

# Manejo quirúrgico del pólipo vesicular

## *Surgical management of gallbladder polyp*

Wilmer Oscar Sarango-Peláez<sup>1\*</sup>, María Elena Guerrero-Rodríguez<sup>2</sup>, Antonio Israel Salazar-Ortega<sup>3</sup>  
y Patricia Alexandra Jaramillo-Sisalima<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Área de Cirugía del Hospital General Julius Doepfner, Zamora, Ecuador

<sup>2</sup> Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, Loja, Ecuador

<sup>3</sup> Hospital General Isidro Ayora, Loja, Ecuador

<sup>4</sup> Medihospital, Loja, Ecuador

Fecha de recepción del manuscrito: 29/08/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 27/11/2019

Fecha de publicación: 31/12/2019

**Resumen**—De todas las enfermedades de la vesícula biliar, la coledolitiasis es la patología más común, aunque cada día es más frecuente el diagnóstico de pólipos vesiculares mediante ecografía o estudio histopatológico. La importancia de estos pólipos radica en la posibilidad de que sea una lesión premaligna o maligna y no se brinde un manejo adecuado en forma temprana. De ahí la necesidad de realizar una revisión bibliográfica, con el objeto de saber cuándo decidir el tratamiento quirúrgico. Se realizó la revisión sistemática y ordenada de 74 artículos científicos, de los cuales quince artículos cumplieron los criterios de inclusión. Con lo encontrado consensuamos que la indicación quirúrgica “colecistectomía laparoscópica” de los pólipos vesiculares es cuando la ecografía revela un pólipo solitario, sésil, vascularizado, que comprometa toda la pared y mayor a 10 mm de tamaño, en pacientes de más de 50 años de edad, y más aún si se acompaña de coledolitiasis. Recomendamos el manejo conservador y expectante, con control ecográfico anual en lesiones de 5 – 10 mm, si son múltiples, y en pacientes menores de 50 años.

**Palabras clave**—Pólipos de la vesícula biliar; Colecistectomía laparoscópica; Adenoma; Tratamiento quirúrgico.

**Abstract**—Of all diseases of the gallbladder, cholelithiasis is the most common pathology, although the diagnosis of gallbladder polyps by ultrasound or histopathological study is more common every day. The importance of these radical polyps in the possibility that it is a premalignant or malignant lesion and that adequate treatment is not provided early. Hence the need to review the literature, to know when to decide surgical treatment. A systematic and orderly review of 74 scientific articles was carried out, of which fifteen met the inclusion criteria. With the findings, we agreed that the surgical indication "laparoscopic cholecystectomy" of gallbladder polyps, when ultrasound reveals a solitary, sessile, vascular polyp that compromises the wall and is larger than 10 mm in patients older than 50 years' age, and more so, if accompanied by cholelithiasis. We recommend conservative and expectant management, with annual ultrasound control in lesions of 5 to 10 mm, if they are multiple, and in patients under 50 years.

**Keywords**—Gallbladder polyps; Laparoscopic cholecystectomy; Adenoma; Surgical treatment..

## INTRODUCCIÓN

Los pólipos de la vesícula biliar se han convertido en una patología común de este órgano y un problema de salud pública en muchos países. Estos pólipos son proyecciones tumorales que surgen de la mucosa, que incluyen pólipos de colesterol, pólipos adenomatosos, pólipos inflamatorios, etc. (Park et al., 2013). Los tumores benignos más habituales de la vesícula biliar son los pólipos, que

suelen corresponder a adenomas (Castells Pellisé, 2012). La adenomomatosis vesicular es una lesión benigna, adquirida y de etiología desconocida, sugiriéndose que puede ser una condición degenerativa secundaria a presiones intraluminales elevadas en la vesícula biliar (Burgos et al., 2016).

La prevalencia de pólipos de la vesícula biliar varía de 1,3% a 9,5% de acuerdo a diferentes razas, regiones y períodos de tiempo. Por ejemplo, en un estudio realizado por Yang et al. (2012) se observó que las poblaciones de Asia y Dinamarca tenían una tasa de prevalencia más alta, mientras que los alemanes e indios tenían una tasa relativamente más baja. En otro estudio, donde se realizó un seguimiento a pacientes de EEUU, se encontró que el pólipo se mantuvo

en un tamaño estable en el 60% de los casos (Corwin et al., 2011). En cuanto al diagnóstico, estudios sobre el uso de un algoritmo de segmentación de imagen por ultrasonido, combinado con el análisis de componentes principales (APC) y los algoritmos AdaBoost para construir un sistema de diagnóstico asistido por computadora ha sido útil para diferenciar el diagnóstico de pólipos de vesícula biliar entre neoplásicos y no neoplásicos (Chen et al., 2019).

Con el mismo objetivo, aunque, con método diferente, el análisis cuantitativo de los resultados del ultrasonido con contraste de pólipos de la vesícula biliar proporciona valores de corte para la diferenciación entre pólipos neoplásicos y pólipos no neoplásicos con un acuerdo interobservador casi perfecto a sustancial (Bae et al., 2019).

En una serie analizada, el 69% de los pólipos de vesícula biliar de más de 10 mm de los que se sospechaba malignidad preoperatoriamente no eran neoplásicos. Se considera que una agregación de manchas hiperecoicas y microquistes múltiples son factores predictivos importantes para los pólipos de colesterol y la adenomiosomatosis, respectivamente (Akatsu et al., 2006). En otro análisis univariado, la edad >49,5 años, el tamaño del pólipo >1,15 cm, el pólipo solitario, el flujo sanguíneo intralésional, la ausencia de síntomas y la falta de colecistitis mostraron una asociación significativa con el adenoma (Sun et al., 2019). En un estudio de Lee et al. (2019) encontraron una asociación entre los pólipos vesiculares con los del colon proximal: de 3136 pacientes analizados, que tenían pólipos en el colon, el 6,8% tuvieron coledocistitis y el 16,3% tuvieron pólipos en la vesícula biliar.

No se recomienda la colecistectomía profiláctica de rutina en caso de cálculos asintomáticos. Sin embargo, la colecistectomía laparoscópica se debe realizar de forma selectiva o concomitante en un subgrupo específico de pacientes (Supe, 2011). Lesiones polipoides mayores a 10 mm o aquellas que muestran un rápido crecimiento, tienen una asociación con el cáncer de vesícula biliar. Se reporta un riesgo mayor en pacientes de más de 50 años con pólipos vesiculares de más de 10 mm, por lo que algunos cirujanos recomiendan la colecistectomía electiva en esta población, pudiendo presentar un riesgo incrementado para cáncer de vesícula biliar (Chan et al., 2014).

Según el análisis de revisiones internacionales recientes, el seguimiento de esta patología ha demostrado un aumento de pacientes con pólipos vesiculares, así como también se ha incrementado el diagnóstico de cáncer de vesícula dependientes de estos últimos. De ahí la importancia de este análisis, debido a que puede ser evitado un diagnóstico tardío de cáncer si se maneja oportunamente y en el tiempo adecuado. Mediante estas premisas queremos estandarizar el manejo de los pólipos vesiculares en nuestro medio con la indagación de estudios internacionales.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Con la finalidad de elaborar este artículo científico de revisión, se investigó sobre pólipos de la vesícula biliar

en artículos científicos actualizados, revistas y libros de bibliotecas virtuales con los siguientes buscadores bibliográficos: Google Scholar, Coch-rane, EBSCO host, Redalyc, ProQuest, DynaMed y PubMed. Mediante la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 75 artículos, de los cuales 15 cumplieron los criterios de inclusión, como, el año de publicación (desde el 2009 en adelante), con datos acerca de frecuencia, prevalencia, malignidad, con decisiones terapéuticas, quirúrgicas, estudios de seguimiento relacionados con los pólipos de la vesícula biliar, sin agentes externos que influyan en la investigación, o que puedan diferir enormemente en los resultados que buscamos obtener. Además se incluyeron revisiones bibliográficas que identificaron una etiopatogenia, artículos de revisión con métodos de diagnósticos actualizados y manejos comúnmente aceptados.

## PREVALENCIA

De los artículos más importantes mencionamos que la prevalencia de pólipos vesiculares fue 10% de un total de 1707 vesículas revisadas. De los 172 pólipos encontrados, el 95,4% fueron pólipos colesterolósicos, el 4% adenomatosos y el 0,6% a hiperplásicos. El 32,25% de los pólipos vesiculares hallados tuvieron un tamaño 10 mm. El 90% de los pólipos vesiculares 10 mm fueron colesterolósicos y el 10%, adenomatosos, y no se encontró ningún pólipo maligno (Buggen et al., 2011).

## DIAGNÓSTICO

En un estudio de Metman et al. (2019), diagnosticaron el 60,2% de pólipos múltiples en la vesícula biliar por medio de ecografía abdominal, de 108 pacientes sometidos a colecistectomía por pólipos vesiculares, lo que demuestra una frecuencia considerable de falsos negativos. Por otro lado, la técnica de segmentación de imagen por ultrasonido, de acuerdo a los estudios revisados, sí es un sistema confiable en el diagnóstico de pólipos vesiculares neoplásicos y no neoplásicos en comparación con sonólogos expertos. Adicionalmente, los hallazgos de los análisis cuantitativos de ultrasonido con contraste de la serie de Bae et al. (2019) podrían ser valiosos para diferenciar pólipos neoplásicos de vesícula biliar de pólipos no neoplásicos. Actualmente se habla del ultrasonido endoscópico que es una modalidad de imagen invasiva que es capaz de evaluar con precisión la vesícula biliar. Esto resulta en una mayor precisión en la evaluación del engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (Kim et al., 2012).

Se considera que una agregación de manchas hiperecoicas y microquistes múltiples son factores predictivos importantes en caso de pólipos de colesterol y la adenomiosomatosis, respectivamente. Sin embargo, debemos advertir que estos hallazgos igualmente pueden ocurrir en pólipos neoplásicos cuando contienen un componente no neoplásico concomitante (colesterosis o senos de Rokitansky-Aschoff proliferados) (Akatsu et al., 2006).

## MANEJO QUIRÚRGICO Y CONSERVADOR

En lo que respecta a la indicación quirúrgica, según Lambert et al. (2016) los pacientes con litiasis sintomática,

sumado a la presencia de un pólipo vesicular son candidatos idoneos para la colecistectomía laparoscópica. En cambio, en los pacientes con una litiasis asintomática y pólipo vesicular, debería considerarse el tratamiento quirúrgico en correspondencia con la edad, el sexo, los factores de riesgo de cáncer vesicular y las características del pólipo, como tamaño, localización y particularidades radiográficas o ecográficas (Supe, 2011). Algo nuevo propone Chen et al. (2018) para el tratamiento de los pólipos de la vesícula biliar, que consiste en la resección de estos guiados por ultrasonido.

Los pacientes con dolor biliar típico se beneficiarán de una colecistectomía. Ante un pólipo vesicular menor de 10 mm y edad menor de 50 años la probabilidad de malignidad es mínima y no requiere colecistectomía (Morera et al., 2013). Teniendo en cuenta las discrepancias inherentes del ultrasonido y la inclusión de la mayoría de los pólipos vesiculares neoplásicos, se puede recomendar la cirugía para los pólipos vesiculares de 5 mm o más; en pacientes mayores de 50 años, pacientes sintomáticos o en quienes no se puede completar el seguimiento deben considerarse la colecistectomía (Shah, 2009). Bhatt et al. (2016) también recomiendan que pólipos con tamaños mayores de 10 mm son indicativos de colecistectomía. A los pólipos vesiculares cuando no es posible asegurar su benignidad por métodos no invasivos, se aconseja el tratamiento quirúrgico cuando son mayores de 1 cm (Castells Pellisé, 2012).

Bugosen et al. (2011) manifiesta que la decisión de realizar una colecistectomía en pacientes con pólipos más de 10 mm debe ser individualizada y discutida claramente con el paciente, teniendo en cuenta factores como tamaño y velocidad de crecimiento de la lesión. La colecistectomía laparoscópica asistida por robot no parece ofrecer ventajas significativas sobre la colecistectomía laparoscópica asistida por humanos en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva (Gurusamy et al., 2012). En contraste, Andrén-Sandberg (2012) indica que se debe resear un pólipo de vesícula biliar sintomático, y si un paciente tiene riesgo de malignidad, con un pólipo de más de 6 mm.

Wiles et al. (2017) manifiestan que luego de analizar tres rondas Delphi, establecen un consenso sobre qué pacientes deberían someterse a colecistectomía, qué pacientes deberían someterse a un seguimiento con ultrasonido, y expresan lo siguiente: a) el manejo de los pólipos de la vesícula biliar continúa siendo polémico; b) la colecistectomía se recomienda para los pólipos de la vesícula biliar >10 mm; c) el manejo de los pólipos <10 mm depende de las características del paciente y del pólipo; y d) se requiere más investigación con el fin de determinar el manejo óptimo de los pólipos de la vesícula biliar. Algo similar refiere Andrén-Sandberg (2012), que los pacientes sin factores de riesgo son buenos candidatos para seguimiento a través de ultrasonido con el objeto de realizar una evaluación adicional.

## CONCLUSIONES

Histológicamente los pólipos vesiculares se sitúan en la capa mucosa de la vesícula biliar, aunque también puede afectar otras capas como la muscular y serosa; crecen en

forma local, por lo general en el fondo vesicular, a manera de una proliferación anormal de las células mucosas o en forma difusa pueden alcanzar el cuerpo y cuello. A estos tumores benignos los podemos clasificar en pólipos no neoplásicos, por ejemplo, pólipos de colesterol, la adenomiosomatosis y pólipos inflamatorios, y neoplásicos como adenomas (benignos), carcinoma in situ o adenocarcinoma (malignos). Tienen una prevalencia de presentación de 4 a 9% a nivel mundial y es ligeramente más frecuente en mujeres.

Por lo general se diagnostica incidentalmente durante una evaluación ecográfica, o en los estudios histopatológicos de vesículas extirpadas por colelitiasis, debido a que la mayoría no provocan síntomas. El reporte de la ecografía debe describir el tamaño, forma, número de pólipos, su base e irrigación.

La indicación quirúrgica “colecistectomía laparoscópica” está recomendada si la ecografía reporta un pólipo solitario, de base ancha, vascularizado, y mayor a 10 mm, en pacientes de más de 50 años de edad, o asociado a colelitiasis; por el contrario, el tratamiento conservador consiste en controles seriados por medio de ecografía anualmente en lesiones de 5 – 10 mm, en pacientes sin riesgo de cáncer y menores de 50 años.

## REFERENCIAS

- Akatsu, T., Aiura, K., Shimazu, Ueda M, Wakabayashi G, Tanabe M, Kawachi, Kitaji-ma M (2006). Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? *Digestive Diseases and Sciences.*; 51, 416-21.
- Andrén-Sandberg A. (2012). Diagnosis and Management of Gallbladder Polyps. *North American Journal of Medical Sciences.* 4(5): 203-11
- Bae JS, Kim SH, Kang HJ, Kim H, Ryu JK, Jang JY, Lee SH, Paik WH, Kwon W, Lee JY, Han JK. (2019). Quantitative contrast-enhanced US helps differentiating neoplastic vs non-neoplastic gallbladder polyps. *European Radiology* 29 (7): 3772-3781.
- Bhatt NR, Gillis A, Smoothey CO, Awan FN, Ridgway PF. (2016). Evidence based management of polyps of the gallbladder: a systematic review of the risk factors of malignancy. *Surgeon* 14: 278-286
- Burgos A, Csendes A, Villanueva M, Cárdenas G, Narbona S, Caballero A. (2016). Hallazgos clínicos e histopatológicos en pacientes con Adenomiosomatosis vesicular. *Revista Chilena de Cirugía* 68(5): 363- 367.
- Bugosen M, Tagle M, Huerta J, Scavino Y. (2011). Pólipos vesiculares: características clínicas y anatomopatológicas en pacientes colecistectomizados en la Clínica Anglo Americana entre los años 1999-2007. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 31(1), 32-37.
- Castells A, Pellisé M. (2012). Tumores de la vesícula y vías biliares. 47, 689-97. En: Montorio M, Garcia JC. (Eds).

Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. Editorial Jarpyo 2 edición Barcelona España..

Chan C, Bandín A, Villalobos I, Torres A. (2014). Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Comité de elaboración de Guías de Práctica Clínica, Guía de Práctica Clínica, Cáncer de Vesícula Biliar. México D.F., 1-29

Chen SA, Feng ZN, Li S, Zhang Y, Sun X, Liu Z, Liu M, Jin S. (2018). EUS-guided gallbladder polyp resection: A new method for treatment of gallbladder polyps. *Hepatobiliary Pancreatic Diseases International*, 18 (3): 296-297.

Chen T, Tu S, Wang H, Liu X, LiF, Jin W, Liang X, ZhangX, WangJ. (2019). Computer-aided diagnosis of gallbladder polyps based on high resolution ultrasonography. *Computer Methods Programs in Biomedicine*, 185: 105-118.

Corwin M, Siewert B, Sheiman R, Kane R. (2011). Incidentally detected gallbladder polyps: Is follow-up necessary? – Long-term clinical and US analysis of 346 patients. *Radiology*, 258: 277-282.

Gurusamy KS, Samraj K, Fusai G, Davidson BR. (2012). Robot assistant versus human or another robot assistant in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 12 (9). DOI: 10.1002/14651858.CD006578.pub3

Kim HJ, Park JH, Park DI, Cho YK, SohnCI, Jeon WK, Kim BI, Choi SH. (2012). Clinical usefulness of endoscopic ultrasonography in the differential diagnosis of gallbladder wall thickening. *Digestive Diseases And Sciences* 57: 508–515. doi: 10.1007/s10620-011-1870-0.

Lambert O, De la Cruz H, Altagracia N, Dolz N, Domínguez E. (2016). Criterios actuales sobre el tratamiento laparoscópico en pacientes con enfermedades benignas de la vesícula biliar. *MEDISAN*, 20(11): 2420-2429.

Lee Kc; Jeng WJ; Hsu CM, Kuo C, Su M, Chiu C, (2019). Gallbladder Polyps Are Associated with Proximal Colon Polyps. *Gastroenterology Research And Practice* 12: 9832482.

Metman MJH, Olthof PB, Wal J, Gulik T, Roos, Dekker J. (2019). Clinical relevance of gallbladder polyps; is cholecystectomy always necessary? *HPB: The Official Journal Of The International Hepato Pancreato Biliary Association*. DOI: 10.1016/j.hpb.2019.08.006

Morera F, Ballestín J, Calatayud A, Tursi L, Bernal J. (2013). Indicaciones quirúrgicas en los pólipos de vesícula biliar. *Cirugía Española* 91(5):324-330

Park C, Chung M, Oh TG, Park J, BangS, Park S, Kim H, Hwang H, Lee W, Song S. (2013). Differential diagnosis between gallbladder adenomas and cholesterol polyps on contrast-enhanced harmonic endoscopic ultrasonography. *Surgical Endoscopy* 279 (4): 1414-1421.

Shah J. (2009). Postoperative Histopathology Findings of Ultrasonographically diagnosed Gallbladder Polyp In 32 Patients. *The Internet Journal of Third World Medicine*. 9 (1): 1-5.

Sun Y, Yang Z, Lan X, Tan H. (2019). Neoplastic polyps in gallbladder: a retrospective study to determine risk factors and treatment strategy for gallbladder polyps. *Hepatobiliary Surgery and Nutrition* 8(3): 219-227. doi: 10.21037/hbsn.2018.12.15.

Supe A. (2011). Asymptomatic gall stones–revisited. *Tropical Gastroenterology*, 32(3): 196-203.

Wiles R., Thoeni RF, Barbu ST, Vashisth YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, Roberts SA. (2017). Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery-European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *European radiology*, 27(9), 3856–3866. doi:10.1007/s00330-017-4742-y.

Yang HL, Kong L, Hou LL, Shen HF, Wang Y, Gu XG, Qin JM, Yin PH, Li Q. (2012). Analysis of risk factors for polypoid lesions of gallbladder among health examinees. *World Journal of Gastroenterology* 18(23): 3015-3019