Revista Médica de Panamá - Digitalizado por Infomedic International - www.RevistasMedicas.org - Derechos reservados.

Caso de Interés Radiológico

Pólipos vesiculares múltiples

Juana Armonía Briceño de Rodríguez*

Palabras clave:
Vesícula, pólipos, colesterol, colesterolosis, adenocarcinoma, ultrasonido, tomografía computada.

**Radióloga, Policlínica de Betania, Caja de Seguro Social, Panamá*
Correspondencia:

Resumen
Se informa un caso de pólipos vesiculares múltiples, en una paciente con dolor en hipocondrio derecho y antecedente de adenocarcinoma de vesícula biliar en su madre.
Se le practicó estudio de ultrasonido y tomografía computada.
El informe histopatológico señaló colesterolosis y pólipos de colesterol.
Se hizo revisión de la literatura para determinar la conducta a seguir ante el diagnóstico sonográfico de pólipos en la vesícula biliar: colecistectomía o seguimiento sonográfico.

La paciente, del sexo femenino, de 47 años de edad, presentó dolor en hipocondrio derecho y dispepsia. Se le solicitó sonograma de la vesícula biliar. Tenía el antecedente familiar de adenocarcinoma de la vesícula biliar en su madre.

En el estudio sonográfico se identificaron múltiples imágenes ecogénicas adheridas a la pared vesicular, que no proyectan sombra acústica, ni se movilizan con los cambios de posición; (Figura 1 a y b); que se interpretaron como pólipos múltiples de diferentes tamaños, el mayor con 9.6 mm (Figura 1c).

Considerando el antecedente familiar, se recomendó una tomografía computada complementaria. El estudio se realizó con equipo tomográfico multidetectores, en fase simple y contrastada y se obtuvieron reconstrucciones coronales y sagitales.

(Fig. 2 a, b, c y d). Se confirmó la presencia de múltiples lesiones nodulares intra vesiculares con gran refuerzo con el medio de contraste, sin demostrar lesiones hepáticas adyacentes a la vesícula, ni crecimientos ganglionares en el área.

Se hizo el diagnóstico de pólipos vesiculares múltiples, y se descartó extensión tumoral hepática. Considerando el antecedente familiar y la sintomatología de

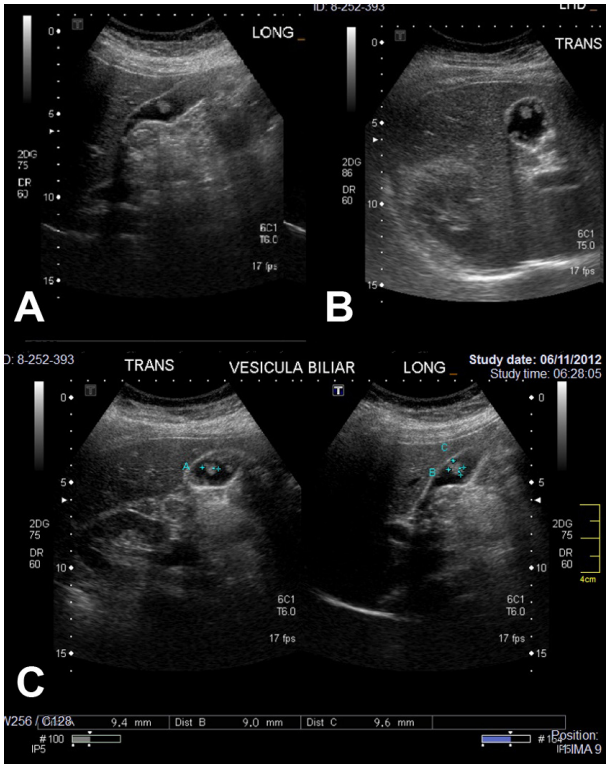

Figura 1: a. Corte longitudinal. b. Corte transversal. c. Pólipo de mayor tamaño 9.6mm

Revista Médica de Panamá - Digitalizado por Infomedic International - www.RevistasMedicas.org - Derechos reservados.

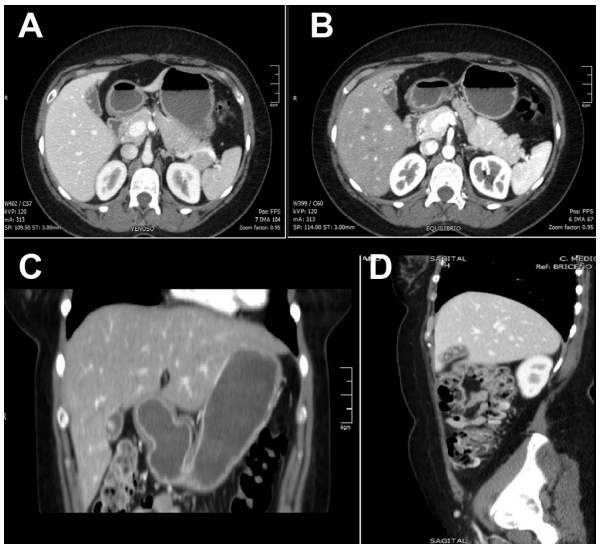

Figura 2: a. b., c. Reconstrucción coronal d. Reconstrucción sagital

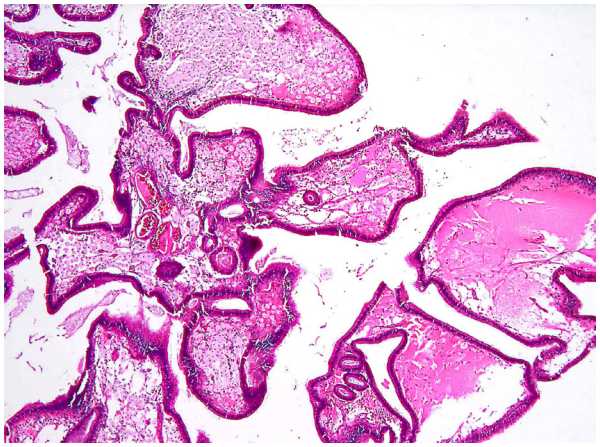

Figura 3: Descripción microscópica: Histológicamente se identifica mucosa biliar con inflamación crónica leve con áreas en lámina propia infiltradas por histiocitos espumosos conteniendo lípidos (colesterolosis). También se aprecian pólipos pequeños los cuales están recubiertos de mucosa biliar benigna cuya lámina propia (foto) presenta numerosos histiocitos espumosos conteniendo lípidos (pólipos de colesterol). (Cortesía del Dr. Antonio Saiz S.).

la paciente se realizó colecistectomía; la descripción macroscópica indicó la presencia de múltiples pólipos amarillos, lobulados, blandos, sin observarse cálculos, y el diagnóstico histopatológico fue colecistitis crónica, colesterolosis y pólipos de colesterol. (Fig. 3).

COMENTARIOS

Los pólipos vesiculares se detectan incidentalmente en aproximadamente 4%–7% de los pacientes a quienes se les realiza un sonograma de la vesícula biliar [1].

Estas lesiones se encuentran cada vez con mayor frecuencia, con el aumento en el uso de las imágenes para diagnóstico; su manejo sigue siendo un dilema clínico, debido a la preocupación por la presencia o desarrollo de carcinoma de la vesícula biliar.

Los pólipos vesiculares se clasifican en neoplásicos (adenoma, leiomioma, lipoma o carcinoma in situ) y no neoplásicos (pólipos de colesterol, adenomiomas, pólipos inflamatorios, pólipos hiperplásticos).

La mayoría de estas lesiones (95%) no son neoplásicas y los más comunes de éstos son los pólipos de colesterol, los cuales corresponden aproximadamente al 60% de las lesiones polipoideas de vesícula biliar. Los pólipos neoplásicos tienden a ser solitarios, mientras que los de colesterol típicamente son múltiples [2].

Muchas de las imágenes que se interpretan como pólipos, por ultrasonido, resultan ser litiasis o barro biliar adheridos a la pared de la vesícula biliar, cuando se realiza la colecistectomía. Inclusive parecen desaparecer o disminuir de tamaño en el tiempo al realizarse seguimiento sonográfico de las mismas [1].

Los pólipos de colesterol se encuentran en pacientes evaluados por malestar epigástrico y dolor en el hipocondrio derecho; un pequeño número de casos se asocia a litiasis vesicular y a colesterolosis. La mayoría son pacientes mujeres entre 40 y 50 años, con una relación mujer-hombre de 2.9:1 [3].

Al examen histológico, los pólipos de colesterol están compuestos por macrófagos cargados de lípidos y cubiertos por epitelio vesicular normal. Macroscópicamente se observan como múltiples y pequeñas proyecciones polipoideas, lobuladas, amarillas adheridas a cualquier porción de la mucosa de la vesícula biliar. Generalmente son menores de 10mm de diámetro, aunque se han reportado algunos pólipos de 20mm [3].

Sonográficamente, se observan como nódulos altamente ecogénicos adheridos a la pared vesicular, redondos o ligeramente lobulados, que no proyectan sombra acústica. A veces es difícil distinguirlos de pequeñas litiasis adheridas a la pared vesicular que no proyecten sombra acústica. Los pólipos de mayor tamaño son menos ecogénicos que los pequeños.

En tomografía computada sin contraste, los pólipos son difíciles de ver, ya que los coeficientes de atenuación de éstos son similares a los de la bilis. Sin embargo, con medio de contraste presentan refuerzo por la vascularidad del pólipo [3].

El riesgo de neoplasia de la vesícula biliar en los pólipos detectados incidentalmente es extremadamente bajo.[1] El antecedente de carcinoma de vesícula biliar en la familia parece aumentar las probabilidades de una persona de padecer este cáncer, pero el riesgo sigue siendo bajo debido a que esta enfermedad es poco común [4].

Se ha señalado que el riesgo de malignidad aumenta en los pólipos con diámetros de 10mm o mayor, isoecoicos, sésiles, únicos, pólipos asociados a engrosamiento o infiltración de la pared vesicular, y en pacientes mayores de 60 años de edad. También, si existen pólipos asociados a litiasis vesicular, se recomienda colecistectomía, al considerarse la presencia de cálculos y pólipo, otro factor de riesgo para malignidad.

De acuerdo al tamaño, las recomendaciones actuales para el manejo de los pólipos de la vesícula biliar indican colecistectomía cuando el diámetro es de10mm o mayor y seguimiento sonográfico en las lesiones menores de 10mm [1]. Al hacer seguimiento, un cambio en el tamaño que se considere significativo es de 2mm o mayor. Cuando son pólipos múltiples, se evalúa el de mayor tamaño y se vigilan cambios de apariencia en el resto de los pólipos[1]. Algunos estudios sugieren un seguimiento con ecografía a los tres y seis meses, y luego, anualmente y continuarse por 10 años. Los pólipos estables, pueden ser seguidos en forma anual, mientras que aquellos que aumentan de tamaño, deben ser resecados [2].

También se ha visto que esta recomendación implica un gran número de estudios sonográficos de seguimiento que resultan innecesarios, ya que no se ha demostrado progresión de pólipos a cáncer, en aquellos que son menores de 10mm. Además, hay autores que de acuerdo a los datos obtenidos en sus estudios, sugieren que los pólipos que miden 6mm o menos no requieren seguimiento adicional [1].

Sin embargo, el tamaño limítrofe para indicar seguimiento, el intervalo de este seguimiento y la duración del mismo aún sigue siendo controversial [1].

Key words:
Gallbladder, polyps, cholesterol, cholesterolosis, carcinoma, ultrasound, computed tomography.

Abstract

We reported a case of multiple gallbladder polyps, in a patient with a right upper quadrant pain and family hystory of gallbladder cancer. A gallbladder ultrasound and Computed Tomography were performed. Cholesterolosis and gallbladder cholesterol polyps were diagnosed by the pathologist. A brief review of the literature was made to recommend the best treatment: follow up sonograms vs cholecystectomy.

REFERENCIAS

[1] Michael T. Corwin, MD, Bettina Siewert, MD, Robert G. Sheiman, MD, Robert A. Kane, MD. Incidentally Detected Gallbladder Polyps: Is Follow-up Necessary?—Long-term Clinical and US Analysis of 346 Patients. Radiology, January 2011; 258, 277-282.

[2] William C. Gallahan, MD, Jason D. Conway, MD, MPH. Manejo de los Pólipos de la Vesícula Biliar. Gastroenterol Clin N Am 2010; 39: 359–367

[3] Angela D. Levy, LTC, MC, USA, Linda A. Murakata, CDR, MC, USN, Robert M. Abbott, LTC, USAF, MC and Charles A. Rohrmann Jr, MD. Benign Tumors and Tumorlike Lesions of the Gallbladder and Extrahepatic Bile Ducts: Radiologic-Pathologic Correlation . RadioGraphics, March 2002; 22: 387-413.

[4] American Cancer Society. Cáncer de Vesícula biliar, http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002294-pdf.pdf

Revista Médica de Panamá - Digitalizado por Infomedic International - www.RevistasMedicas.org - Derechos reservados.