

Amiloidosis localizada polipoidea en vesícula biliar. A propósito de un caso clínico

XIMENA CONCHA SANHUEZA,¹ VÍCTOR ORTIZ RIQUEIRO,² JIMENA CARES ROJAS³

Localized polypoid amyloidosis in the gallbladder. A case report

1. Equipo de Cirugía General, Complejo Asistencial Padre las Casas, Padre las Casas, Chile.
<https://orcid.org/0009-0003-9107-5031>

2. Equipo de Cirugía General, Complejo Asistencial Padre las Casas, Padre las Casas, Chile.
<https://orcid.org/0009-0004-3328-2072>

3. Equipo Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Padre las Casas, Padre las Casas, Chile.
<https://orcid.org/0009-0000-1227-842X>

Correspondencia

Ximena Concha Sanhueza

ximenabcs@gmail.com

Enviado:13-03-2025

Aceptado: 11-04-2025

Abstract

Amyloidosis is a rare clinical entity characterized by the extracellular deposition of abnormal protein material, common in the kidneys, heart, nervous system, among others; being an extremely rare finding in the gallbladder. This is a clinical case of a woman diagnosed with cholelithiasis, who underwent laparoscopic cholecystectomy, whose pathological study revealed a gallbladder polyp with extensive deposits of amorphous eosinophilic material, with positive Congo red staining for amyloid; whose findings favor type AA amyloid deposition; which may correspond to localized polypoid amyloidosis in the gallbladder. In this case, it is important to request a complementary study to search for other sources of chronic inflammation or primary amyloidosis to initiate treatment in a timely manner.

Keywords: Amyloidosis, cholelithiasis, gallbladder.

Resumen

La amiloidosis es una entidad clínica infrecuente, caracterizada por depósito extracelular de material proteico anormal, frecuente en riñones, corazón, sistema nervioso, entre otros; siendo un hallazgo extremadamente raro en la vesícula biliar. Se trata de un caso clínico de una mujer con diagnóstico de colelitiasis, intervenida con colecistectomía laparoscópica, en cuyo estudio anatomopatológico destacó un pólipo vesicular con extenso depósito de material eosinófilo amorfo, con tinción rojo Congo positiva para amiloide; cuyos hallazgos favorecen depósito de amiloide de tipo AA; que puede corresponder a amiloidosis localizada polipoidea en la vesícula biliar. En este caso, es importante solicitar estudio complementario como búsqueda de otros focos de inflamación crónica o de amiloidosis primaria para iniciar tratamiento de forma oportuna.

Palabras clave: Amiloidosis, colelitiasis, vesícula biliar.

Introducción

La amiloidosis es una entidad clínica caracterizada por depósito extracelular de material proteico anormal insoluble que conlleva una pérdida en la arquitectura y funcionalidad de los órganos,¹ los depósitos son principalmente reconocibles por su afinidad por la tinción rojo Congo,² colorante de referencia debido a su mayor sensibilidad y especificidad a la hora de diferenciar el amiloide de otros depósitos de proteínas.³ El depósito de amiloide es frecuente en los riñones, corazón, sistema nervioso, tracto hepatoesplénico e intestinal y puede estar presente en la médula ósea (40% de los casos).⁴ Esta patología es extremadamente rara en la vesícula biliar.⁵ Generalmente, la amiloidosis afecta el epitelio del conducto biliar intrahepático sin alcanzar los canalículos y acinos de las peribiliares glandulares y la cantidad de depósitos biliares se correlaciona con la extensión de la amiloidosis en el parénquima hepático. Tirrota y Durante en una investigación sistemática identifican solamente 7 casos de amiloidosis con afectación de la vesícula biliar, entre los años 1990-2010, de los cuales 3 casos presentaron colecistitis aguda,⁴ ninguno asociado a un pólipo vesicular.

Descripción del caso clínico

El caso clínico corresponde a una paciente femenina de 61 años que consulta por cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, con estudio ecográfico compatible con colelitiasis, exámenes de laboratorio preoperatorios sin alteraciones; ingresa para colecistectomía laparoscópica electiva. Con antecedentes quirúrgicos de tres cesáreas, sin antecedentes médicos ni familiares de neoplasia, ni amiloidosis. Con resolución quirúrgica sin incidentes, ni hallazgos relevantes, se decide alta con control ambulatorio, donde se analiza informe anatomopatológico de biopsia de vesícula biliar que reporta: colecistitis crónica inespecífica, colesterosis vesicular, pólipo vesicular con extenso depósito de material eosinófilo

amorfo (Figura 1), litiasis vesicular. Tinción rojo Congo positiva para amiloide con dicroísmo débil, permanganato de potasio sensible; hallazgos morfológicos favorecen depósito de amiloide de tipo AA; puede corresponder a amiloidosis localizada polipoídea en la vesícula biliar. De forma ambulatoria, se solicita completar estudio con Tomografía Computada de tórax, abdomen y pelvis que evidenció esteatosis hepática difusa y miomatosis uterina, además de endoscopia digestiva alta con esofagitis distal grado B, gastropatía congestiva corporal, gastropatía erosiva antral y duodenitis bulbar leve. Colonoscopia completa sin hallazgos patológicos.

Discusión

La amiloidosis se caracteriza por presentar depósitos a nivel del tejido, predominantemente extracelular, de material proteico cuya estructura molecular terciaria característica en disposición de b-plegada es la responsable de su insolubilidad y resistencia a la digestión proteolítica.⁶ La clasificación distingue entre amiloidosis primaria (amiloidosis AL), que tiene lugar en el contexto de una gammopatía monoclonal que produce cadenas ligeras de inmunoglobulinas, y amiloidosis secundaria (AA), en la que el depósito de fibrillas de amiloide se deriva de la proteína amiloide A sérica, una enfermedad aguda.⁷ La amiloidosis AL es la más frecuente, también llamada idiopática, primaria o asociada a mieloma múltiple. En cambio, la amiloidosis AA (secundaria, reactiva o adquirida) es aquella que se desarrolla como complicación de una enfermedad inflamatoria crónica, destacando entre las más habituales; enfermedades de origen reumatológico (artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, artritis psoriásica), la fiebre mediterránea familiar, la enfermedad inflamatoria intestinal, así como infecciones cronicadas (tuberculosis, osteomielitis).⁶ El diagnóstico se confirma basándose en la afectación clínica de los órganos y la demos-

tración histológica de depósitos de amiloide. Posteriormente, corresponde identificar el subtipo de amiloide y evaluar la afectación de órganos sistémicos³.

Como se mencionó, la amiloidosis AA, puede desarrollarse en trastornos inflamatorios crónicos.⁸ Sin embargo, en una revisión sistemática se analizan las enfermedades que se relacionan con amiloidosis sistémica, señalando que existe una asociación improbable entre colecistitis crónica y amiloidosis,⁹ sin evidencia en la literatura actual de la presencia de amiloidosis en pólipo vesicular.

Para concluir, la amiloidosis de vesicular biliar es extremadamente infrecuente y en la literatura revisada no existen casos reportados de la presencia de amiloidosis en pólipo vesicular. Lo importante es, realizar el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica y el correspondiente control postoperatorio, debido a que el cuadro clínico presenta baja sospecha preoperatoria en paciente sin antecedentes y con patología biliar concomitante. Además de, solicitar estudio complementario como búsqueda de otros focos de inflamación crónica o de amiloidosis primaria para iniciar tratamiento.

Referencias

1. Gómez J, Hernández E, González A, Mirón B. Colecistitis aguda como debut y diagnóstico de amiloidosis. *RAPD*. 2022. 45(1):34-35. <https://www.sapd.es/rapd/2022/45/1/08/pdf>.
2. Picken MM. The Pathology of Amyloidosis in Classification: A Review. *Acta Haematol*. 2020;143(4):322-334. doi:10.1159/000506696.
3. Real de Asúa D, Costa R, Galván J, Filighe-
ddu M, Trujillo D, Cadiñanos J. Systemic AA amyloidosis: epidemiology, diagnosis, and management. *Clin Epidemiol*. 2014;6: 369–377. doi:10.2147/CLEP.S39981.
4. Tirotta D, Durante V. Uncommon localization of amyloidosis in gallbladder: description of a case and brief literature review. *Ann Hepatol*. 2011;10(2): 227–232. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21502687/>.
5. Matsuda S, Nishikata M, Takai K, Motoyoshi T, Yamashita Y, Kirishima T, et al. An unusual case of acute cholecystitis with amyloidosis: A case report and literature review. *Intern Med*. 2019;58(6):803–807. doi:10.2169/internalmedicine.1805-18.
6. Bestard O, Poveda R, Ibernón M, Carrera M, Grinyó J. Amiloidosis secundaria (AA) asociada a tumoraciones benignas. *Nefrología*. 2008;28(1): 1-121. <https://www.revistanefrologia.com/es-amiloidosis-secundaria-aa-asociada-tumoraciones-articulo-X0211699508033432>.
7. Tosca J, Maia M, Anton R, Tejedor S, Mora F, Mínguez M. Amyloidosis in Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of Epidemiology, Clinical Features, and Treatment. *J Crohn's Colitis*. 2016;10(10): 1245–1253. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjw080.
8. Posadas M, Aguirre M, Belziti C, Brouet E, Auteri M, Forte A, et.al. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico de la amiloidosis: Parte 1/3. Año 2020. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba*. 2021;78(1): 74–82. doi: 10.31053/1853.0605.v78.n1.30824.
9. Brunger AF, Nienhuis HLA, Bijzet J, Hazenberg BPC. Causes of AA amyloidosis: a systematic review, *Amyloid*. 2020;27(1): 1-12. doi: 10.1080/13506129.2019.1693359.

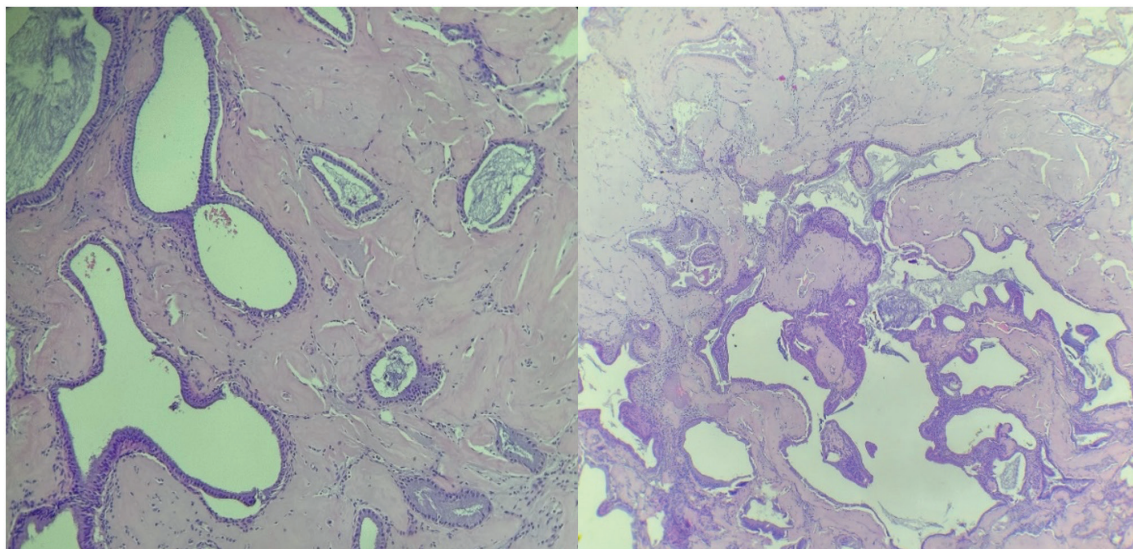


Figura 1. Lesión polipoide vesicular de 1,2 cm con revestimiento de epitelio de tipo biliar normotípico y en el estroma, presencia de material eosinófilo, amorfo y escasa inflamación.