

Poliposis vesicular múltiple

NORA PERRONE* Y MARIELA I. TOLIBIA PEREÑA**

Paciente de 42 años, sexo femenino, que concurre a realizarse una ecografía hepatobiliar para control de un pólipo vesicular detectado ecográficamente una año atrás. Al visualizar la vesícula biliar se observa una imagen polipoidea y pediculada, de 10 x 7 mm, de contornos francamente irregulares, ecogénica y ligeramente heterogénea, que se extiende hacia la luz desde la pared anterior de la vesícula. (Figura 1) También se aprecian dos imágenes redondeadas, de 3,5 y 3 mm, de contornos regulares, ecogénicas y homogéneas, ubicadas en la pared posterior de la vesícula. (Figuras 2 y 3) Ninguna de las tres imágenes se movilizaban con los cambios de decúbito ni presentan sombra acústica posterior.

Diagnóstico ecográfico: poliposis vesicular múltiple.

Los pólipos vesiculares constituyen un diagnóstico cada vez más frecuente como hallazgo incidental durante la realización de una ecografía abdominal muchas veces solicitada a pacientes sin patología biliar sintomática.

Se denomina pólipo a toda lesión elevada de la mucosa vesicular pudiendo corresponder a lesiones benignas o malignas a dicho nivel.

Christensen e Ishak establecieron una clasificación de los tumores benignos vesiculares en:

- 1) epiteliales o adenomas (tubular, papilar y mixto),
- 2) mesenquimáticos (hemangioma, lipoma, leiomioma), y pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatorios, adenomioma, e hiperplasia adenomatosa).

Estudios epidemiológicos reportan una prevalencia ecográfica de lesiones polipoideas entre 4% y 5,6% atribuyéndose al ultrasonido una sensibilidad del 90,1% y una especificidad del 93,9% para el diagnóstico dependiendo estas variables del tamaño de la lesión, de la presencia de coledocitis, de la experiencia del operador y del nivel del equipamiento.

La importancia de un diagnóstico preciso mantiene relación directa con la posibilidad del desarrollo de una neoplasia maligna. Se describen dos mecanismos a través de los cuales podría producirse la transfor-



Figura 1



Figura 2



Figura 3

* Docente Curso Anual de Ultrasonografía en Medicina Interna de la SAUMB.

e-mail: pnorab@ciudad.com.ar

** Docente Curso Anual de Ultrasonografía en Medicina Interna de la SAUMB.

e-mail: marielatolibia@saumb.org.ar

mación maligna: 1) la secuencia displasia-carcinoma, en que alteraciones a nivel del epitelio propio de la mucosa vesicular producen una metaplasia que evoluciona a displasia pudiendo luego progresar a carcinoma *in situ* y carcinoma invasor; 2) la secuencia adenoma-carcinoma. Esta vía propone la transformación maligna a partir de un tumor inicialmente benigno como el adenoma.

La definición de lesión polipoidea por ultrasonografía corresponde a una imagen ecogénica única o múltiple que se proyecta hacia la luz vesicular, no móvil y carente de sombra acústica posterior.

En cuanto a la localización de los pólipos, la mayoría se ubica en los dos tercios proximales de la vesícula (cuello y cuerpo) y en menor proporción en el fondo vesicular.

La asociación con litiasis vesicular reportada en diferentes series oscila entre el 26 y 66% describiéndose en estos casos falsos positivos entre el 6 y 43%.

Generalmente estos estudios corresponden a pacientes sintomáticos.

El tamaño de los pólipos vesiculares ha sido considerado como parámetro de malignidad describiéndose una prevalencia de neoplasia del 30% en lesiones mayores de 10 mm.

Los pólipos menores de 10 mm corresponden generalmente a pólipos de colesterol, pseudopólipos, y con menor frecuencia a adenomiomatosis o pólipos inflamatorios, sin potencial maligno y con un bajo índice de complicaciones.

Los pólipos de colesterol en la mayoría de los casos son múltiples, correspondiendo histológicamente a células epiteliales con depósitos masivos de colesterol rodeados de mucosa normal. En muchas ocasiones son precursores de colesterosis difusas que se acompañan con frecuencia de litiasis.

Los dos factores predictores de malignidad más importantes son la edad (aparición en mayores de 50 años) y el tamaño del pólipo (mayor de 10 mm), otros factores de riesgo incluyen la coexistencia de litiasis, pólipo solitario y pólipo sintomático.

La mayoría de las veces, el diagnóstico es realizado de forma preoperatoria mediante la ecografía abdominal. La ecoendoscopia también es útil en el diagnóstico, existen características visualizables con mayor precisión por este método que sugieren la etiología de las distintas lesiones polipoideas, a saber:

- punteado hiperecogénico en los pólipos de colesterol,

- microquistes en la base de los pólipos secundarios a adenomiomatosis,
- lesión única de implantación sésil con ecogenidad homogénea en los adenomas.

La mayor parte de las lesiones polipoideas no adenomatosas, rara vez sobrepasan los 10 mm y su seguimiento excepcionalmente muestra un crecimiento significativo; por lo tanto se sugiere mantener una conducta expectante y realizar exámenes ecográficos cada 3, 6 y 12 meses si no ocurren modificaciones.

Los pólipos mayores de 10 mm, solitarios, sésiles y ecogénicos, tienen una mayor probabilidad de corresponder a adenomas, por lo cual tendrían indicación quirúrgica (colecistectomía) y aun cuando un pequeño porcentaje de ellos sufrirá transformación maligna a adenocarcinoma, hasta la fecha no es posible predecir cuál lo hará. Por otro lado, el seguimiento de lesiones menores de 10 mm, ha demostrado que, al menos un tercio de ellas desaparecen, siendo las restantes benignas.

Referencias

1. Csendes A, Burgos A, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller of 10 mm. *Annals of Surg* 2001; 234:(5)657-60.
2. Escalona A, León F, Bellolio F, Pimentel F, et al. Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. *Rev. Med. Chile* 2006; 134:1237-42.
3. Hess W. Colecistosis. En: Hess W. *Enfermedades de las vías biliares y del páncreas*. 3era. edición. Barcelona: Editorial Científico Médica, p.119.
4. Kym Y, Kim J, Jang Y, Lee, W, Ryu J, Park Y, et al. Genetic alterations in gallbladder adenoma, dysplasia. *Cancer Lett* 2001;169:59-68.
5. Laing F. Vesícula y vías biliares. En: Rumack C, Wilson S, Charboneau JW, eds. *Diagnóstico por ecografía*. Madrid: Marbán; 2001:183.
6. Lee K, Wong J, Li J, Lai P. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg* 2004;188:186-90.
6. Nakajo S, Yamamoto M, Tahara E: Morphometrical analysis of gallbladder adenoma and adenocarcinoma with reference to histogenesis and adenoma-carcinoma sequence. *Virchows Arch A Pathol Anat Histopathol* 1990;417:49-56.
7. Roa I, Aretxabala X, Morgan R et al. Pólipos y adenomas de la vesícula biliar: consideraciones clínico-patológicas. *Rev. med. Chile* 2004; 132(6):673-9.
8. Seguel S, Fres R, Fres B, et al. Naturaleza de los pólipos de la vesícula biliar sometidos a colecistectomía. *Rev Chil Cir* 2007; 59(3):208-11.
9. Terzi C, Sokmen S, Seckin S, Albayrak L, Ugurlu M: Polypoid lesions of the gallbladder: Report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery* 2000; 127:622-7.