



Manejo actual de los pólipos vesiculares

AUTORES: INTERNA. JASMIN PEÑA ZACCONI

PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR

FACULTAD DE MEDICINA

Introducción

Los pólipos vesiculares corresponden a una proyección de la mucosa de la vesícula biliar hacia su lumen, siendo un diagnóstico cada vez más frecuente gracias a la creciente disponibilidad de ecotomografía y la conciencia respecto a la realización de chequeos médicos¹, con una prevalencia global estimada entre 0.3-9.5%²; y una incidencia en Chile de entre 0.6-1%³.

La importancia del diagnóstico de las lesiones polipoides de vesícula radica en que, si bien la mayoría de ellos corresponden a “pseudo-pólipos” sin potencial de malignidad (pólipos de colesterol, adenomiomas y pólipos inflamatorios principalmente)⁴, un 5% son “pólipos verdaderos” que incluyen adenomas y adenocarcinomas, siendo éstos potencialmente malignos y malignos, respectivamente, requiriendo ser removidos quirúrgicamente⁴. En la tabla 1 se presentan los principales tipos de pólipos vesiculares con sus respectivas características.

El cáncer de vesícula biliar es el 20° cáncer más común a nivel mundial, siendo América latina y Asia las zonas de mayor incidencia, destacando Chile con una incidencia de 12.8 por cada 100.000 habitantes, mientras en Reino Unido y Norteamérica es de 1.6 y 1.5 por cada 100.000 habitantes, respectivamente⁴.

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de publicaciones nacionales e internacionales respecto al manejo actual de los pólipos de vesícula biliar y realizar un análisis de estos con un enfoque especial en nuestro país dado su frecuencia respecto a la patología biliar.

Pólipos no	Tipo de Pólipo	Frecuencia (%)	Tamaño (mm)	Número (único/múltiple)	Potencial de malignidad
Neoplásicos	Colesterol	60 – 70	<10	Generalmente múltiples (63.6%)	Benigno
	Adenomioma	25 – 40	Sin datos	Generalmente únicos	Benigno°
	Inflamatorio	10	<10	Generalmente múltiples	Benigno
Pólipos Neoplásicos	Adenoma	2-8.9	2-20	Generalmente únicos	Premaligno

	Adenocarcinoma	0,6-1,7	>10	Generalmente únicos	Maligno
--	----------------	---------	-----	------------------------	---------

TABLA 1. Tipos de pólipos más frecuentes y sus características principales. ° Aunque ampliamente reconocido como benigno, algunos estudios los postulan como lesiones premalignas (1,5,6).

Material

Para este estudio se realizó una revisión de 9 revistas, 2 de las cuales corresponden a revistas nacionales y 7 a internacionales, incluyendo la Revista mundial de gastroenterología, revista europea de radiología gastrointestinal y abdominal; y la revista Euroasiática de hepato-gastroenterología. Corresponden a publicaciones entre los años 2003 y 2020.

Método

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las plataformas PubMed, UpToDate y Google Académico, utilizando los términos “pólipos vesiculares”, “gallbladderpolyps”, “vesícula biliar”, “cáncer de vesícula”, “gallbladdercancer” y “Chile”, realizándose un análisis de éstos de forma individual.

Resultados

La mayoría de los pólipos se presentan de forma asintomática, siendo diagnosticados incidentalmente mediante imágenes o estudio histopatológico^{1,4,7}; y tienen un bajo potencial de malignidad, sin embargo, un porcentaje menor de éstos progresan a una neoplasia maligna⁴. El hallazgo de estas lesiones se hace generalmente mediante ecografía abdominal^{5,8}, un examen operador-dependiente y limitado por el índice de masa corporal del paciente⁴. Se ha demostrado una especificidad en el diagnóstico de diferentes tipos de pólipos de entre 71-98%, con una sensibilidad de 50-90%; y en relación diagnóstico de malignidad, una sensibilidad y especificidad de 47-67% y 36-100%, respectivamente⁴.

Dentro de los factores asociados a malignidad se encuentran:

- **Tamaño mayor o igual a 10mm**¹⁻⁹: la incidencia de cáncer de vesícula en pólipos mayor de 10mm es de entre 43-77%, y en mayor de 20mm alcanza el 100%⁶. Se estima que un tamaño mayor o igual a 10mm tiene una sensibilidad y especificidad de 68 y 77%, respectivamente⁶.
- **Colangitis esclerosante primaria (CEP)**^{4,6}: En pacientes con CEP, las lesiones polipoideas/masas presentan una alta tasa de malignidad. En un estudio de 102 pacientes con CEP sometidos a

colecistectomía, 14% presentaba lesiones polipoideas/masas, y de ellas, 57% correspondían a adenocarcinoma⁶.

- **Pólipos sésiles**^{3,4,6}: En una revisión sistemática de 21 estudios se estableció la morfología sésil como un factor de riesgo independiente de malignidad, aumentando es en 7 veces la posibilidad de cáncer de vesícula⁶.
- **Etnicidad india**^{3,4,6}: En un estudio retrospectivo de 2359 personas, la prevalencia de malignidad en pólipos vesiculares fue significativamente mayor en personas de india en comparación a pacientes caucásicos (5.5% versus 0.08%, respectivamente)⁶.
- **Edad mayor a 50 años**: Diferentes estudios han demostrado que una edad mayor a 50-60 años se asocia a mayor probabilidad de presentar pólipos malignos^{3,4,6}.
- **Número**: diversos estudios postulan que los pólipos únicos tendrían mayor potencial de malignidad, sin embargo, esta relación aún no ha sido probada.⁴
- **Cálculos biliares**: El riesgo de malignidad en pacientes con pólipos asociados a cálculos biliares es bajo y la evidencia es débil^{4,6}.

Respecto al manejo de los pólipos de vesícula se establece la colecistectomía como el principal método utilizado, especialmente si éste es mayor a 10mm¹⁻⁹, se asocia a síntomas o a otros factores de riesgo de malignidad^{2,5,9}. Si no presenta ninguna de estas características algunos estudios plantean un seguimiento activo de las lesiones mediante imágenes^{1,2,5,9}. En relación a la indicación quirúrgica, se recomienda no remover la vesícula a menos que esté clínicamente indicado hacerlo, al ser un procedimiento no exento de complicaciones⁸.

Discusión

En las distintas experiencias evaluadas se establece que el diagnóstico de los pólipos vesiculares suele ser incidental, en pacientes asintomáticos que se someten a estudios imagenológicos (principalmente ecografía abdominal) por otra causa, debiendo enfrentarse el médico a una decisión controversial respecto al manejo de éstos, ya que ningún estudio de imágenes disponible puede diferenciar con certeza entre una lesión benigna y una maligna^{4,6,8}, existiendo la posibilidad de que la lesión hallada corresponda a un adenocarcinoma o a un pólipo de naturaleza premaligna³. Respecto a los factores de riesgo de malignidad, existe consenso respecto al tamaño del pólipo mayor o igual a 10mm como principal predictor de malignidad, así como el que corresponda a un adenoma por ser ésta una lesión premaligna. La asociación a CEP, morfología sésil, etnicidad india y edad mayor a 50 años, también se consideran factores de riesgo tanto en artículos nacionales como internacionales. No existe consenso respecto al número de pólipos y la presencia conjunta de cálculos de vesícula^{4,6}, destacándose ésta última como factor de riesgo principalmente en artículos nacionales^{3,9}. Esto último puede ser explicado por la alta prevalencia de cáncer de vesícula a nivel nacional, similar a la presente en India, y a la presencia de cálculos biliares como un importante factor de riesgo por la inflamación crónica asociada; esto puede llevar

a cuestionarnos el que la etnicidad chilena (y sudamericana) pudiera corresponder a un factor de riesgo de malignidad de los pólipos de vesícula biliar, sin embargo, no se encontraron estudios al respecto durante esta revisión. En relación al manejo de los pólipos de vesícula, se propone un algoritmo con similares características en distintos artículos^{1,3,4,6}, destacando el manejo quirúrgico con colecistectomía en caso de pólipo mayor a 10mm demostrado por ecografía y en aquellos que se asocian a síntomas; en los pacientes sin estas características pero con factores de riesgo de malignidad se podría realizar seguimiento ecográfico o colecistectomía si el tamaño es de 6-9mm al tener mayor potencial de malignidad; de igual forma, sugiriéndose seguimiento ultrasonográfico si ninguno de estos factores están presentes. Si durante el seguimiento el pólipo aumenta en 2mm o alcanza los 10mm se aconseja la colecistectomía, descontinuo el seguimiento si éste desaparece. Dada la realidad nacional, en los artículos chilenos se plantea también una resección de la vesícula.

siempre que ésta se asocia a colelitiasis. En base a los datos recabados, en la figura 1 se propone un algoritmo de manejo de los pólipos de vesícula biliar en Chile.

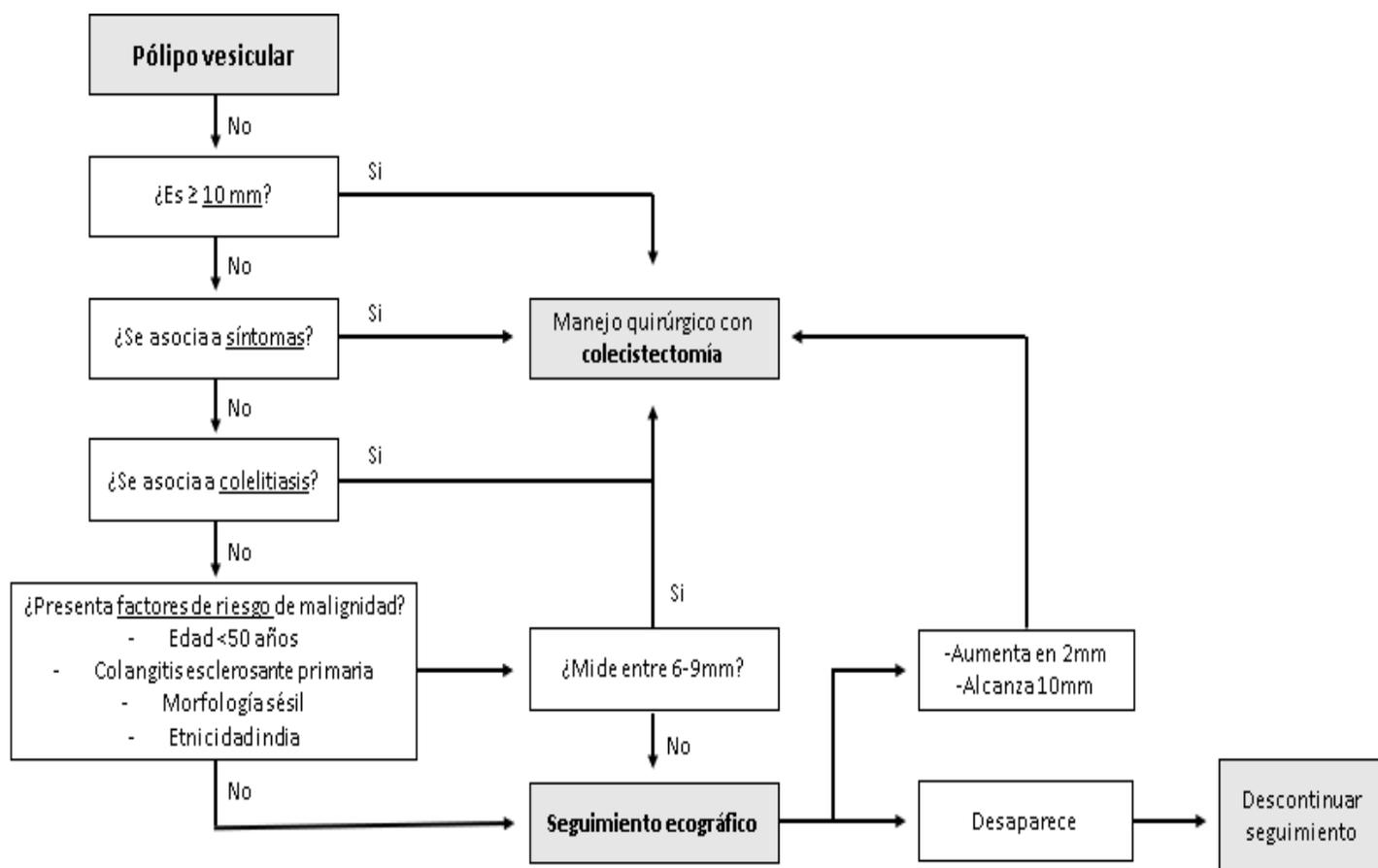


Figura 1. Algoritmo de manejo propuesto para pólipos de vesícula biliar en Chile (1-9).

Bibliografía

1. Kim, K. H. (2020). Gallbladder polyps: evolving approach to the diagnosis and management. *Yeungnam University Journal of Medicine*.
2. Wiles, R., Thoeni, R. F., Barbu, S. T., Vashist, Y. K., Rafaelsen, S. R., Dewhurst, C., ... & Roberts, S. A. (2017). Management and follow-up of gallbladder polyps. *European radiology*, 27(9), 3856-3866.
3. Escalona, A., León, F., Bellolio, F., Pimentel, F., Guajardo, M., Gennero, R., ... & Ibáñez, L. (2006). Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. *Revista médica de Chile*, 134(10), 1237-1242.
4. McCain, R. S., Diamond, A., Jones, C., & Coleman, H. G. (2018). Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. *World journal of gastroenterology*, 24(26), 2844.
5. Dilek, O. N., Karasu, S., & Dilek, F. H. (2019). Diagnosis and treatment of gallbladder polyps: current perspectives. *Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology*, 9(1), 40.