



FACULTAD DE  
**MEDICINA**  
UNIVERSIDAD DE CHILE

# **POLIPOS VESICULARES-MANEJO ACTUAL**

**AUTORES: INTERNO. BORIS SILVA SANCHEZ**

**PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ**

**DEPTO DE CIRUGIA SUR**

**FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

## **Introducción:**

Los pólipos vesiculares son elevaciones de mucosa de la pared vesicular que se proyectan hacia el lumen de esta<sup>1</sup>. Su prevalencia va desde un 1,5 a 4,5% en vesículas evaluadas por ecografía, hasta un 13,8% en vesículas extirpadas. Es poco común que los pólipos vesiculares aparezcan en niños<sup>2</sup>.

Por lo general son hallazgos incidentales en ecografías abdominales. La presentación clínica más común es pacientes asintomáticos, sin embargo, se describen casos de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho y aún más raro asociado a náuseas y vómitos<sup>3</sup>.

Pueden ser divididos en dos grandes grupos: pseudopólipos y pólipos "verdaderos", siendo los primeros más comunes, llegando a corresponder hasta al 70% de pólipos vesiculares en algunas series<sup>1</sup>.

Los pseudopólipos incluyen en orden descendente de prevalencia a pseudopólipos de colesterol, adenomiomatosis focal y pseudopólipos inflamatorios<sup>2</sup>. Una característica importante de estos es que carecen de potencial de malignidad<sup>1</sup>.

Por otro lado los pólipos verdaderos pueden ser tanto benignos como malignos. Los benignos corresponden en su mayoría a adenomas, los que a pesar de ser neoplasias benignas tienen potencial maligno, el cual incrementa en relación con el tamaño de dicho pólipo llegando a un 37 a 55% de riesgo de malignidad cuando estos son mayores a 1 cm. En cuanto a los pólipos malignos, los más comunes son los adenocarcinomas que son mucho más frecuentes que los adenomas, a diferencia de lo que ocurre en colon. Otros pólipos malignos corresponden a carcinoma de células escamosas y adenoacantomas, ambos poco frecuentes<sup>2</sup>.

Como ya fue mencionado anteriormente, la mayor parte de los pólipos vesiculares son benignos y la mayoría de estos, con excepción de los adenomas, carecen de potencial de malignidad. El cáncer de vesícula biliar raramente ocurre en pacientes con pólipos vesiculares, con una tasa de 11,3 por cada 100.000 años-persona. Sin embargo existen factores relacionados a un mayor riesgo de cáncer en pacientes con pólipos vesiculares, entre los que se encuentran, pólipos de tamaño mayor o igual a 1 cm, pólipos sésiles, pacientes con colangitis esclerosante primaria y edad mayor a 50 años<sup>2</sup>.

El examen de primera elección para el estudio de pólipos vesiculares es la ecografía abdominal, donde se verá una lesión solevantada que puede ser sésil o pediculada, estas no deben tener sombra acústica posterior ni ser

móviles, ya que en ese caso estaríamos ante litiasis vesicular. La sensibilidad y especificidad de esta técnica para la detección de pólipos vesiculares es de 84% y 96% respectivamente, sin embargo el problema es la baja sensibilidad (64%) y especificidad (79%) que tiene para diferenciar pólipos verdaderos de pseudopolipos<sup>4</sup>. En cuanto a otras técnicas imagenológicas se ha estudiado el uso de endosonografía, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones (PET), además de otras modalidades de la ecografía como ecografía de alta resolución o contrastada. A pesar de lo anterior, no existe evidencia suficiente para recomendar otros estudios como herramienta principal en la evaluación de los pólipos vesiculares por sobre la ecografía abdominal<sup>5</sup>.

En cuanto al tratamiento de los pólipos vesiculares, a grandes rasgos hay dos posibles caminos, el control seriado y la resolución quirúrgica. La elección de un tratamiento por sobre el otro se basa principalmente en el riesgo de malignidad que pueda tener el pólipo vesicular que presenta cada paciente, lo cual sigue siendo tema de discusión.

El objetivo de este trabajo es revisar las diferentes indicaciones y algoritmos de manejo para este cuadro, basado en bibliografía actual de diferentes organizaciones y grupos de trabajo a nivel internacional.

## **Material y métodos**

Para la realización de esta revisión bibliográfica se utilizaron los buscadores Google Scholar, PubMed y UpToDate. En la búsqueda se emplearon los siguientes términos: "gallbladder", "polyps", "vesícula biliar" y "pólipos", filtrando publicaciones entre el año 2010 a 2022. Se consultó un total de 6 publicaciones, la revisión se realizó de forma individual por el autor, mediante metodología virtual

## **Resultados**

La Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y Abdominal (ESGAR) junto a otras organizaciones médicas europeas, crearon unas directrices para manejo y seguimiento de pólipos vesiculares, los cuales aplican solo en pólipos verdaderos. Para decidir el tratamiento a ofrecer primero se dividen 2 grandes grupos: pólipos  $\geq 10$  mm y  $< 10$  mm. En los primeros el tratamiento de elección es la colecistectomía, al igual que en pacientes que presentan síntomas potencialmente atribuibles a patología de la vesícula biliar en quienes se hayan descartado otras posibles causas de dichos

síntomas. En caso de que no se cumplan las condiciones anteriores, se debe evaluar la presencia de factores de riesgo de malignidad, los cuales son edad >60 años, colangitis esclerosante primaria, etnia asiática y lesión polipoidea sésil. Si el paciente presenta  $\geq 1$  de estos factores de riesgo y un pólipo de 6 a 9 mm, la indicación es colecistectomía y en caso de pólipo  $\leq 5$  mm hay que realizar seguimiento ecográfico de la lesión. En pacientes sin factores de riesgo, con pólipo de 6 a 9 mm está indicado seguimiento ecográfico, en caso de lesión  $\leq 5$  mm no es necesario este seguimiento. Si durante el seguimiento el pólipo alcanza o supera los 10 mm, la recomendación es colecistectomía. Si un pólipo crece  $\geq 2$  mm durante un periodo de seguimiento de 2 años, hay que evaluar la conducta a seguir en forma multidisciplinaria, considerando el tamaño actual de la lesión y los factores de riesgo del paciente. Por último, si un pólipo desaparece durante el seguimiento, se puede discontinuar el monitoreo<sup>5</sup>.

Dilek et al. recomiendan la colecistectomía en pacientes que presentan pólipos vesiculares asociados a dolor, en lesiones  $\geq 10$  mm, edad > 50 años, pólipos sésiles, coexistencia de colelitiasis, >3 lesiones y crecimiento acelerado entre dos controles ecográficos. El resto de pacientes serían candidatos para seguimiento ecográfico cada 6 a 12 meses<sup>3</sup>.

El manejo propuesto en el recurso clínico UpToDate es colecistectomía en pacientes que presentan cólico biliar o complicaciones de patología biliar, en pólipos  $\geq 10$  mm, pacientes con colangitis esclerosante primaria asociada a cirrosis con pólipos  $\geq 8$  mm y quienes presenten lesiones de 6 a 9 mm asociado a 1 o más de los siguientes factores de riesgo de cáncer de vesícula biliar: edad > 50 años, etnia india o pólipo sésil con engrosamiento focal de la pared vesicular > 4 mm. Quienes no cumplen los criterios anteriores deben mantener seguimiento ecográfico cada 3 a 12 meses, dependiendo de las características del pólipo y presencia o ausencia de factores de riesgo de cáncer vesicular<sup>2</sup>.

Vila et al. proponen como manejo realizar colecistectomía en pacientes con pólipos  $\geq 10$  mm y en pacientes mayores de 50 años que presentan un pólipo único y sésil de entre 6-9 mm. También mencionan que se podría considerar la cirugía en pacientes con antecedentes de colangitis esclerosante primaria o síndrome de poliposis intestinal. Todo el resto que no cumple estos criterios debe tener seguimiento ecográfico entre 6 a 12 meses<sup>6</sup>.

## **Discusión**

En la literatura revisada en este trabajo se puede observar que a grandes rasgos, el manejo propuesto por diferentes autores coincide en bastantes puntos, a pesar de existir matices en cuanto a las indicaciones de resolución quirúrgica y la periodicidad de los controles ecográficos en quienes se decide manejo conservador. En lo que parece haber más consenso es en las indicaciones de colecistectomía, las cuales se basan en el tamaño de la lesión y los factores de riesgo de cáncer vesicular que presente el paciente.

Otro punto que recalcar, mencionado en gran parte de la literatura, es la dificultad para diferenciar a través de exámenes imagenológicos si el pólipo que presenta un paciente corresponde a una lesión benigna o presenta riesgo de malignidad. A pesar de los grandes avances tecnológicos en imagenología, sigue siendo la ecografía abdominal simple el examen de elección para el estudio de los pólipos vesiculares, sin embargo debido a su baja sensibilidad y especificidad para diferenciar lesiones benignas de malignas, se realiza gran cantidad de colecistectomías en las cuales en el estudio anatomopatológico posterior solo se observan lesiones benignas que no habría sido necesario extirpar. Se han realizado estudios en los que se buscan alternativas a la ecografía abdominal simple, como la endosonografía o la ecografía contrastada, que muestran resultados prometedores, sin embargo, hace falta evidencia de mayor calidad para decidir por un nuevo estudio de elección en esta patología. Mientras esto no exista, difícilmente va a cambiar de forma radical el manejo de los pólipos vesiculares, considerando que lo que se busca con el tratamiento es evitar o tratar una posible patología neoplásica maligna.

## **Bibliografía**

1. - McCain RS, Diamond A, Jones C, Coleman HG. Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. World J Gastroenterol [Internet]. 2018 [citado el 19 de diciembre de 2022]; 24(26):2844–52. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30018479/>
- 2.- Universidad de Chile [Internet]. Oclc.org. 2022 [cited 2022 Dec 19]. Available from: [https://www-uptodate-com.uchile.idm.oclc.org/contents/gallbladder-polyps?search=gallblader%20polyp&source=search\\_result&selectedTitle=1~13&usage\\_type=default&display\\_rank=1](https://www-uptodate-com.uchile.idm.oclc.org/contents/gallbladder-polyps?search=gallblader%20polyp&source=search_result&selectedTitle=1~13&usage_type=default&display_rank=1)
- 3 .- Dilek ON, Karasu S, Dilek FH. Diagnosis and treatment of Gallbladder Polyps: Current perspectives. Euroasian J Hepatogastroenterol [Internet]. 2019 [citado el 19 de diciembre de 2022];9(1):40–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5005/jp-journals-10018-1294>
- 4.- Wennmacker SZ, Lamberts MP, Di Martino M, Drenth JP, Gurusamy KS, van Laarhoven CJ. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2018 [citado el 19 de diciembre de 2022];8(8):CD012233. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD012233.pub2>
5. - Foley KG, Lahaye MJ, Thoeni RF, Soltes M, Dewhurst C, Barbu ST, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. EurRadiol [Internet]. 2022 [citado el 19 de diciembre de 2022];32(5):3358–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34918177/>
- 6.- Vila M, Lladó L, Ramos E. Diagnóstico y tratamiento de los pólipos en la vesícula biliar. Medicina Clínica. 2018 Jun;150(12):487–91.