

ADENOMIOMATOSE DA VESÍCULA BILIAR: RELATO DE CASO

Paulo Vitor Coelho Carvalho Ribeiro¹
Maria Eduarda de Miranda Oliveira Lima²
Maria Eduarda Chaves Bessa³
Maria Eduarda Barbosa Lobo Silva⁴
Ramon Fraga de Souza Lima⁵

RESUMO: A adenomiomatose da vesícula biliar é uma condição benigna caracterizada por espessamento da parede vesicular e formação dos seios de Rokitansky-Aschoff, podendo simular neoplasias malignas. Relata-se o caso de um paciente masculino, 47 anos, com dor em hipocôndrio direito, náuseas após refeições gordurosas e perda ponderal. A ultrassonografia evidenciou espessamento difuso da parede vesicular associado ao artefato em ‘cauda de cometa’, achado sugestivo de alteração benigna da parede vesicular e compatível com adenomiomatose no contexto da investigação. No intraoperatório, observaram-se espessamento parietal, nodulações vesiculares e linfonodomegalia, reforçando a hipótese de câncer de vesícula biliar. Entretanto, o exame anatomopatológico demonstrou colecistite crônica associada à adenomiomatose, com presença de seios de Rokitansky-Aschoff dilatados e ausência de malignidade. O caso evidencia a dificuldade diagnóstica dessa condição e destaca a importância da correlação entre achados clínicos, radiológicos e histopatológicos para o diagnóstico definitivo.

1

Palavras-chave: Adenomiomatose da vesícula biliar. Colecistectomia. Diagnóstico diferencial.

ABSTRACT: Gallbladder adenomyomatosis is a benign condition characterized by thickening of the gallbladder wall and the formation of Rokitansky-Aschoff sinuses, which may mimic malignant neoplasms. We report the case of a 47-year-old male patient presenting with right upper quadrant pain, nausea after fatty meals, and weight loss. Ultrasonography revealed diffuse thickening of the gallbladder wall associated with a comet-tail artifact, a finding suggestive of a benign gallbladder wall abnormality and compatible with adenomyomatosis in the context of the diagnostic investigation. Due to persistent symptoms and suspicion of malignancy, laparoscopic cholecystectomy was performed. Intraoperatively, gallbladder wall thickening, nodular lesions, and lymphadenopathy were observed, further raising suspicion of gallbladder cancer. However, histopathological examination demonstrated chronic cholecystitis associated with adenomyomatosis, with dilated Rokitansky-Aschoff sinuses and no evidence of malignancy. This case highlights the diagnostic challenge posed by this condition and emphasizes the importance of correlating clinical, radiological, and histopathological findings to establish a definitive diagnosis.

Keywords: Gallbladder adenomyomatosis. Cholecystectomy. Differential diagnosis.

¹ Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

² Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

³ Discente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

⁴ Médica, graduada em Medicina pela Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

⁵ Médico e docente do curso de Medicina da Universidade de Vassouras, Vassouras/RJ, Brasil.

1. INTRODUÇÃO

A adenomiomatose é uma patologia benigna da vesícula biliar, de bom prognóstico, caracterizada por alterações proliferativas da parede vesicular. Embora sua distribuição entre os sexos seja descrita de forma variável na literatura, há relatos de prevalência semelhante entre homens e mulheres, com maior frequência em indivíduos entre a sexta e a sétima décadas de vida. A condição representa parcela relevante das lesões benignas da vesícula biliar e merece atenção por poder mimetizar, nos exames de imagem, o espessamento maligno da parede vesicular (Mejri et al., 2021).

O espessamento pode apresentar três padrões principais: focal, segmentar e difuso. A forma focal é a mais comum e pode representar maior dificuldade na diferenciação com neoplasia maligna; a forma segmentar geralmente acomete o corpo da vesícula, podendo causar estreitamento luminal e conferir aspecto de ampolheta; e a forma difusa caracteriza-se pelo espessamento generalizado da parede vesicular (Mejri et al., 2021). Sua etiologia permanece incerta, embora seja frequentemente associada à colelitíase e a processos inflamatórios crônicos, sendo considerada por alguns autores uma possível resposta a episódios persistentes de colecistite (Joshi e Goosenberg, 2026).

A maioria dos pacientes permanece assintomática; entretanto, alguns podem apresentar dor em hipocôndrio direito, náuseas e outros sintomas semelhantes aos observados em doenças inflamatórias da vesícula biliar, o que pode dificultar a atribuição direta desses sintomas à adenomiomatose (Joshi e Goosenberg, 2026). Nesse contexto, o presente relato tem como objetivo apresentar um caso de adenomiomatose da vesícula biliar, destacando os achados clínicos, ultrassonográficos, intraoperatórios e anatomopatológicos, bem como a importância do diagnóstico diferencial com neoplasia vesicular para a definição diagnóstica e terapêutica.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, do tipo relato de caso, elaborado a partir da análise de informações registradas no prontuário médico de um paciente diagnosticado com adenomiomatose da vesícula biliar. Foram considerados os registros compreendidos entre janeiro e abril de 2025, abrangendo a investigação pré-operatória, o atendimento ambulatorial, a

internação, o tratamento cirúrgico, a análise anatomopatológica e o acompanhamento pós-operatório.

O critério de seleção do caso para apresentação científica foi a ocorrência de um quadro vesicular com achados clínicos e intraoperatórios que suscitaram diagnóstico diferencial com neoplasia, associado a alterações ultrassonográficas compatíveis com doença vesicular e posterior confirmação anatomopatológica de adenomiomatose. A possibilidade de elaboração do relato foi considerada ainda durante o procedimento cirúrgico, diante dos achados macroscópicos incomuns da vesícula, ocasião em que a equipe cirúrgica realizou registros fotográficos da peça anatômica antes de seu encaminhamento para análise anatomopatológica (Figura 1).

A seleção definitiva do caso ocorreu após a confirmação anatomopatológica, em razão da discrepância entre a suspeita de neoplasia suscitada pelos achados clínicos, ultrassonográficos e intraoperatórios e o diagnóstico final benigno de adenomiomatose, circunstância considerada relevante para a discussão do diagnóstico diferencial das lesões vesiculares.

Todas as informações utilizadas na elaboração do relato foram obtidas do prontuário médico do paciente. Foram analisados dados referentes à história clínica, exame físico, exames laboratoriais, ultrassonografia abdominal, avaliação pré-operatória, descrição do procedimento cirúrgico e dos achados intraoperatórios, resultado do exame anatomopatológico da peça cirúrgica e registros do acompanhamento pós-operatório.

Para caracterização da evolução clínica, foram considerados os registros desde a investigação pré-operatória até o retorno após o procedimento cirúrgico. Em 24 de janeiro de 2025, foram solicitados exames pré-operatórios. Na consulta ambulatorial de 7 de março de 2025, constava história de aproximadamente três meses de dor em andar superior do abdome, predominantemente em quadrante superior direito, associada a náuseas após alimentação copiosa e perda ponderal aproximada de 10 kg, ocasião em que foi programada a realização do procedimento cirúrgico para 25 de março de 2025. O paciente foi internado em 24 de março de 2025 e submetido à colecistectomia videolaparoscópica em 25 de março de 2025. O procedimento cirúrgico constituiu, além da abordagem terapêutica, etapa fundamental para obtenção da peça cirúrgica e posterior confirmação anatomopatológica do diagnóstico. O acompanhamento considerado para o relato incluiu ainda o resultado da análise anatomopatológica e a consulta de

retorno realizada em 10 de abril de 2025, aproximadamente 15 dias após a cirurgia, quando foram avaliados o estado geral do paciente e a evolução da ferida operatória.

Os registros foram organizados cronologicamente, desde a investigação pré-operatória até o acompanhamento pós-operatório, e comparados quanto à concordância ou divergência entre as manifestações clínicas, os resultados laboratoriais, os achados ultrassonográficos, as observações intraoperatórias e o resultado anatomopatológico. A análise concentrou-se nos elementos que sustentaram inicialmente a suspeita de neoplasia vesicular e naqueles que posteriormente permitiram estabelecer o diagnóstico definitivo de adenomiomatose da vesícula biliar.

O relato foi complementado por revisão narrativa da literatura científica realizada na base de dados PubMed, mediante busca de publicações relacionadas à adenomiomatose da vesícula biliar, colecistectomia e diagnóstico diferencial, sem estabelecimento de recorte temporal específico. Foram selecionados artigos que abordassem a apresentação clínica da adenomiomatose, seus principais diagnósticos diferenciais, os métodos de diagnóstico por imagem, os aspectos anatomopatológicos e as possibilidades de manejo clínico e cirúrgico, priorizando publicações que permitissem relacionar esses aspectos aos achados observados no paciente. Foram excluídos trabalhos sem acesso ao texto completo e aqueles cujo conteúdo não apresentava relação direta com a adenomiomatose da vesícula biliar ou com os aspectos diagnósticos e terapêuticos discutidos no relato.

Quanto aos aspectos éticos pertinentes à publicação do caso, a realização do estudo contou com anuência institucional para utilização do campo de pesquisa, formalizada por meio de Solicitação de Campo de Pesquisa aprovada pela instituição. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com parecer disponibilizado na Plataforma Brasil. O estudo foi conduzido em estrita consonância com os princípios éticos para pesquisas médicas em seres humanos estabelecidos pela Declaração de Helsinki. Foi obtido Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado eletronicamente pelo paciente por meio da plataforma GOV.BR, autorizando a utilização e publicação das informações clínicas e das imagens relacionadas ao caso. Para preservação da identidade, da privacidade e da confidencialidade do paciente, foram excluídos do manuscrito dados pessoais e demais elementos que pudessem permitir sua identificação direta ou indireta. Foram mantidas

exclusivamente as informações clínicas, laboratoriais, cirúrgicas, anatomopatológicas e de imagem necessárias à compreensão do caso e à discussão diagnóstica.

3. RELATO DE CASO

Paciente masculino, 47 anos, etilista e tabagista, foi atendido em caráter ambulatorial em 7 de março de 2025 relatando quadro de dor típica em abdome superior, predominante em quadrante superior direito há 3 meses, associada a náuseas após alimentação copiosa, principalmente rica em gorduras. Referia também perda ponderal de aproximadamente 10 quilos. Negava comorbidades ou cirurgias prévias.

Ao exame físico, apresentava-se em bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico e afebril. Os exames laboratoriais não evidenciaram alterações. Paciente trazia ultrassonografia de abdome total prévia que demonstrava a vesícula biliar distendida, com paredes difusamente espessadas e irregulares, além de áreas anecóicas adjacentes à parede, podendo corresponder a derrame e colecistopatia. Foram observadas ainda áreas ecogênicas com artefatos em “cauda de cometa”, levantando a hipótese diagnóstica colecistopatia associada à colesterose.

O paciente foi submetido à colecistectomia videolaparoscópica (CVL) sob anestesia geral, sem intercorrências. Posicionado em decúbito dorsal, em posição anti-Trendelenburg com lateralização à esquerda, realizou-se assepsia e antissepsia do campo operatório.

Foi confeccionado pneumoperitônio pela técnica de Hasson, por meio de incisão supra umbilical, com introdução de trocar de 10 mm. Sob visão direta, foram posicionados os demais trocarter: um de 10 mm em região subxifoide e dois de 5 mm em região subcostal direita, nas linhas hemiclavicular e axilar anterior.

À inspeção da cavidade abdominal, evidenciou-se vesícula biliar com paredes espessadas e presença de nodulações. Observou-se linfonodo cístico (historicamente referido como linfonodo de Mascagni) aumentado e de coloração escurecida. Identificou-se ainda lesão puntiforme em lobo hepático direito, além de aderências peritoneais em região de goteira parietocólica direita.

Procedeu-se à dissecação do infundíbulo vesicular com obtenção da *critical view of safety*. O ducto cístico foi clipado (duplo proximal e simples distal) e seccionado, assim como a artéria cística, após clipagem (dupla proximal e simples distal).

Realizou-se a dissecação da vesícula biliar do leito hepático, seguida de retirada da peça através da incisão umbilical, utilizando endobag. Foram realizadas biópsias da lesão hepática e da área de aderência peritoneal. Ao final, procedeu-se à síntese da aponeurose com fio Vicryl 1-0 e da pele com Nylon 4-0, sendo realizado curativo estéril.

A peça cirúrgica foi então encaminhada para análise anatomopatológica, que evidenciou colecistite crônica com desmoplasia da parede, presença de seios de Rokitansky-Aschoff dilatados e cálculos na luz vesicular (Figura 2), além de fibrose da parede do ducto cístico. As biópsias da lesão hepática e da aderência peritoneal revelaram apenas tecido reacional/fibroso, sem evidências de atipias ou malignidade. Durante a avaliação macroscópica preliminar, procedeu-se à abertura da vesícula e à remoção experimental de um cálculo de colesterol utilizando pinça dente de rato apenas para estudo (Figura 3).

No retorno ambulatorial realizado em 10 de abril de 2025, aproximadamente 15 dias após o procedimento cirúrgico, o paciente foi submetido à avaliação clínica geral e da ferida operatória.

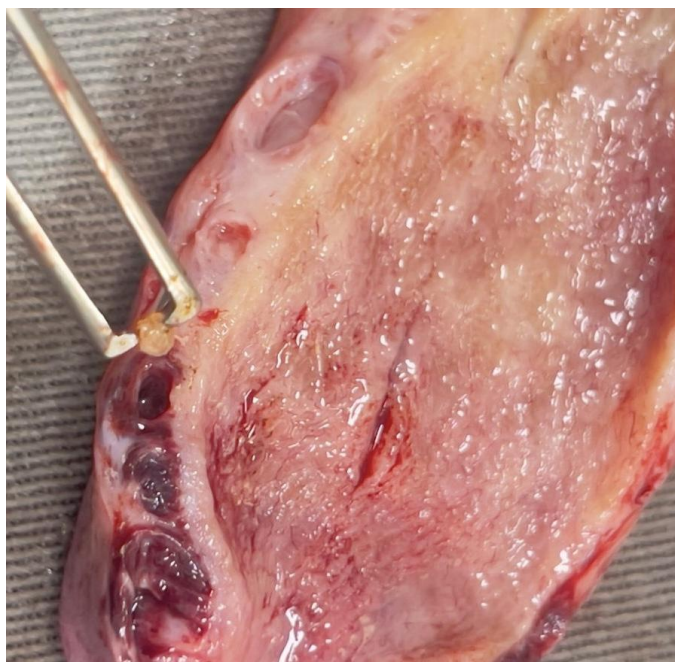
Figura 1. Vesícula biliar medindo 9 cm, com serosa pardo-clara, após colecistectomia.



Figura 2. Peça aberta com espessamento da parede vesicular, mucosa irregular e coloração acastanhada. O exame anatomopatológico confirmou a presença de seios de Rokitansky-Aschoff dilatados e cálculos na luz vesicular.



Figura 3. Cálculo de colesterol sendo removido por método de catação com pinça dente de rato apenas para estudo antes do envio ao anatomopatológico. Desmoplasia de parede pela presença de colecistite crônica.



4. DISCUSSÃO

A adenomiomatose da vesícula biliar é uma lesão benigna adquirida, caracterizada por alterações proliferativas da parede vesicular, incluindo hiperplasia da mucosa, hipertrofia da camada muscular e formação dos seios de Rokitsansky-Aschoff (RAS), correspondentes a invaginações da mucosa para o interior da camada muscular, que podem apresentar cristais de colesterol em sua luz. Embora sua etiologia permaneça incerta, acredita-se que processos inflamatórios crônicos possam estar envolvidos em sua fisiopatogênese, hipótese reforçada pelo fato da doença ser frequentemente diagnosticada em indivíduos entre a quinta e sexta década de vida. Existem divergências na literatura quanto à distribuição entre os sexos; alguns estudos descrevem predomínio feminino, com proporção de até 3:1, enquanto outros relatam prevalência semelhante entre homens e mulheres (Joshi e Goosenberg, 2026; Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021). Apesar de seu caráter benigno, a adenomiomatose pode representar importante desafio diagnóstico devido à possibilidade de mimetizar clínica e radiologicamente neoplasias malignas da vesícula biliar (Bonatti et al., 2017).

A classificação da adenomiomatose da vesícula biliar pode ser dada das seguintes formas: localizada (ou focal), segmentar e difusa; entretanto, alguns autores também descrevem a forma anular como um subtipo independente (Bonatti et al., 2017; Lee et al., 2020; Yu et al., 2020). A forma localizada é a mais comum, acomete apenas o fundo da vesícula biliar, caracterizando-se por espessamento da região fundal. A forma segmentar envolve uma porção maior da parede vesicular, afetando o fundo e terço distal. A porção acometida apresenta-se contraída, formando um anel circunferencial no corpo da vesícula com estreitamento luminal e aspecto de ampulheta. Na forma anular há espessamento circunferencial do corpo da vesícula biliar, podendo resultar na formação de dois compartimentos distintos, também conferindo aspecto de ampulheta. Alguns autores classificam a adenomiomatose da vesícula biliar do tipo anular como subtipo da forma segmentar. A forma difusa, por sua vez, acomete toda a parede vesicular e pode fazer com que a vesícula biliar se apresente contraída mesmo após o jejum (Bonatti et al., 2017; Lee et al., 2020; Yu et al., 2020).

Embora grande parte dos pacientes permaneça assintomática, a adenomiomatose da vesícula biliar pode manifestar-se com dor em hipocôndrio direito ou epigástrico, geralmente semelhante à cólica biliar, além de náuseas, vômitos e intolerância alimentar, especialmente

após refeições gordurosas e em casos associados à colelitíase (Lee et al., 2020). No presente relato, o paciente apresentava quadro de dor em abdome superior, predominante em quadrante superior direito, associado a náuseas após alimentação copiosa rica em gorduras e perda ponderal importante, achados que motivaram investigação complementar. Apesar da ausência de alterações laboratoriais, a ultrassonografia evidenciou espessamento difuso e irregular da parede vesicular, associado a áreas ecogênicas com artefato em ‘cauda de cometa’. Embora o laudo ultrassonográfico tenha levantado a hipótese de colecistopatia associada à colesterolose, esses achados são descritos na literatura como sugestivos de adenomiomatose da vesícula biliar (Bonatti et al., 2017; Lee et al., 2020; Oh, Han e Kim 2019). A apresentação sintomática pode justificar abordagem cirúrgica, especialmente nos casos em que há dor semelhante à cólica biliar e dificuldade diagnóstica (Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021; Sermon, Himpens e Leman, 2003).

A diferenciação entre adenomiomatose e carcinoma da vesícula biliar pode ser complexa, especialmente diante de espessamento parietal irregular ou de achados pouco específicos nos exames de imagem. O espessamento da parede vesicular constitui um achado inespecífico, podendo ocorrer tanto em condições benignas quanto malignas (Joo et al., 2013). A presença de alterações intramurais compatíveis com adenomiomatose e a ausência de sinais infiltrativos adjacentes podem favorecer uma etiologia benigna, embora essa distinção nem sempre seja definitiva (Ching et al., 2007; Yu et al., 2020). A doença pode apresentar aumento progressivo do espessamento mural ao longo do tempo, sem que essa alteração represente necessariamente critério de malignidade (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020). O adenocarcinoma da vesícula biliar pode manifestar-se por diferentes padrões de acometimento da parede, sendo diferenciado da adenomiomatose principalmente pela ausência de espaços císticos intramurais ao ultrassom e pela presença de alterações infiltrativas adjacentes na tomografia computadorizada contrastada (Ching et al., 2007; Joo et al., 2013; Yu et al., 2020).

Além das neoplasias malignas, condições benignas como colecistite crônica e colesterolose também podem representar diagnóstico diferencial, uma vez que podem cursar com espessamento da parede vesicular e alterações inflamatórias exuberantes (Yu et al., 2020; Bonatti et al., 2017). No presente caso, os achados intraoperatórios de nodulações vesiculares, aderências peritoneais, linfonodomegalia e lesão hepática puntiforme reforçaram inicialmente a suspeita de malignidade. Entretanto, o exame anatomopatológico evidenciou adenomiomatose associada à colecistite crônica, com presença de seios de Rokitansky-Aschoff

e ausência de atipias ou infiltração neoplásica, confirmando o caráter benigno da lesão e corroborando os achados ultrassonográficos previamente sugestivos de adenomiomatose (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020; Joo et al., 2013).

No presente caso, os métodos de imagem desempenharam papel fundamental na avaliação diagnóstica da adenomiomatose da vesícula biliar. A ultrassonografia, considerada o principal exame inicial na avaliação das doenças vesiculares e método de escolha para investigação da adenomiomatose, evidenciou espessamento parietal difuso e irregular associado a áreas ecogênicas com artefato em “cauda de cometa”, além de áreas anecóicas adjacentes à parede vesicular. A presença dos seios de Rokitansky-Aschoff e do artefato em “cauda de cometa” é descrita na literatura como importante indicativo de benignidade e pode auxiliar na diferenciação entre adenomiomatose e carcinoma de vesícula biliar (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020; Joo et al., 2013; Oh, Han e Kim, 2019). A ultrassonografia de alta resolução também pode contribuir para essa distinção ao demonstrar espaços císticos intramurais, apresentando elevada acurácia diagnóstica na diferenciação entre adenomiomatose e câncer de vesícula biliar em estágio inicial (Bonatti et al., 2017; Joo et al., 2013).

A tomografia computadorizada pode atuar como método complementar na avaliação da adenomiomatose, especialmente quando a ultrassonografia apresenta achados inconclusivos ou quando há suspeita de malignidade. Sua principal contribuição está na avaliação da extensão do espessamento parietal e na identificação de sinais infiltrativos adjacentes, que favorecem o diagnóstico de carcinoma vesicular. Entretanto, a TC apresenta limitação na demonstração de pequenos seios de Rokitansky-Aschoff, particularmente quando essas estruturas possuem dimensões reduzidas, o que pode dificultar a diferenciação entre adenomiomatose e câncer da vesícula biliar. Assim, seus achados devem ser interpretados em conjunto com os demais métodos de imagem e com o contexto clínico do paciente (Yu et al., 2020; Ching et al., 2007).

A ressonância magnética pode ser particularmente útil nos casos em que persistem dúvidas diagnósticas após a ultrassonografia e a tomografia computadorizada, devido à sua maior capacidade de caracterização dos componentes da parede vesicular. Nas sequências ponderadas em T2, os seios de Rokitansky-Aschoff podem apresentar-se como pequenos focos hiperintensos intramurais, que, quando dispostos ao longo da parede espessada, produzem o chamado sinal do “colar de pérolas”, achado sugestivo de adenomiomatose. A RM também permite avaliar características morfológicas da parede e sinais associados à malignidade,

contribuindo para a diferenciação diagnóstica em casos selecionados. Apesar disso, nenhum método de imagem isoladamente permite excluir carcinoma em todos os casos, tornando necessária a correlação entre achados clínicos, radiológicos e histopatológicos (Heller e Lee, 2005; Yu et al., 2020).

Entretanto, de maneira semelhante ao observado neste relato, a diferenciação definitiva entre lesões benignas e malignas pode permanecer desafiadora, sobretudo em casos com espessamento irregular ou extenso da parede vesicular (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020; Ching et al., 2007). No presente caso, embora existissem achados ultrassonográficos sugestivos de adenomiomatose, a presença de perda ponderal significativa e os achados intraoperatórios de nodulações vesiculares, linfonodo cístico aumentado, lesão hepática e aderências peritoneais mantiveram elevada a suspeita de malignidade. Nesse contexto, exames complementares podem contribuir para melhor caracterização da lesão e avaliação de sinais associados à malignidade (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020; Ching et al., 2007). Ainda assim, mesmo com os avanços dos métodos de imagem, a exclusão completa de malignidade nem sempre é possível apenas pela avaliação radiológica, o que reforça a importância da correlação clínico-patológica e da análise anatomopatológica definitiva após a colecistectomia, como ocorreu no presente caso (Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021).

A definição da conduta na adenomiomatose deve considerar conjuntamente a apresentação clínica, o padrão de acometimento da parede vesicular e o grau de segurança proporcionado pelos exames de imagem. Pacientes assintomáticos com formas localizadas e achados radiológicos característicos podem ser acompanhados clinicamente, enquanto a persistência de sintomas, o espessamento irregular ou extenso da parede e a impossibilidade de excluir neoplasia exigem avaliação individualizada. Essa diferenciação é particularmente relevante por permitir uma conduta proporcional ao risco, evitando intervenções desnecessárias em apresentações tipicamente benignas e, ao mesmo tempo, mantendo atenção aos casos em que persistem elementos sugestivos de carcinoma vesicular (Bonatti et al., 2017; Yu et al., 2020; Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021).

Não existem diretrizes universalmente aceitas para o manejo da adenomiomatose da vesícula biliar. Em geral, por se tratar de uma condição benigna, a colecistectomia é reservada para pacientes sintomáticos ou para aqueles em que os exames de imagem não permitem excluir malignidade com segurança. As formas segmentar e difusa podem justificar abordagem

cirúrgica mesmo na ausência de sintomas, devido à maior associação com carcinoma vesicular ou à dificuldade de identificação de focos neoplásicos coexistentes (Bonatti et al., 2017; Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021). No presente caso, a presença de dor abdominal, perda ponderal significativa e achados intraoperatórios suspeitos, incluindo nodulações vesiculares, linfonodomegalia e lesão hepática associada, reforçaram a indicação cirúrgica. Embora os métodos de imagem tenham contribuído para o diagnóstico, a confirmação definitiva ocorreu por meio do exame anatomopatológico da peça cirúrgica, que evidenciou colecistite crônica com marcada desmoplasia da parede e seios de Rokitansky-Aschoff dilatados, afastando a hipótese de malignidade. Esse achado reforça a importância da análise histopatológica para o diagnóstico definitivo da adenomiomatose e para a exclusão de carcinoma vesicular nos casos em que persistem dúvidas diagnósticas (Mejri et al., 2021; Sermon, Himpens e Leman, 2003).

5. CONCLUSÃO

Conclui-se que a adenomiomatose da vesícula biliar, embora seja uma condição benigna e frequentemente assintomática, constitui importante diagnóstico diferencial das neoplasias vesiculares, sobretudo pela possibilidade de apresentar características clínicas e radiológicas semelhantes às observadas no carcinoma da vesícula biliar. Os métodos de imagem, especialmente a ultrassonografia de alta resolução, desempenham papel fundamental na identificação de achados sugestivos da doença e na diferenciação entre lesões benignas e malignas, podendo ser complementados por outros métodos diante de resultados inconclusivos. Apesar disso, o exame histopatológico permanece como padrão-ouro para a confirmação diagnóstica nos casos submetidos à colecistectomia. Dessa forma, a adequada correlação entre manifestações clínicas, achados de imagem e características anatomopatológicas é essencial para estabelecer o diagnóstico e orientar a conduta, evitando intervenções cirúrgicas desnecessárias em pacientes assintomáticos com achados típicos, sem deixar de indicar tratamento cirúrgico quando houver sintomas persistentes ou impossibilidade de excluir malignidade com segurança (Joshi e Goosenberg, 2026; Lee et al., 2020; Mejri et al., 2021).

12

CONSENTIMENTO DO PACIENTE

Foram omitidas do manuscrito todas as informações capazes de permitir a identificação direta ou indireta do paciente. O consentimento para utilização e publicação das informações

clínicas e imagens relacionadas ao caso foi obtido mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES CONFLITANTES

Os autores não têm conflitos de interesse a declarar.

FINANCIAMENTO

Os autores não receberam nenhum apoio financeiro para realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

BONATTI, M. et al. Gallbladder adenomyomatosis: imaging findings, tricks and pitfalls. *Insights into Imaging*, v. 8, n. 2, p. 243-253, 2017. DOI: 10.1007/s13244-017-0544-7.

CHING, B. H. et al. CT differentiation of adenomyomatosis and gallbladder cancer. *American Journal of Roentgenology*, v. 189, n. 1, p. 62-66, 2007. DOI: 10.2214/AJR.06.0866.

HELLER, S. L.; LEE, V. S. MR imaging of the gallbladder and biliary system. *Magnetic Resonance Imaging Clinics of North America*, v. 13, n. 2, p. 295-311, 2005. DOI: 10.1016/j.mric.2005.03.003.

JOO, I. et al. Differentiation of adenomyomatosis of the gallbladder from early-stage, wall-thickening-type gallbladder cancer using high-resolution ultrasound. *European Radiology*, v. 23, n. 3, p. 730-738, 2013. DOI: 10.1007/s00330-012-2641-9.

JOSHI, J. K.; GOOSENBERG, E. Adenomyomatosis. In: *STATPEARLS*. Treasure Island: StatPearls Publishing, 2026. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482244/>. Acesso em: 01/08/2026

LEE, K. F. et al. A narrative review of gallbladder adenomyomatosis: what we need to know. *Annals of Translational Medicine*, v. 8, n. 23, p. 1600, 2020. DOI: 10.21037/atm-20-4897.

MEJRI, A. et al. Gallbladder adenomyomatosis: diagnosis and management. *International Journal of Surgery Case Reports*, v. 84, p. 106089, 2021. DOI: 10.1016/j.ijscr.2021.106089.

OH, S. H.; HAN, H. Y.; KIM, H. J. Comet tail artifact on ultrasonography: is it a reliable finding of benign gallbladder diseases? *Ultrasonography*, v. 38, n. 3, p. 221-230, 2019. DOI: 10.14366/usg.18029.

SERMON, A.; HIMPENS, J.; LEMAN, G. Symptomatic adenomyomatosis of the gallbladder: report of a case. *Acta Chirurgica Belgica*, v. 103, n. 2, p. 225-229, 2003. DOI: 10.1080/00015458.2003.11679412.

YU, M. H. et al. Benign gallbladder diseases: imaging techniques and tips for differentiating with malignant gallbladder diseases. *World Journal of Gastroenterology*, v. 26, n. 22, p. 2967-2986, 2020. DOI: 10.3748/wjg.v26.i22.2967.