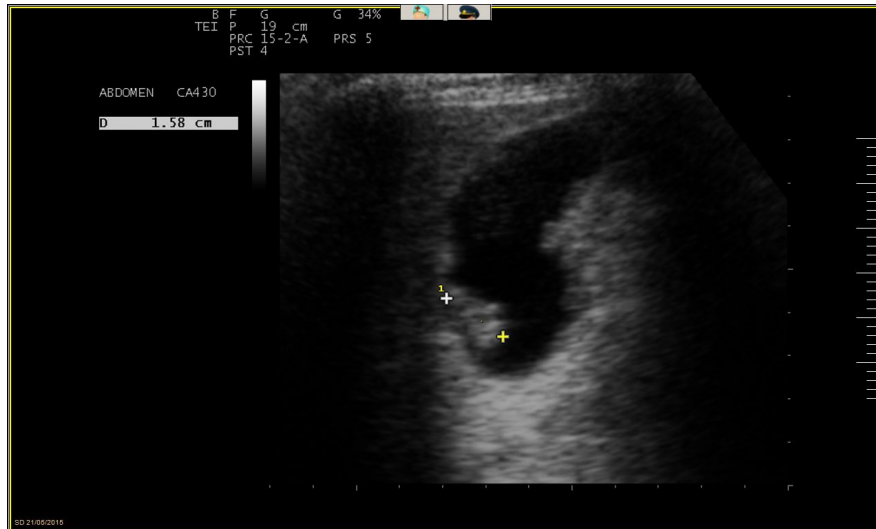


MANEIG DE LA POLIPOSOSA A VESICULA BILIAR



Emma Gabarre
Novembre 2016

Bibliografía

UPTODATE

Gallbladder polyps and cholesterolosis. Wisam F Zakko, MD; Salam F Zakko, MD. Última revisió juliol 2016

Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder. Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, Takiguchi S, Nakayama F. Arch Surg. 1988;123(1):26

The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesions of the gallbladder. Ishikawa O, Ohhigashi H, Imaoka S, Nakaizumi A, Kitamura T, Sasaki Y, Shibata T, Wada A, Iwanaga T. Am J Gastroenterol. 1989;84(11):1386.

Indicaciones quirúrgicas en los pólipos de vesícula biliar. Francisco José Morera-Ocóna, Javier Ballestín-Vicenteb, Ana María Calatayud-Blasc, Leonardo Cataldo de Tursi-Rispolia, Juan Carlos Bernal-Sprekelsen. Cirugía Española. Vol. 91. Núm. 5. 01 Mayo 2013

Epidemiologia

Es troben pòlips entre el 1,5 i el 4,5 % de les ecografies fetes de vesícula biliar.

No s'ha trobat relació amb edat, sexe, pes, nombre d'embarassos, ús d'hormones o altres factors de risc que si que podrien estar associats a litiasi.

Classificació

- La neoplàsia benigna més freqüent és l'adenoma.
- Les lesions benignes no neoplàsiques més freqüents són els pòlips de colesterol (colesterolosi), seguit de les adenomiomatosis i els pòlips inflamatoris.
- La neoplàsia maligna més freqüent és l'adenocarcinoma.

Freqüència relativa

Relative frequency of the different pathologic types of gallbladder polyps

Type	Frequency
Benign polyps	
Cholesterol polyps	60 percent
Adenomyomas	25 percent
Inflammatory polyps	10 percent
Adenomas	4 percent
Miscellaneous:	1 percent
Leiomyomas	
Fibromas	
Lipomas, etc.	
Malignant polyps	
Adenocarcinoma	80 percent
Miscellaneous:	20 percent
Mucinous cystadenomas	
Squamous cell carcinoma	
Adenoacanthomas	

Data from: Weedon, D. Benign mucosal polyps. In pathology of the gallbladder, Mason, New York 1984. p.195. and Laitio, M, Pathol Res Pract 1983; 178:57.

Colesterolosi

Acúmulo de lípids a la mucosa de la paret de la vesícula. Diagnosticada incidentalment fent ecografia o amb colecistectomies. En alguns pacients pot donar complicacions similars a les litiasis.

Prevalença del 12% en postcirurgia, similar a homes i dones.

DIAGNÒSTIC ECOGRÀFIC: múltiples, homogenis i pedunculats lesions polipoides que són més ecogèniques que el parènquima hepàtic. Poden o no contenir punts hiperecoics i tenen una superfície similar a la mora. Generalment de menys d'1 cm.



strawberry gallbladder



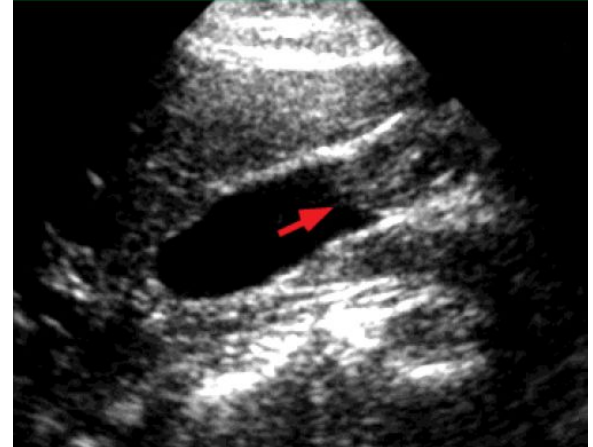
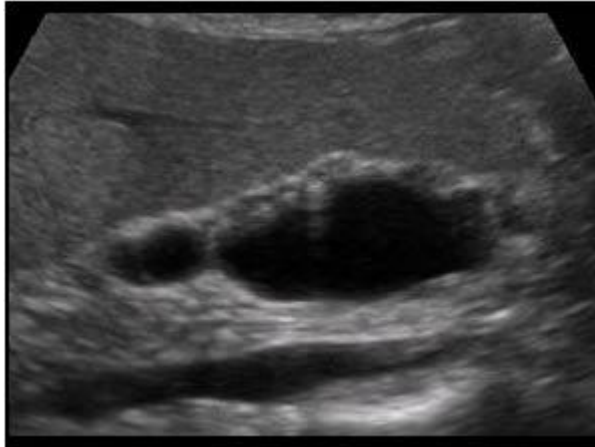
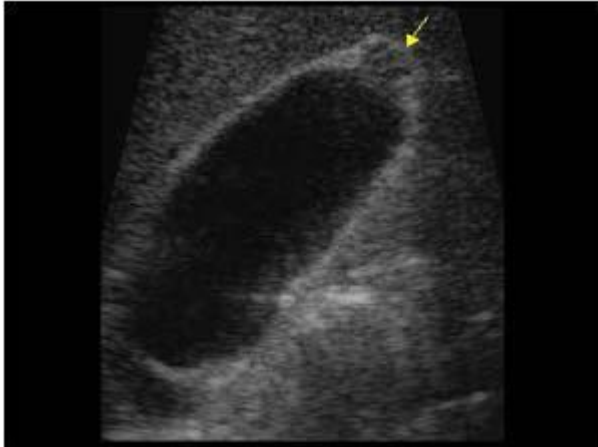
Adenomiomatosi

Creixement excessiu de la mucosa, engruiximent de la paret muscular, i formació de diverticles intramurals (molts cops focals). Tot i el nom, no hi ha cap canvi adenomatós. S'ha trobat a vesícules amb càncer, pel que s'ha suggerit que és una condició premaligna, però no està clar.

Si que hi ha clara associació d'adenomiomatosi i colelitiasi.

Prevalença de l'1% en postcirurgia. Més freqüent en dones

DIAGNÒSTIC ECOGRÀFIC: pot produir una projecció de la mucosa que pot donar l'aparença d'un pòlip a l'ecografia. Tenen de 10 a 20 mm de diàmetre. L'ecografia mostra un engruiximent focal (> 4 mm) de la paret de la vesícula biliar que pot ser difús o segmentari amb focus rodons anecoics que representen els diverticles intramurals.



Pòlips inflamatoris

Composats de teixit de granulació i teixit fibrós amb infiltració limfocitària.

Poden ser sèssils o pedunculats

Tamany habitual de 5 a 10 mm, encara que s'han descrit pòlips inflamatoris de més d'1 cm que es confonen fàcilment amb l'adenocarcinoma.

DIAGNÒSTIC ECOGRÀFIC: són homogenis, isoecoics amb el parènquima hepàtic, tenen una superfície llisa i normalment tenen pedicle.



Adenomes

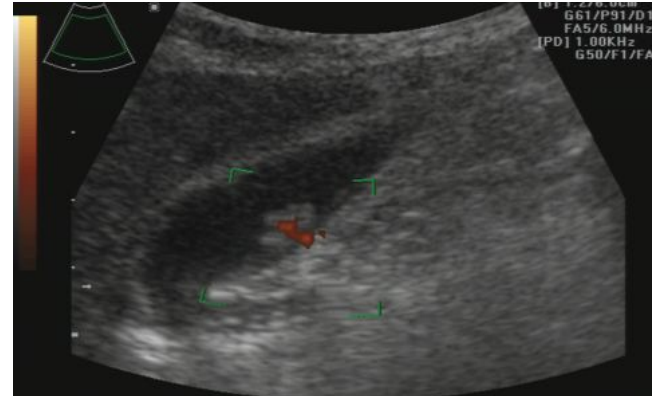
Tumors epitelials benignes compostos per cèl·lules que s'assemblen a l'epiteli biliar. Poden ser papil·lars, tubulars o mixtes.

Trobada incidental la majoria de cops, però algun cop poden estar associats a clínica de còlic biliar, obstrucció biliar i pancreatitis.

Dispèpsia?

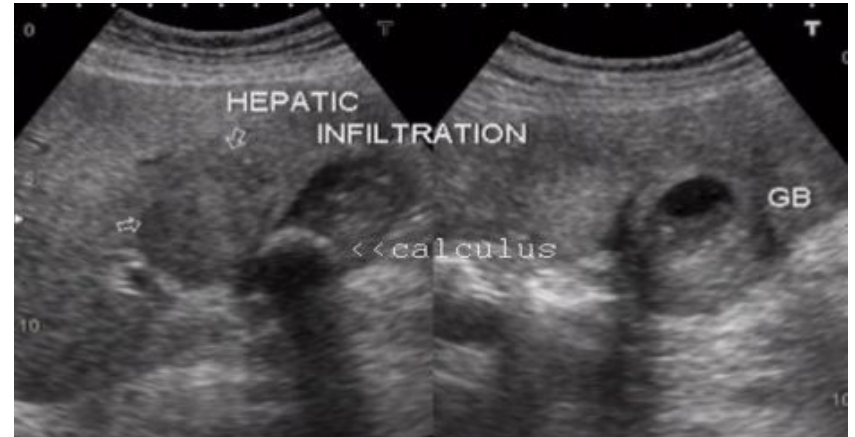
El risc de malignització creix amb el tamany i l'edat. Els de menys d'1 cm quasi mai són malignes, entre 1 i 2 cm la incidència de carcinoma pot ser del 43-77%. Els de més de 2 cm la incidència s'acosta al 100%. Per sobre de 60 anys també hi ha més risc de ser malignes.

DIAGNÒSTIC ECOGRÀFIC: són homogenis, isoecoics amb el parènquima hepàtic, tenen una superfície llisa, i en general no tenen pedicle.



FACTORS QUE INCREMENTEN EL RISC DE QUE UN PÒLIP SIGUI MALIGNE:

- **Tamany > 10 mm (és el millor predictor)**
- Pòlips sèssils
- Pòlip únic
- Pòlips amb engruiximent de la paret adjacent i/o invasió hepàtica
- Edat >60 anys



Pauta d'actuació

Pacients **simptomàtics** amb pòlips

- clínica de còlic biliar: es recomana colecistectomia
- dispèpsia: maneig conservador (sempre i quan no tinguin altres criteris de risc)

Pauta d'actuació

Pòlips junt a colelitiasi i/o colangitis esclerosant primària

Els pacients que tenen pòlips vesiculars i càlculs biliars concomitants han de ser sotmesos a **colecistectomia** independentment de la mida dels pòlips o la presència de símptomes, ja que els càlculs biliars són un factor de risc per al càncer de la vesícula biliar en pacients amb pòlips vesiculars.

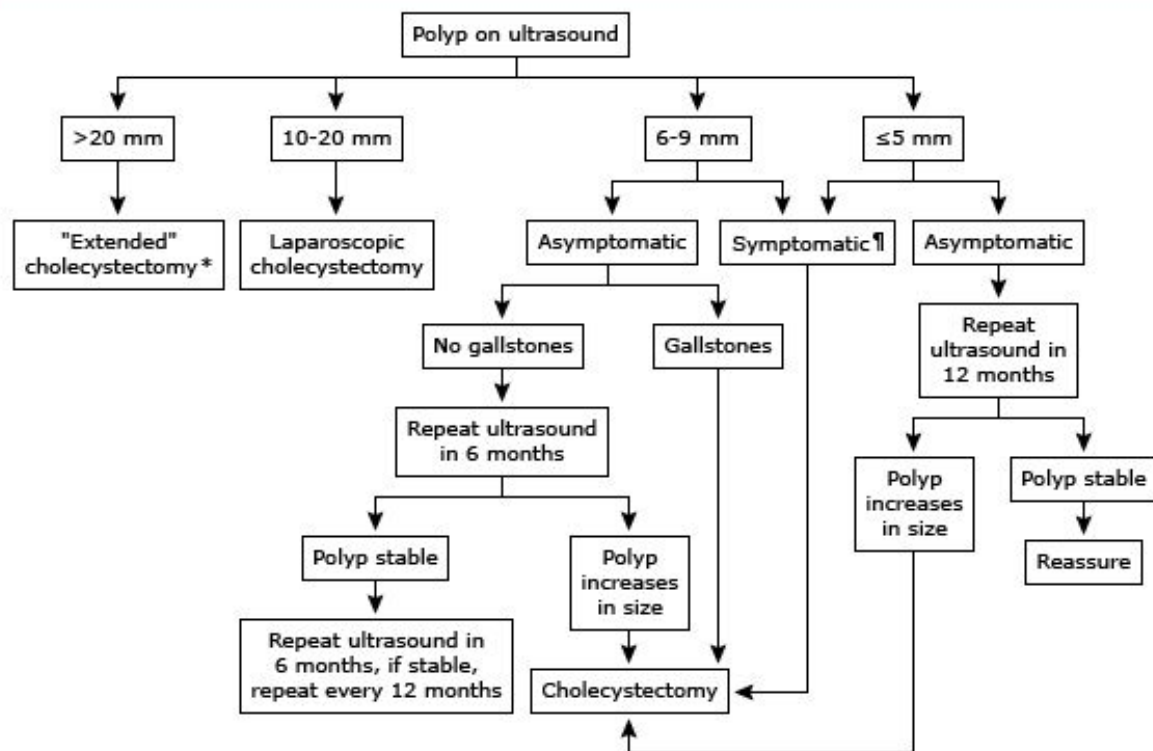
En pacients amb colangitis esclerosant es recomana ecografia anual i **colecistectomia** quan es troben pòlips, independentment de la mida.

Pauta d'actuació

Adenomiomatosi

Donada la incertesa de l'associació amb l'adenocarcinoma, **no es recomana la colecistectomia** a tothom, però cal tenir present que pot amagar un adenocarcinoma subjacent.

A suggested algorithm for managing gallbladder polyps found on ultrasound



* An extended cholecystectomy includes lymph node dissection and partial hepatic resection in the gallbladder bed.

¶ Symptoms: Biliary type pain, common duct obstruction, cholangitis, or recurrent pancreatitis. Dyspepsia is not an indication for surgery.