
Análisis del manejo del pólipo vesicular en el hospital “Naval”, Guayaquil.

Analysis of the management of gallbladder polyp in the “Naval” hospital, Guayaquil.

Miguel Lamota Mejía *
René Mendoza Merchán **
Manuela Cifuentes Yuen Chon ***

RESUMEN

Introducción: el manejo de los pólipos vesiculares es controversial y complicado considerando que pueden ser lesiones malignas. **Materiales y métodos:** revisión retrospectiva de 1067 colecistectomías realizadas entre el 1 de septiembre de 1995 y el 31 de agosto de 2005, seleccionando 19 pacientes que presentaron en la ecografía abdominal el diagnóstico de pólipo de vesícula biliar. **Resultados:** la edad promedio fue 40,1 años, el diagnóstico se hizo por ecografía abdominal, realizándose en todos los pacientes colecistectomía laparoscópica; el 84.2% del total tienen una longitud menor o igual a 5mm; en 15 pacientes se hizo el diagnóstico de pólipos de colesterol, no encontrándose adenomas, ni adenocarcinomas. **Conclusiones:** el manejo de los pólipos vesiculares dependen de su tamaño; la mayoría son menores de 10mm, siendo estos generalmente de colesterol.

Palabras clave: Pólipos. Neoplasias vesiculares. Colecistectomía.

SUMMARY

Introduction: the management of gallbladder polyps is controversial and complicated considering that they may be malignant. **Materials and methods:** retrospective review of 1067 cholecystectomies performed between September 1, 1995 and August 31, 2005, selecting 19 patients who underwent abdominal ultrasound and were diagnosed with gallbladder polyp. **Results:** the mean age was 40.1 years old, the diagnosis was performed through abdominal ultrasound, and all patients underwent laparoscopic cholecystectomy. 84.2% of the total have a length of less than or equal to 5mm, in 15 patients were diagnosed of cholesterol polyps. No adenomas or adenocarcinomas were found. **Conclusions:** the management of gallbladder polyps depends on their size, most are less than 10mm, and these are usually cholesterol polyps.

Keywords: Polyps. Gallbladder neoplasms. Cholecystectomy.

Introducción

Las enfermedades de la vesícula biliar a nivel mundial, han sido objeto de diversos estudios dada su alta prevalencia, especialmente la litiasis vesicular; sin embargo, pocas son las experiencias nacionales que analizan los pólipos vesiculares que son menos frecuentes y que se pueden encontrar como hallazgo ecográfico y/o en el estudio histopatológico de una vesícula extirpada por coledoclitiasis. La indicación de extirpación de la vesícula biliar es frecuente al encontrar un paciente con diagnóstico ecográfico de pólipo vesicular independiente de su tamaño y de la presencia de sintomatología, básicamente por el eventual riesgo de malignización. En el presente trabajo se hace una revisión retrospectiva de la prevalencia de pólipos vesiculares y su correlación clínico-patológica en el hospital Naval de Guayaquil, a fin de realizar un análisis crítico de la indicación quirúrgica de este cuadro.

Material y método

Se efectuó una revisión retrospectiva de 1.067 colecistectomías realizadas entre el 1 de septiembre de 1995 y el 31 de agosto de 2005, seleccionando 19 pacientes que presentaron en la ecografía abdominal el diagnóstico de pólipo de vesícula biliar. Además se analiza el cuadro clínico, intervención quirúrgica y estudio histológico para determinar la eventual existencia de un patrón citológico característico de cáncer vesicular.

Resultados

Analizadas las 1.067 colecistectomías estudiadas se encuentran 19 pacientes con pólipos vesiculares. Fueron intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de pólipo vesicular, de los cuales 10 corresponden al sexo masculino y 9 mujeres, tabla 1 y gráfico 2.

* Residente de tercer año de Cirugía General, hospital “Luis Vernaza”, Guayaquil – Ecuador.

** Cirujano General y Laparoscopista, Servicio de Cirugía General, hospital “Naval”, Guayaquil– Ecuador.

*** Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Gerencia y Planificación Estratégica en Salud, Guayaquil– Ecuador.

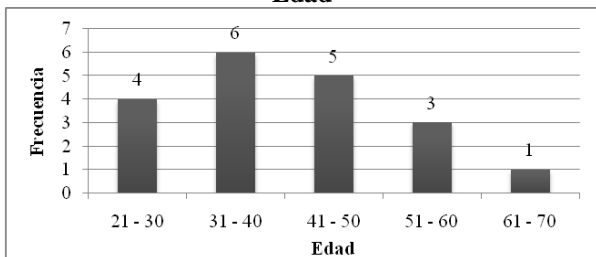
La edad promedio fue 40,1 años, con un rango que va de los 21 a los 65 años, tabla y gráfico 1. En la totalidad de los casos, el diagnóstico se hizo por ecografía abdominal, realizándose en todos los pacientes colecistectomía laparoscópica. Con respecto al tamaño, el 84.2% del total tienen una longitud menor o igual a 5mm, tabla y gráfico 3. En el estudio anatomopatológico, en 15 pacientes se hizo el diagnóstico de los pólipos fue de colesterol, no encontrándose adenomas, ni adenocarcinomas, tabla y gráfico 4.

Tabla 1
Edad

Edad	N°	%
21 - 30	4	21.05%
31 - 40	6	31.58%
41 - 50	5	26.32%
51 - 60	3	15.79%
61 - 70	1	5.26%
Total	19	100.00%

Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Gráfico 1
Edad



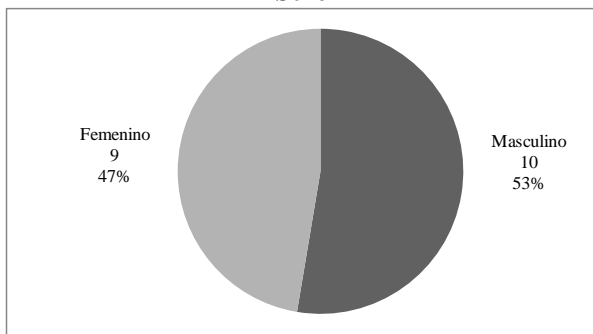
Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Tabla 2
Sexo

Sexo	N°	%
Masculino	10	52,6
Femenino	9	47,4
Total	19	100,0

Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Gráfico 2
Sexo



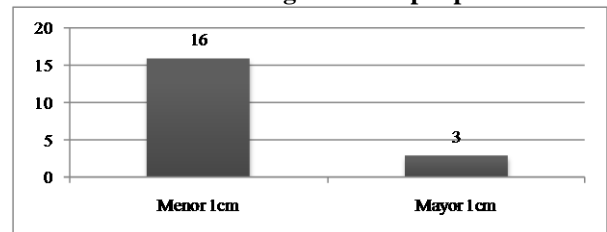
Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Tabla 3
Tamaño ecográfico del pólipo

Tamaño ecográfico del pólipo	N°	%
Menor 1 cm	16	84,2
Mayor 1 cm	3	15,8
Total	19	100,0

Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Gráfico 3
Tamaño ecográfico del pólipo



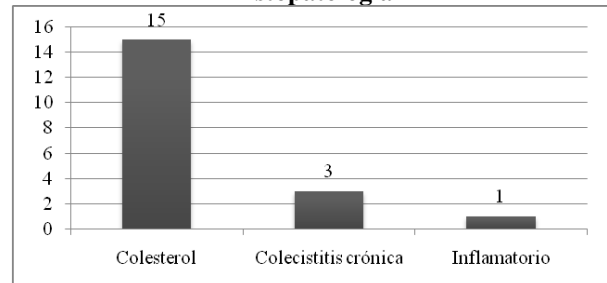
Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Tabla 4
Histopatología

Histopatología	N°	%
Colesterol	15	78,9
Colecistitis crónica	3	15,8
Inflamatorio	1	5,3
Total	19	100,0

Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Gráfico 4
Histopatología



Fuente: Estadística, hospital "Naval", Guayaquil.

Discusión

El hallazgo de un pólipo vesicular implica la toma de decisiones controversiales, debido a la posibilidad de ser un adenocarcinoma o de desarrollar una neoplasia maligna. El diagnóstico ecográfico plantea un desafío importante al respecto, debido a que frecuentemente se detecta en pacientes que son sometidos a ese examen por otras razones^{1,4,6,15}. En cuanto a la edad no tiene relevancia especial en la presentación de estas formaciones polipoideas, al igual que en otras series^{5,6,7}. En mayores de 50 años se considera como un factor independiente para predecir un pólipo tumoral¹³, y constituiría un factor de riesgo de malignidad^{5,15,19}.

Respecto del género, no habría relación clara con la prevalencia de pólipos^{4,5,6} ni el riesgo de malignización, si bien algunas series apoyan esto último^{7,13}. Este estudio mostró una similar frecuencia de estas lesiones entre hombres y mujeres, a diferencia de otros estudios en los cuales se reporta una mayor frecuencia en mujeres^{1,2,4,7,11,12,16,20} pero no se demostró su relación con el tipo de pólipo. Con respecto a la indicación de colecistectomía, distintas series han demostrado que los pacientes con pólipos vesiculares y sintomatología biliar tienen indicación quirúrgica, independiente de su tamaño.

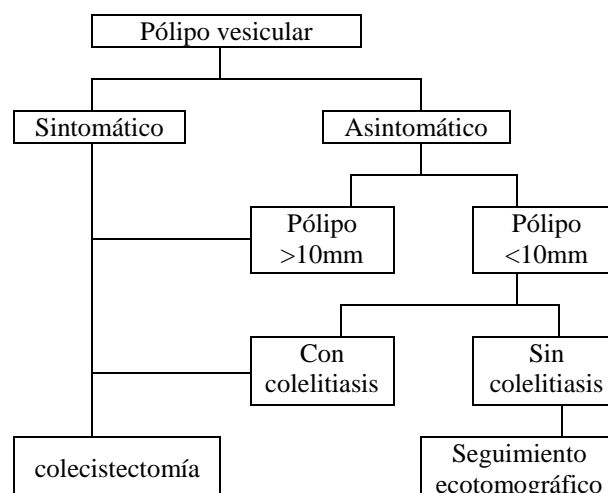
Por otra parte, el riesgo de malignización es claramente mayor (25-77%) cuando éstos miden más de 10 mm, por lo que deben ser resecados. La indicación de manejo conservador y seguimiento por ecografía abdominal a los 3, 6 y 12 meses se da para los pacientes cuyos pólipos vesiculares midan menos de 10mm, ya que la gran mayoría de éstos corresponden a pólipos de colesterol^{5,6,7,8,17,18,19}.

Sin embargo, esta conducta requiere responder preguntas acerca de cuáles son los factores de riesgo de malignización de las lesiones polipoideas diagnosticadas, entre los cuales se describe la edad, tamaño mayor a 10mm, sésiles, rápido crecimiento ecográfico, y colelitiasis asociada, que es un reconocido factor de riesgo de carcinoma vesicular^{3,4,13,22}.

Al respecto, hay que tener presente la clasificación de pólipos vesiculares en benignos y malignos, y los benignos se subdividen a su vez en neoplásicos y no neoplásicos. Los neoplásicos más comunes son los adenomas que suelen pesquisar sobre los 10mm y que podrán ser precursores de malignidad^{3,13,22}. Otros pólipos benignos neoplásicos más raros son los leiomiomas y lipomas. Dentro de los no neoplásicos los más frecuentes son los pseudotumores o pólipos de colesterol, seguidos de los adenomiomas y los pólipos inflamatorios^{1,2,9,11,12,16,20,21}.

Finalmente, hemos tomado como referencia un algoritmo propuesto por N. Ljubicic y cols¹⁴, nos referimos a una propuesta terapéutica a seguir, donde se resumen las conductas analizadas basándose en la sintomatología biliar y el tamaño de los pólipos. Figura 1.

Figura 1
Estrategia del manejo de pólipos vesiculares



Fuente: Ljubicic N, Zovak M, Doko M, y Cols. Management of gallbladder polyps: an optimal strategy proposed. 2001; 40:57-60. Acta Clin Croat.

Referencias bibliográficas

1. Boulton R, Adams D. Gallbladder polyps: when to wait and when to act. *Lancet*. 1997; 349: 817.
2. Csendes A, Burgos A, Csendes P, et al. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg*. 2001; 234: 657-60.
3. Heyder N, Gunter E, Giedl J, et al. Polypoid lesions of the gallbladder. *Dtsch Med Wochenschr*. 1990; 115: 243-7.
4. Jorgensen T, Jensen H. Polyps in the Gallbladder. A prevalence study. *Scand J Gastroenterol*. 1990; 25: 281-6.
5. Kmiot W, Perry E, Donovan I, et al. Cholesterosis in patients with chronic acalculous biliary pain. *Br J Surg*. 1994; 81: 112-5.
6. Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, et al. Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder. *Arch Surg*. 1988; 123: 26-9.
7. Koga A, Yamaguchi S, Nakayama F. Primary carcinoma of the gallbladder. *Am Surg*. 1985; 51: 529-33.

8. Kubota K, Bandai Y, Noie T, et al. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? *Surgery*. 1995; 117: 481-7.
9. Laitio M. Histogenesis of epithelial neoplasms of human gallbladder. *Pathol Res Pract*. 1983; 178: 57- 66.
10. Larrachea H, Escalona A, et al. Polipo vesicular. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2003; Vol. 55 - N° 2; 171-173.
11. Lee K, Wong J, Li J, et al. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg*. 2004; 188: 186-90.
12. Lee S, Maher K, Nicholls J. Origin and fate of biliary sludge. *Gastroenterology*. 1988; 94: 170-6.
13. Li Q, Hacker G, Danscher G, et al. Argyrophilic nucleolar organizer regions. A revised version of the Ag-Nor-Staining technique. *Histochem Cell Biol*. 1995; 104: 145-50.
14. Ljubicic N, Zovak M, Doko M, et al. Management of gallbladder polyps: an optimal strategy proposed. *Acta Clin Croat*. 2001; 40: 57-60.
15. Mainprize K, Gould S, Gilbert J. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Br J Surg*; 2000. 87: 414-7.
16. Moriguchi H, Tazawa J, Hayashi Y, et al. Natural history of polypoid lesions in the gallbladder. *Gut*. 1996; 39: 860-2.
17. Pérez G. Cáncer de vesícula biliar. *Manual de patología quirúrgica*. Pontificia Universidad Católica de Chile 2001.
18. Salmenkivi K. Cholesterolosis of the gallbladder. *Gastroenterology*. 1957; 32: 910-4.
19. Takii Y, Shirai Y, Kanehara H, et al. Obstructive jaundice caused by a cholesterol polyp of the gallbladder: report of a case. *Surg Today*. 1994; 24: 1104-6.
20. Tomotaka A, Koichi A, Motohide S, et al. Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? *Dig Dis Sci*. 2006; 51: 416-21.
21. Weedon D. Benign mucosal polyps. In *pathology of the gallbladder*. New York: Mason. 1984; 195-9.
22. Yang H, Sun Y, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg*. 1992; 79: 227-9.

Dr. Miguel Lamota Mejía

Teléfono: 593-09-2685535

Fecha de presentación: 27 de septiembre de 2010

Fecha de publicación: 30 de marzo de 2011

**Traducido por: Lcda. Sara Rivadeneira,
Coordinadora de Pasantías de Traducción,
Facultad de Artes y Humanidades.**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**