

Cirujano General

Volumen **27**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2005**
January-March

Artículo:

Lesiones polipoides de la vesícula biliar

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Lesiones polipoides de la vesícula biliar

Polypoid injuries of the gallbladder. Indications for cholecystectomy and most frequent histopathological findings

*Dr. Patricio Sánchez Fernández, Dr. Javier Niño Solís, Dr. Gonzalo Millán Revollo,
Dra. Karina Sánchez Reyes, Dr. Roberto Blanco Benavides*

Resumen

Introducción: La frecuencia de las lesiones polipoides de la vesícula biliar es de 0.004 al 13.8% con predominio en la tercera, cuarta y quinta décadas de la vida.

Objetivo: Informar la frecuencia y los resultados histopatológicos más constantes de las lesiones polipoides de la vesícula biliar.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes de pacientes sometidos a colecistectomía; de éstos se identificaron y analizaron aquéllos con lesiones polipoides. La lesión polipoide se definió como una protrusión de la mucosa hacia la luz vesicular. El género, edad, antecedentes patológicos, síntomas, signos, estudios de laboratorio y gabinete, hallazgos macroscópicos, análisis histopatológico y evolución fueron analizados.

Resultados: En un periodo de 16 años, 1988-2003, se registraron 3,316 pacientes operados de colecistectomía, de los cuales 216 tuvieron lesiones polipoides. Ciento cuarenta y tres mujeres y 73 hombres con edad promedio de 50 años. La adenomiosis, los pólipos de colesterol y la metaplasia intestinal fueron los hallazgos histopatológicos más frecuentes; cuatro casos de cáncer *in situ*. La mayoría de las lesiones fueron sésiles y menores a 10 mm. La presentación clínica en la mayoría fue como sensación de pesantez abdominal o asintomáticos. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente.

Conclusión: La prevalencia de lesiones polipoides de la vesícula biliar en nuestro estudio fue de 6.5% y la frecuencia de cáncer de 1.85%. La colecistectomía está indicada para lesiones mayores a 10 mm o en pacientes sintomáticos.

Palabras clave: Lesiones polipoides, vesícula biliar, colecistectomía.

Cir Gen 2005;27:42-46

Abstract

Introduction: Frequency of polypoid lesions of the gallbladder is from 0.004 to 13.8%, predominating in the third, fourth, and fifth decades of life.

Objective: To inform the frequency and the most constant histopathological results regarding polypoid lesions of the gallbladder.

Setting: Third level health care hospital.

Patients and methods: The clinical records of patients subjected to cholecystectomy were reviewed, and from these we identified and analyzed those with polypoid lesions. The polypoid lesion was defined as a protrusion of the mucosa to the vesicular lumen. We analyzed age, gender, pathological antecedents, symptoms, signs, laboratory tests and cabinet studies, macroscopic findings, histopathological analysis, and evolution.

Results: In a period of 16 years (1988-2003), 3,316 patients subjected to cholecystectomy were recorded, of these 216 presented polypoid lesions. There were 143 women and 73 men, average age of 50. Adenomyosis, cholesterol polyps, and intestinal metaplasia were the most frequent histopathological findings; four cases of *in situ* cancer were detected. Most lesions were sessile and smaller than 10 mm. The clinical manifestation in most was a sensation of abdominal heaviness or they were asymptomatic. All patients evolved satisfactorily.

Conclusion: The prevalence of polypoid lesions of the gallbladder in our study was of 6.5% and cancer frequency was of 1.85%. Cholecystectomy is indicated for lesions larger than 10 mm or in symptomatic patients.

Key words: Polypoid lesions, gallbladder, cholecystectomy.

Cir Gen 2005;27:42-46

Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional, Siglo XXI,
Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Recibido para publicación: 25 de enero de 2004.

Aceptado para publicación: 6 de junio de 2004.

Correspondencia: Dr. Patricio Sánchez Fernández. Hospital Metropolitano, Tlacotalpan No. 59, 7° piso,
Cons. 725 Col. Roma México, D. F., CP 06760 e-mail: pasafe63@yahoo.com

Introducción

Las lesiones polipoides de la vesícula biliar son protrusiones de la mucosa que pueden ser detectadas por medio del ultrasonido, que aparecen como imágenes iso o hiperecogénicas y que en muchas de las ocasiones, a diferencia de los litos intravesiculares, no se desplazan o movilizan con el cambio de posición del paciente durante la realización del estudio.¹ Estudios epidemiológicos en Japón demostraron que la prevalencia de lesiones polipoides en sujetos sanos, determinada por medio del ultrasonido, fue de 3.5% en hombres y de 6.3% en mujeres;² en Dinamarca, la prevalencia fue de 4.6% y 4.3% en hombres y mujeres, respectivamente.³ Entre las lesiones polipoides de la vesícula biliar los pólipos de colesterol son la forma más frecuente de estas lesiones, alrededor del 60%, y la imagen típica por ultrasonido es una lesión pequeña, redondeada, ecogénica sin sombra acústica posterior; los pólipos de colesterol relativamente grandes tienen una superficie irregular que da la apariencia de coliflor y aparecen parcial o completamente ecogénicos en el ultrasonido, lo que a menudo hace difícil distinguirlos de un adenocarcinoma. La distinción entre lesiones benignas, potencialmente malignas y las malignas es un dilema diagnóstico importante y las opciones terapéuticas para estas lesiones permanecen en controversia. La frecuencia de malignidad en lesiones polipoides de la vesícula biliar se estima menor al 0.4% por estudios de necropsia. El propósito del presente estudio fue establecer la frecuencia de lesiones polipoides en pacientes operados mediante colecistectomía y cuáles son los hallazgos histopatológicos más frecuentes.

Pacientes y métodos

En un periodo comprendido de enero de 1988 a diciembre de 2003 se revisaron los expedientes de pacientes operados mediante colecistectomía en el Servicio de Cirugía Gastrointestinal del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS. De éstos, fueron seleccionados aquéllos cuyo diagnóstico definitivo se estableció como lesión polipoide de la vesícula biliar; fue un estudio retrospectivo y descriptivo donde se analizaron edad, género, cuadro clínico, estudios de laboratorio y de gabinete, diagnóstico preoperatorio, técnica operatoria, diagnóstico histopatológico definitivo, características de las lesiones y evolución de los pacientes. Los resultados fueron expresados

por frecuencia y en porcentaje, y el análisis estadístico se realizó con prueba de Fisher, con significancia estadística cuando $P < 0.05$. La lesión polipoide de la vesícula biliar se definió como una protrusión de la mucosa hacia la luz. De acuerdo a las características histológicas de las lesiones, éstas se clasificaron con base en la clasificación de Christensen e Isaac:⁴ Lesiones benignas: a) Tumores verdaderos (adenoma, leiomioma, lipoma, otros); b) Pseudotumores (pólipos de colesterol, adeniomatosis, heterotopia, inflamatorios, otros). Lesiones malignas: adenocarcinoma, metástasis, carcinoma de células claras, melanoma, otros.

Resultados

En un periodo de 16 años, se realizaron 3,316 colecistectomías; 2,960 (89%) por padecimientos agudos y/o crónicos, 140 (4.5%) por cáncer de vesícula biliar y 216 pacientes (6.5%) por lesiones polipoides en la vesícula biliar. De este último grupo, motivo de la comunicación, 143 fueron mujeres (66%) y 73 hombres (33%), con edad promedio de 50.4 años (52.9 ± 14 en varones y 49.6 ± 15 en las mujeres). Las décadas de la vida en donde fueron más frecuentes dichas lesiones ocurrieron de la 4ª a la 6ª. Los antecedentes más significativos fueron: Obesidad exógena en 86 pacientes (39.8%), diabetes mellitus en 71 pacientes (32.8%), hipertensión arterial en 56 pacientes (26%) y tabaquismo en 35 pacientes (16.2%). El cuadro clínico y los resultados de laboratorio se muestran en los cuadros I y II, respectivamente. A ciento setenta y siete pacientes (82%) se les realizaron radiografías simples de tórax y abdomen; ninguna alteración se encontró en las de tórax; en las de abdomen, en 31 de ellos (18%) se observó íleo reflejo relacionado con el cuadro clínico. Todos los pacientes fueron estudiados con ultrasonido de hígado, vesícula y vía biliar (Cuadro III). El diagnóstico preoperatorio, con base en el cuadro clínico y los estudios de gabinete, fue de colecistitis crónica litiásica en 25 pacientes (11.4%) y de pólipos vesiculares en 191 (88.6%). Veinticinco pacientes (11.5%) se operaron con carácter de urgencia y el resto (88.5%) en forma electiva; ciento diecinueve (55%) fueron operados con técnica laparoscópica y 97 (45%) en forma abierta. Los diagnósticos histopatológicos se describen en el cuadro IV. De acuerdo al número de lesiones, en 187 pie-

Cuadro I.
Cuadro clínico.

Síntomas	Pacientes con CCL/CCA	Pacientes con pólipos
Dolor abdominal	25 (11.4%)	23 (12%)
Náusea/vómito	25 (11.4%)	
Diarrea/estreñimiento	12 (5.7%)	
Fiebre	12 (5.7%)	
Pesantez abdominal	6 (2.8%)	27 (14%)
Regurgitaciones	6 (2.8%)	61 (32%)
Asintomáticos		80 (42%)

CCL= colecistitis crónica litiásica

CCA= colecistitis crónica alitiásica

**Cuadro II.
Resultados de laboratorio.**

Examen	No. %
Leucocitosis (>12,000)	60 (28%)
Hiperglicemia (>130 mg/dl)	54 (25%)
Hiponatremia (<130 mEq/l)	62 (29%)
Hipocaliemia (<3.5 mEq/l)	43 (20%)

**Cuadro III.
Hallazgos ultrasonográficos.**

Hallazgo	No. %
Lesiones polipoides	191 (88.4%)
Engrosamiento de pared(>4 mm)	25 (11.5%)
Litiasis vesicular	25 (11.5%)
Imagen "doble halo"	25 (11.5%)

**Cuadro IV.
Diagnóstico histopatológico.**

Diagnóstico	No. %
Adenomiosis	125 (58%)
Heterotropia	29 (13.4%)
Pólipo colesterol	28 (13%)
Adenoma	11 (5%)
Displasia	8 (3.7%)
Pólipo inflamatorio	6 (2.8%)
Carcinoma <i>in situ</i>	4 (1.8%)
Hiperplasia	3 (1.4%)
Hamartoma	2 (0.7%)
Total	216 (100%)

zas (86.4%) se detectó una lesión, en 26 (12.1%) dos lesiones y en tres piezas (1.4%) tres lesiones. El tamaño de las lesiones fue de 2 a 16 mm (promedio de 5.9 mm); en 90.7% menores a 10 mm y en 7.3% mayores a 10 mm. De las lesiones mayores a 10 mm, diez fueron casos de adenomas, ocho de displasia, cuatro de cáncer *in situ*, dos de hiperplasia y dos de pólipo inflamatorio. De acuerdo a las características macroscópicas de las lesiones, 170 (78.6%) fueron lesiones sésiles y 46 (21.4%) pediculadas. Por localización dentro de la vesícula biliar, 110 lesiones (21.4%) se localizaron en el fondo, 62 (28.5%) en el cuerpo, 37 (17.1%) en el cuello y 7 (3.5%) en la bolsa de Hartmann. Las lesiones asociadas fueron colelitiasis y/o colesterosis en 97 piezas (45%) y edema con inflamación de pared en 35 (16%). Los cuatro casos de carcinoma se etapificaron en Nevin I; respecto al tamaño, fueron lesiones mayores de 10 mm, tipo sésil y localizadas en el fondo de la vesícula. Se realizó prueba de Fisher para determinar si había asociación entre la presencia de pólipos con el desarrollo de cáncer y se obtuvo que la razón de momios fue 0.3 con una $p < 0.05$. La evolución de los pacientes fue satis-

factoria. La estancia promedio de 3 días (2-5 días). Todos fueron revisados en la consulta externa.

Discusión

El término pólipo comprende un grupo heterogéneo de anomalías que incluye pólipos verdaderos, tumores polipoides y pseudotumores. Su frecuencia varía desde el 0.004 hasta el 13.8% en vesículas reseca- das, con similar afección en ambos géneros aun cuando existen estudios que señalan predominio del femenino, tal y como resultó en nuestro trabajo, con una prevalencia de 6.5%. Estas lesiones pueden aparecer a cualquier edad a partir de la tercera década, con mayor afectación de la cuarta a la sexta. Se menciona que los factores de riesgo no son los mismos que aquéllos para litiasis vesicular con excepción de informes de la literatura japonesa en la que existe correlación con la obesidad. El cuadro clínico puede variar desde pacientes asintomáticos, en quienes se detecta la presencia de pólipos durante la revisión de algún malestar abdominal no relacionado directamente con la vesícula biliar, como sucede en la mayoría, hasta aquéllos que manifiestan datos clínicos característicos de proceso inflamatorio agudo o crónico agudizado en dicho órgano, tal y como se encontró en nuestro estudio, de manera que en algunos casos el diagnóstico preoperatorio se establece como una colecistitis aguda o crónica litiasica. La detección de pólipos vesiculares está relacionada con la experiencia de quien realice algunos de los métodos diagnósticos, como el ultrasonido convencional o el endoscópico; Yang y colaboradores⁵ informaron que en 17 de 182 pacientes, los pólipos vesiculares no fueron detectados y cursaban con colelitiasis concurrente. Koga⁶ refiere que la dificultad en la identificación de los pólipos en algunos pacientes es porque los litos vesiculares pueden ocultar la presencia de pólipos. Mainprize y colaboradores⁷ refieren una sensibilidad del ultrasonido del 45% hasta el 90% de los casos; y que sólo en 11 de los 34 pacientes estudiados, el diagnóstico de pólipos vesiculares se confirmó en el estudio de histopatología, por lo que el valor predictivo positivo del ultrasonido fue de 32%. Para Sugiyama y colaboradores⁸ es difícil diferenciar lesiones polipoides menores de 20 mm. La sensibilidad del ultrasonido en nuestro estudio fue cercana al 90%, y aquellos pacientes con cuadro clínico relacionado a patología vesicular presentaron datos ultrasonográficos de agudización y no se identificaron lesiones polipoides. Sin embargo, a pesar de que el 90% de las lesiones polipoides tuvieron un tamaño menor a 10 mm, cerca del 90% de dichas lesiones fueron identificadas en forma preoperatoria y confirmadas por histopatología, de tal manera que el valor predictivo del ultrasonido en nuestro hospital fue cercano al 100%. A pesar de que las lesiones polipoides vesiculares solitarias, con diámetro mayor a 10 mm, apariencia sésil, poca ecogenicidad y crecimiento rápido sugieren cambios a malignidad, no es fácil por ultrasonido convencional distinguir las de lesiones benignas, por lo que ante cualquier duda de signos confirmatorios de lesiones benignas o malignas se propo-

ne como alternativa el ultrasonido endoscópico. Azuma⁹ describe que, en pacientes con pólipos menores a 20 mm, dicho estudio tiene una sensibilidad del 91% comparada con la del ultrasonido convencional de 54%; con una especificidad de 87% para el primero y de 53% para el segundo. Se señala en la literatura que las lesiones polipoides más frecuentes son de colesterol, con ciertas características ultrasonográficas como un patrón de ecos internos, como un halo ecogénico tenue, o un agregado de halos ecogénicos. En nuestro estudio la lesión más frecuente fue la adenomiosomatosis, seguida de la de colesterol; esta lesión es una condición adquirida, caracterizada histopatológicamente por numerosas extensiones de la superficie del epitelio dentro de la capa muscular engrosada de la vesícula y concreciones de bilis infiltradas. El hecho de que en forma preoperatoria se diagnostique erróneamente un cuadro de colecistitis crónica se explica por estas características de la adenomiosomatosis, además de que existen diversos grados de hiperplasia epitelial y, en menor grado, cambios metaplásicos. Es importante recordar que en el 80% de los casos de adenomiosomatosis existen grados leves o moderados de colecistitis.

En la vesícula biliar, el adenoma no es una lesión maligna, pero su potencial premaligno y la secuencia adenoma-carcinoma es incuestionable; la atipia celular y la displasia, en sus formas moderada a severa, se pueden encontrar en los adenomas y existen varios informes de adenocarcinoma invasor en estas lesiones polipoides.¹⁰⁻¹³ En nuestros resultados se describió que la mayoría de las lesiones fueron únicas, menores a 1 cm, y que aquellas lesiones con cáncer *in situ* correspondieron a lesiones mayores del centímetro y de tipo sésil; de acuerdo al análisis estadístico realizado en nuestro estudio, la presencia de pólipos en la vesícula biliar, de cualquier tipo, no se relacionó con el desarrollo de cáncer *in situ* lo que descarta la posibilidad de que los pólipos vesiculares hayan sido factor de predisposición. Hasta ahora está poco claro el momento en el que los adenomas progresan hacia carcinoma, y si el uso del ultrasonido para monitorizar los pólipos vesiculares permitirá la detección y el tratamiento de cáncer vesicular temprano. Los factores que se han considerado incrementan la posibilidad de que una lesión polipoide sea maligna son: la edad del paciente mayor a 50 años, pólipo único, mayor de 1 cm, presencia de litos, lesión sésil, aun cuando sea menor de 1 cm, y un cambio rápido en el tamaño medido por ultrasonidos seriados.¹⁴⁻¹⁶ El manejo quirúrgico de dichas lesiones es controvertido; existe un porcentaje bajo de pacientes que se presentan con cuadro agudo vesicular, que es sometido a cirugía de urgencia sin el previo conocimiento de la existencia de pólipos y realizado por vía laparoscópica, como se presentó en nuestro estudio. Pero ¿Qué hacer con aquellos pacientes asintomáticos?; ¿Cuándo es el mejor momento para realizar la cirugía?; ¿Qué método quirúrgico es ideal? Para lesiones polipoideas grandes con probabilidad de ser malignas se recomienda llevar a cabo cirugía por el

método tradicional, es decir colecistectomía abierta, por la posibilidad de que se pueda realizar un procedimiento más extenso de acuerdo al resultado transoperatorio; otros proponen que para lesiones cuyo tamaño se ha incrementado aun cuando sean menores a 1 cm se puede utilizar la vía laparoscópica con el uso de la bolsa extractora para evitar cualquier implantación de lesiones en el sitio de los trócares.^{17,18} Las indicaciones para realizar la cirugía en nuestros pacientes fueron absolutas para lesiones mayores al centímetro o con incremento del tamaño de las mismas en aquéllos que tenían el diagnóstico previamente establecido y mayores de 50 años. Las evidencias disponibles sugieren que la estrategia de observar y esperar, basada en la evolución clínica y los hallazgos ultrasonográficos, debería ser implementada con cautela hasta que se conozca algo más de la historia natural de las lesiones polipoides de la vesícula biliar y la patogénesis del cáncer (**Figura 1**).

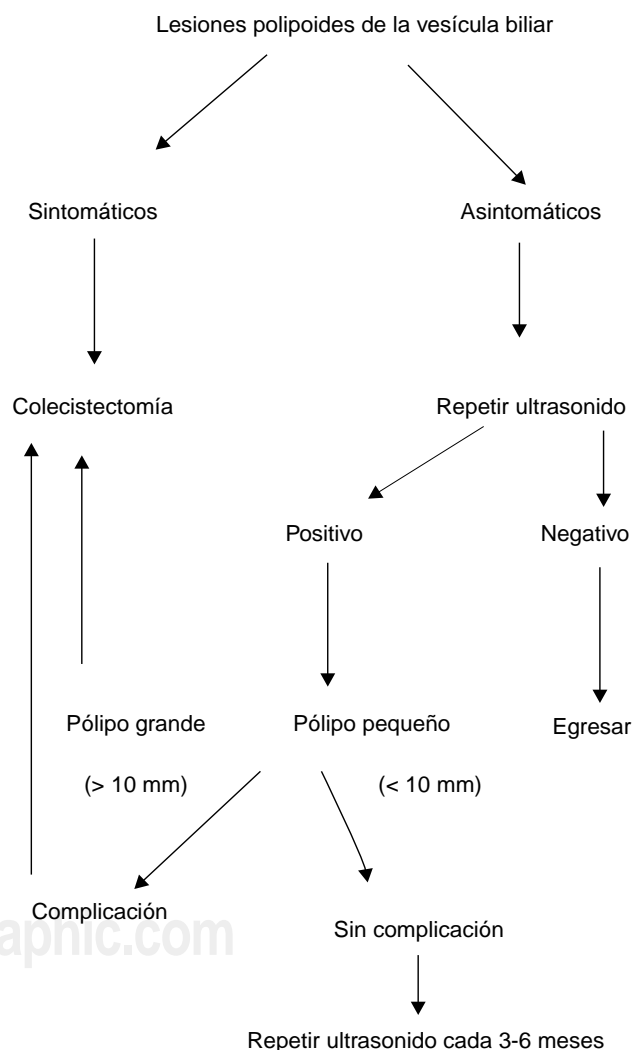


Fig. 1. Algoritmo para lesiones polipoides de la vesícula biliar.

Referencias

1. Segawa K, Arisawa T, Niwa Y, Susuki T, Tsukamoto Y, Goto H, et al. Prevalence of gallbladder polyps among apparently healthy Japanese: ultrasonographic study. *Am J Gastroenterol* 1992; 87: 630-3.
2. Shinchi K, Kono S, Honjo S, Imanishi K. Epidemiology of gallbladder polyps: A ultrasonographic study of male self-defense officials in Japan. *Scand J Gastroenterol* 1994; 29: 7-10.
3. Jorgensen T, Jensen KH. Polyps in the gallbladder. A prevalence study. *Scan J Gastroenterol* 1990; 25: 281-6.
4. Christensen AH, Isaac KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol* 1970; 90: 423-32.
5. Yang H, Sun Y, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *B J Surg* 1992; 79: 227-9.
6. Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, Takiguchi S, Nakayama F. Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder. *Arch Surg* 1988; 123: 26-9.
7. Mainprize KS, Gould WT, Gilbert JM. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Br J Surg* 2000; 87: 414-7.
8. Sugiyama M, Xie XY, Saito M. Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder: the value of endoscopic ultrasonography. *Ann Surg* 1999; 229: 498-504.
9. Azuma T, Yoshikawa T, Araid T, Takasaki K. Differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography. *Am J Surg* 2001; 181: 65-70.
10. Meguid MM, Aun F, Bradford ML. Adenomyomatosis of the gallbladder. *Am J Surg* 1984; 147: 260-2.
11. Aldridge MC, Gruffaz F, Castaing D, Bismuth H. Adenomyomatosis of the gallbladder. A premalignant lesion? *Surgery* 1991; 109: 107-10.
12. Katoh T, Nakai T, Hayashi S, Satake T. Noninvasive carcinoma of the gallbladder arising in localized adenomyomatosis. *Am J Gastroenterol* 1988; 83: 670-4.
13. Aldridge MC, Bismuth H. Gallbladder cancer: the polyp-cancer sequence. *Br J Surg* 1990; 77: 363-4.
14. Kim DH, Kim SR, Song SY. A large fibrous polyp of the gallbladder mimicking a polypoid carcinoma. *J Gastroenterol* 2003; 38: 1009-12.
15. Gouma DJ. When are gallbladder polyps malignant? *HPB Surg* 2000; 11: 428-30.
16. Vogt DP. Gallbladder disease: an update on diagnosis and treatment. *Clev Clin J Med* 2002; 69: 977-84.
17. Kubota K, Bandai Y, Noie T, Ishizaki Y, Teruya M, Maruuchi M. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? *Surgery* 1995; 117: 481-7.
18. Jones-Monahan KS, Gruenberg JC, Finger JE. Isolated small gallbladder polyps: an indication for cholecystectomy in symptomatic patients. *Am Surg* 2000; 66: 716-9.

