

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Naturaleza de los pólipos de la vesícula biliar sometidos a colecistectomía*

Clinical and pathological features of gallbladder polyps

Dr. GABRIEL SEGUEL S.¹, Ints. EVELYN FRES R.¹, MAURICIO FREZ B.¹, y FERNANDO PINOCHET B.¹, Drs. ROBERTO ESPINOSA S.², JUAN SUÁREZ M.¹

¹Cátedra de Cirugía. ²Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Naval Almirante Nef. Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

RESUMEN

Existen distintos protocolos para el manejo de los pólipos vesiculares, colecistectomía para todo paciente con pólipo vesicular, sólo para sintomáticos, o para aquellos que midan sobre 10 mm. El objetivo de este trabajo es aportar datos que contribuyan a optar entre colecistectomía sistemática o selectiva, caracterizando los pólipos vesiculares, especialmente en relación a la presencia de adenocarcinoma. Se realizó un estudio descriptivo revisando 118 fichas de todos los pacientes con pólipos vesiculares colecistectomizados en Hospital Naval Almirante Nef entre Enero de 1995 y Diciembre de 2004. La frecuencia de pólipos fue 3,1%. La relación hombre mujer fue 1:1.1. El tamaño promedio fue 4.1 mm. El 54,2% fueron hallazgos en el estudio anátomo-patológico. Los pólipos de colesterol (67,9%) y los hiperplásticos (20,3%) fueron los más frecuentes. Los adenomas correspondieron al 9,3%. Encontramos 3 pacientes con cáncer vesicular in situ (2,5%) en pólipo adenomatoso, 2 asociados a litiasis. La frecuencia de pólipos encontrada en nuestro estudio es superior a otras publicaciones. Destaca una menor diferencia en la proporción hombre mujer. Nos parece importante el hallazgo de cáncer en pólipos adenomatosos de 5 mm, incluso en un caso no asociado a litiasis. Aunque el porcentaje de cáncer en pólipos no asociados a litiasis vesicular es bajo (2,1%), el hallazgo de dos casos con pólipos de 5 mm (uno no asociado a litiasis), cuestiona una conducta contemplativa, enfatizando la necesidad de vigilancia ecográfica, e incluso plantea la posibilidad de considerar la colecistectomía laparoscópica como un método diagnóstico y terapéutico adecuado frente a todo pólipo vesicular.

PALABRAS CLAVE: **Colecistectomía, pólipo vesicular, cáncer vesicular.**

SUMMARY

Background: There are many different protocols for the management of gallbladder polyps, like performing a cholecystectomy to every patient who presents one, or only treat those who are symptomatic or have a diameter bigger than 10 mm. Aim: To analyze the features of gallbladder polyps, specially their malignant potential. Material and methods: Review of medical records of all patients subjected to a

*Recibido el 3 de Enero de 2006 y aceptado para publicación el 30 de Enero de 2007.

Correspondencia: Dr: Gabriel Seguel S.

Nonato Co 3801, Puente Alto. Santiago, Chile

Fax 032 24 29 24

e-mail: gabrielseguel@gmail.com

cholecystectomy in a military hospital between 1995 and 2004, in whom the pathological study of the gallbladder disclosed the presence of polyps. Results: In the period, the presence of polyps was reported in 118 of 3780 gallbladders analyzed (3.1%). The age range of patients was 18 to 85 years and 61 were women. The mean size of the lesions was 4.1 mm, 68% of polyps were of cholesterol, 20% were hyperplastic and 9% were adenomas. Three patients had an in situ gallbladder cancer in adenomatous polyps of 5, 10 and 5 mm of diameter. Two of these subjects had cholelithiasis. Conclusions: The frequency of gallbladder polyps found in this series of patients, is higher than that reported elsewhere. The presence of cancer in polyps of 5 mm is noteworthy.

KEY WORDS: *Gallbladder polyps, gallbladder cancer, cholecystectomy.*

INTRODUCCIÓN

El concepto anatómo patológico de pólipo se utiliza para describir cualquier proyección de la mucosa hacia el lumen de la vesícula biliar¹. Según el Consenso de la Asociación Chilena de Hepatología de 1994, la definición ecográfica de pólipo vesicular corresponde a una imagen de ecogenicidad similar a la de la pared, que se proyecta al lumen, de posición fija, con o sin pedículo y sin sombra acústica; pudiendo corresponder a lesiones únicas o múltiples. La ultrasonografía generalmente los detecta cuando son de tamaño superior a 1 mm y su frecuencia fue 0,6 y 0,7% en dos estudios chilenos que comprenden más de 10 mil colecistectomías². En contraste, un estudio realizado en Japón reveló una cifra de 8% en 411 colecistectomías².

El segundo taller de Consenso de la Asociación Chilena de Hepatología de 1994 los clasifica histológicamente en pseudo tumores (colesterol, hiperplástico, adenomioma, inflamatorio y misceláneas); tumores benignos epiteliales (adenoma tubular, papilar o mixto); tumores benignos no epiteliales (hemangioma, lipoma, leiomioma y otros), y tumores malignos (adenocarcinoma, otros)². Para el adenocarcinoma de la vesícula biliar, se reconocen dos modelos de transformación maligna: la secuencia displasia-carcinoma, a partir de la mucosa plana, con la aparición de metaplasia, posterior displasia, carcinoma in situ y luego invasor, que es la más aceptada para el carcinoma vesicular; y la secuencia adenoma-carcinoma, con la transformación de una lesión polipoidea, como el adenoma, a una lesión maligna; esta última con mucho menor frecuencia que en el cáncer de colon. Ambas vías corresponden a eventos biológicos distintos³. Por lo tanto, la importancia de las lesiones polipoideas se basa, en parte, en su relación con la patología maligna de la vesícula biliar, la que en Chile ocupa el tercer lugar dentro de la tasa de mortalidad general por cáncer, y desde 1985 representa la primera causa de muerte por tumores malignos en la mujer⁴.

Se han planteado distintas modalidades para el manejo de los pólipos vesiculares, tanto terapéuticas como de seguimiento, utilizando diversos protocolos con resultados variables, como el protocolo elaborado por Mainprize y cols, que recomiendan colecistectomía para pacientes sintomáticos y para aquellos con pólipos de 10 o más mm⁵, contrastando notablemente con lo propuesto por Rivero y cols, que recomiendan realizar colecistectomía a todo paciente con diagnóstico de pólipo vesicular, independiente del tamaño de éste y/o de la presencia de otro factor de riesgo, debido a la altísima frecuencia de adenomas (45,8%), y carcinoma in situ (6,2%) en pólipos menores de 10 mm, encontrados en su casuística⁶.

El objetivo del presente estudio es caracterizar las lesiones polipoideas encontradas en piezas quirúrgicas obtenidas por colecistectomía, describiendo su frecuencia, distribución según edad y género; diagnóstico preoperatorio y características anatomopatológicas, especialmente las relacionadas con carcinoma de la vesícula biliar y obtener datos que apoyen una conducta de colecistectomía selectiva o bien sistemática.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo revisando 118 fichas de pacientes colecistectomizados en el Hospital Naval Almirante Nef entre Enero de 1995 y Diciembre de 2004 (10 años), con diagnóstico anatómo patológico de pólipo vesicular. Durante ese mismo período se examinó un total de 3.780 vesículas en el Departamento de Anatomía Patológica.

Se recolectaron los datos en una planilla Microsoft Excel, que incluyó: edad, género, diagnóstico preoperatorio, síntomas, características ecográficas y anatómo patológicas: número, tamaño y tipo histológico del pólipo, presencia de colesterosis y coleditiasis asociada. Por tratarse de un trabajo descriptivo, por la claridad en la expresión de los datos y por concordar plenamente

con nuestros objetivos se optó por utilizar aritmética simple como forma de presentación de los datos.

En vesículas que tienen más de un pólipo se tomó en cuenta el de mayor tamaño para la descripción ecográfica e histológica.

El tamaño y número de pólipos se midió a través de los hallazgos anatómo patológicos.

Los adenomas con un foco de adenocarcinoma fueron contabilizados aparte.

RESULTADOS

Se encontró 118 casos con lesiones polipoideas en un total de 3.780 vesículas procesadas en el laboratorio de anatomía patológica (3,12%). En este mismo período se encontraron 61 cánceres de vesícula que corresponden a 1,6% del total de vesículas examinadas (Tabla 1).

La edad promedio de los pacientes con pólipos fue 48,7 años (límites 18-85), 61 (51,7%) corresponden a mujeres, y 57 (48,3%) a hombres. La relación hombre mujer es de 1:1,1.

39 casos (33,1%) tenían como diagnóstico preoperatorio exclusivamente pólipo vesicular, de los cuales 14 fueron sintomáticos; y 79 pacientes presentaron pólipo vesicular asociado a litiasis u otra patología quirúrgica.

116 pacientes (98,3%), contaban con ecografía abdominal, en los cuales se detectó sólo 54 con pólipos vesiculares (46,6%), de ellos, 39 no se asociaban a litiasis (33,6% del total de ecografías). Sólo en 23 se describe su tamaño, siendo el promedio 6 mm (límites 2-13 mm). 7 casos (30,4%) son menores de 5 mm.

En las 118 vesículas se encontró un total de 221 pólipos, 60 de ellas presentaron un pólipo único (50,9%) y las restantes 58 (49,1%) tenían 2 o más lesiones polipoideas. El tamaño promedio de los pólipos fue 4,1 mm (límites 1-15 mm). En la Tabla 2, se describen los tamaños promedios según tipo histológico de los pólipos vesiculares. 79 casos (66,9%) fueron menor o igual a 5 mm, 30

Tabla 2
TAMAÑO PROMEDIO DE PÓLIPOS SEGÚN TIPO HISTOLÓGICO

Tipo de pólipo	Promedio (mm)	Límites (mm)
Colesterol	3,2	1-10
Hiperplástico	4,1	2-7
Adenoma	8,8	2-15
Adenocarcinoma	6,7	5-10

(25,4%) entre 5 y 10 mm, y 9 (7,7%) mayor o igual a 10 mm.

Los pólipos de colesterol fueron los más frecuentes, seguidos de los hiperplásticos, abarcando en conjunto un 88,2% del total. En la Tabla 3 se observa la distribución según tipo histológico de los pólipos vesiculares.

En las 118 lesiones polipoideas, se encontró como hallazgo anatómo patológico, no sospechado clínicamente, 3 casos de cáncer vesicular (2,5%), que corresponden a:

– Paciente masculino de 51 años, con 2 adenomas de 5 mm, con focos de carcinoma *in situ*. Además la vesícula presenta varias áreas irregulares, con zonas de displasia con metaplasia de células caliciformes y adenocarcinoma *in situ*. Se asocia a colelitiasis sintomática.

– Paciente masculino de 81 años, con un pólipo de 10 mm con adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado, asociado a otro adenoma de 5 mm. Con presencia de colelitiasis sintomática.

– Paciente femenino de 43 años, con un pólipo adenomatoso de 5 mm con microfoco de adenocarcinoma intramucoso. Se asocia a colesterosis. Tiene diagnóstico preoperatorio de pólipo vesicular sintomático y en el informe ecográfico se describen pólipos de colesterol de hasta 4 mm.

Es decir, se encontró 1 sólo caso de cáncer entre los 48 pacientes con pólipos no asociados a colelitiasis (2,1%).

Tabla 1
HALLAZGOS ANATOMO PATOLÓGICO EN VESÍCULAS EXAMINADAS

	n	%
Colelitiasis	3601	95,2
Colelitiasis y pólipos	70	1,9
Pólipos vesiculares	48	1,3
Cáncer	61	1,6
Total	3780	100

Tabla 3
TIPO HISTOLÓGICO DE PÓLIPOS EN COLECISTECTOMÍAS

Tipo de pólipo	n	%
Colesterol	80	67,9
Hiperplástico	24	20,3
Adenoma	11	9,3
Adenocarcinoma	3	2,5
Total	118	100

DISCUSIÓN

El hallazgo de pólipos vesiculares en nuestra casuística, ocurrió en el 3,12% del total de colecistectomías, lo cual es 5 veces superior al 0,7%, publicado por Smok y cols⁸, lo que podría explicarse por una conducta más agresiva frente a los pólipos en nuestro hospital. Sin embargo, es muy inferior al 8% de las colecistectomías comunicado por autores japoneses³.

Se encontró una relación hombre: mujer de 1:1.1, contrario a estudios nacionales que informan una relación entre tres a cinco veces mayor en mujeres^{3,8}, resultado que no puede atribuirse a un sesgo de población ya que en los adultos mayores de 14 años, beneficiarios de este centro hospitalario, existe sólo un leve predominio de varones (51,2% vs 48,7%).

El hallazgo, no sospechado previamente, de pólipos vesiculares en el estudio anatómo patológico, ocurrió en un número importante de casos (55,1%), habiendo sido la indicación quirúrgica la presencia de litiasis o alguna complicación biliar, lo cual es menor a lo comunicado por Roa y cols (84%)³.

En el trabajo de Smok, el 74,4% de las lesiones polipoideas eran únicas⁸; una cifra menor fue publicada por Roa (63%)³, y mucho menor es lo encontrado en nuestro estudio (50,9%).

En nuestra casuística, la mayoría de los pólipos fueron de colesterol (67,9%) seguidas de los hiperplásticos (20,3%), similar a lo informado por Smok y cols, que encontraron 41,2% de pólipos de colesterol y 33,3% de pólipos hiperplásticos⁸; sin embargo, en el trabajo de Roa y cols, los más prevalentes son los metaplásticos (32%), y en segundo lugar los de colesterol (29%)³.

Los adenomas encontrados en esta revisión, representan el 9,3% de las lesiones polipoideas, cifra similar a lo encontrado por Smok (9,6%)⁸ y mucho menos frecuente que lo informado por Rivero y cols (45,8%)⁶.

En relación con el tamaño de los pólipos, la mayoría (66,9%) fueron menor a 5 mm, cifra inferior a lo descrito por otros autores como Larrachea y cols que informan un 85%⁷. Los 3 casos con adenocarcinoma se presentaron en pólipos que midieron 5 y 10 mm, pero dado su escaso número, no es posible concluir relación proporcional entre tamaño y posibilidad de hallar malignidad en la

lesión. Sin embargo, estos datos confirman que existen lesiones adenomatosas pequeñas (5 mm) con cáncer en etapa inicial, destacando 1 paciente con cáncer entre los 48 casos con pólipos no asociados a litiasis (2,1%).

Si bien es cierto, 2 de los 3 pólipos con cáncer de nuestra serie, fueron menores a 10 mm, ambos se presentaron en vesículas litiásicas, debilitándose la asociación de tales pólipos con la necesidad imperiosa de colecistectomía, ya que la indicación de ésta estuvo dada por la litiasis.

En conclusión, aunque el porcentaje de cáncer en pólipos no asociados a litiasis vesicular es bajo (2,1%), su hallazgo en 2 casos con pólipos de 5 mm (uno de los cuales no estaba asociado a litiasis), cuestiona una conducta contemplativa, enfatizando la necesidad de una vigilancia ecográfica muy estricta, e incluso plantea la posibilidad de considerar la colecistectomía laparoscópica como un método diagnóstico y terapéutico adecuado frente a todo pólipo vesicular.

REFERENCIAS

1. Feldman. Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 7^o edición 2002: 1124-1128, 1154-1158.
2. Jirón M, Silva H, Whittle C, Fuster F, Madrid A, Brahm J y cols. Pólipos vesiculares. Segundo Consenso de la Asociación Chilena de Hepatología. Rev Méd Chile 1994; 122: 1316-1317.
3. Roa I, Aretxabala X, Morgan R, Molina R, Araya J, Roa J y cols. Pólipos y adenomas de la vesícula biliar: consideraciones clínico - patológicas. Rev Méd Chile 2004; 132: 673-679.
4. Medina E, Kaempffer AM. Mortalidad por cáncer en Chile: Consideraciones epidemiológicas. Rev Méd Chile 2001; 129: 1195-1202.
5. Mainprize KS, Gould SW, Gilbert JM. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. Br J Surg 2000; 87: 414-417.
6. Rivero G, Caris G, Díaz A, Arístides G, Silva V, Goecke H, Casalino R. Pólipos Vesiculares: Protocolo de Manejo. LXXVII Congreso Chileno de Cirugía, 21-24 Noviembre 2004, Concepción, Chile. Revista de Resúmenes: 7-8.
7. Larrachea P, Escalona A, Sarras E: Pólipo vesicular. Rev Chil Cir 2003; 55: 171-173.
8. Smok G, Bentjerodt R, Csendes A: Lesiones polipoideas benignas de la vesícula biliar. Relación con adenocarcinoma vesicular. Rev Méd Chile 1992; 120: 31-35.