

PÓLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR

A. Luque-Martín, A. Garrido-Serrano, F. del Castillo-Corzo, P. Herrera-Martín, J. L. Márquez-Galán

UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción

Se considera pólipo de vesícula biliar a cualquier proyección de la mucosa hacia la luz de la misma, independiente de que su origen sea neoplásico o no. Según los datos proporcionados por estudios patológicos, o de técnicas de imagen, se estima una prevalencia entre 1-5%, y la mayoría de ellos (95%) no serían auténticas neoplasias sino depósitos de lípidos o de carácter inflamatorio¹. Distintos tipos histopatológicos y caracteres principales se reflejan en la **tabla 1**.

Los pólipos de colesterol son expresión de la colesterosis intravesicular y causados por infiltración de la lámina propia por macrófagos cargados de lípidos. Generalmente son pequeños, pediculados, de tallo fino, múltiples (solitarios en un 20%) y a veces se desprenden en la bilis.

Los adenomiomas producen una prominencia en el fondo vesicular, generalmente de un tamaño de unos 15 mm, y están confinados a la capa muscular.

Los pólipos inflamatorios son sésiles, constituidos por tejido de granulación y fibroso infiltrado por linfocitos y células plasmáticas. Suelen ser un hallazgo casual, un 50% solitarios y de unos 5-10 mm de tamaño.

Los adenomas son escasos. De estructura patológica papilar o no papilar, aparecen como masas pediculadas entre 5-20 mm, en cualquier zona de la vesícula biliar y son múltiples en un tercio de los casos, a veces innumerables como

en la denominada papilomatosis multicéntrica. En un 50% se asocian a cálculos. Son menos frecuentes que los carcinomas y no se conoce bien su evolución a adenocarcinomas. En diferentes series, parece que la presencia de carcinoma ocurre habitualmente en adenomas de tamaño por encima de 10-12 mm.

Otros tipos histológicos de lesiones tumorales benignas en vesícula biliar son muy poco frecuentes, inferior al 1 por mil de colecistectomías.

Diagnóstico

Generalmente son hallazgos casuales en técnicas de imagen, aunque pueden pasar desapercibidos por su pequeño tamaño en estudios ecográficos que es la técnica habitual de detección². Raramente producen clínica similar a cólico biliar, en forma algo atípica, si bien se han descrito complicaciones asociadas como colecistitis y hemobilia.

Habitualmente es una patología benigna y su mayor importancia radica en la posibilidad de que presente malignidad. Para una terapéutica adecuada se precisaría conocer el diagnóstico de su naturaleza, pero clínicamente no es posible diferenciar con certeza los diferentes tipos histológicos de pólipos de vesícula biliar por las técnicas de imagen (ECO abdomen ó Rx), por lo que la decisión de realizar colecistectomía debe estar basada en otros hallazgos clínicos. En series más recientes, otras técnicas como la tomografía computerizada³, o la ecoendoscopia^{4, 5} podrían aportar una mayor información sobre posible malignidad en el análisis del número, tamaño, ecogenicidad, existencia de focos hipoeoicos, bordes y otros, si bien se precisan más estudios.

La evolución natural de los pacientes no tratados seguidos durante años apunta a que un 90 % se comportan

CORRESPONDENCIA

Angel Luque Martín
UGC A. Digestivo.
H.U. Virgen del Rocío. Sevilla

aluquem@meditex.es

como benignos en su seguimiento, y tan solo se indicaría cirugía en un 10%⁶⁻⁸. Por ello se han intentado identificar unos determinados factores de riesgo que sugieran la presencia de posible malignidad bien el momento del diagnóstico o por su posibilidad de desarrollo futuro. No se ha asociado un mayor riesgo a género masculino o femenino, pero sí a algún origen étnico no caucasiano⁹.

No se han encontrado estudios randomizados comparando la colecistectomía con la actitud expectante en presencia de pólipos vesícula biliar¹⁰. Por ello el manejo de estos pacientes está basado en estudios clínicos de seguimiento retrospectivo y prospectivo de series en general no muy amplias, analizando variables como el crecimiento mediante controles ecográficos, número, la aparición de síntomas clínicos y la edad, que nos permitirían extraer algunas consideraciones generales en su historia natural.

La evolución durante años fue benigna en general, sin crecimiento, especialmente (95 %) en aquellos considerados inicialmente como benignos

La edad superior a los 50 años y el tamaño mayor de 1 cm, sobre todo si es único, son los dos mayores factores predictivos de malignidad en lesiones polipoides de vesícula biliar¹¹⁻¹³.

La resección estaría indicada en presencia de crecimiento del pólipo en controles ecográficos sucesivos, si se demostrase con técnicas de imagen invasión o vascularización, la asociación a litiasis biliar y si son sintomáticos¹⁴⁻²⁰.

El tamaño del pólipo superior a los 15 mm, especialmente en nódulos únicos e hipoeecogénicos, está asociado en un 50 % a riesgo de malignidad²¹.

Actitud terapéutica y seguimiento

Aunque el manejo de estos pacientes es controvertido, y según lo comentado previamente, podríamos dar algunas pautas generales, tanto en la actitud terapéutica tras el estudio clínico así como en el seguimiento.

¿Cuándo realizar colecistectomía o adoptar actitud expectante?

A) Pacientes sintomáticos con pólipos y cálculos asociados, realizar colecistectomía.

B) Pacientes sintomáticos con pólipos y sin cálculos, para la colecistectomía valorar gravedad y relación de los síntomas con la patología biliar y tamaño del pólipo.

C) Pólipos menores de 10 mm, no suponen riesgo inmediato y realizar seguimiento.

D) Pólipos entre 10-15 mm, aumenta el riesgo de malignidad por lo que se aconseja colecistectomía laparoscópica si no existe un riesgo quirúrgico alto, especialmente si existieran otros factores de riesgo de malignidad; y seguimiento para valorar crecimiento cada 6-12 meses en caso contrario de riesgo alto.

E) Pólipos por encima de 15 mm existe un riesgo significativo de ser malignos y se debe indicar colecistectomía, valorando posible infiltración vesicular.

¿Qué intervalo de seguimiento, en caso de "esperar y ver"?

De los diferentes estudios se deduce que no existe una pauta de seguimiento único, si bien todos los controles tienden a ser progresivamente distanciados. Basados en ellos y como propuesta de este estudio se podrían realizar a los 6 meses, en un año y ser ya revisados en varios años, valorando la posibilidad de alta si no existe crecimiento alguno y según clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Persley MP. Pólipos de vesícula biliar Sleisenger-Fordtran, Ed. Esp. Tomo I, Cap. 64, 1454, 2008.
2. Akyürek N. Salman B. Irkörüçü O, Sare M, Tatlıcioğlu E. Ultrasonography in the diagnosis of true gallbladder polyps: the contradiction in the literature. HPB (Oxford) 2005; 7 (2): 155-8.

Tabla 1

Tipo patológico	Neoplásico	Frecuencia	Tamaño	Número
Colesterosis	NO	60%	< 10 mm	Múltiples
Adenoma	NO	25%	10-20 mm	Uno
Inflamatorio	NO	10%	5-10 mm	Uno (50%)
Adenoma	SI	4 %	5-20 mm	Uno (2/3 de los casos) Ca. si >10 mm
Otros (Leiomiomas, fibromas, lipomas, heterotopias, neurofibromas, carcinoides....)	SI	1%	5-20 mm	Uno

3. Park KW, Kim SH, Chol SH, Lee WJ. Differentiation of nonneoplastic and neoplastic gallbladder polyps 1 cm or bigger with multi-detector row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr* 2010; 34: 135-9.
4. Cho JH, Park JY, Kim YJ, Kim HM, Kim HJ, Hong SP, et al. Hypoechoic foci on EUS are simple and strong predictive factors for neoplastic gallbladder polyps. *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 1244-50.
5. Akatsu T, Aiura K, Shimazu M, Ueda M, Wakabayashi G, Tanabe M, et al. Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? *Dig Dis Sci* 2006; 51: 416-21.
6. Kratzer W, Haenle MH, Voetgle A, Mason RA, Akinli AS, Hirschbuehl K, et al. Ultrasonography detected gallbladder polyps: A reason for concern? A seven year follow-up study. *BMC Gastroenterology* 2008; 8:41.
7. Beck PL, Shaffer EA, Gall DG, Sherman PM.. The natural history and significance of ultrasonographically defined polypoid lesions of the gallbladder in children. *J Pediatr Surg* 2007; 42: 1907-12.
8. Colecchia A, Larocca A, Scaloli E, Bacchi-Reggiani ML, Di Biase AR, Azzaroli F, et al. Natural history of small gallbladder polyps is benign: evidence from a clinical and pathogenetic study. *Am J Gastroenterol* 2009; 104: 624-9.
9. Aldouri AQ, Malik HZ, Waytt J et al. The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *Eur J Surg Oncol* 2009; 35: 48-51.
10. Gurusamy KS, Abu-Amara M, Farouk M, Davidson BR.. Cholecystectomy for gallbladder polyp. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 21: CD007052.
11. Chattopadhyay D, Lochan R, Balupuri S, Gopinath BR, Wynne KS. Outcome of gallbladder polypoidal lesions detected by transabdominal ultrasound scanning: a nine year experience. *World J Gastroenterol* 2005; 11: 2171-3.
12. Lee KF, Wong J, Li JC. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg* 2004; 188; 186-90.
13. Escalona A, León F, Bellolio F, Pimentel F, Guajardo M, Gennero R, et al. Gallbladder polyps: correlation between ultrasonography and histopathological findings. *Rev Med Chil* 2006; 134: 1237-42.
14. Mangel AW. Management of gallbladder polyps. *South Med J* 1997; 90: 481-3.
15. Jirón MI, Silva H, Whittle C, Fuster F, Madrid AM, Brahm J, et al. Gallbladder polyps. 2d Consensus Workshop of the Chilean Hepatology Association. *Rev Med Chil* 1994; 122: 1316-7.
16. Mainprize KS, Gould SW, Gilbert JM. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Brit J Surg* 2000; 87: 414-7.
17. Zielinski MD, Atwell TD, Davis PW, Kendrick ML, Que FG.. Comparison of surgically resected polypoid lesions of the gallbladder to their preoperative ultrasound characteristics. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 19-25.
18. Park JY, Hong SP, Kim YJ, Kim HJ, Kim HM, Cho JH, et al. Long-term follow-up of gallbladder polyps. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24: 219-22.
19. Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol* 2002; 6: 187-94.
20. Persley KM. Gallbladder polyps *Curr Treat Options Gastroenterol* 2005; 8: 105-8.
21. Kianmanesh R, Scaringi S, Castel B, Flamant Y, Msika S. Precancerous lesions of the gallbladder. *J Chir (Paris)* 2007; 144: 278-86.