

Caso clínico

Varón con dispepsia

¹María Antonia del Valle Martín, ¹Ana González Barriuso, ²María Isabel García del Valle, ³Roberto J. García Barbado

¹Centro de Salud Arturo Eyrías. Valladolid- ²Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospital Universitario. Albacete- ³Centro de Salud "Valladolid Rural I". Valladolid

Paciente de 70 años de edad, que consulta por presentar dispepsia inespecífica desde hace unas dos semanas. No guarda relación con la ingesta ni se acompaña de náuseas, vómitos o pirosis. No ha perdido peso y tampoco refiere astenia ni alteraciones del ritmo intestinal. Presenta una obesidad grado I y fue intervenido en 1984 de un adenocarcinoma de colon con colostomía secundaria. Está diagnosticado de hipertensión, dislipemia y gonartrosis derecha. Tratamiento habitual: estatina e IECA.

No hay coloración anómala de piel ni mucosas. La tensión arterial y la auscultación cardiopulmonar son normales. La exploración abdominal no es valorable por presentar un abdomen globuloso a tensión; hay aumento generalizado del timpanismo y de los ruidos hidroaéreos.

Dado el antecedente de intervención de un tumor de colon, se decide realizar una eco abdominal al día siguiente en ayunas. Además, se realizan análisis de control de sus factores de riesgo cardiovasculares.



Figura 1.

En la ecografía el hígado presenta una ecoestructura

brillante y fina, con cierta atenuación posterior y borramiento del diafragma, que nos hace sospechar una esteatosis grado II-III. La vesícula tiene paredes finas y en su fundus encontramos focos ecogénicos brillantes con artefactos distales en cola de cometa (figura 1 y vídeo 1). El eco-doppler es negativo, pero con efecto *twinkling* positivo sobre los focos ecogénicos del interior (figura 2 y vídeo 2). No se produce ningún cambio en las imágenes con la movilización del paciente ni tampoco dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Pese a los abundantes artefactos (gases), se visualizan páncreas, grandes vasos, bazo y ambos riñones, que son normales.

VÍDEO 1

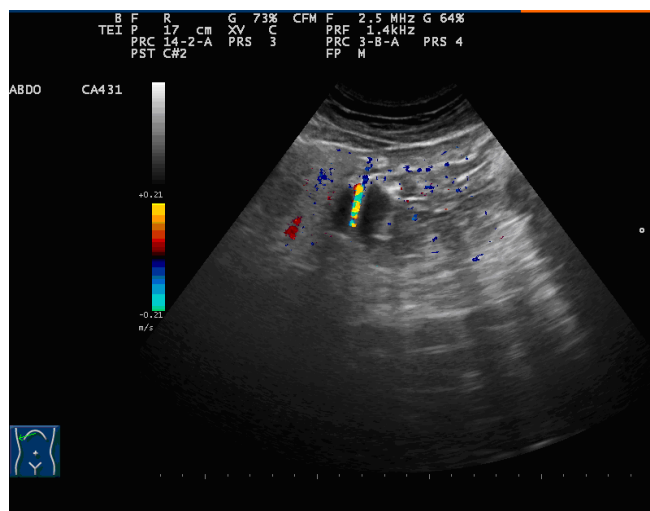


Figura 2.

VÍDEO 2

El diagnóstico ecográfico de sospecha fue de adenomiomatosis focal o hiperplasia adenomatosa de la vesícula. Al no existir irregularidad en la pared del fundus ni clínica, y tras evidenciar el efecto *twinkling* y el artefacto en cola de cometa característico, se decidieron controles desde atención primaria.

Actualmente nuestro paciente está asintomático.

COMENTARIO

La prevalencia de la hiperplasia adenomatosa es desconocida¹, aunque para algunos autores es de 1-33%, dependiendo de los criterios diagnósticos². Tiene mayor incidencia en mujeres y en 1-8,7% de las piezas de colecistectomía puede encontrarse una adenomiomatosis^{1,3}.

Puede ser asintomática o cursar con dolor compatible

con colelitiasis (90%) e inflamación crónica (84%)^{1,4}. Se plantea la colecistectomía con la existencia de clínica o cuando se comprueba la alteración y engrosamiento de la pared de la vesícula³⁻⁵. La sospecha de malignidad o las dudas en el diagnóstico ecográfico son indicación de otras pruebas de imagen, como RMN o TAC^{5,6}.

Macroscópicamente la adenomiomatosis se caracteriza por proliferación benigna del epitelio de la superficie vesicular, que muestra combinaciones variables de formaciones granuloides, senos extramurales, estenosis transversales o formación de nódulos fúndicos (adenoma o adenomiosis)^{3,7,8}.

Es un trastorno benigno. Su origen es la exageración de las invaginaciones normales del epitelio luminal (senos de Rokitsnasky-Aschoff)^{4,9} que contienen pequeños cálculos o simplemente cristales de colesterol^{3,4,10,11}. Las áreas afectadas engruesan la pared de la vesícula de forma difusa (colecistitis proliferante glandular), segmentaria o bien localizada en el fundus (adenomioma)^{4,9,11}.

La presentación más frecuente se localiza en el fundus (48%)¹⁰. Aquí el tamaño de los nódulos suele oscilar entre 0,5 y 2,5 cm¹¹. A menudo contienen múltiples espacios quísticos o restos internos que ecográficamente crean ecos posteriores de reverberación o artefactos en "V" o en "cola de cometa" (*comet tail*)^{1,9-11}, que es el sello de la hiperplasia adenomatosa. No debe confundirse con la presencia de aire dentro de la lumen o de la pared vesicular (colecistitis enfisematosa). Esto se demuestra cambiando de posición al paciente y viendo cómo se movilizan las burbujas de aire, mientras que el artefacto en "V" persiste en la misma posición.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con los pólipos (inmóviles y sin sombra o artefactos y sin alteración de la capa externa de la vesícula)^{4,10}, los cálculos (sombra acústica posterior y móviles con los cambios posturales)^{4,10} y las neoplasias.

A veces son típicos los focos ecogénicos con anillo inferior y la presencia del efecto *twinkling* o artefacto de "centelleo" en el estudio con Doppler⁹.

Una evaluación cuidadosa del adenomioma, bien incluso con sondas lineales o de frecuencia alta, puede permitir diferenciarlo de las neoplasias. No obstante, el

aumento de ecogenicidad de la pared es inusual en un tumor maligno; lo más probable es que aparezca hipoeicoico⁴.

La ausencia de zonas quísticas (por otra parte difíciles de ver porque no son lo más común), o la presencia de engrosamientos focales de la pared o de vasos internos, obligan a la realización de más pruebas para diferenciarlo de las neoplasias⁹. La RMN y la CPRM determinan la existencia de esos espacios quísticos en la pared engrosada. Si persisten dudas y no se puede asegurar su benignidad, se planteará la colecistectomía y su estudio anatomopatológico¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boscak AR, Al-Hawary M, Ramsburgh SR. Best cases from the AFIP: adenomyomatosis of the gallbladder. *Radiographics* 2006;26:941-6.
2. Scott S. Gallbladder and Extrahepatic Biliary Tree. En: Sternberg SS. *Diagnostic Surgical Pathology*. 2nd edition., New York: Raven Press 1994;1581-615.
3. Vialle R, Velasco S, Miliu S, Bricot V, Richer JP, Levillains PM, Tasu JP. Place de l'imagerie dans le diagnostic et le bilan des tumeurs de la vésicule biliare. *Gastroentérologie Clinique et Biologique* 2008;32:931-41.
4. Poonam Y, Ashu S, Rohini G. CME Article. Clinics in diagnostic imaging (121). *Singapore Med J* 2008;49:262.
5. Ching BH, Yeh BM, Westphalen AC, Joe BN, Qayyum A, Coakley FV. CT differentiation of adenomyomatosis and gallbladder cancer. *Abdominal imaging*. *AJR* 2007;189:62-6.
6. Haradowe H, Ichikawa T, Sou H, Yoshikawa T, Nakamura A, Araki T, Hachiya J. The Pearl Necklace Sign: An imaging sign of adenomyomatosis of the gallbladder at MR cholangiopancreatography. *Radiology* 2003;227:80-8.
7. Bevan G. Acalculous adenomyomatosis of the gallbladder. *GUT* 1979;11:1029-34.
8. Harrison *Principios de Medicina Interna*. 17ª edición, vol. II pag 1998.
9. Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. 3ª edición, vol. I, pág 204-8.
10. Whittle C, Hepp J, Soto E, Niedmann J, Cortés M. Adenomatosis vesicular pseudotumoral. Diagnóstico ecográfico. *Caso clínico*. *Rev Méd Chile* 2007;135:212-5.
11. Cerezo López E, Amorós Oliveros FJ. Cuadernos de ecografía. *Ecografía de la vesícula biliar*. pág 32-45.