



CASO N°13: JUNIO 2023.

PÓLIPOS EN VESÍCULA BILIAR

DEFINICIÓN:

Los pólipos de la vesícula biliar son lesiones elevadas que ocurren comúnmente en la superficie mucosa de la vesícula biliar. La gran mayoría son benignos. Se caracterizan mejor en la ecografía como un crecimiento endófito sin sombra en la luz de la vesícula biliar.

EPIDEMIOLOGÍA:

Los pólipos de la vesícula biliar son relativamente frecuentes, vistos hasta en el 9% de la población. La mayoría son pólipos de colesterol. Los pólipos de colesterol se identifican con mayor frecuencia en pacientes entre 40-50 años y son más frecuentes en mujeres (F:M, 2.9:1).

Los pólipos de vesícula biliar asintomáticos no parecen aumentar el riesgo de cáncer de vesícula biliar. La frecuencia de los pólipos es la misma en las personas con cáncer de vesícula biliar y en las que no lo tienen. El cáncer de vesícula biliar tiene la misma incidencia en aquellos con pólipos y aquellos sin ellos. Los pólipos benignos pueden mostrar un crecimiento anual de alrededor de 2mm. No hay evidencia de degeneración maligna de los pólipos. La mayoría de los pólipos malignos son > 20mm.

PATOLOGÍA:

Una amplia variedad de entidades aparecen como pólipos y la histología es variable:

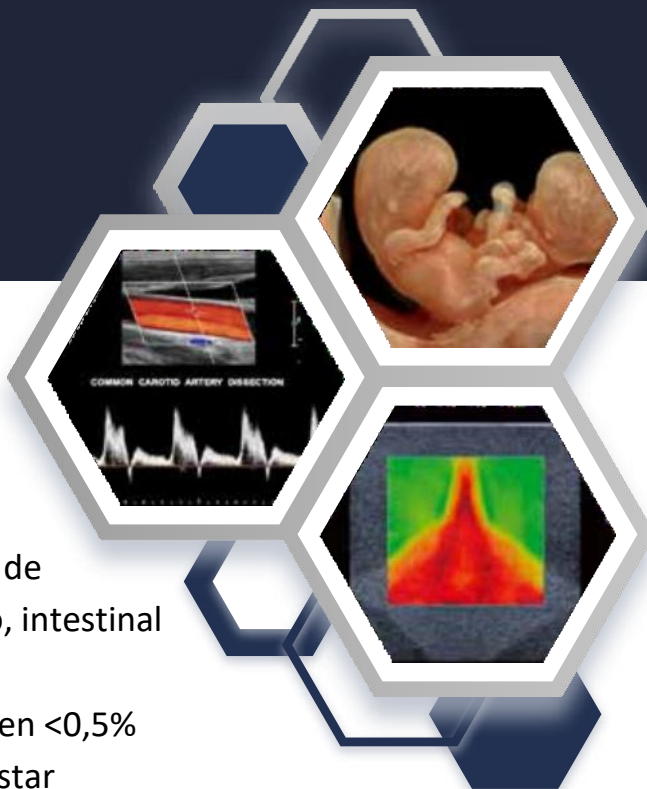
- **Pólipos benignos:** 95% de todos los pólipos.
 - ✓ Pólipos de colesterol: >50% de todos los pólipos.
 - ✓ Pólipos inflamatorios: ~10%.
 - ✓ Otras entidades raras.
- **Pólipos neoplásicos:** (Clasificación de tumores de la OMS de 2019, 5.ª edición, Tumores del sistema digestivo).



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



- ✓ **Neoplasias papilares intracolecísticas (NIPC)** que representan el 6% de los carcinomas de vesícula biliar y tienen una tasa de supervivencia favorable. Neoplasias epiteliales formadoras de masas, endófitas, no invasivas de la mucosa >10mm. Hay 4 tipos: biliar, gástrico, intestinal y oncocitoma.
- ✓ **Adenomas de la glándula pilórica**, presentes en <0,5% de las muestras de colecistectomía, pueden estar asociados con poliposis adenomatosa familiar o síndrome de Peutz-Jeghers.
- **Pólipos malignos:** 5% de todos los pólipos. La mayoría mide >20mm.
 - ✓ Adenocarcinoma: ~90% de los pólipos malignos.
 - ✓ Otras entidades raras incluyendo:
 - Metástasis a la vesícula biliar.
 - Carcinoma de células escamosas.
 - Angiosarcoma.

ASOCIACIÓN:

Los pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers y poliposis adenomatosa familiar tienen una mayor prevalencia de adenomas de la glándula pilórica dentro de la vesícula biliar.

PRESENTACIÓN CLÍNICA:

Por lo general, los pólipos de la vesícula biliar son hallazgos incidentales en aproximadamente el 10% de los exámenes de ultrasonido del abdomen superior. A menos que sean grandes, los pólipos son asintomáticos.

CARACTERÍSTICAS IMAGENOLÓGICAS:

En la mayoría de los casos, no es posible predecir la histología basándose únicamente en imágenes, con la posible excepción de los pólipos de colesterol en algunos casos y, por lo tanto, se deben tener en cuenta las características que predicen una enfermedad benigna versus maligna.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



Los pólipos neoplásicos son más grandes, con un tamaño medio de 18-21 mm en comparación con los pólipos no neoplásicos, con un tamaño medio de 4-7.5mm.

HALLAZGOS ECOGRÁFICOS:

El ultrasonido es la mejor opción de imagen inicial y, a menudo, puede diferenciar los pólipos de colesterol de los que requieren tratamiento. Las características generales de los pólipos de la vesícula biliar son un crecimiento interno polipoide sin sombra en la luz de la vesícula biliar, que generalmente está inmóvil a menos que haya un componente pedunculado relativamente largo.

Las características generales de los pólipos incluyen:

Tamaño:

- Los pólipos de colesterol son los más frecuentes, más del 90% son <10mm y la gran mayoría <5mm. A menudo tienen un solo vaso nutricional.
- Las neoplasias benignas o las lesiones malignas tienden a ser más grandes.

Ecogenicidad:

- Los pólipos pequeños son ecogénicos, pero no muestran sombra acústica posterior.
- Los pólipos de colesterol más grandes tienden a ser hipoecogénicos.

Morfología:

- Los pólipos pequeños pueden estar adheridos a la pared y ser lisos.
- Las lesiones más grandes tienden a ser pedunculadas y de contorno granular.

En raras ocasiones, la ecografía endoscópica puede ser útil para evaluar más a fondo los pólipos de la vesícula biliar, ya que puede generar imágenes de mayor resolución.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



Ultrasonido de alta resolución:

Algunas publicaciones han sugerido un papel útil en la ecografía de alta resolución (HRUS) para la categorización de los pólipos de la vesícula biliar con características que favorecen los pólipos neoplásicos de los benignos que comprenden:

- Tamaño >1cm.
- Contorno de superficie lobulada.
- Presencia de vasos ramificados vistos en Doppler color.
- Eco interno hipoecogénico del pólipo.
- Focos hipoecogénicos dentro del pólipo.

CEUS: demuestra características vasculares.

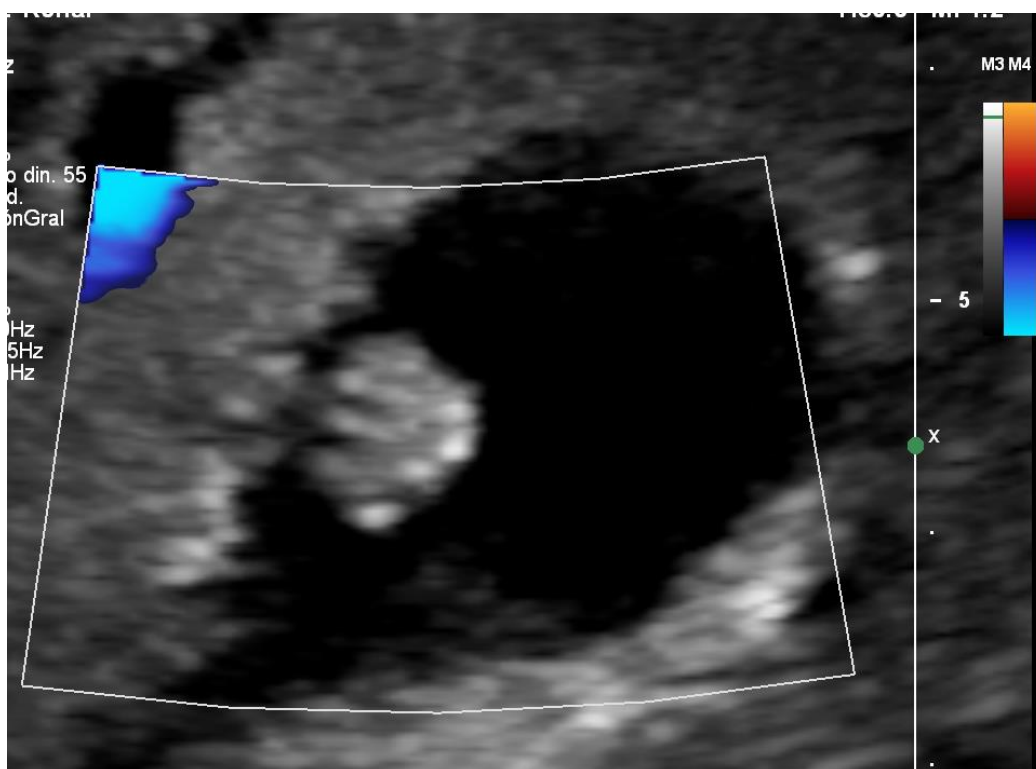


Figura 1.- Vesícula biliar con presencia de imagen de aspecto polipoideo en la pared anterior del cuerpo, que no muestra captación de señal color al estudio Doppler.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ

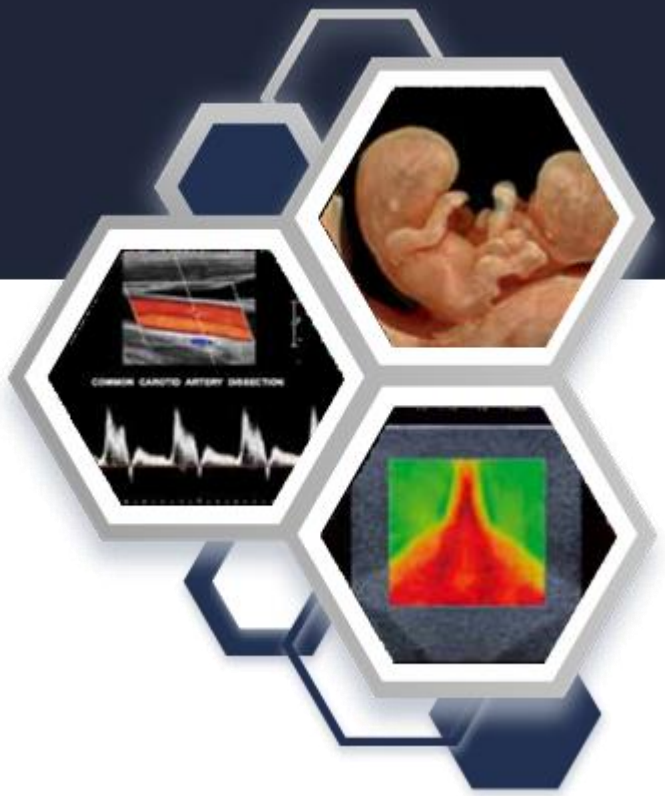
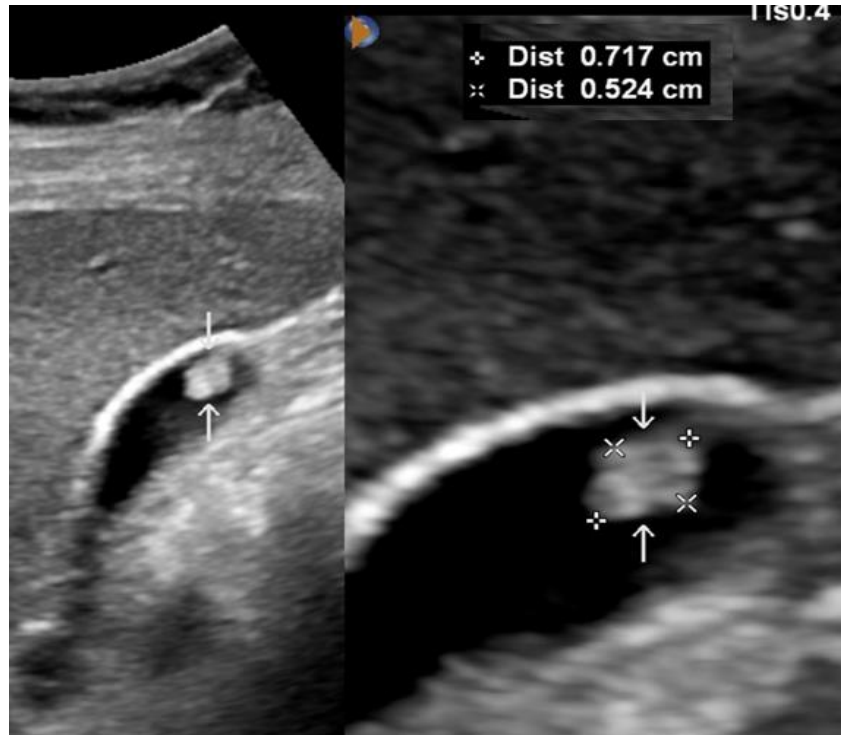


Figura 2.- Vesícula biliar con presencia de imagen de aspecto polipoideo de 7.1 x 5.2mm a nivel de la cara anterior cerca al fondo.

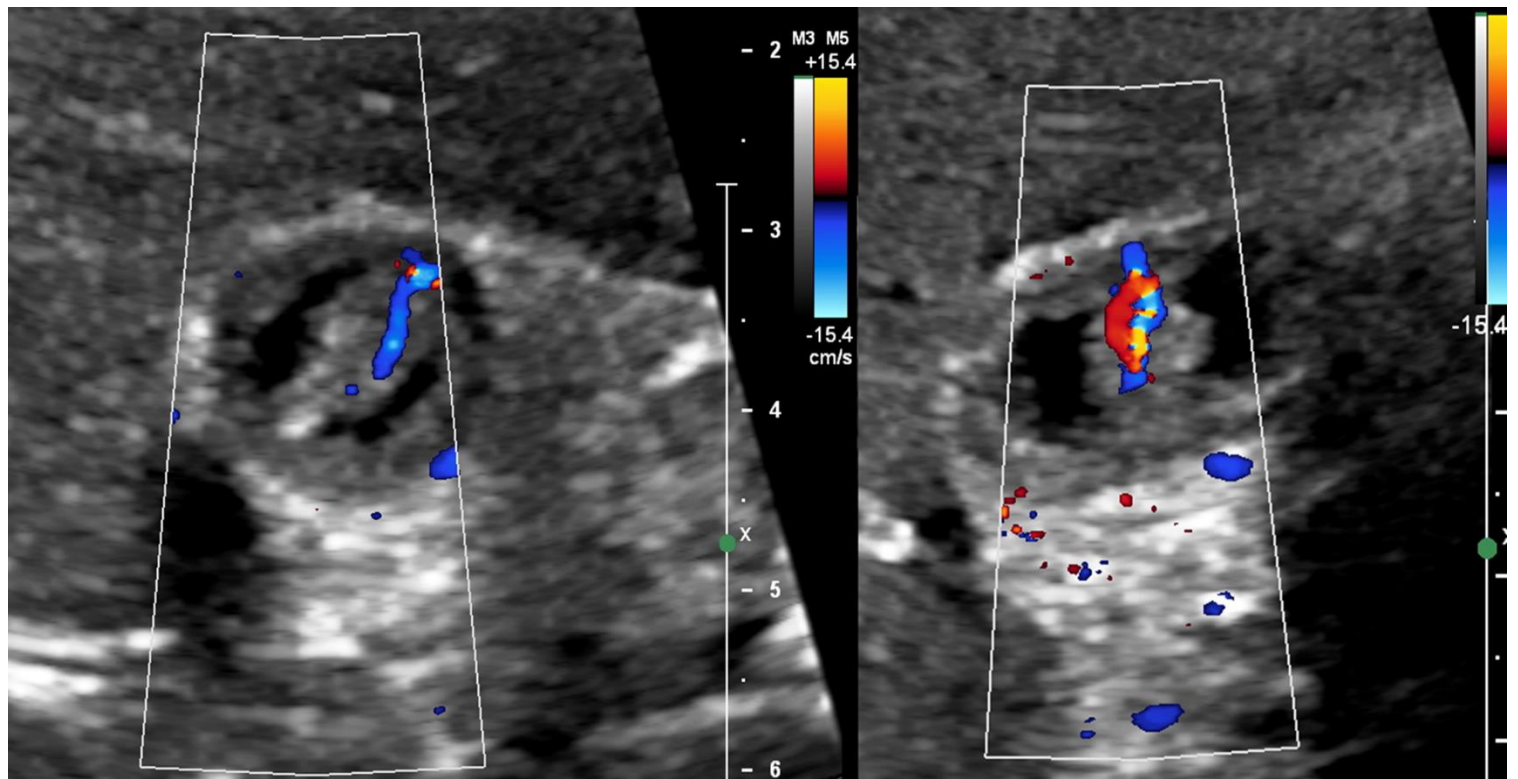


Figura 3.- Vesícula biliar con presencia de 2 imágenes de aspecto polipoideo mostrando al estudio Doppler color pedículo vascular.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ

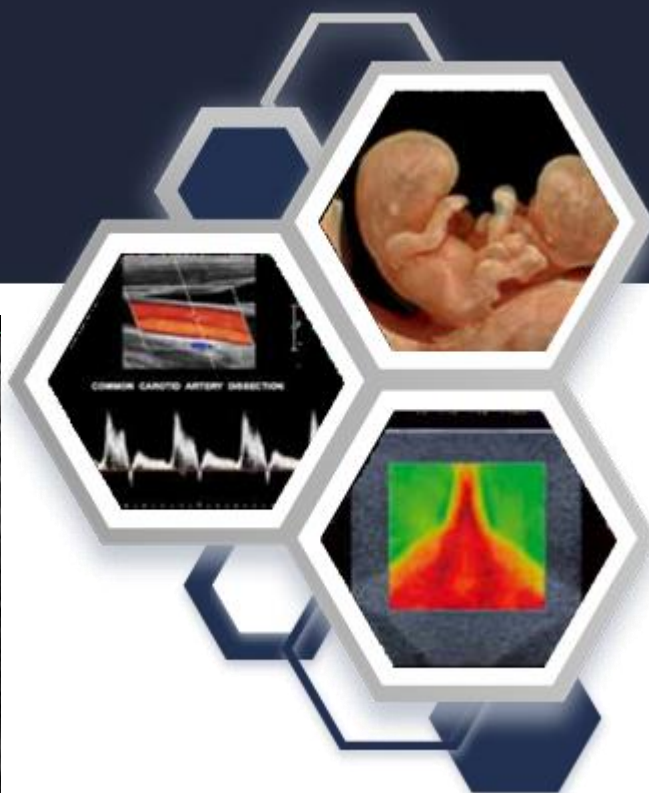
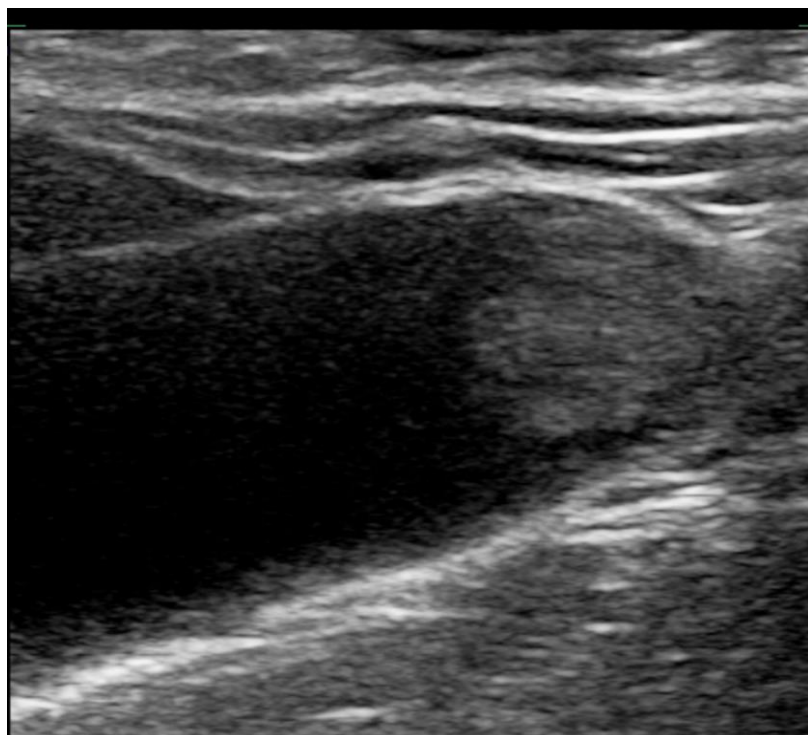


Figura 4.- Vesícula biliar con presencia de imagen de aspecto polipoideo de moderado tamaño, bordes algo lobulados, localizada a nivel del fondo (Visto con transductor lineal).

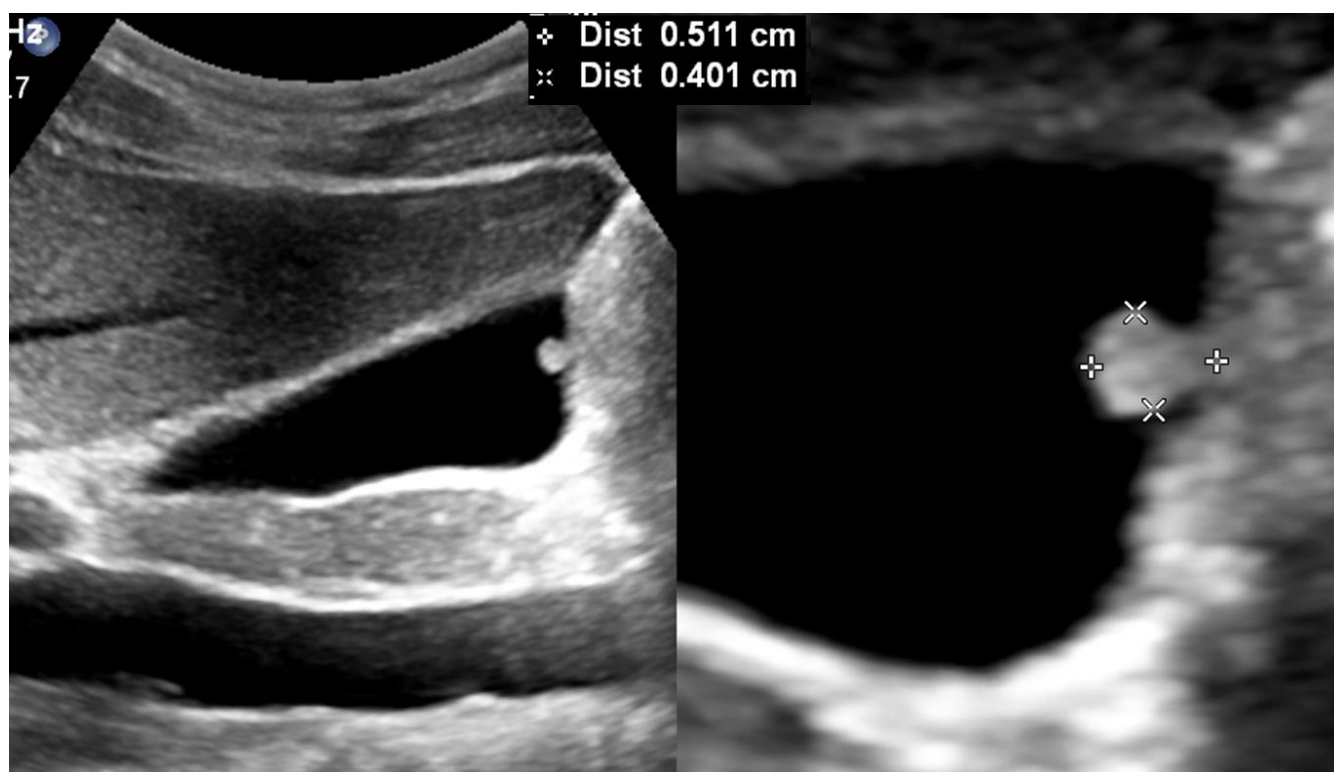


Figura 5.- Vesícula biliar con presencia de imagen de aspecto polipoideo localizada a nivel del fondo de 5.1 x 4mm, mostrando pedículo de tallo delgado.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ

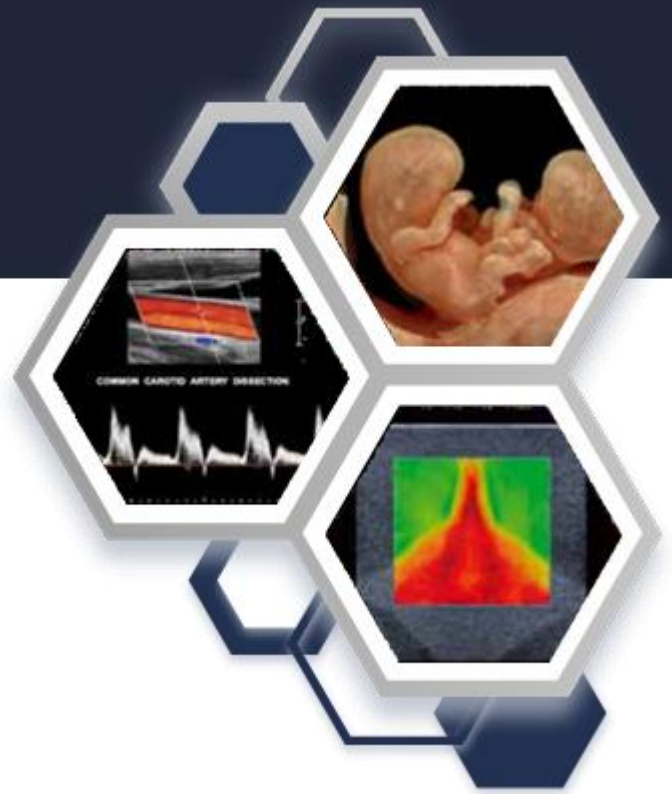
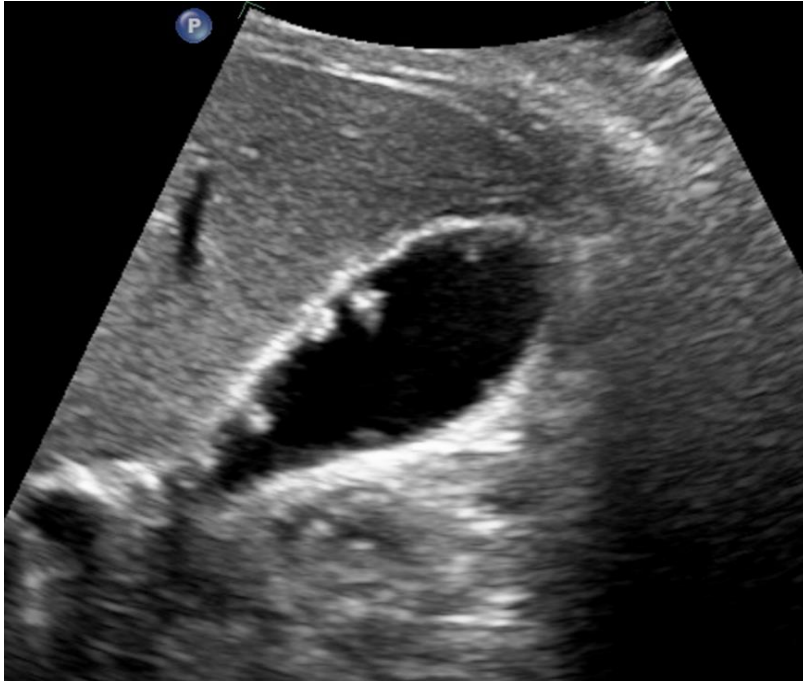


Figura 6.- Vesícula biliar con presencia de múltiples imágenes de aspecto polipoideo a predominio de la cara anterior.

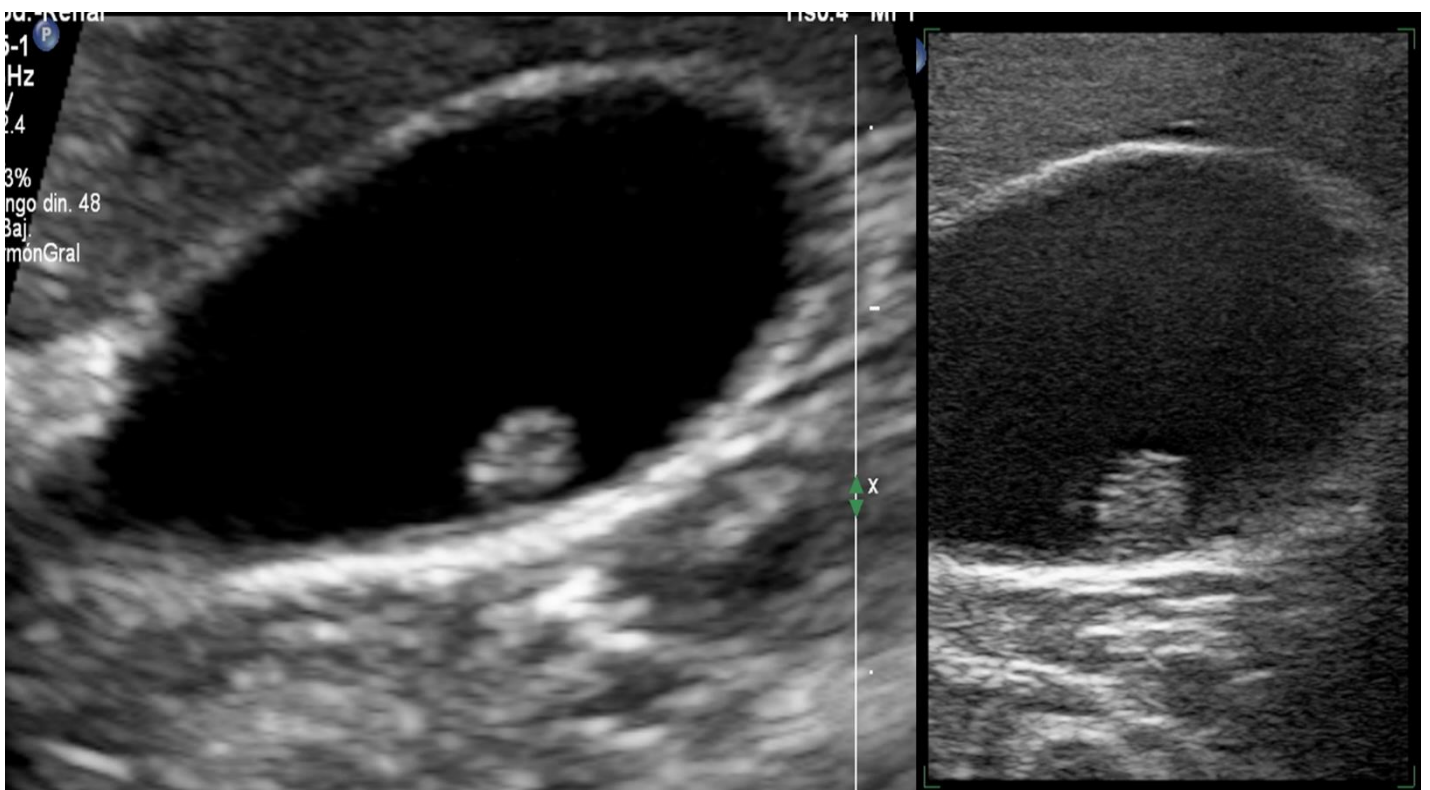


Figura 7.- Vesícula biliar con presencia de imagen de aspecto polipoideo en la cara posterior del cuerpo visto con transductores convexo y lineal.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

El diferencial para un pólipo de vesícula biliar es limitado e incluye:

- Cálculos biliares:
 - Generalmente móvil, pero puede ser adherente.
 - Generalmente proyecta una sombra acústica.
- Barro biliar:
 - Barro tumefacto.
- Adenomiomatosis.
- Carcinoma de vesícula biliar.
- Metástasis en la vesícula biliar (especialmente en pacientes con antecedentes de melanoma).
- Pliegue de la vesícula biliar, si se distiende inadecuadamente.

TRATAMIENTO y PRONÓSTICO:

Guías de la Sociedad de Radiólogos en Ultrasonido-SRU (2021)

La SRU revisó la evidencia actual y no encontró ningún vínculo entre el carcinoma de vesícula biliar y los pólipos. La mayoría de los cánceres de vesícula biliar surgen del epitelio displásico plano que se espesa a medida que avanza el cáncer.

Reconocen 3 categorías de pólipos: no neoplásicos, neoplásicos benignos y malignos. El período de seguimiento se acorta a 3 años. En cuanto al crecimiento se incrementa a $> 4\text{mm}$ por año. El crecimiento lento de pólipos benignos de hasta 2mm por año es común y, a la inversa, ¡desaparecen muchos pólipos pequeños! La mayoría de los pólipos malignos son $>20\text{mm}$.

La colangitis esclerosante primaria es un factor de riesgo importante para el colangiocarcinoma y el cáncer de vesícula biliar.

Proponen las siguientes pautas:

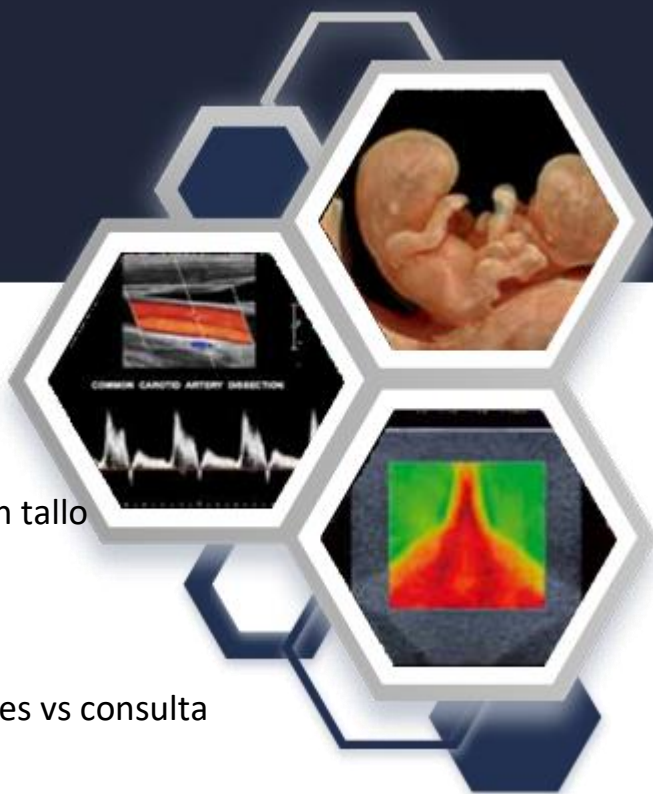
Pólipos de riesgo extremadamente bajo: es decir, bola en la pared pedunculada o tallo delgado:



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



- <9mm: sin seguimiento.
- 10-14mm: seguimiento a los 6, 12 y 24 meses.
- >15mm: consulta quirúrgica.

Pólipos de bajo riesgo: es decir, pedunculado con un tallo grueso o ancho, o sésil:

- ≤6mm: sin seguimiento
- 7-9mm: seguimiento a los 12 meses.
- 10-14mm: seguimiento a los 6, 12, 24 y 36 meses vs consulta quirúrgica.
- >15mm: consulta quirúrgica.

Pólipos de riesgo intermedio: engrosamiento focal de la pared >4mm adyacente al pólipo:

- <6mm: seguimiento a los 6, 12, 24, 36 meses vs consulta quirúrgica.
- >7mm: consulta quirúrgica.

Guías Europeas (2017)

En 2017 directrices conjuntas entre la Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y Abdominal (ESGAR), la Asociación Europea de Cirugía Endoscópica y otras Técnicas Intervencionistas (EAES), la Sociedad Internacional de Cirugía Digestiva - Federación Europea (EFISDS) y la Sociedad Europea de Endoscopia Gastrointestinal (ESGE) fueron publicados y brindan la guía más actualizada y completa:

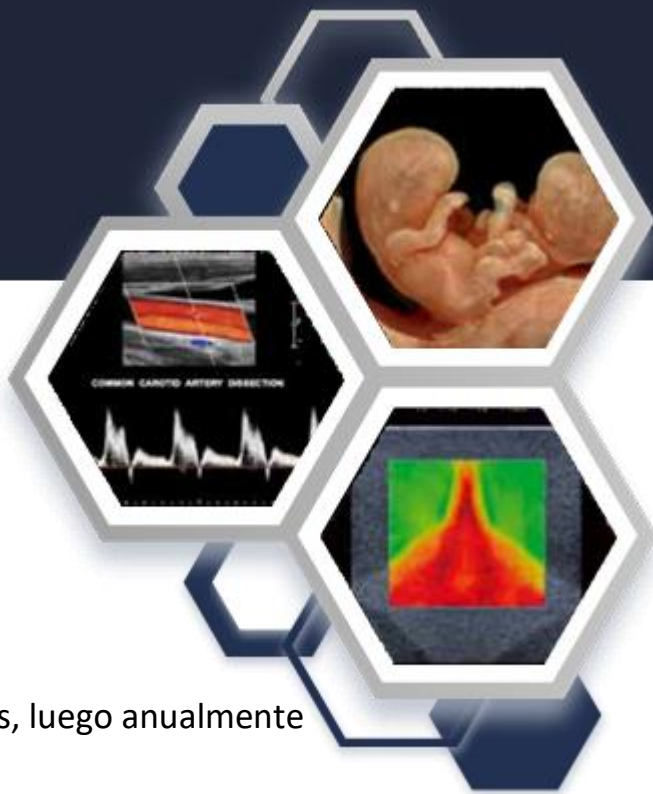
- **Pólipo >10mm:** mayor riesgo de malignidad, se recomienda colecistectomía.
- **Pólipo <10mm:**
 - ✓ Síntomas atribuidos a la vesícula biliar: se sugiere colecistectomía si no se determina otra causa de los síntomas (el pólipo puede ser indicativo de cálculo oculto o inflamación subyacente).
 - ✓ Si el paciente tiene factores de riesgo* de malignidad de la vesícula biliar:
 - **Pólipo <6mm:**
 - Ultrasonido de seguimiento a los 6 meses, luego anualmente durante 5 años.
 - Un aumento de tamaño ≥ 2mm: considere la colecistectomía.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



- **Pólipo >6mm:** considerar colecistectomía.
- ✓ Sin factores de riesgo para malignidad de la vesícula biliar:
 - Pólipo < 6mm: seguimiento a 1, 3 y 5 años.
 - Pólipo > 6mm:
 - Ultrasonido de seguimiento a los 6 meses, luego anualmente durante 5 años.
 - Un aumento de tamaño $\geq 2\text{mm}$: considere la colecistectomía.

***Factores de riesgo:** >50 años, colangitis esclerosante primaria, origen étnico indio, pólipo sésil (incluido engrosamiento focal de la pared >4mm).

Estadísticamente, los pólipos de vesícula biliar son comunes y el cáncer de vesícula biliar es raro, por lo que muy pocos pólipos progresan a cáncer de vesícula biliar. También existe controversia con respecto al desarrollo de cáncer de vesícula biliar y algunos sugieren que los pólipos pueden no progresar a cáncer.

Guías del Colegio Americano de Radiología-ACR (2013)

De acuerdo con el Libro Blanco del Comité de hallazgos Incidentales II de ACR sobre Hallazgos Biliares y de la Vesícula Biliar (2013):

- **$\leq 6\text{mm}$:** no es necesaria una evaluación o seguimiento adicional.
- **7-9mm:** seguimiento anual con ecografía para asegurar que no haya crecimiento de intervalo.
- **$\geq 10\text{mm}$:** consulta quirúrgica por colecistectomía.
 - Si no hay colecistectomía, se justifica seguimiento anual.

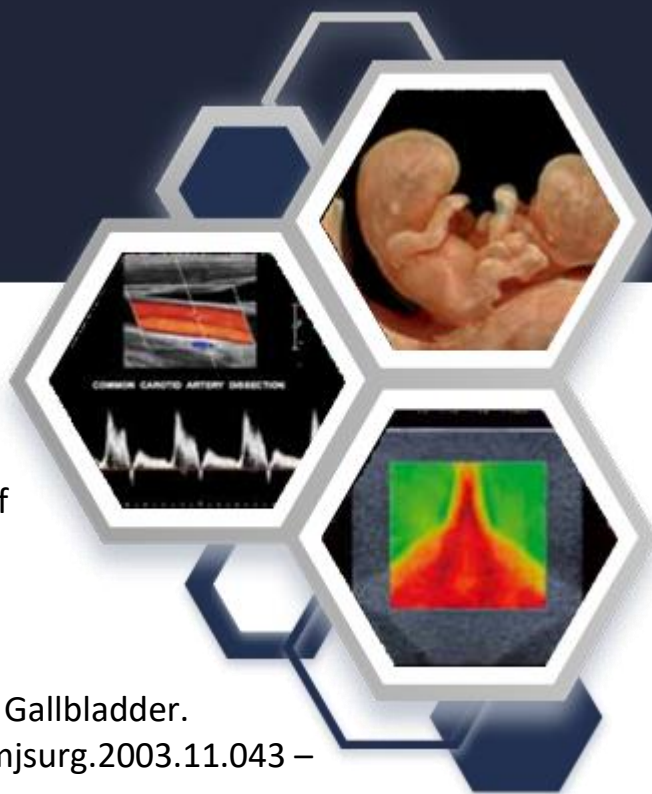
Se pueden justificar umbrales más bajos para el seguimiento o la intervención si se sabe que la población de pacientes tiene un mayor riesgo de carcinoma de vesícula biliar (p. ej., incidencias más altas en Pakistán, Ecuador y mujeres en la India).



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ



REFERENCIAS:

1. Kwon W, Jang J, Lee S, Hwang D, Kim S. Clinicopathologic Features of Polypoid Lesions of the Gallbladder and Risk Factors of Gallbladder Cancer. J Korean Med Sci. 2009;24(3):481-7. doi:10.3346/jkms.2009.24.3.481 – Pubmed.
2. Lee K, Wong J, Li J, Lai P. Polypoid Lesions of the Gallbladder. Am J Surg. 2004;188(2):186-90. doi:10.1016/j.amjsurg.2003.11.043 – Pubmed.
3. Sidhu P & Rafailidis V. Incidentally Detected Gallbladder Polyps at US: Myths and Truths. Radiology. 2022;;220691. doi:10.1148/radiol.220691 – Pubmed.
4. Szpakowski J & Tucker L. Outcomes of Gallbladder Polyps and Their Association With Gallbladder Cancer in a 20-Year Cohort. JAMA Netw Open. 2020;3(5):e205143. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.5143 – Pubmed.
5. Taskin O, Basturk O, Reid M et al. Gallbladder Polyps: Correlation of Size and Clinicopathologic Characteristics Based on Updated Definitions. PLoS One. 2020;15(9):e0237979. doi:10.1371/journal.pone.0237979 – Pubmed.
6. Kamaya A, Fung C, Szpakowski J et al. Management of Incidentally Detected Gallbladder Polyps: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Recommendations. Radiology. 2022;;213079. doi:10.1148/radiol.213079 – Pubmed.
7. Kim J, Lee J, Baek J et al. High-Resolution Sonography for Distinguishing Neoplastic Gallbladder Polyps and Staging Gallbladder Cancer. AJR Am J Roentgenol. 2015;204(2):W150-9. doi:10.2214/ajr.13.11992 – Pubmed.



SÍGUENOS EN:



TRUJILLO - PERÚ