
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Manejo actual de los pólipos vesiculares en Chile

Current management of gallbladder polyps in Chile

Jasmín Peña Zacconi¹, Ignacia Santiago Hermosilla¹, Lucas González Johnson¹, Eduardo Vicuña Viera¹.

¹Interno de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile

RESUMEN

Introducción: Los pólipos de vesícula son proyecciones de la mucosa vesicular hacia su lumen (1,2), siendo un diagnóstico cada vez más frecuente, debido a los avances imagenológicos (3,4). En Chile, la incidencia de cáncer de vesícula alcanza 12,8 por 100.000 habitantes (6).

Material y métodos: Se realizó una revisión de 20 revistas (nacionales e internacionales), en plataformas PubMed, UpToDate y Google académico.

Resultados: Se presentan principalmente asintomáticos y una parte menor de ellos progresa a neoplasia maligna (5). No existe consenso entre los diversos estudios respecto a los criterios de manejo de estos, siendo el más aceptado para un manejo activo con colecistectomía un tamaño ≥ 10 mm. Entre otros factores se nombran: asociación a colangitis esclerosante primaria (CEP), morfología sésil, mayor edad, pólipos únicos y asociados a colelitiasis.

Discusión: Dado la frecuencia del hallazgo incidental de pólipos y la dificultad para diferenciar los potencialmente malignos mediante imágenes, asociado a la alta prevalencia de cáncer vesicular en Chile, se recomienda el uso de un manejo activo con colecistectomía a aquellos que se caractericen por medir 10mm o más, asociarse a síntomas, colelitiasis, CEP o crecimiento en seguimiento, edad mayor a 50 años, morfología sésil y etnicidad india. Debido al potencial maligno de los pólipos vesiculares, su presentación frecuentemente asintomática y la importancia del cáncer de vesícula en Chile, esta revisión tiene por objetivo explicitar los factores de riesgo actualmente aceptados y proponer un algoritmo de manejo para los pólipos vesiculares en Chile.

PALABRAS CLAVE: Vesícula Biliar, Pólipos, Neoplasias Vesícula, Pólipos Adenomatosos.

ABSTRACT

Introduction: Gallbladder polyps are a mucosal projection into the gallbladder lumen and an increasingly frequent diagnosis, due to radiologic advances. In Chile, the incidence of gallbladder cancer reaches 12,8 per 100.000 habitants.

Materials and Methods: A review of 20 papers (national and international) was carried out on platforms like PubMed, UpToDate and google Scholar.

Results: Mostly asymptomatic, a minority evolves to a malignant neoplasia. There is no consensus between the studies about all management criteria, being the most accepted one to an active treatment, a size ≥ 10 mm. Other factors include association with primary sclerosing cholangitis (PSC) or cholelithiasis, sessile morphology, older age, and single polyps.

Discussion: Given de incidence of incidental finding of polyps and the difficulty in differentiating potentially malignant polyps through images, associated with the high incidence of gallbladder cancer in Chile; active management with cholecystectomy is recommended for those measuring 10mm or more, associated with symptoms, cholelithiasis or PSC or growth in follow-up, age older than 50 years, sessile morphology, and Indian ethnicity. Due to the malignant potential of gallbladder polyps, their frequently asymptomatic presentation and the importance of gallbladder cancer in Chile, this review has the objective of making explicit the currently accepted risk factors and propose a management algorithm for gallbladder polyps in Chile.

KEYWORDS: Gallbladder, Polyps, Gallbladder Neoplasms, Adenomatous Polyps.

INTRODUCCIÓN

Los pólipos vesiculares corresponden a una proyección de la mucosa de la vesícula biliar hacia su lumen (1,2), siendo un diagnóstico cada vez más frecuente gracias a la creciente disponibilidad de ecotomografía (3) y la conciencia respecto a la realización de chequeos médicos (4), con una prevalencia global estimada entre 0.3-9.5% (1); y una incidencia en Chile de entre 0.6-1% (5).

La importancia del diagnóstico de las lesiones polipoides de vesícula radica en que, si bien la mayoría de ellos corresponden a “pseudo-pólipos” (1) sin potencial de malignidad (pólipos de colesterol, adenomiomas y pólipos inflamatorios principalmente) (6), un 5% son “pólipos verdaderos” que incluyen adenomas y adenocarcinomas, siendo éstos potencialmente malignos y malignos, respectivamente, requiriendo ser removidos quirúrgicamente (6,7, 8, 9). En la tabla 1 se presentan los principales tipos de pólipos vesiculares con sus respectivas características.

El cáncer de vesícula biliar es el 20° cáncer más común a nivel mundial (6), siendo América latina y Asia las zonas de mayor incidencia, destacando Chile con una incidencia de 12.8 por cada 100.000 habitantes, mientras en Reino Unido y Norteamérica es de 1.6 y 1.5 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (6).

El objetivo de este estudio es realizar una revisión de publicaciones nacionales e internacionales respecto al manejo actual de los pólipos de vesícula biliar y realizar un análisis de estos con un enfoque especial en nuestro país dado su epidemiología respecto a la patología biliar.

MATERIAL

Para este estudio se realizó una revisión de 20 revistas, 2 de las cuales corresponden a revistas nacionales y 18 internacionales, incluyendo la Revista mundial de gastroenterología, revista europea de radiología gastrointestinal y abdominal; y la revista Euroasiática de hepato-gastroenterología. Siendo integradas publicaciones entre los años 2003 y 2021.

MÉTODO

Para la búsqueda de los artículos se utilizaron las plataformas PubMed, UpToDate y Google Académico, utilizando los términos “pólipos vesiculares”, “gallbladder polyps”, “vesícula biliar”, “cáncer de vesícula”, “gallbladder cancer” y “Chile”, realizándose un análisis de éstos de forma individual.

RESULTADOS

La mayoría de los pólipos se presentan de forma asintomática, siendo diagnosticados incidentalmente mediante imágenes o estudio histopatológico (4, 6, 16); y tienen un bajo potencial de malignidad, sin embargo, un porcentaje menor de éstos progresan a una neoplasia maligna (6).

El hallazgo de estas lesiones ocurre generalmente mediante ecografía abdominal (13, 17, 18), un examen operador-dependiente y limitado por el índice de masa corporal del paciente (6). Se ha demostrado una especificidad en el diagnóstico de diferentes tipos de pólipos de entre 71-98%, con una sensibilidad de 50-90%; y en relación diagnóstico de malignidad, una sensibilidad y especificidad de 47-67% y 36-100%, respectivamente (6).

Dentro de los factores asociados a malignidad se encuentran:

- **Tamaño mayor o igual a 10mm (1,4,5,6,15,19,20):** la incidencia de cáncer de vesícula en pólipos de >10mm es de entre 43-77%, y en >20mm alcanza el 100% (14). Se estima que un tamaño mayor o igual a 10mm tiene una sensibilidad y especificidad de 68 y 77%, respectivamente (14).
- **Colangitis esclerosante primaria (CEP) (6,12,14):** En pacientes con CEP, las lesiones polipoideas/masas presentan una alta tasa de malignidad. En un estudio de 102 pacientes con CEP sometidos a colecistectomía, 14% presentaba lesiones polipoideas/masas, y de ellas, 57% correspondían a adenocarcinoma (14).
- **Pólipos sésiles (5,6,12,14):** En una revisión sistemática de 21 estudios se estableció la morfología sésil como un factor de riesgo independiente de malignidad, aumentando este en 7 veces la posibilidad de cáncer de vesícula (14).
- **Etnicidad india (5,6,14):** Un estudio retrospectivo de 2359 personas, la prevalencia de malignidad en pólipos vesiculares fue significativamente mayor en personas de india en comparación a pacientes caucásicos (5.5% versus 0.08%, respectivamente) (14).
- **Edad mayor a 50 años:** Diferentes estudios han demostrado que una edad mayor a 50-60 años se asocia a mayor probabilidad de presentar pólipos malignos (5,6,12,14).
- **Número:** diversos estudios postulan que los pólipos únicos tendrían mayor potencial de malignidad, sin embargo, esta relación aún no ha sido probada (6,12).
- **Cálculos biliares:** El riesgo de malignidad en pacientes con pólipos asociados a cálculos biliares es bajo y la evidencia es débil (6,12,14).

Respecto al manejo de los pólipos de vesícula se establece la colecistectomía como el principal método utilizado, especialmente si éste es mayor a 10mm (1,4,5,6,14,19,20), se asocia a síntomas o a otros factores de riesgo de malignidad (1,13,20). Si no presenta ninguna de estas características algunos estudios plantean un seguimiento activo de las lesiones mediante imágenes (1,4,13,20). En relación a la indicación quirúrgica, se recomienda no remover la vesícula a menos que esté clínicamente indicado hacerlo, al ser un procedimiento no exento de complicaciones (17).

DISCUSIÓN

En las distintas experiencias evaluadas se establece que el diagnóstico de los pólipos vesiculares suele ser incidental, en pacientes asintomáticos que se someten a estudios imagenológicos (principalmente ecografía abdominal) por otra causa, debiendo enfrentarse el médico a una decisión controversial respecto al manejo de éstos, ya que ningún estudio de imágenes disponible puede diferenciar con certeza entre una lesión benigna y una maligna (6,14,17), existiendo la posibilidad de que la lesión hallada corresponda a un adenocarcinoma o a un pólipo de naturaleza premaligna (5).

Respecto a los factores de riesgo de malignidad, existe consenso respecto al tamaño del pólipo mayor o igual a 10mm como principal predictor de malignidad, así como el que corresponda a un adenoma por ser ésta una lesión premaligna. La asociación a CEP, morfología sésil, etnicidad india y edad mayor a 50 años, también se consideran factores de riesgo tanto en artículos nacionales como internacionales. No existe consenso respecto al número de pólipos y la presencia conjunta de cálculos de vesícula (6,12,14), destacándose ésta última como factor de riesgo principalmente en artículos nacionales (5,20). Esto último puede ser explicado por la alta prevalencia de cáncer de vesícula a nivel nacional, similar a la presente en india, y a la presencia de cálculos biliares como un importante factor de riesgo por la inflamación crónica asociada; esto puede llevar a cuestionarnos el que la etnicidad chilena (y sudamericana) pudiera corresponder a un factor de riesgo de malignidad de los pólipos de vesícula biliar, sin embargo, no se encontraron estudios al respecto durante esta revisión.

En relación al manejo de los pólipos de vesícula, se propone un algoritmo con similares características en distintos artículos (4,5,6,14), destacando el manejo quirúrgico con colecistectomía en caso de pólipo mayor a 10mm demostrado por ecografía y en aquellos que se asocian a síntomas; en los pacientes sin estas características pero con factores de riesgo de malignidad se podría realizar seguimiento ecográfico o colecistectomía si el tamaño es de 6-9mm al tener mayor potencial de malignidad; de igual forma, sugiriéndose

seguimiento ultrasonográfico si ninguno de estos factores están presentes. Si durante el seguimiento el pólipo aumenta en 2mm o alcanza los 10mm se aconseja la colecistectomía, descontinuando el seguimiento si éste desaparece. Dada la realidad nacional, en los artículos chilenos se plantea también una resección de la vesícula siempre que ésta se asocia a coleditiasis. En base a los datos recabados, en la figura 1 se propone un algoritmo de manejo de los pólipos de vesícula biliar en Chile.

	Tipo de pólipo	Frecuencia (%)	Tamaño (mm)	Número (único/múltiple)	Potencial de malignidad
Pólipos no neoplásicos	Colesterol	60—70	<10	Generalmente múltiples (63.6%)	Benigno
	Adenomioma	25-40	ND	Generalmente únicos	Benigno*
	Inflamatorio	10	<10	Generalmente múltiples	Benigno
Pólipos neoplásicos	Adenoma	4-8.9	2-20	Generalmente únicos	Premaligno
	Adenocarcinoma	0,6-1,7	>10	Generalmente únicos	Maligno

Tabla 1. Tipos de pólipos más frecuentes y sus características principales. *Aunque ampliamente reconocido como benigno, algunos estudios los postulan como lesiones premalignas (3,7,10,11,12,13,14,15).

Tabla 1: Tipos de pólipos más frecuentes y sus características principales.

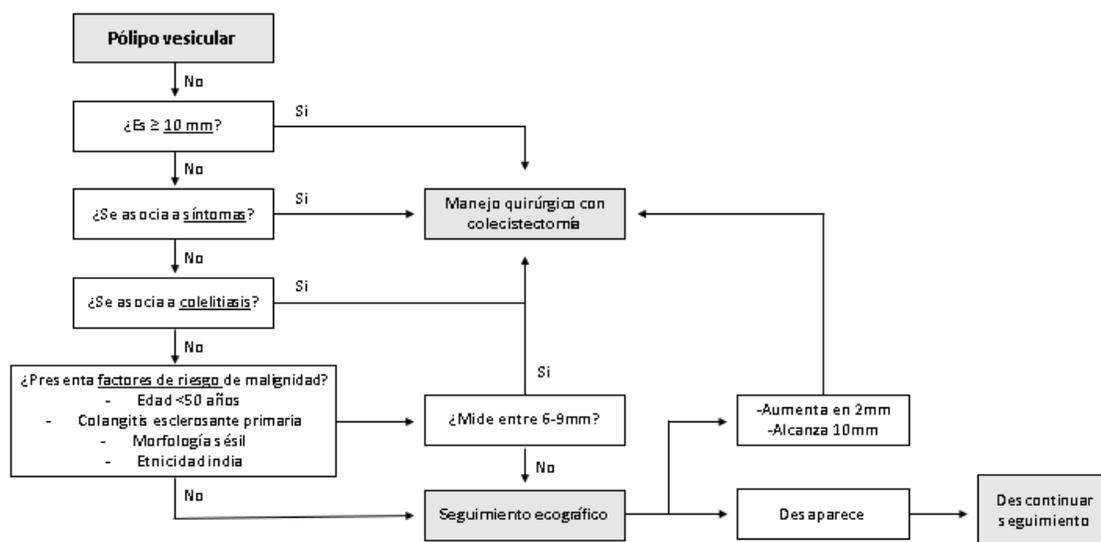


Figura 1. Algoritmo de manejo propuesto para pólipos de vesícula biliar en Chile (1,2,4,5,6,8,9,10,13,16,17,19,20).

Figura 1: Algoritmo de manejo propuesto para pólipos de vesícula biliar en Chile.

Correspondencia

Jasmín Francisca Peña

Zacconi.

jasmin.pena.z@ug.uchile

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para la realización de este trabajo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este trabajo.

Información sobre el artículo

Recibido el 28 de diciembre de 2020.

Aceptado el 8 de febrero de 2021.

Publicado el 22 de febrero de 2021.

Referencias

1. Wiles R, Thoeni R, Barbu S, Vashist Y, Rafaelsen R, Dewhurst C, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps. *European Radiology*, 2017 Feb 9; 27(9): 3856-3866.
2. Rafaelsen S, Otto P & Pedersen M. Long-term ultrasound follow-up in patients with small gallbladder polyps. *Danish Medical Journal*, 2020; 67(10), A06200414.
3. Şahiner İ & Dolapçı M. When should gallbladder polyps be treated surgically?. *Adv Clin Exp Med*. 2018; 27(12):1697–1700.
4. Kim, K. Gallbladder polyps: evolving approach to the diagnosis and management. *Yeungnam Univ J Med* 2021; 38(1): 1-9.
5. Escalona A, León F, Bellolio F, Pimentel F, Guajardo M, Gennero R, et al. Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. *Rev med Chile* 2006; 134(10): 1237-1242.
6. McCain R, Diamond A, Jones C & Coleman H. Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. *World J Gastroenterol* 2018 julio 14; 24(26): 2844-2852.
7. Szpakowski J & Tucker L. Outcomes of gallbladder polyps and their association with gallbladder cancer in a 20-year cohort. *JAMA netw open* 2020 mayo 18; 3(5), e205143-e205143.
8. Lee S, Kim H & Shin J. Reasonable cholecystectomy of gallbladder polyp–10 years of experience. *Asian journal of surgery* 2019 enero; 42(1): 332-337.
9. Elmasry M, Lindop D, Dunne D, Malik H, Poston G & Fenwick S. The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: a

systematic review. *International Journal of Surgery* 2016 septiembre; 33: 28-35.

10. Dilek O, Karasu S & Dilek F. Diagnosis and treatment of gallbladder polyps: current perspectives. *Euroasian J Hepatogastroenterol* 2019; 9(1): 40-48.

11. Jones M & Deppen J. Gallbladder Polyp. StatPearls [Internet]. [citado 8 ene 2021]; [aprox. 3p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470211/>

12. Jang S, Cho J & Lee D. Recent Updates on Diagnosis, Treatment, and Follow-up of Gallbladder Polyps. *Korean J Gastroenterol* 2020; 76(3): 102-107.

13. Kai K. Organ-specific concept and controversy for premalignant lesions and carcinogenesis of gallbladder cancer. *Hepatobiliary surg nutr* 2016; 5(1): 85-87.

14. Terzioğlu S, Kılıç M, Sapmaz A & Karaca A. Predictive factors of neoplastic gallbladder polyps: Outcomes of 278 patients. *Turk J Gastroenterol* 2017; 28(3): 202-206.

15. Wennmacker S, van Dijk A, Raessens J, van Laarhoven C, Drenth J, de Reuver P, et al. Polyp

size of 1 cm is insufficient to discriminate neoplastic and non-neoplastic gallbladder polyps. *Surg endosc* 2019 may; 33(5): 1564–1571.

16. Wisam F & Salam F. Gallbladder polyps. UpToDate [Internet]. [Citado enero 10, 2021]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.uchile.idm.oclc.org/contents/gallbladder-polyps/print?search=Gallbladder>

17. Metman M, Olthof P, van der Wal J, van Gulik T, Roos D & Dekker J. Clinical relevance of gallbladder polyps; is cholecystectomy always necessary?. *HpB* 2020; 22(4): 506-510

18. Zhang H, Bai M, Gu J, He Y, Qiao X & Du L. Value of contrast-enhanced ultrasound in the differential diagnosis of gallbladder lesion. *World j gastroenterol* 2018 feb 14; 24(6): 744-751.

19. Taskin O, Basturk O, Reid M, Dursun N, Bagci P, Saka B, et al. Gallbladder polyps: Correlation of size and clinicopathologic characteristics based on updated definitions. *Plos one* 2020 sep 11; 15(9), e0237979.

20. Larrachea P, Escalona A & Sarras E. Pólipo vesicular. *Rev Chil Cirugía* 2003 abril; 55(2), 171-173.