

ADENOMA DE VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO

GALLBLADER ADENOMA: A CASE REPORT

Rubem Alves da Silva Júnior,* George Augusto Monteiro Lins de Albuquerque,**
Thiago Patta,** Higino Felipe Figueiredo,** Elysson Abinader,** Carlos Alberto Morais Menezes Júnior***

RESUMO

Lesões polipoides de vesícula biliar afetam aproximadamente 5% da população adulta. Apesar de a grande maioria das lesões ser benigna, a transformação maligna é sempre uma preocupação. A maioria dos pólipos é detectada durante ultrassonografia abdominal. Adenomas são lesões epiteliais benignas com elevado potencial de malignidade que podem ocorrer ao longo de todo o trato gastrointestinal. Relatamos um caso de paciente investigada por sintomas gastrointestinais inespecíficos com diagnóstico de colelitíase havia dois anos. Ultrassonografia revelou imagens sugestivas de cálculo biliar e outra imagem hiperecoica, polipoide e séssil. Colectomia aberta foi realizada e constatou-se presença da lesão cujo laudo histológico confirma tratar-se de adenoma.

Palavras-chave: Pólipo, Adenoma, Vesícula Biliar, Colectomia.

ABSTRACT

Polypoid lesions of the gallbladder affect approximately 5% of the adult population. Although the majority of gallbladder polyps are benign, malignant transformation is a concern. Most polyps are detected during abdominal ultrasonography. Villous adenomas are benign epithelial lesions with malignant potential that can occur in any part of the gastrointestinal tract. We present a case of a patient who was investigated for nonspecific gastrointestinal complaints with a concurrent diagnosis of cholelithiasis for two years. Ultrasonography diagnosed images suggestive of gallstones and a hyperechoic and sessile polyp. An open cholecystectomy was performed and revealed an adenoma.

Key words: Polyps, Adenoma, Gallbladder, Cholecystectomy.

* Chefe da Cirurgia do Aparelho Digestório. Coordenador da Preceptoria de Residência Médica da Cirurgia Geral do Hospital Universitário Getúlio Vargas

** Residentes em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Amazonas - Ufam

*** Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal do Amazonas - Ufam

INTRODUÇÃO

Lesões polipoides da vesícula biliar correspondem a qualquer lesão elevada da superfície mucosa da parede do órgão, as quais são usualmente não-neoplásicas (>95%). A maioria dessas lesões polipoides de vesícula biliar é encontrada incidentalmente em 3-7% das colecistectomias.^{1, 3}

Christensen and Ishake estabeleceram a classificação para os tumores benignos de vesícula biliar: tumores epiteliais ou adenoma (tubular, papilar ou tipos mistos), tumores mesenquimais (hemangioma, leiomioma, lipoma) e pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatórios, adenomioma e hiperplasia adenomatosa).² Com o uso da ultrassonografia na prática clínica moderna, cada vez mais as lesões polipoides de vesícula biliar são detectadas.³

Relatamos o caso de uma paciente investigada por sintomas não-específicos do trato gastrintestinal havia dois anos. Na ultrassonografia de abdome total observou-se imagens sugestivas de litíase biliar e outra imagem hiperecoica, polipoide e sésil, cujo diagnóstico histopatológico foi adenoma de vesícula biliar.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo feminino, 36 anos, encaminhada com diagnóstico de litíase biliar; apresentando quadro de epigastralgia acompanhada de náuseas e vômitos com uma frequência em um ano de dois episódios. Em sua história familiar, observa-se caso de colelitíase em parente de primeiro grau. Ao exame físico: dor à palpação profunda em hipocôndrio direito, sem demais alterações. A ultrassonografia de abdome superior revelou pequenas imagens hiperecogênicas em vesícula biliar, móveis à mudança de decúbito e produzindo sombra acústica posterior; e outra imagem hiperecogênica de contornos irregulares, aderida à parede posterior da vesícula medindo 3,1 cm x 2,3 cm em seu maior diâmetro. A paciente foi submetida à colecistectomia, sendo solicitada a avaliação histopatológica da peça cirúrgica. A paciente evoluiu sem intercorrências, recebendo alta no terceiro dia pós-operatório. A análise histopatológica confirmou o diagnóstico de colecistite crônica e adenoma de vesícula biliar.

DISCUSSÃO

É difícil prever a importância ou o significado dos pólipos de vesícula biliar no pré-operatório, outrora sendo a maioria

de linhagem benigna; a possibilidade de ele ser um carcinoma não pode ser descartada. Apesar de ser uma doença relativamente rara, o carcinoma de vesícula biliar ainda compreende 3% de todas as doenças malignas gastrointestinais.⁴

Os sintomas de pólipos de vesícula biliar não são específicos, sendo a maioria sugestivos de colelitíase.⁴ Sintomas como dor em quadrante superior direito, dispepsia, náuseas e vômitos foram relatados. A proporção de pacientes sintomáticos é de 78 a 93%. A proporção de pacientes portadores de cálculo de vesícula biliar e pólipos é de 27 a 66%, sugerindo que a sintomatologia não pode ser atribuída exclusivamente à presença dos cálculos.^{3, 5}

Os fatores de riscos identificados para malignidade dos pólipos de vesícula biliar são o tamanho do pólipo superior a 10 mm, idade do paciente superior a 50 anos, pólipos solitários, presença de cálculos e pacientes sintomáticos.^{3, 5, 6}

Em contraste com os pólipos de cólon, a inspeção pré-operatória direta da mucosa da vesícula biliar e biópsia não é viável, obrigando os médicos a adotar sua conduta baseada em informações obtidas a partir de exames de imagem.¹

O tratamento cirúrgico está indicado em todos os pacientes sintomáticos, em portadores de lesões maiores que 10 mm de

diâmetro e em pacientes que apresentam fatores que aumentam o risco de malignidade (idade superior a 50 anos e coexistência de cálculos biliares). Todos os outros pacientes devem ser acompanhados periodicamente com exames ultrassonográficos seriados a cada três a seis meses.⁶

No caso relatado, a colecistectomia foi o procedimento indicado, em concordância com a literatura, já que ela preenche os critérios para tratamento cirúrgico. A colecistectomia também tem demonstrado melhora da sintomatologia apresentada pela paciente.³ Quanto à forma de tratamento cirúrgico, técnica aberta ou videolaparoscópica, a última é considerada o padrão áureo no tratamento de colelitíase, entretanto sua eficácia no tratamento de lesões polipoides é questionável: pela possibilidade de aumentar o número de sítios de metástases e associar-se a pior prognóstico em carcinomas de vesícula biliar não suspeitados.^{3, 6} Sendo este o motivo pelo qual a técnica aberta foi realizada em nossa paciente.

Os adenomas vilosos são lesões epiteliais benignas que podem ocorrer em qualquer local do trato gastrointestinal. Esses tumores são frequentemente encontrados em reto e cólon, menos frequentes em intestino delgado, e raramente encontrados na árvore biliar.⁷

Adenomas do trato biliar são incomuns. A grande maioria dos adenomas de vesícula biliar tem estrutura tubular, enquanto adenomas tubulovilosos são extremamente raros. A incidência de adenomas puramente vilosos de vesícula é de apenas 0,08% em séries de autópsias.⁸

Em estudo realizado por Terzi e colaboradores, uma revisão de cem casos de pólipos de vesícula biliar, os adenomas foram relatados como lesões predominantemente solitárias ou associadas à colelitíase. O potencial pré-maligno dos adenomas e a evolução deles à carcinoma são inquestionáveis, estando assim indicada a remoção cirúrgica de todos os adenomas encontrados.^{2, 4}

Pólipos de vesícula biliar permanecem como grande preocupação tanto para médicos como para pacientes. Apesar de a maioria das lesões polipoides ser benigna, é necessário avaliação cuidadosa e acompanhamento adequado observando-se os critérios para indicação cirúrgica. No presente caso, a lesão polipoide era um adenoma, e por conta do grande potencial de malignidade associado aos adenomas, o tratamento instituído foi a colecistectomia. A paciente se encontra

atualmente em bom estado.

REFERÊNCIAS

1. Dutta U, Poornachandra PKS. Gallbladder polyps: How to pick up the sinister ones. *J Gastroenterol Hepatol.* 2009; 24:219-222.
2. Csendes A, Burgos AM, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late Follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg.* 2001; 234(5):657-660.
3. Lee KF, Wong J, Man Li JC, San Lai, P.B. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg.* 2004; 188:186-190.
4. Terzi C, Sökmen S, Seçkin S, Albayrak L, Ugurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: Report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000, 127:622-7.
5. Boulton RA, Adams DH. Gallbladder polyps: when to wait and when to act. *Lancet* 1997; 349:817.
6. Myers MP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: Epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol* 2002; 16 (3): 187-194.
7. Chae BW, Chung JP, Park YN, Yoon DS, Yu JS, Lee SJ, et al. Vilous adenoma of the bile ducts: a case report and a review of the reported cases in Korea. *Yonsei Med J* 1999; 40: 84-89.
8. Kimura W, Muto T, Esaki Y. Incidence and pathogenesis of villous tumors of the gallbladder, and their relation to cancer. *J. Gastroenterol* 1994, 29: 61-65.