

# POLIPOSE MÚLTIPLA DA VESÍCULA. DIFICULDADES DIAGNÓSTICAS A PROPÓSITO DE UM CASO

IRENEU CRUZ, F. MENDONÇA LIMA, SALETE SILVA, ANTÓNIO GALHORDAS, M. L. MONTEIRO BAPTISTA

Serviço 2. Medicina e Serviço de Anatomia Patológica. Hospital Curry Cabral.  
Serviço 5. Cirurgia. Hospital de Santo António dos Capuchos. Lisboa. Portugal.

## RESUMO

Descreve-se um caso de uma doente de 52 anos de idade, submetida a colecistectomia com o diagnóstico de litíase biliar, baseado na colecistografia oral. No decurso do acto cirúrgico, em que não se palpam cálculos, o diagnóstico inicial foi posto em dúvida. A identificação da polipose múltipla só foi possível após colecistectomia. Com base na experiência colhida neste caso, faz-se uma revisão dos critérios diagnósticos e fundamenta-se a orientação terapêutica, dado o potencial de malignidade destas lesões.

## SUMMARY

**Multiple polyposis of the gallbladder. Diagnostic difficulties about one case.**

One case of a 52 year old female, with a radiologic diagnosis of gallstones submitted to cholecystectomy is reported. At abdominal exploration no stones could be felt on palpating the gallbladder and the initial diagnosis was in doubt. Multiple polypoid lesions could be identified only after cholecystectomy. Based on this case experience a revue of diagnostic criteria is done. Considering the malignant potential of this lesions the therapeutic management is settled.

## INTRODUÇÃO

Os adenomas papilares da vesícula biliar têm sido raras vezes descritos<sup>1-2</sup> e, quando múltiplos, ainda menos frequentemente.<sup>2-4</sup> O diagnóstico pré-operatório nem sempre é fácil.<sup>5</sup> Devido ao potencial de malignidade, a terapêutica cirúrgica é mandatória.<sup>2, 6-7</sup>

Descrevemos neste artigo um destes casos, caracterizado por numerosos papilomas, realçando algumas das dificuldades encontradas.

## CASO CLÍNICO

I.L.M., de 52 anos de idade, do sexo feminino, profesora do ensino secundário, mestiça, residente em Lisboa, foi observada na consulta externa do Serviço 2 do Hospital de Curry Cabral, por enfartamento post-prandial e diarreia com muco e sem sangue. Não se queixava de dores abdominais, não notara icterícia ou urina escura. Tratava-se havia 2 anos com diuréticos e sedativos, de hipertensão arterial lábil. Tinha sido submetida noutra instituição a vários exames, dos quais, uma colecistografia oral, mostrou imagens compatíveis com litíase vesicular. Proposta a colecistectomia, foi transferida e internada no Serviço 5, do Hospital de Santo António dos Capuchos.

A temperatura axilar era de 36,4 °C, o pulso rítmico 72/minuto, a tensão arterial 150/95 mm Hg, o exame cár-

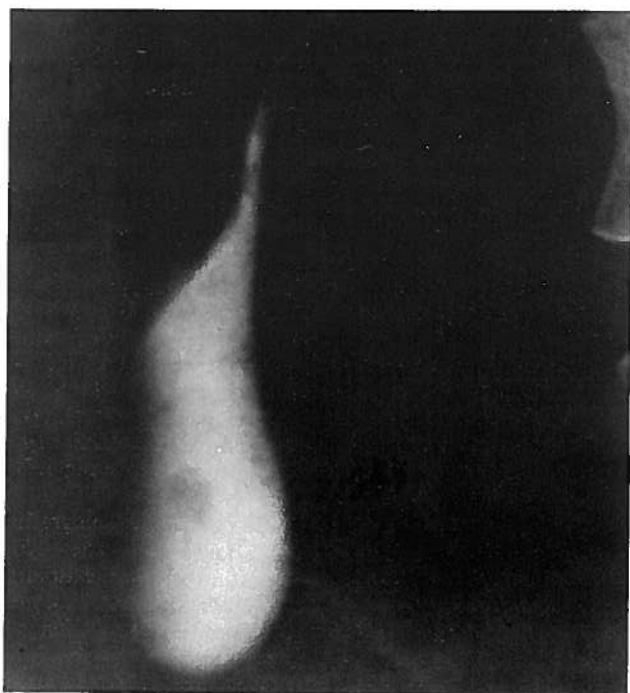
dio-respiratório normal. Não se evidenciava o sinal de Murphy vesicular e o exame rectossigmoidoscópico foi normal.

Hemoglobina 12,6 g/100 ml, hematócrito 40,1 %, leucócitos 5400/mm<sup>3</sup>, V.S. 8 mm na 1.<sup>a</sup> hora. Os valores da ureia, glicémia, bilirrubinémia, transaminasémia e fosfatase alcalina, estavam dentro dos limites normais; a análise sumária de urina sem alteração e três exames parasitológicos de fezes negativos para quistos, ovos e parasitas.

O E.C.G. apresentava um traçado normal, a radiografia do tórax e um clister opaco não mostravam alterações. No exame radiológico do trânsito do intestino delgado, existiam no jejuno, imagens tubulares translúcidas, compatíveis com ascaris. Uma colecistografia oral mostrou imagens lacunares múltiplas sugestíveis de litíase da vesícula (Figs. 1 e 2).

Durante o acto cirúrgico, a exploração da vesícula biliar, não permitiu palpar os cálculos evidenciados na colecistografia. Uma colangiografia per-operatória mostrou um colédoco de calibre normal, sem cálculos. Tendo sido posto em dúvida o diagnóstico de litíase, surgiram algumas hesitações. Foi então decidido proceder-se a colecistectomia directa. A abertura da vesícula revelou, com efeito, numerosos pequenos polipos sesséis. O post-operatório decorreu sem complicações, tendo tido alta 7 dias após a intervenção.

Ao exame anátomo-patológico a vesícula biliar era de dimensões normais, observando-se 20 pequenas formações polipóides, com o volume médio de meio pinhão, salientes no lúmen. Histologicamente havia lesões de colecistite crónica e adenomas papilares (Fig. 3).



Figuras 1 e 2: Imagens lacunares multiplas sugestivas de litíase da vesícula, em colecistografia oral, de frente e oblíqua.

## DISCUSSÃO

Os polipos da vesícula biliar são, de uma forma geral, raramente encontrados. Os chamados *polipos* de colesterol e a hiperplasia adenomatosa são os mais frequentemente descritos.<sup>4-5</sup> Em 9550 colecistectomias, Welbroch<sup>1</sup> descreveu 62 adenomas papilares e, mais recentemente, em outras 1500 colecistectomias, foram encontrados apenas 6 destes casos.<sup>7</sup>

No presente caso, tratava-se de papilomatose múltipla constituída por 20 polipos, o que parece constituir uma raridade. De facto, Jutras,<sup>4</sup> em 20 anos de prática radiológica, que contabiliza cerca de 80 000 colecistografias, apenas encontrou um único destes casos. Outros autores descreveram na mesma vesícula um máximo de 3 polipos adenomatosos<sup>7</sup> e numa vasta revisão anátomo-patológica, os adenomas múltiplos encontrados, variavam de 2 a 5 na mesma vesícula.<sup>5</sup>

O diagnóstico pré-operatório destas lesões é radiológico e baseia-se em critérios bem definidos, que se traduzem pela fixidez das imagens lacunares, através da colecistografia oral.<sup>3-4, 8</sup> Todavia, as imagens de papilomas podem confundir-se com as de cálculos biliares, de *polipos* de colesterol, de *polipos* inflamatórios e ainda, com as de cálculos encravados na parede. Além disso, a associação possível de adenomas papilares com litíase biliar mais poderá dificultar a interpretação diagnóstica. Em 51 casos de adenomas coligidos por Christensen et al,<sup>5</sup> apenas 3 foram diagnosticados radiologicamente. No presente caso, a colecistografia realizada em incidências diferentes induziu em erro. Por outro lado, neste caso concreto e mau grado nosso, não foi utilizada a ultrassonografia, talvez devido à nitidez das imagens radiológicas obtidas. Foi por isso, perdida, uma oportunidade de testar o seu eventual benefício no diagnóstico diferencial entre litíase e papilomatose.

Merece ainda ser realçado o facto de, durante o acto cirúrgico, o diagnóstico de litíase ter sido posto em dúvida, uma vez que não se palpavam cálculos. O risco desta ocorrência é o de não se fazer a colecistectomia, como de resto já foi descrito.<sup>9</sup> Além disso, vários casos de carcinoma in situ têm sido citados nos papilomas da vesícula.<sup>1-2, 5-7, 10-11</sup> No nosso País, Tavarela Veloso et al,<sup>12</sup> descreveram no Porto, um caso eventualmente semelhante de papilomatose biliar em degenerescência maligna. Este outro risco torna forçoso que a natureza das múltiplas lesões seja comprovada histologicamente já que, como Sawyer<sup>6</sup> salienta, os papilomas da vesícula biliar devem ser considerados lesões pré-cancerosas e, em consequência, a colecistectomia obrigatória.

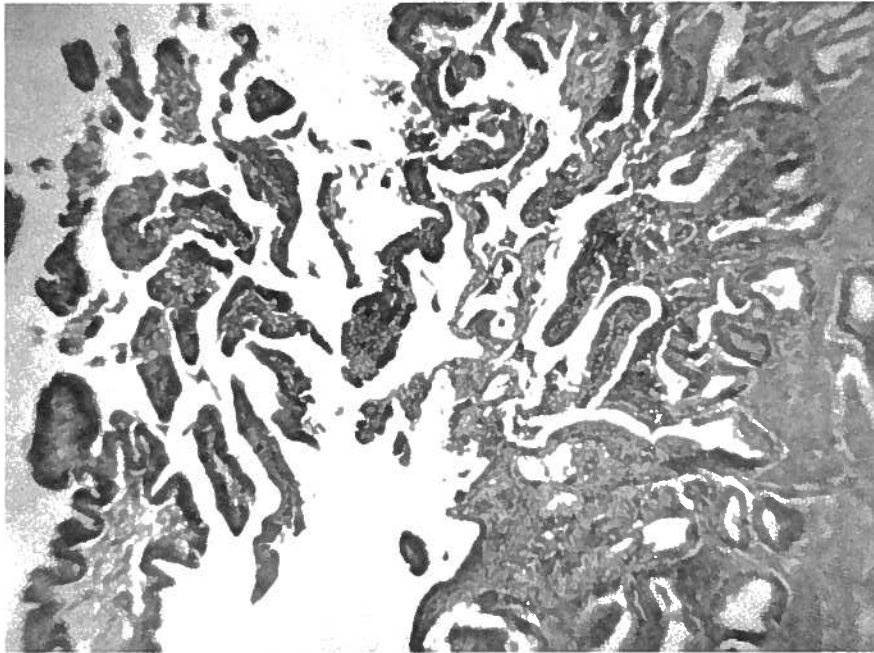


Figura 3: Aspecto histológico de adenoma papilar da vesícula.

#### BIBLIOGRAFIA

1. WELLBROCK, W. L. A.: Adenoma of the gallbladder. *Amer. J. Surg.*, 1934; 23: 358.
2. ARBAB, A. A.; BRASFIELD, R.: Benign tumors of the gallbladder. *Surgery*, 1967; 61: 535.
3. KIRKLIN, B. R.: Cholecystographic diagnosis of neoplasms of the gallbladder. *Amer. J. Roentgenol. & Rad. Therapy*, 1933; 29: 8.
4. JUTRAS, J. B.: Hyperplastic cholecystosis. *Amer. J. Roentgenol.*, 1960; 83: 795.
5. CHRISTENSEN, A. H.; ISHAK, K. G.: Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. *Arch. Pathol.*, 1970; 90: 423.
6. SAWYER, K. C.: The unrecognized significance of papillomas, polyps and adenomas of the gallbladder. *Amer. J. Surg.*, 1970; 120: 570.
7. ARNAUD, J. P.; OLLIER, J. C.; WEILL-BOUSSON, M.; DALY, R.; ADLOFF, M.: Adenomes papillaires et polypeux de la vesicule biliaire. *J. Radiolog.* (Paris), 1980; 61: 101.
8. TEN EYCK, E. A.: Fixed defects in the gallbladder wall. *Radiology*, 1958; 71: 840.
9. CARRERA, G. M.; OCHSNER, S. F.: Polypoid mucosal lesions of gallbladder, *J.A.M.A.*, 1958; 166: 888.
10. TABAH E. J.; McNEER, G.: Papilloma of the gallbladder with in situ carcinoma. *Surgery*, 1953; 34: 57.
11. LEGER, L.; CHICHE, B.; SOPRAN, A.; LOUVEL, A.: Papillomes et tumeurs papillaires de la vésicule biliaire. *J. Chir.* (Paris), 1976; 112: 3.
12. TAVARELA VELOSO, F.; TOMÉ RIBEIRO, A.; NORONHA, R.; TEIXEIRA A. A.; RAMALHÃO, J.; ABREU, R.; SERRÃO, D.: Papilomatose biliar em degenerescência maligna. Comunicação à 3.<sup>a</sup> Reunião Científica, Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, Porto, 1976.

Pedido de separatas: Ireneu Cruz  
 Serviço de Gastreenterologia  
 Hospital Distrital de Setúbal  
 2900 SETÚBAL