una evaluación anatomopatológica adicional tras identificarse un foco de displasia epitelial (Figura). Se obtuvieron nuevas muestras del tejido vesicular para descartar la presencia de otros focos de displasia o de adenocarcinoma, confirmándose únicamente el hallazgo inicial de un foco aislado con displasia. El borde quirúrgico se encontraba libre de lesión. Todos los pacientes presentaron una evolución postoperatoria favorable tras la colecistectomía, con resolución completa del cuadro clínico. En el caso que presentó displasia focal, no se han realizado estudios adicionales posteriores. La lesión descrita no se asocia con elevación ni presencia de marcadores séricos conocidos.

En otra microfotografía del mismo caso, se observa dicho foco de displasia en la parte central inferior, por debajo de la muscular propia, junto a proyecciones epiteliales a derecha e izquierda (Figura). En el foco referido se evidencia displasia de bajo grado y de alto grado, coexistiendo y alternando con parches de epitelio normal (Figura).

La lesión se encuentra rodeada de aislados linfocitos y de leve fibrosis, al igual que las proyecciones epiteliales vecinas. En otras palabras, el cambio epitelial no debería relacionarse con injuria inflamatoria. Se estudiaron múltiples cortes de la vesícula biliar, no encontrándose otros focos de displasia.

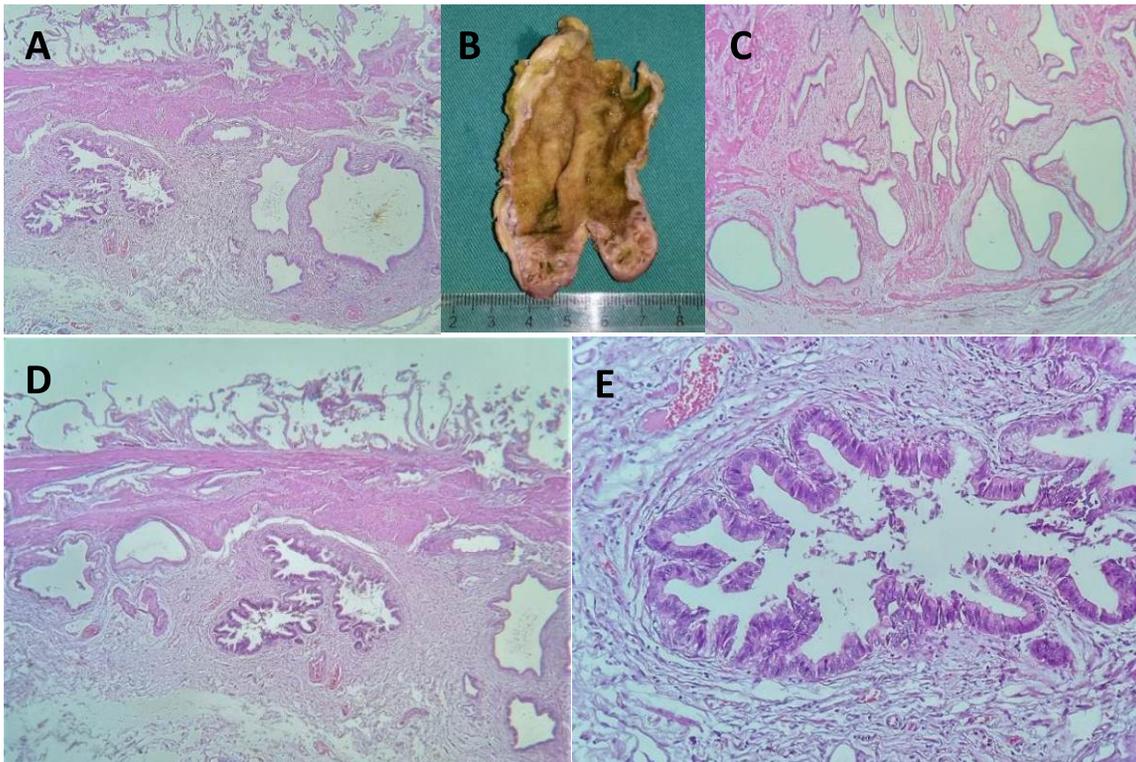


Figura. Hallazgos histopatológicos y macroscópicos representativos de los casos analizados. A) Microfotografía del caso 1 que muestra, en el cuadrante inferior izquierdo, un foco de displasia glandular reconocible por la alteración arquitectural y la coloración más intensa, en comparación con el epitelio del cuadrante inferior derecho. Foco de displasia glandular localizado dentro del espesor de la muscular propia, sin evidencia de invasión. (40X, H-E). B) Fotografía macroscópica del caso 3, con lesión ubicada en el fondo vesicular, mostrando aspecto de cavidades adyacentes en el espesor de la pared vesicular. C) Microfotografía del caso 4, donde se observa invaginación del epitelio hiperplásico en formas diversas, alternando con fascículos hipertróficos de la capa muscular. (40X, H-E). D) Microfotografía del caso 1, con foco único de displasia glandular ubicado en la parte central inferior, por debajo de la muscular propia. Se aprecian proyecciones epiteliales a derecha e izquierda. (40X, H-E). E) Microfotografía del caso 1 que evidencia displasia de bajo y de alto grado, alternando con parches de epitelio normal. (400X, H-E).

DISCUSIÓN

En la literatura se encuentran varias definiciones de AMV. En esta revisión, consideramos que la AMV es una enfermedad degenerativa adquirida, caracterizada por proliferación difusa o localizada del epitelio mucoso, el cual se invagina profundamente y se extiende en el espesor de la capa muscular vesicular^(7,14).

Característicamente, la capa muscular es hipertrófica.

Se ha planteado que la AMV podría representar una lesión precancerosa⁽⁹⁾; sin embargo, esto continúa siendo controversial, ya que implicaría que el adenocarcinoma vesicular evolucionaría a partir de esta

entidad. De los siete casos que reportamos, uno de ellos presentó un foco microscópico epitelial con displasia de bajo y alto grado. A nuestro entender, es más probable que dicho foco de displasia no esté directamente relacionado con la AMV. En el caso 1 se encontró, además de la AMV clásica, un foco indudable de displasia junto a otras proyecciones epiteliales transmurales sin displasia, todas ubicadas en la subserosa, por fuera de la capa muscular propia hipertrófica (Figura 4). Se denomina displasia al conjunto de alteraciones arquitecturales y citológicas que afectan algún epitelio. Es considerada una lesión precursora de cáncer, que evoluciona progresivamente desde una displasia de bajo grado hacia una de alto



grado, adenocarcinoma in situ y, finalmente, adenocarcinoma infiltrante.

La bilis tiene una función emulsificante y es producida por los hepatocitos. Es una solución que contiene, entre otras sustancias, ácidos (sales) biliares, colesterol, pigmentos, diversos metabolitos y elementos químicos. En la vesícula biliar no solo se almacena temporalmente, sino que también se deshidrata, lo cual da como resultado una concentración proporcionalmente mayor de sus constituyentes. Estos, en teoría, podrían generar un daño progresivo al epitelio. La AMV podría incrementar la exposición del epitelio a las sustancias contenidas en la bilis, debido a que, al acumularse en las criptas profundas, aumentaría el tiempo de contacto. La colecistitis/colelitiasis, por su parte, añadiría factores lesivos al ya descrito⁽¹⁵⁾.

La presencia de displasia en el epitelio vesicular debiera considerarse un fenómeno multifactorial, que puede evolucionar hacia un adenocarcinoma de la vesícula biliar, el cual es una neoplasia de muy mal pronóstico, con una sobrevida muy corta tras el diagnóstico. La relación causal entre la AMV y el adenocarcinoma vesicular es controversial y no está confirmada, salvo por su ocasional coexistencia. En la literatura se han descrito casos de AMV asociada con adenocarcinoma de vesícula biliar; sin embargo, a lo mejor de nuestro conocimiento, este es el primer caso en el que se describe un foco de displasia de bajo y alto grado en el contexto característico de AMV. Consideramos que la importancia clínica del presente reporte radica en que la AMV es una entidad poco conocida, pero afecta hasta

un 8 % de pacientes adultos, en quienes debiera evaluarse minuciosamente su existencia, asociada o no a una colecistopatía. Más aún, si se han descrito casos de adenocarcinoma que coexisten con AMV de tipo macroscópico segmentario, principalmente⁽¹²⁾.

Además, reconocer esta entidad es útil para los médicos anatomopatólogos, quienes deben extremar el estudio macroscópico y microscópico de todos los especímenes de colecistectomía, en busca de AMV o de displasia. Eventualmente, el estudio patológico transoperatorio puede ser de utilidad. Para el médico especialista en diagnóstico por imágenes, la AMV tiene relevancia clínica, ya que su diagnóstico preoperatorio depende casi exclusivamente de estudios imagenológicos. Para los médicos cirujanos, también es importante reconocer esta enfermedad y su probable relación con displasia y cáncer, ya que muchas veces seccionan la vesícula biliar y distorsionan su anatomía irreparablemente.

En otras ocasiones, la vesícula biliar es retirada en múltiples fragmentos, sobre todo en colecistectomías laparoscópicas, lo que conlleva una dificultad adicional para el estudio anatomopatológico posterior. Finalmente, debemos recordar el pésimo pronóstico del cáncer vesicular, el cual inicia con una displasia que suele progresar a lo largo de varios años. La presencia de displasia en el contexto de una adenomiomatosis vesicular refuerza la necesidad de un estudio histopatológico exhaustivo ante esta entidad, dada su potencial relevancia en el desarrollo de neoplasias vesiculares.

Contribuciones de autoría: MPQ: Conceptualización y redacción - revisión y edición. JBA: Conceptualización y redacción - revisión y edición. JAL: Conceptualización y redacción - revisión y edición. CPS: Conceptualización y redacción - revisión y edición. ERU: Conceptualización y redacción - revisión y edición. LBC: Conceptualización y redacción - revisión y edición. MRG: Conceptualización y redacción - revisión y edición. PPP: Conceptualización y redacción - borrador original. Todos los autores aprobaron la versión final a publicar.

Financiamiento: Autofinanciado.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido: 06 de Diciembre, 2024.

Aprobado: 02 de Marzo, 2025.

Correspondencia: Eugenio Américo Palomino Portilla.

Dirección: Calle Doña Victoria, C-1, Urbanización Residencial Victoria, Surco.

Teléfono: (+51) 998483195

Correo electrónico: eugenio.palomino@urp.edu.pe

REFERENCIAS

1. Parolini F, Indolfi G, Magne MG, Salemm M, Cheli M, Boroni G, et al. Adenomyomatosis of the gallbladder in childhood: A systematic review of the literature and an additional case report. *World J Clin Pediatr.* 2016;5(2):223–7. doi: [10.5409/wjcp.v5.i2.223](https://doi.org/10.5409/wjcp.v5.i2.223)
2. Zarate YA, Bosanko KA, Jarasvaraparn C, Vengoechea J, McDonough EM. Description of the first case of adenomyomatosis of the gallbladder in an infant. *Case Rep Pediatr.* 2014;2014:248369. doi: [10.1155/2014/248369](https://doi.org/10.1155/2014/248369)
3. Pellino G, Sciaudone G, Candilio G, Perna G, Santoriello A, Canonico S, et al. Stepwise approach and surgery for gallbladder adenomyomatosis: a mini-review. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2013;12(2):136–42. doi: [10.1016/s1499-3872\(13\)60022-3](https://doi.org/10.1016/s1499-3872(13)60022-3)
4. 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):420–5.
5. Nishimura A, Shirai Y, Hatakeyama K. Segmental adenomyomatosis of the gallbladder predisposes to cholelithiasis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2004;11(5):342–7. doi: [10.1007/s00534-004-0911-x](https://doi.org/10.1007/s00534-004-0911-x)
6. Lee K-F, Hung EHY, Leung HHW, Lai PBS. A narrative review of gallbladder adenomyomatosis: what we need to know. *Ann Transl Med.* 2020;8(23):1600. doi: [10.21037/atm-20-4897](https://doi.org/10.21037/atm-20-4897)
7. Henson DE, Schwartz AM, Nsouli H, Albores-Saavedra J. Carcinomas of the pancreas, gallbladder, extrahepatic bile ducts, and ampulla of vater share a field for carcinogenesis: a population-based study. *Arch Pathol Lab Med.* 2009;133(1):67–71. doi: [10.5858/133.1.67](https://doi.org/10.5858/133.1.67)
8. Aldridge MC, Gruffaz F, Castaing D, Bismuth H. Adenomyomatosis of the gallbladder. A premalignant lesion? *Surgery.* 1991;109(1):107–10.
9. Akçam M, Buyukyavuz I, Çiriş M, Eriş N. Adenomyomatosis of the gallbladder resembling honeycomb in a child. *Eur J Pediatr.* 2008;167(9):1079–81. doi: [10.1007/s00431-007-0623-8](https://doi.org/10.1007/s00431-007-0623-8)
10. Nabatame N, Shirai Y, Nishimura A, Yokoyama N, Wakai T, Hatakeyama K. High risk of gallbladder carcinoma in elderly patients with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. *J Exp Clin Cancer Res CR.* 2004;23(4):593–8.
11. Jutras JA. Hyperplastic cholecystoses; Hickey lecture, 1960. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med.* 1960;83:795–827.
12. Yoshimitsu K, Honda H, Aibe H, Shinozaki K, Kuroiwa T, Irie H, et al. Radiologic Diagnosis of Adenomyomatosis of the Gallbladder: Comparative Study Among MRI, Helical CT, and Transabdominal US. *J Comput Assist Tomogr.* 2001;25(6):843.
13. Stunell H, Buckley O, Geoghegan T, O'Brien J, Ward E, Torreggiani W. Imaging of adenomyomatosis of the gall bladder. *J Med Imaging Radiat Oncol.* 2008;52(2):109–17. doi: [10.1111/j.1440-1673.2008.01926.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1673.2008.01926.x)
14. Joshi JK, Kirk L. Adenomyomatosis. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 [citado el 30 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482244/>
15. Pilgrim CHC, Groeschl RT, Christians KK, Gamblin TC. Modern perspectives on factors predisposing to the development of gallbladder cancer. *HPB.* 2013;15(11):839–44. doi: [10.1111/hpb.12046](https://doi.org/10.1111/hpb.12046)