



Poliposis vesicular, prevalencia en el Hospital Ángeles Mocel

Vesicular polyposis, prevalence at Hospital Angeles Mocel

Eric Misael Saucedo Moreno,¹ María Pilar Rodríguez Reséndiz,²
Mariana Bernabé de Luna,² José Abenamar Ricardez García³

Resumen

Las lesiones que se proyectan desde la pared de la vesícula biliar hacia el interior de la misma son llamadas pólipos vesiculares. La prevalencia de lesiones polipoideas de la vesícula biliar se reporta en 2-12% a nivel mundial. **Material y métodos:** Un estudio descriptivo, transversal retrospectivo, con muestra de 902 pacientes a quienes se realizó colecistectomía en el hospital Ángeles Mocel durante el periodo de enero de 2008 a enero de 2013. Se obtuvo la prevalencia de poliposis vesicular. Se realizó un subanálisis sobre la prevalencia de cáncer en individuos con colecistectomía, y a su vez, se calculó el riesgo relativo de cáncer en aquellos con poliposis vesicular en nuestra población. **Resultados:** Se analizó una muestra de 902 pacientes con colecistectomía incluidos en el estudio, con una edad media de 48.53; se obtuvieron los resultados de patología para reconocer la prevalencia en el periodo de poliposis vesicular, la cual fue de un 1.3%. La prevalencia de cáncer en individuos postoperatorios de colecistectomía fue del 0.4%. **Conclusiones:** La prevalencia de poliposis vesicular en nuestro hospital se encuentra dentro de los rangos estimados a nivel mundial. Sin embargo, la prevalencia de cáncer secundario a poliposis en este estudio estuvo muy por debajo de lo esperado.

Palabras clave: Vesícula, pólipos, cáncer, colecistectomía.

Summary

Lesions that project from the wall of the gallbladder into the gallbladder wall are called vesicular polyps. The prevalence of polypoid lesions of the gallbladder is reported in 2-12% worldwide. **Material and methods:** A descriptive, transversal, retrospective study with a sample of 902 patients who underwent cholecystectomy at the Ángeles Mocel hospital from January 2008 to January 2013. The prevalence of vesicular polyposis was obtained. A subanalysis was performed on the prevalence of cancer in patients with cholecystectomy, and in turn, we calculated the relative risk of cancer in patients with vesicular polyposis in our population. **Results:** A sample of 902 patients with cholecystectomy included in the study was analyzed, with a mean age of 48.53; pathology results were obtained to recognize the prevalence of vesicular polyposis in the period, which was 1.3%. The prevalence of cancer in postoperative patients of cholecystectomy was 0.4%. **Conclusions:** The prevalence of vesicular polyposis in our hospital is within the ranges estimated worldwide. However, the prevalence of cancer secondary to polyposis in this study is much lower than expected.

Keywords: Gallbladder, polyps, cancer, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones que se proyectan desde la pared de la vesícula biliar hacia el interior de la misma son llamadas pólipos vesiculares. De acuerdo a la experiencia en especímenes de colecistectomía, en la mayoría de las publicaciones, la pre-

valencia de lesiones polipoideas de la vesícula biliar se reporta en 2-12% de todas las colecistectomías, con una incidencia mayor en hombres, con la proporción 1.15 a 1 varón:mujer.¹⁻⁴

La gran mayoría de los pólipos vesiculares es de un espectro benigno y de diagnóstico incidental en el ultrasonido rutinario preoperatorio para colecistectomía por cólico

¹ Universidad la Salle. Residente de cirugía.

² Médica interna de pregrado.

³ Profesor adjunto.

Servicio Cirugía General, Hospital Ángeles Mocel. Ciudad de México.

Correspondencia:

Eric Misael Saucedo Moreno

Correo electrónico: eric.saucedo.m@gmail.com

Aceptado: 27-09-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
www.medicographic.org.mx

biliar o colecistitis aguda. Existe un pequeño porcentaje de población que presenta pólipos malignos, por lo que el objetivo es detectarlos de manera temprana e iniciar su tratamiento, para de esta manera disminuir la incidencia de cáncer vesicular e incrementar la supervivencia a largo plazo, dado su mal pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un estudio descriptivo, transversal retrospectivo, con muestra de 902 pacientes a quienes se realizó colecistectomía en el Hospital Ángeles Mocel durante el periodo de enero de 2008 a enero de 2013. Se obtuvo la prevalencia de poliposis vesicular. Se realizó un subanálisis sobre la prevalencia de cáncer en individuos con colecistectomía, y a su vez, se calculó el riesgo relativo de cáncer en aquellos con poliposis vesicular en nuestra población. Se utilizó como estudio confirmatorio el resultado de patología posterior a la colecistectomía. Las variables cuantitativas con distribuciones paramétricas se analizaron con la prueba t de Student y se expresan como media ± desviación estándar (DE), mientras que aquellas con distribuciones no paramétricas fueron analizadas con la prueba U de Mann-Whitney y se presentan como medianas y rangos

intercuartiles (IQRs). La prueba χ^2 o exacta de Fisher se usó para datos categóricos. Se empleó el valor menor a 0.05 para una p significativa con IC del 95%. Los datos se analizaron con el programa SPSS (versión 20.0 para Windows). Sumado a esto, se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre el abordaje y tratamiento actual de los pólipos vesiculares.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 902 pacientes con colecistectomía incluidos en el estudio, con una edad media de 48.53; se obtuvieron los resultados de patología para reconocer la prevalencia de poliposis vesicular en el periodo, la cual fue de 1.3% (12 personas); estos individuos fueron diagnosticados con colecistitis aguda asociada. La prevalencia de cáncer en pacientes postoperados de colecistectomía fue de 0.4% (cuatro personas) (*Tabla 1*).

Se decidió realizar un subanálisis dividiendo la muestra en dos grupos. El grupo 1 (que incluyó a quienes presentaron poliposis en el resultado de patología) y el grupo 2 (conformado por aquellos sin pólipos) se compararon entre sí. Durante el análisis no se observó ningún caso de cáncer vinculado al diagnóstico de poliposis vesicular; de la misma forma, no se observaron diferencias significativas para el diagnóstico de colecistitis aguda en cuanto al sexo o la edad media de los pacientes. Uno de los objetivos del estudio fue conocer el riesgo relativo de cáncer en individuos con poliposis vesicular, pero no observamos a nadie con cáncer y poliposis, por lo que el RR fue de cero para nuestra muestra (*Tabla 2*).

DISCUSIÓN

Las lesiones polipoideas de la vesícula biliar se reportan en diferentes estudios con una prevalencia de 2-12% de todas las colecistectomías, lo que es comparable con nuestra prevalencia de 1.3%. Existe una mayor incidencia

Tabla 1: Variables generales.

Edad	48.53 ± 16.6
Sexo n(%)	
Femenino	626 (69.4)
Masculino	276 (30.6)
Colecistitis n(%)	
Aguda	758 (84)
Crónica	144 (16)
Poliposis	12 (1.3)
Cáncer	4 (0.4)

Tabla 2: Características de los grupos de estudio.

Variable	Grupo 1 Poliposis	Grupo 2 Sin poliposis	p
Edad	47.92 ± 16.23	48.53 ± 16.68	0.777
Sexo n(%)			
Femenino	9 (75)	617 (69)	0.666
Masculino	3 (25)	273 (30.6)	
Colecistitis aguda n(%)	12 (100)	746 (83.8)	0.040
Cáncer n(%)	0	4 (0.44)	1.000

en hombres, en proporción 1.15 a 1 hombre:mujer;^{5,6} en nuestra muestra se obtuvo una relación 2:1 mujer:hombre.

La gran mayoría de los pólipos vesiculares son de un espectro benigno y de diagnóstico incidental en el ultrasonido rutinario preoperatorio para colecistectomía por cólico biliar o colecistitis aguda; sin embargo, existe un porcentaje menor de presentación maligna.

De manera muy sencilla, los pólipos vesiculares se pueden clasificar en benignos o malignos, según propuso Christensen en 1970.⁷ Los pólipos vesiculares benignos se clasifican en pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatorios, colesterolosis e hiperplasia), tumores epiteliales (adenomas) y tumores mesenquimatosos (fibroma, lipoma y hemangioma).⁸

La adenomiomatosis es una anomalía de la vesícula biliar caracterizada por el sobrecrecimiento de la mucosa. A pesar del nombre, esta patología no está involucrada en ningún cambio adenomatoso en el epitelio vesicular. No se considera una condición premaligna y en este momento no existe evidencia suficiente para considerar que la presencia de la misma incremente el riesgo de cáncer vesicular.⁹

Los pólipos malignos son carcinomas vesiculares; la lesión maligna más común es el adenocarcinoma. Entre otros, podemos encontrar adenomas, carcinomas de células escamosas y cistoadenomas mucinosos.⁹

Los adenomas son tumores epiteliales; se clasifican en tubulares, papilares y mixtos.⁸ La frecuencia de progresión de los adenomas a adenocarcinomas es desconocida. En una serie en Japón de 18 pacientes con adenomas en una muestra de 1605 colecistectomías, solo siete presentaron carcinoma.¹⁰

Sin importar cuál sea el tipo o etiología del pólipos, estos pueden estar asociados con dolor vesicular. Uno de los mecanismos propuestos para el dolor es un prolapse del pólipos en la bolsa de Hartman, lo cual puede ocurrir durante una contracción vesicular. Además, la existencia de pólipos vesiculares puede encontrarse asociada a síntomas no específicos como náusea, vómito u obstrucción intestinal intermitente. La gran mayoría son asintomáticos, por lo que las lesiones polipoosas vesiculares se detectan de manera incidental. Se han reportado crecimientos tan grandes que producen obstrucción del conducto cístico o los conductos biliares primarios, lo que conduce a colecistitis aguda, ictericia obstructiva o pancreatitis. En una revisión de 3,797 colecistectomías, 55 casos de colesterolosis sin colecistitis fueron identificados. De esos pacientes, 27% presentaron cuadros recurrentes de pancreatitis, los cuales desaparecieron tras la colecistectomía. El autor propone que los pólipos se impactan temporalmente en el esfínter de Oddi, lo que resulta en un cuadro de pancreatitis.⁹

El ultrasonido abdominal es el mejor estudio de gabinete para el diagnóstico de poliposis vesicular, no solo por su alta accesibilidad y bajo costo, sino por su alta sensibilidad

y especificidad. Los pólipos se observan como una material hiperecoico que protruye en el lumen de la vesícula con o sin sombra acústica. Generalmente son visibles por USG cuando son mayores de cinco milímetros de diámetro.¹⁰

Un análisis retrospectivo de pólipos encontrados por ultrasonido demostró que 23% de ellos presentaban sintomatología abdominal agregada no específica; 13% tuvieron, además, elevación de las enzimas hepáticas; sin embargo, 64% se hallaron de manera incidental cuando se realizaba un USG abdominal por alguna otra patología no asociada a las vías biliares. En algunos estudios se ha probado que el uso de ultrasonido Doppler puede ayudar a diferenciar lesiones primarias de malignidad, al identificar flujo vascular en dichas lesiones.¹⁰

Se ha observado que el uso de tomografía para el diagnóstico de poliposis vesicular tiene una baja sensibilidad para detectar pólipos pequeños, siendo mucho más útil para detectar cáncer vesicular, ya que se identifican metástasis e infiltrado hepático.¹¹

El ultrasonido endoscópico es un estudio con adecuada especificidad para diferenciar entre colesterolosis y pólipos neoplásicos, aunque su rol en el manejo de los pólipos vesiculares no se encuentra definido.¹²

Un estudio retrospectivo identificó la presencia de características ecogénicas internas para diferenciar adenomatosis de colesterolosis; se observó que aquellas masas sésiles ecogénicas que contenían múltiples quistes correspondían a sinusoides dilatados Rokitansky-Aschoff compatibles con adenoma o adenocarcinoma.¹³

La variable más importante para predecir malignidad es el tamaño del pólipos. Pólipos más grandes de dos centímetros están estrechamente relacionados con malignidad; en muchos casos se identifica cáncer avanzado.^{14,15}

Se propone que pacientes con riesgo de malignidad son aquellos mayores de 60 años, con presencia de litos y colangitis esclerosante primaria. Las características del pólipos que aumentan el riesgo de malignidad son el tamaño mayor de seis milímetros, que sean solitarios o de morfología sésil.^{14,15}

Desafortunadamente, para nuestro estudio no fue posible obtener todos los datos del expediente y reconocer, de esta forma, las características morfológicas por USG o de laboratorio antes del tratamiento quirúrgico. Concluimos que la gran mayoría de los pacientes que presentaban pólipos vesiculares fueron colecistectomizados en fases muy tempranas de los mismos, por lo que nuestra prevalencia de cáncer en pólipos vesiculares fue de cero; no así la del cáncer vesicular para individuos sin poliposis vesicular, que aunque es baja (1.3%) para nuestra población, concuerda con la prevalencia mundial del mismo.

El único tratamiento efectivo para los pólipos vesiculares es la colecistectomía, la cual debe considerarse en

pacientes sintomáticos o como profilaxis para prevenir transformación maligna.^{14,15}

Las personas que tienen pólipos vesiculares concomitantes a litios vesiculares deben someterse a colecistectomía sin importar el tamaño del pólipos, ya que la presencia de litiasis vesicular aumenta el riesgo de cáncer en individuos con poliposis vesicular.^{14,15}

Se recomienda colecistectomía para pacientes con pólipos más grandes de ocho milímetros que tienen colangitis esclerosante primaria con cirrosis y son buenos candidatos para cirugía. En algunos de ellos se ha decidido realizar observación con USG cada tres o seis meses para pólipos menores de ocho milímetros. Sin embargo, para personas con colangitis esclerosante primaria sin cirrosis, se considera una colecistectomía sin importar el tamaño del pólipos.^{14,15}

En pacientes que presentan adenomatosis, algunos estudios han reportado un posible riesgo de cáncer vesicular, por lo que existen diferentes tendencias en cuanto a realizar o no colecistectomía. Nosotros consideramos, por el bajo riesgo de malignidad, que no se realice colecistectomía a menos que el individuo se encuentre sintomático.¹⁶

Para pacientes asintomáticos está indicada la colecistectomía dependiendo el tamaño del pólipos.¹⁶ Las lesiones mayores a 20 mm usualmente se asocian con malignidad, por lo que todas deberían ser resecadas. La gran mayoría de estas lesiones representan cáncer avanzado; por esta razón, antes del tratamiento quirúrgico deberían realizarse una tomografía y ultrasonido endoscópico, con la intención de descartar la necesidad de resección hepática y disección de nódulos linfáticos al llevarse a cabo una colecistectomía por malignidad.¹⁶⁻¹⁸ Las lesiones de entre 10 y 20 mm de diámetro tienen riesgo de malignidad y se asocian a estadios tempranos de cáncer, por lo que una colecistectomía por laparoscopia está indicada.¹⁶⁻¹⁸ En las lesiones de entre seis y nueve milímetros, la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal recomienda seguimiento con USG cada año. La cirugía se encuentra indicada cuando el pólipos incrementa de tamaño.¹⁸

Las lesiones menores a cinco milímetros de diámetro usualmente son benignas y representan colesterolosis, por lo que no está indicada colecistectomía y sí seguimiento por USG.^{1-5,9}

CONCLUSIONES

La prevalencia de poliposis vesicular en nuestro hospital está dentro de los rangos estimados a nivel mundial. Sin embargo, la prevalencia de cáncer secundario a poliposis en este estudio se encuentra muy por debajo de lo esperado. Desafortunadamente, los datos usados para este estudio fueron obtenidos en retrospectiva del resultado de patología posterior a la colecistectomía, ya que no fue posible identificar los expedientes de cada uno de los pacientes con la finalidad de

reconocer la sintomatología previa a la colecistectomía, así como sus características por USG y si existió o no elevación de las enzimas hepáticas, lo que habría permitido reconocer posibles factores predictivos negativos para malignidad antes de la colecistectomía. Por eso, esta pequeña revisión invita a la creación de estudios prospectivos con una cohorte para reconocer este RR de nuestra población.

REFERENCIAS

1. Gallahan WC, Conway JD. Diagnosis and management of gallbladder polyps. *Gastroenterol Clin North Am.* 2010; 39 (2): 359-367.
2. Kwon W, Jang JY, Lee SE, Hwang DW, Kim SW. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci.* 2009; 24 (3): 481-487.
3. 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 (2): 219-222.
4. Kim SY, Lee HS, Lee YS, Chung KW, Jang BK, Chung WJ et al. Prevalence and risk factors of gallbladder polyp in adults living in Daegu and Gyeongbuk provinces. *Korean J Gastroenterol.* 2006; 48: 344-350.
5. Heyder N, Günter E, Giedl J, Obenauf A, Hahn EG. Polypoid lesions of the gallbladder. *Dtsch Med Wochenschr.* 1990; 115 (7): 243-247.
6. Jørgensen T, Jensen KH. Polyps in the gallbladder. A prevalence study. *Scand J Gastroenterol.* 1990; 25 (3): 281-286.
7. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol.* 1970; 90 (5): 423-432.
8. Stringer MD, Ceylan H, Ward K, Wyatt JL. Gallbladder polyps in children--classification and management. *J Pediatr Surg.* 2003; 38 (11): 1680-1684.
9. Parrilla PP, García OD, Pellicer FE, Prieto GA, Carrasco GL, Bermejo LJ. Gallbladder cholesterolosis: an aetiological factor in acute pancreatitis of uncertain origin. *Br J Surg.* 1990; 77 (7): 735-736.
10. Sato M, Ishida H, Konno K, Nagurna H, Komatsuda T, Watanabe S et al. Localized gallbladder carcinoma sonographic findings. *Abdom Imaging.* 2001; 26 (6): 619-622.
11. Park KW, Kim SH, Choi SH, Lee WJ. Differentiation of nonneoplastic and neoplastic gallbladder polyps 1 cm or bigger with multidetector row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 2010; 34 (1): 135-139.
12. Azuma T, Yoshikawa T, Araida T, Takasaki K. Differential diagnosis of polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography. *Am J Surg.* 2001; 181 (1): 65-70.
13. Kozuka S, Tsubone N, Yasui A, Hachisuka K. Relation of the adenoma to carcinoma in the Gallbladder. *Cancer.* 1982; 50 (10): 2226-2234.
14. Sugiyama M, Atomi Y, Yamato T. Endoscopic ultrasonography for differential diagnosis of polypoid gallbladder lesions: analysis in surgical and follow up series. *Gut.* 2000; 46 (2): 250-254.
15. Patiño JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg.* 1998; 22 (11): 1119-1124.
16. Terzi C, Sökmen S, Seçkin S, Albayrak L, Ügurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery.* 2000; 127 (6): 622-627.
17. Kubota K, Bandai Y, Noie T, Ishizaki Y, Teruya M, Makuchi M. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? *Surgery.* 1995; 117 (5): 481-487.
18. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) Standards of Practice Committee, Anderson MA, Appalaneni V, Ben-Menachem T, Decker GA, Early DS et al. The role of endoscopy in the evaluation and treatment of patients with biliary neoplasia. *Gastrointest Endosc.* 2013; 77 (2): 167-174.