

DIAGNÓSTICO, MANEJO Y SEGUIMIENTO DE LOS PÓLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR.

Actualización de la Guía Europea conjunta
2021. ESGAR, EAES, EFISDS y ESGE

Helena Roch Palanca
Covadonga del Riego Fernández-Nespral
Carmen Campos Rebollo
María García Lorente
Miguel Pareja Aguado
Judith Martínez González

Contenido

1) Objetivo docente y revisión del tema: Revisión Guía Europea 2021.

2) Pólipos verdaderos y Pseudopólipos.

3) Métodos diagnósticos. Ecografía transabdominal.

4) Diagnóstico diferencial. Litiasis y barro biliar.

5) Factores de malignidad. Otros factores de riesgo no incluidos y motivo de discusión multidisciplinar.

6) Revisión de la Guía Europea 2021.

7) Puntos Críticos.

8) Bibliografía.

1. Objetivo Docente y revisión del tema

- El hallazgo incidental de pólipos en la vesícula biliar supone un inconveniente entre médicos clínicos y radiólogos para determinar la periodicidad del seguimiento con técnicas de imagen, principalmente por el temor a una degeneración histológica a adenocarcinoma de la vesícula biliar.
- El principal objetivo docente de este póster es esclarecer cual es el manejo y posterior seguimiento de los pólipos adaptada la última revisión de la guía conjunta actualizada de la ESGAR (European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology) EAES European Association for Endoscopic Surgery, EFISDS (European Federation International Society for Digestive Surgery) ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) con fecha de publicación en 2021.
- Se ha realizado una breve descripción de los pólipos verdaderos y los pseudopólipos, asimismo, se ha hecho una descripción y diagnóstico diferencial.
- Todas las imágenes de ecografía y de resonancia magnética que ilustran esta presentación han sido extraídas del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF).

2. Pólipos vesiculares verdaderos y Pseudopólipos.

La prevalencia de pólipos en la vesícula biliar se estima entre un 4,3-6,9%, siendo más frecuente entre los varones. Debemos conocer la diferencia entre los pólipos verdaderos y los pseudopólipos. La prevalencia de estos últimos es mayor y por sí mismos, no tienen potencial de malignidad, por lo que no son motivo de seguimiento ecográfico.

Los pseudopólipos incluyen: pseudopólipos de colesterol (los más frecuentes), pseudopólipos inflamatorios e hiperplásicos y la adenomiomatosis.

Los verdaderos pólipos pueden ser benignos o malignos. Entre los benignos encontramos los adenomas y entre los malignos los adenocarcinomas. Otros tipos menos frecuentes de pólipos verdaderos benignos son los leiomiomas y lipomas y entre los pólipos malignos encontramos los linfoma y metástasis, siendo más frecuente la metástasis del melanoma, adenocarcinoma renal y adenocarcinoma de colon.

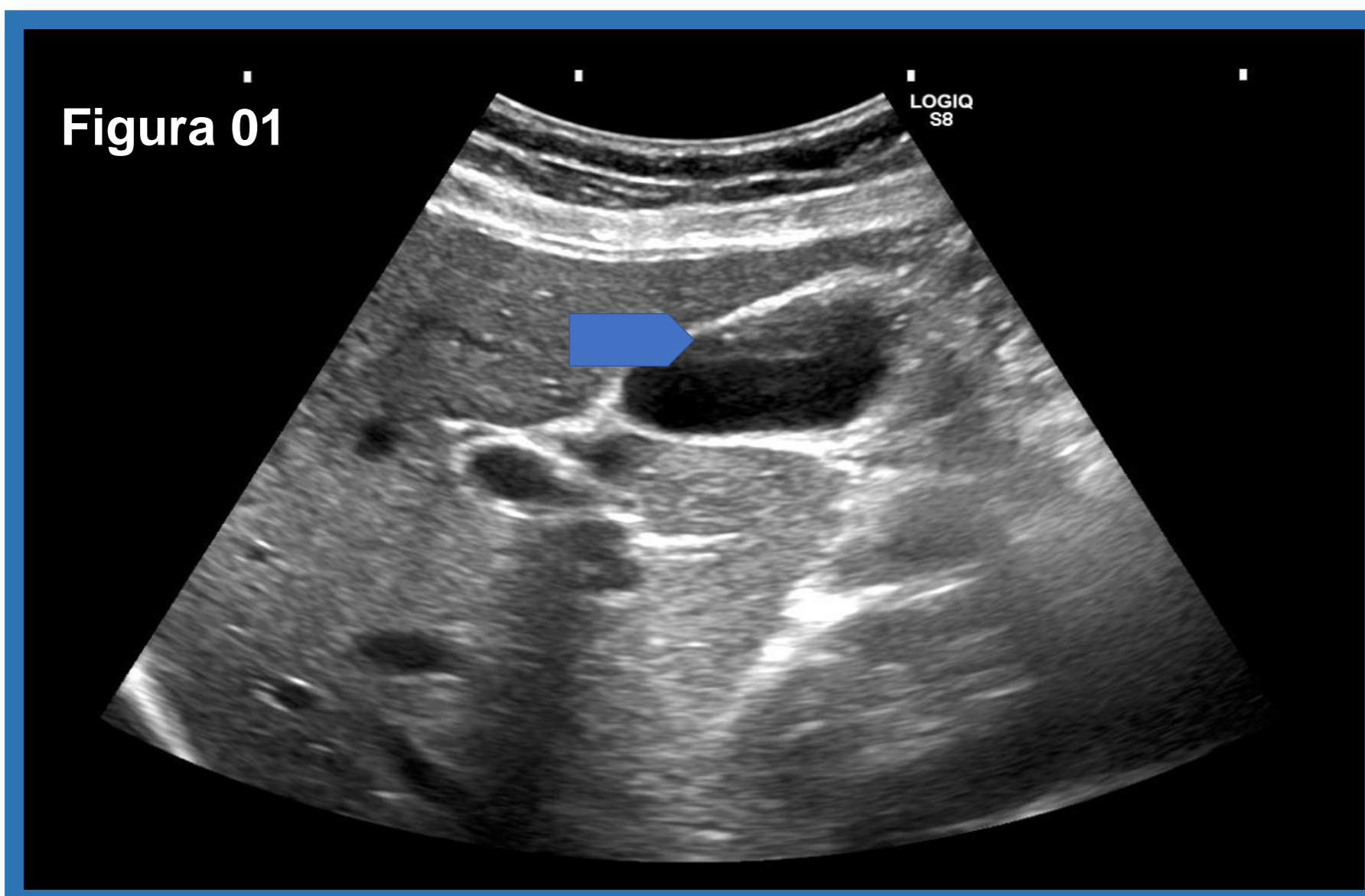
Generalmente es un hallazgo casual durante la exploración radiológica ya que suelen ser asintomáticos. En ocasiones causan síntomas poco específicos similares a las litiasis por obstrucción de la bilis, tales como náuseas, vómitos y dolor ocasional en el hipocondrio derecho. En caso de tratarse de pólipos de mayor tamaño se podría incluir la dispepsia e ictericia obstructiva

PÓLIPOS VERDADEROS		PSEUDOPÓLIPOS
BENIGNOS	MALIGNOS	TIPOS:
Adenoma	Adenocarcinoma	Pseudopólipos de colesterol. (colesterosis)
Leiomiomas	Metástasis (renal, colon y melanoma)	Pseudopólipos hiperplásicos / inflamatorios
Lipomas	Linfoma	Adenomiomatosis

Pseudopólipos

1. Pseudopólipos de colesterol:

- Se trata de los más frecuentes y presentan una estrecha relación en pacientes con síndrome metabólico.
- Se describen como prolongaciones papilares de gran tamaño, constituidas por histiocitos con contenido lipídico y unidos a la pared por delgados tallos. El tallo no suele verse. Generalmente son menores de 5mm.

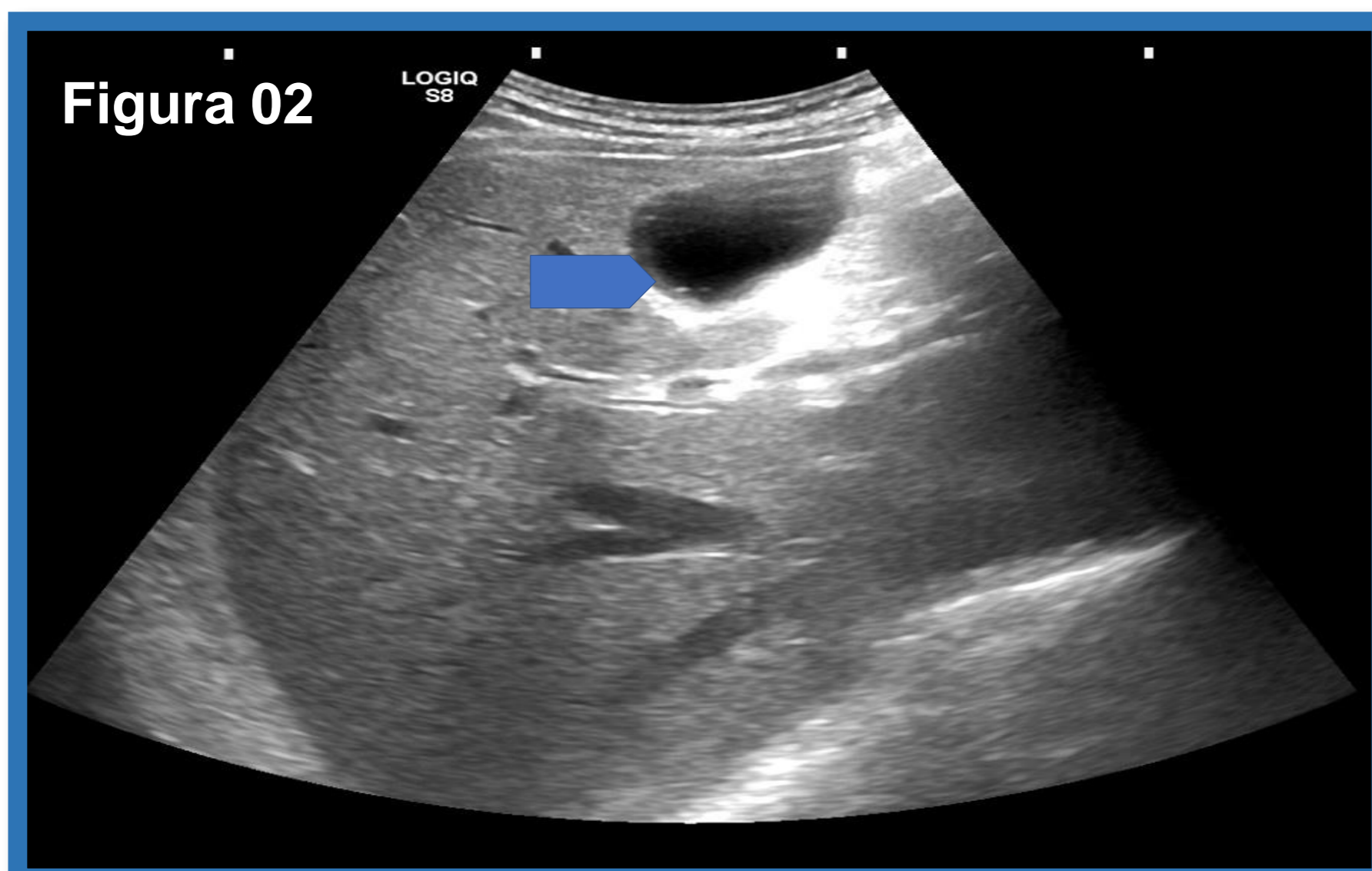


Puntos clave:

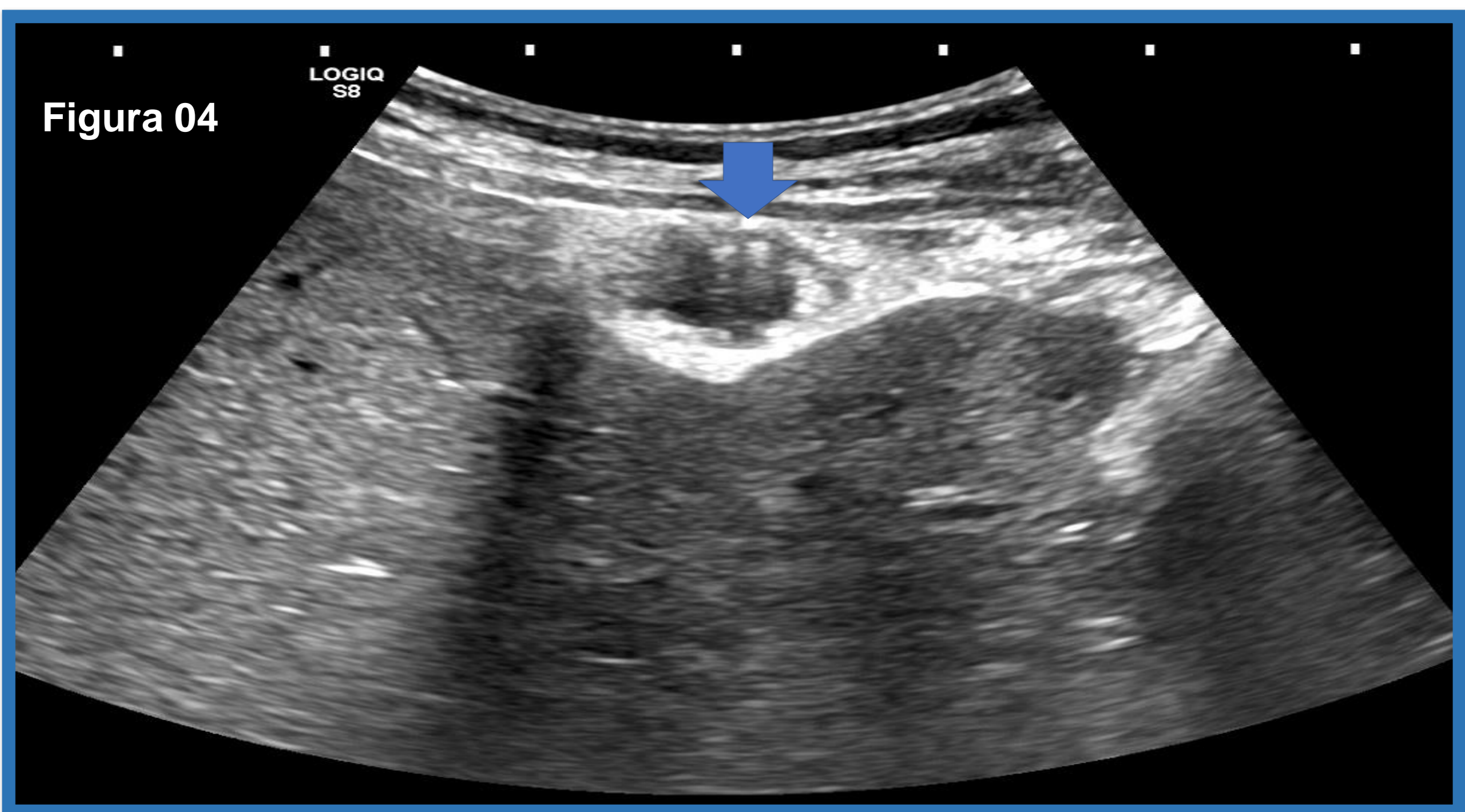
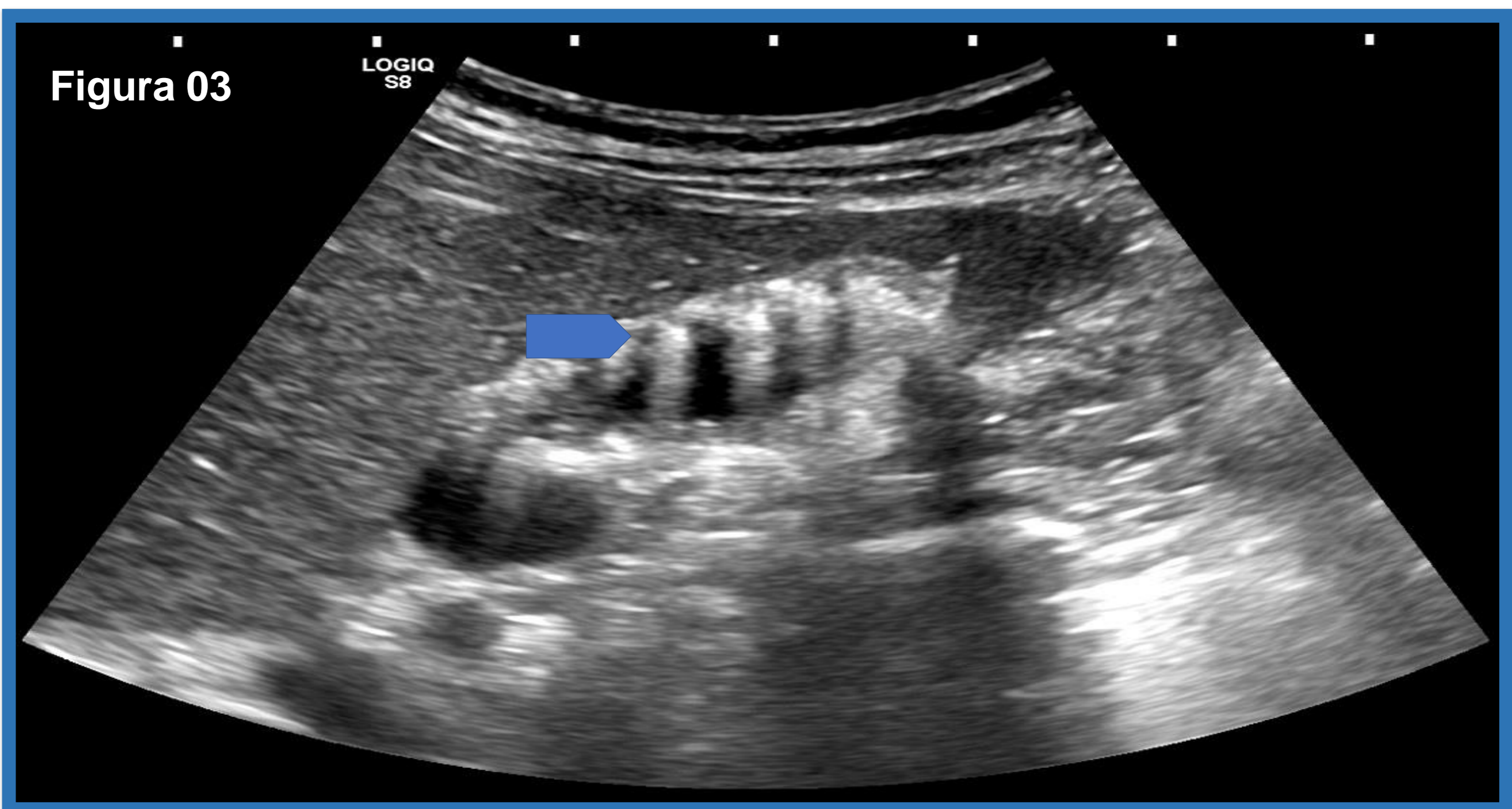
No se movilizan con los cambios de posición.

Artefacto en “cola de cometa “. (flecha azul)

No son motivo de seguimiento ecográfico.

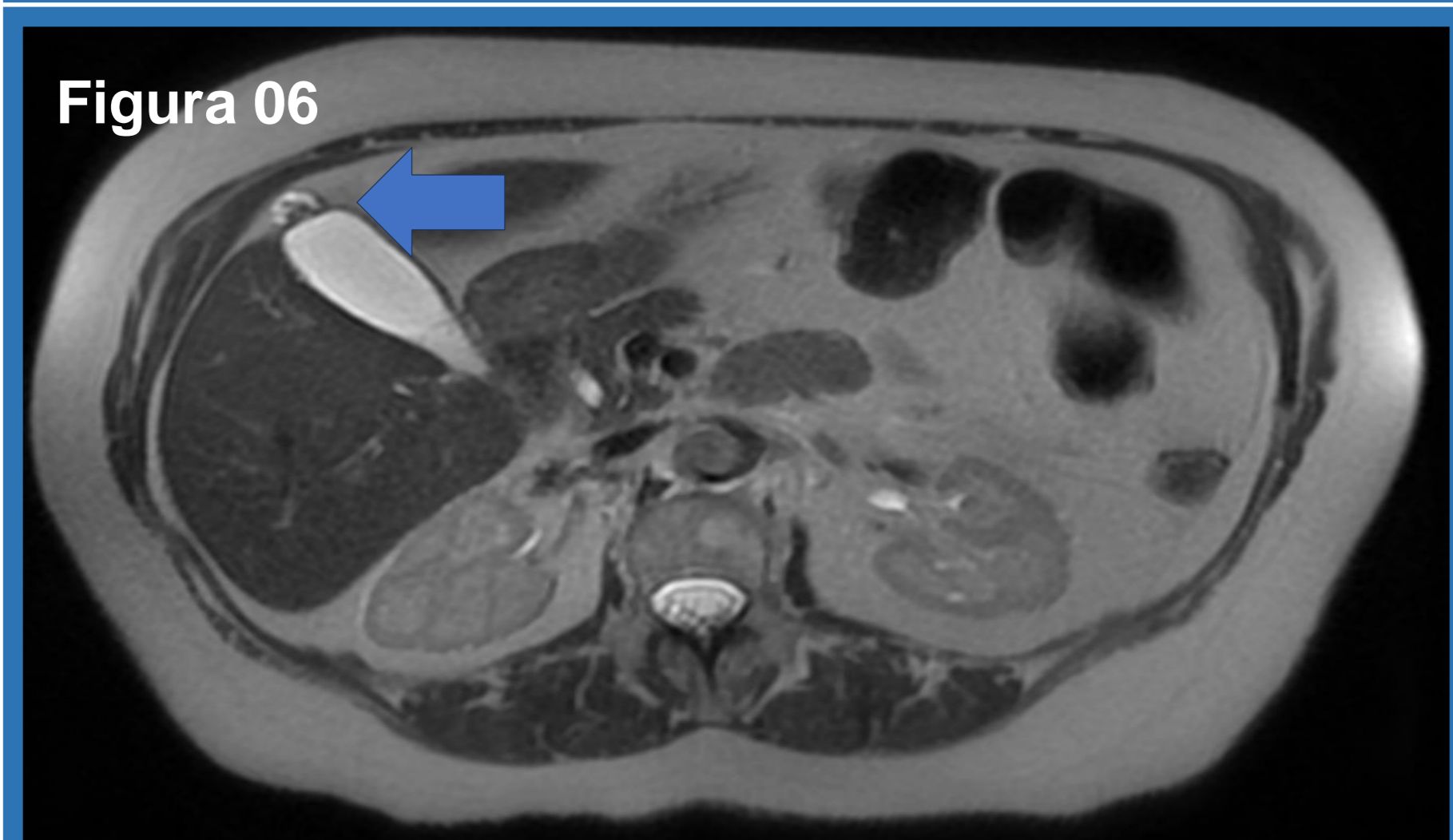
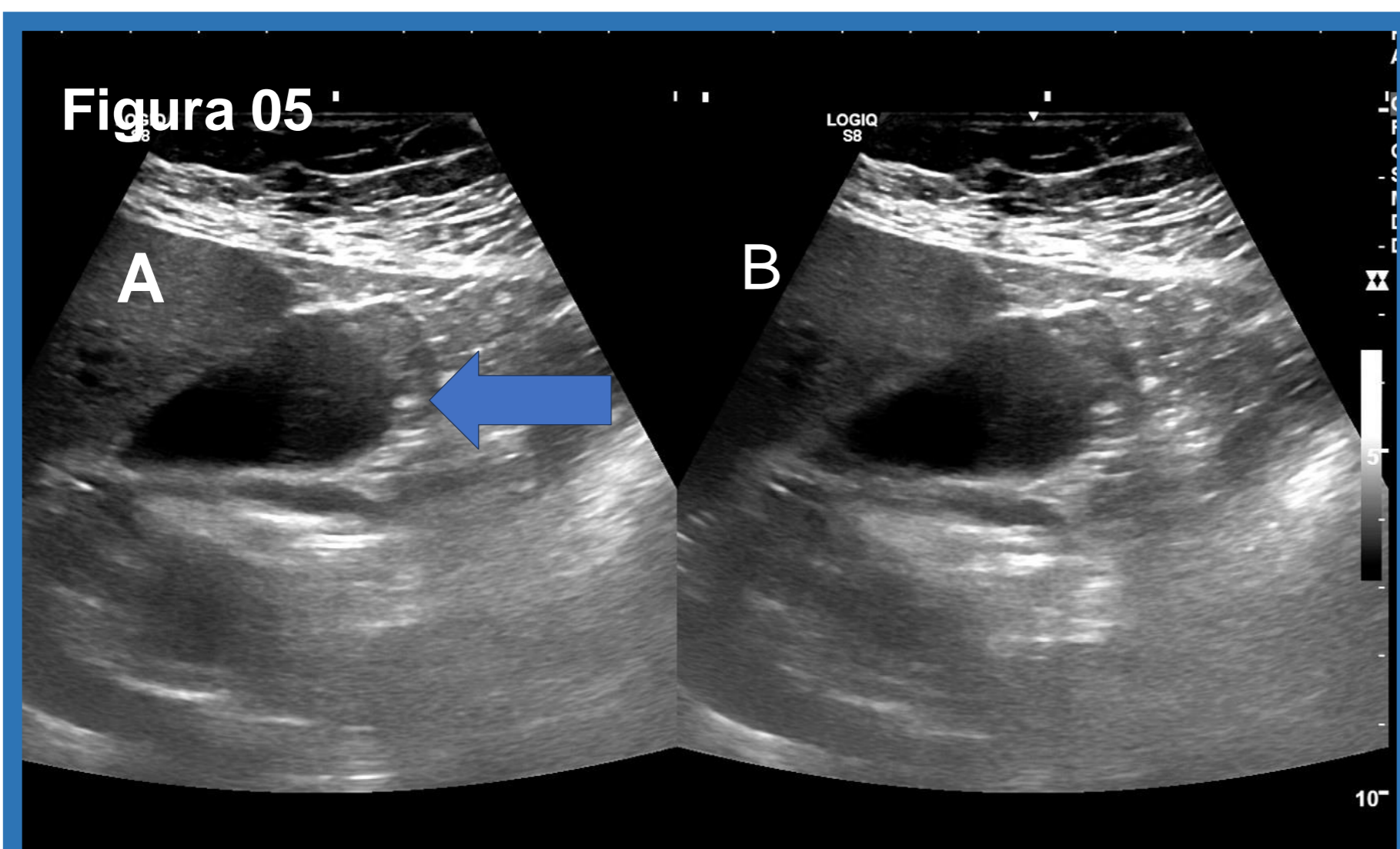


Figuras 01 y 02. Ecografía de la vesícula biliar. Corte longitudinal y corte axial respectivamente. Pseudopólipos de colesterol de pequeño tamaño. No se demuestra dependencia de la pared de la vesícula biliar.



Figuras 03 y 04. Estudio ecográfico de la vesícula biliar en eje longitudinal y eje axial. Pseudopólipos de colesterol con el artefacto en "cola de cometa" (Flecha azul).

- **2. Pseudopólipos inflamatorios/ hiperplásicos.**
- Los pseudopólipos inflamatorios poseen un estroma de tejido granuloso, infiltrado inflamatorio polimorfonuclear reactivo y ausencia de glándulas. Los pseudopólipos hiperplásicos están constituidos por mucosa propia con presencia de estructuras glandulares normotípicas y frecuentemente dilatadas.
- **3. Adenomiomatosis.**
- La adenomiomatosis vesicular es una lesión benigna y adquirida. Se caracteriza por una invaginación de la mucosa a través del tejido fibromuscular subepitelial, formando los llamados senos de Rokitansky-Aschoff junto con hiperplasia del músculo liso donde se acumula y concentra en bilis. A continuación, precipitarán los cristales, posteriormente calcificarán y causarán inflamación crónica. Tipos; focal (reto diagnóstico en la diferenciación), segmentaria, sistémica.

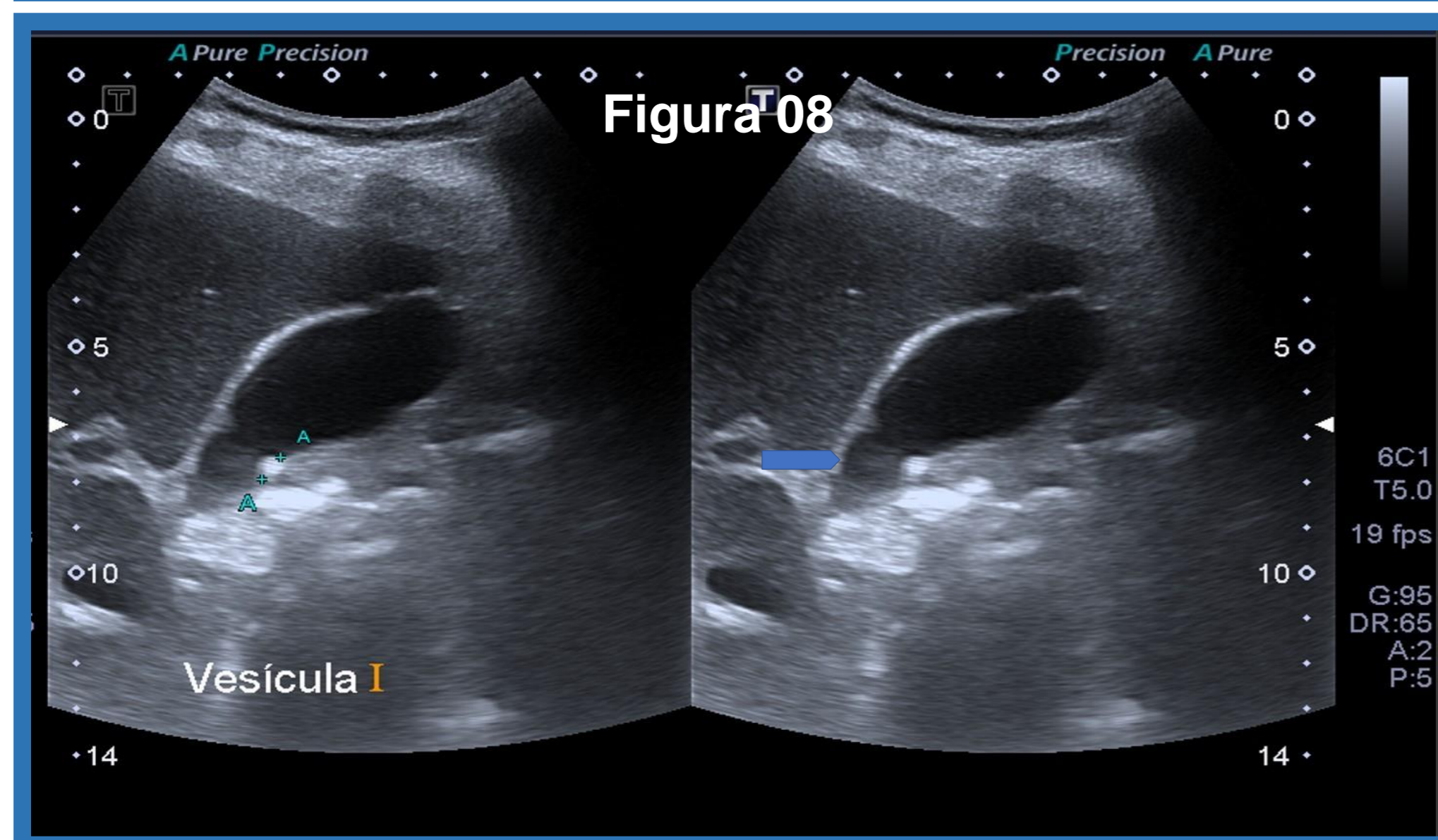
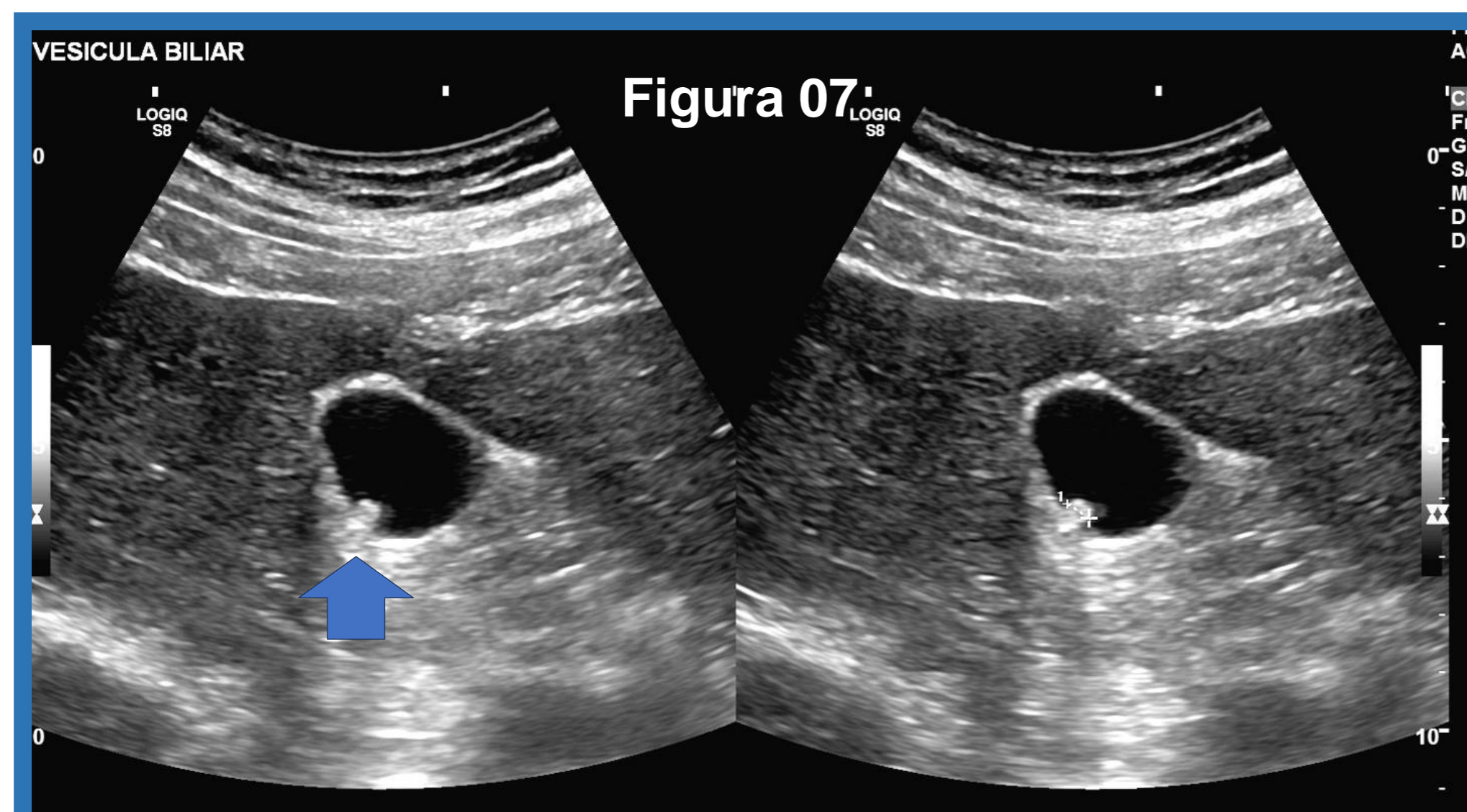


Figuras 05. Cortes longitudinales (A) (B). Adenomiomatosis focal en el fundus de la vesícula biliar.

Figura 06. Demostración con la colangiografía-RM. Senos de Rokitansky-Aschoff hiperintensos en secuencias potenciadas en T2.

Pólipo Verdadero Benigno: Adenoma

Los adenomas de la vesícula se corresponden con un grado de displasia leve, caracterizado por la proliferación de estructuras glandulares de tipo tubular con escaso estroma. Este tipo de neoformaciones principalmente benignas, sí que tienen cierto componente de degeneración maligna y este hecho, está en estrecha relación con el tamaño del pólipo



Puntos Clave:

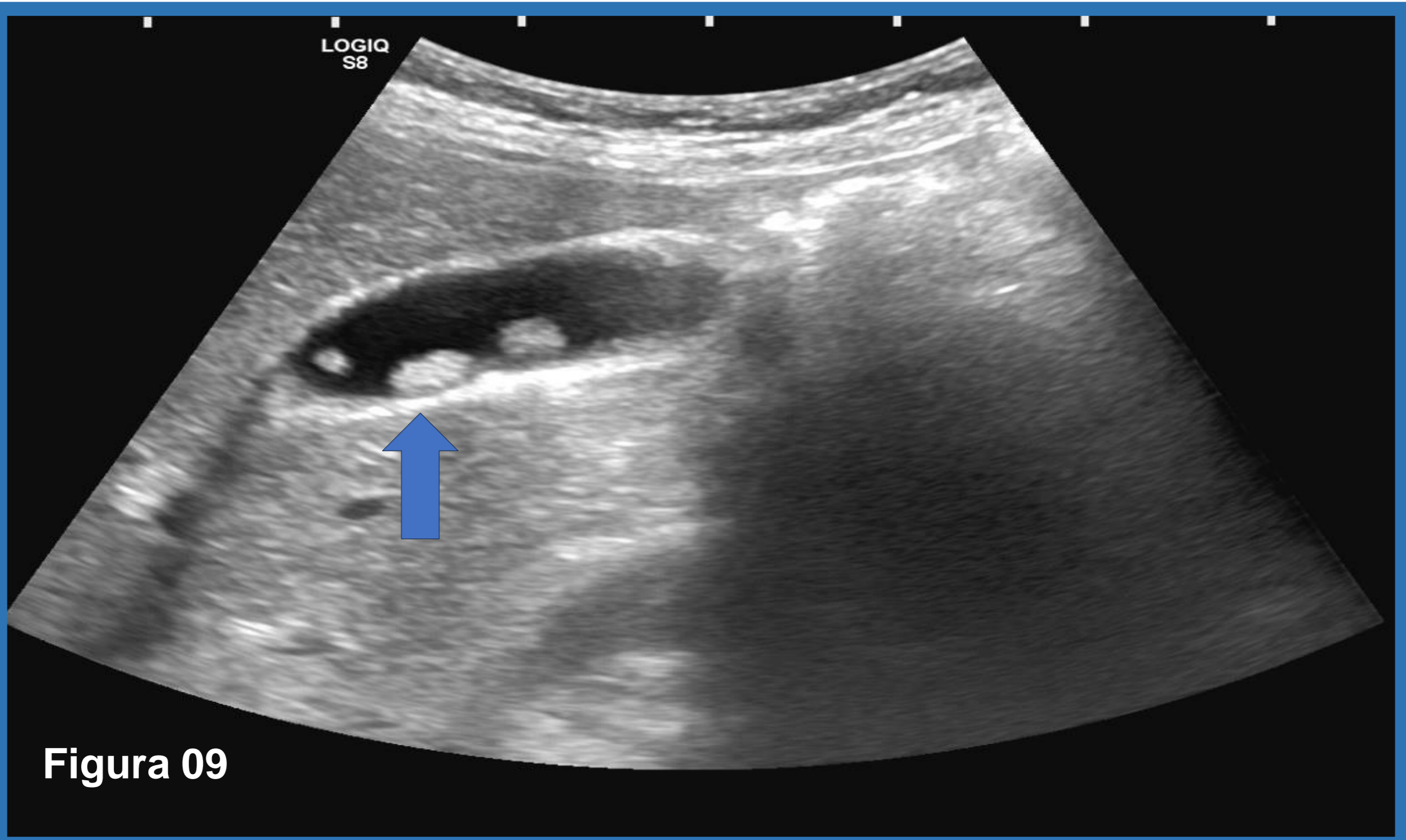
Lesiones intraluminales nodulares

No cambia su localización con la movilización del paciente.

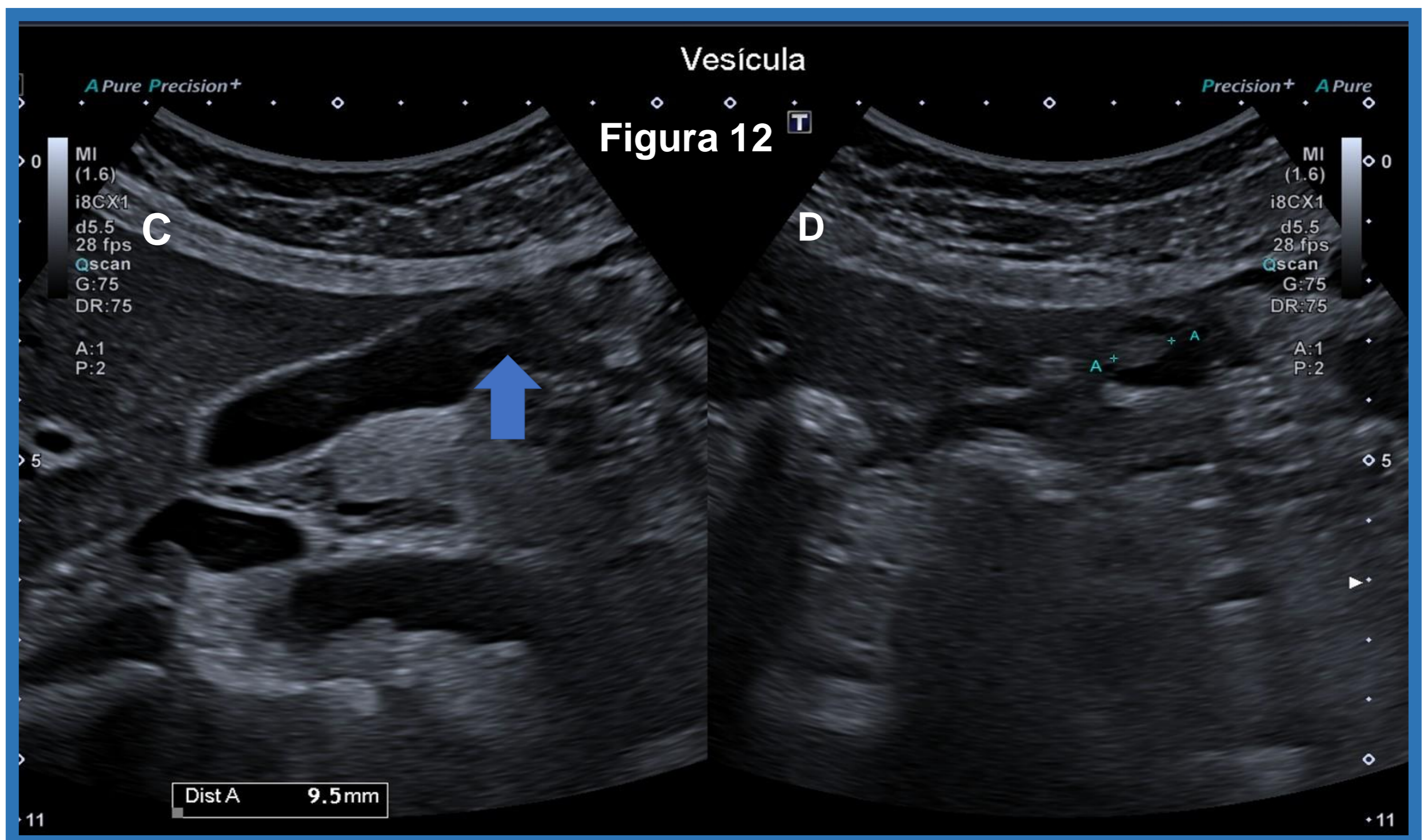
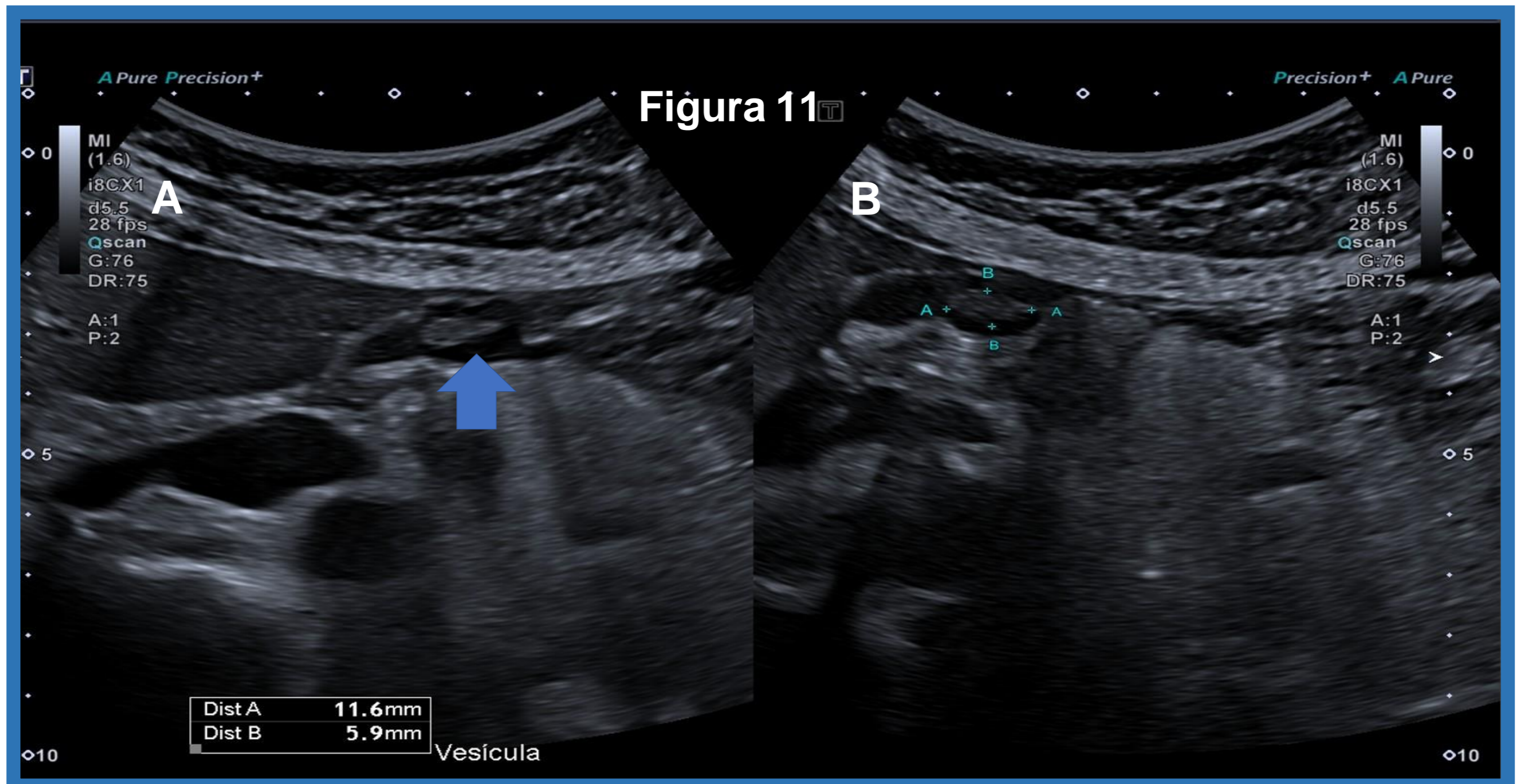
Apariencia sólida, ecogénicas y homogéneas.

Pueden mostrar contorno lobulado o de coliflor.

Figuras 07 y 08. Cortes axiales (07) y longitudinales (08). Se observa dos pólipos dependientes de la pared vesicular.



Figuras 09 y 10. Cortes longitudinales con visualización de pólipos verdaderos dependientes de la pared menores de 1cm.



Figuras 11 y 12 Cortes longitudinales (A y C) y axiales (B y D). Pólipo verdadero dependiente de la pared vesicular.

Pólipo Verdadero Maligno.

En este grupo encontramos el adenocarcinoma, una neoplasia maligna poco frecuente pero con alta tasa mortalidad. El pronóstico de supervivencia a los 5 años es menor del 25%

Neoplasia vesicular caracterizadas por displasia de alto grado.

La incidencia varía entre grupos étnicos, los de menor incidencia son los caucásicos y norteamericanos, siendo los asiáticos los de mayor incidencia.

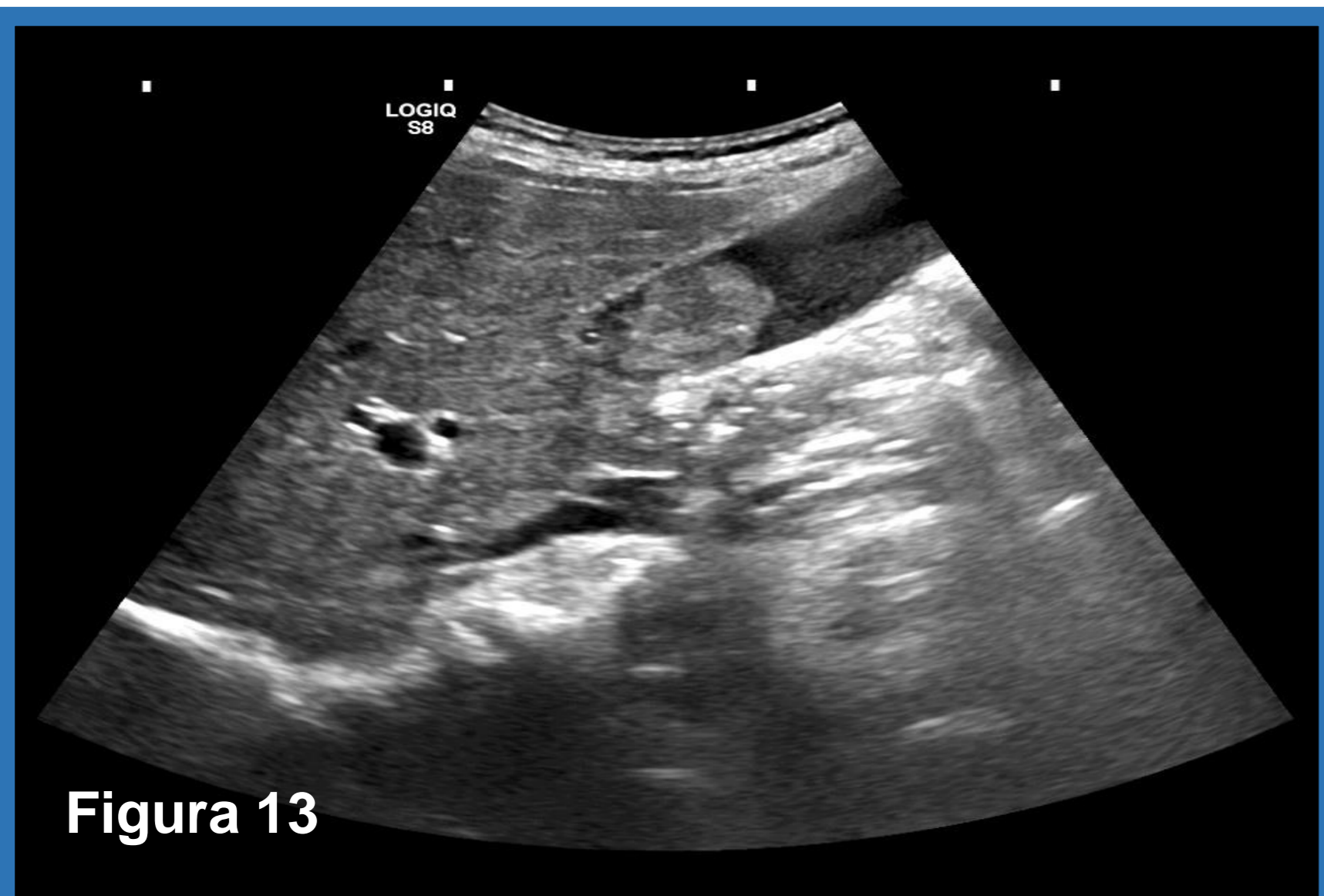


Figura 13

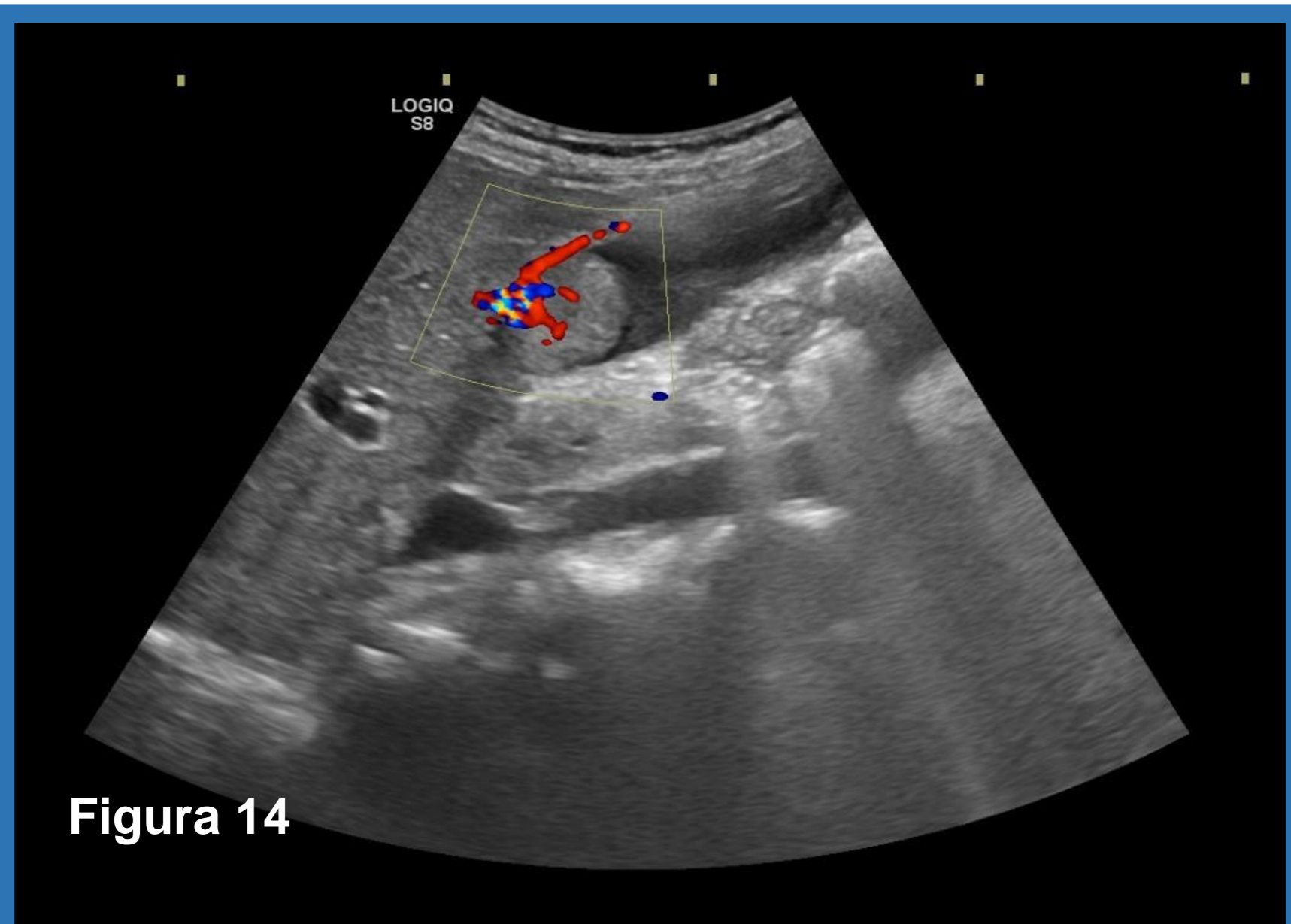


Figura 14

Puntos Clave :

Lesión exofítica que puede infiltrar estructuras adyacentes

No se modifica la localización con el cambio de posicionamiento.

Engrosamiento mural asimétrico.

Alta vascularización con presencia de flujo Doppler.

Figuras 13 y 14. Cortes longitudinales. Barro biliar y pólipo verdadero maligno de gran tamaño con captación de flujo Doppler positivo. Anatomía patológica resultante; metástasis de adenocarcinoma renal.

3. Métodos diagnósticos: ecografía transabdominal.

- Inicialmente no existía un consenso bien definido y se hacía un seguimiento ecográfico de duración a criterio del médico clínico, pero dada la alta prevalencia de pólipos y el mayor conocimiento de ellos, se ha visto la necesidad de llegar a un consenso.
- El diagnóstico y el seguimiento inicial debe estar basado en ecografía transabdominal

ALTA EFICACIA
ALTA EFICIENCIA
REPRODUCIBILIDAD

PARA PÓLIPOS DE MÁS DE 10 MM

SENSIBILIDAD: 84%
ESPECIFICIDAD 96%

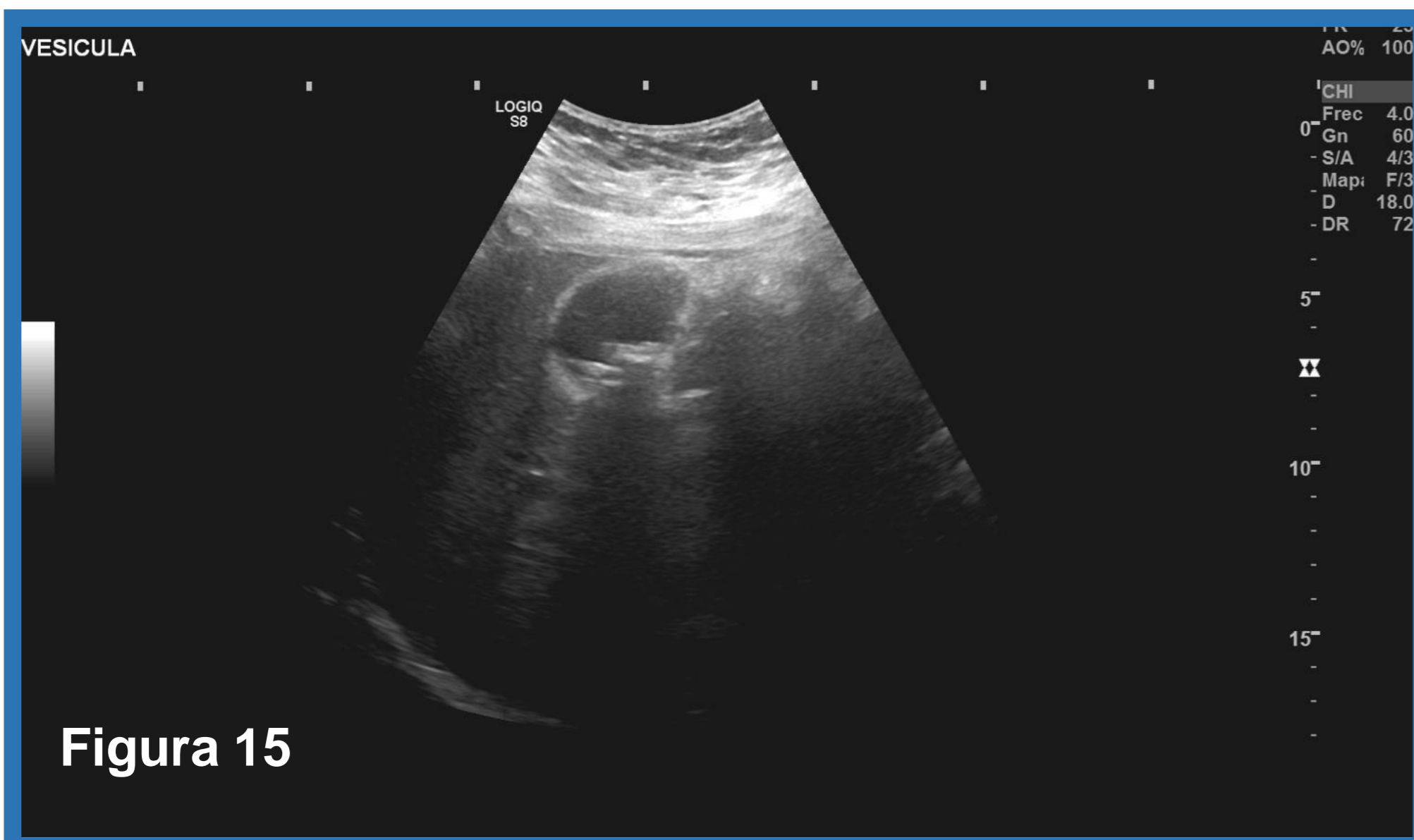
AYUNO DE 6H
VALORACIÓN EN DECUBITO
SUPINO Y DECÚBITO LATERAL
IZQUIERDO

LIMITACIONES: OPERADOR
DEPENDIENTE, PACIENTES OBESOS,
INTERPOSICIÓN DE ASAS
INTESTINALES, VESÍCULA
MULTITIÁSICA

- Otras técnicas de imagen como la eco-endoscopia y la ecografía con contraste no están inicialmente recomendadas para su seguimiento. Su utilización se ciñe únicamente en caso de duda diagnóstica, sobre todo en caso de pólipo maligno y se realiza en centros especializados.

4. Diagnóstico Diferencial: Litiasis y barro biliar

- El seguimiento de las **litiasis biliares** es una de las indicaciones más frecuentes de estudios ecográficos actualmente. Las litiasis están compuestas por cálculos de colesterol, cálculos de pigmentos (bilirrubinato cálcico) o tener una composición mixta, en este último caso la más frecuente.



Puntos Clave:

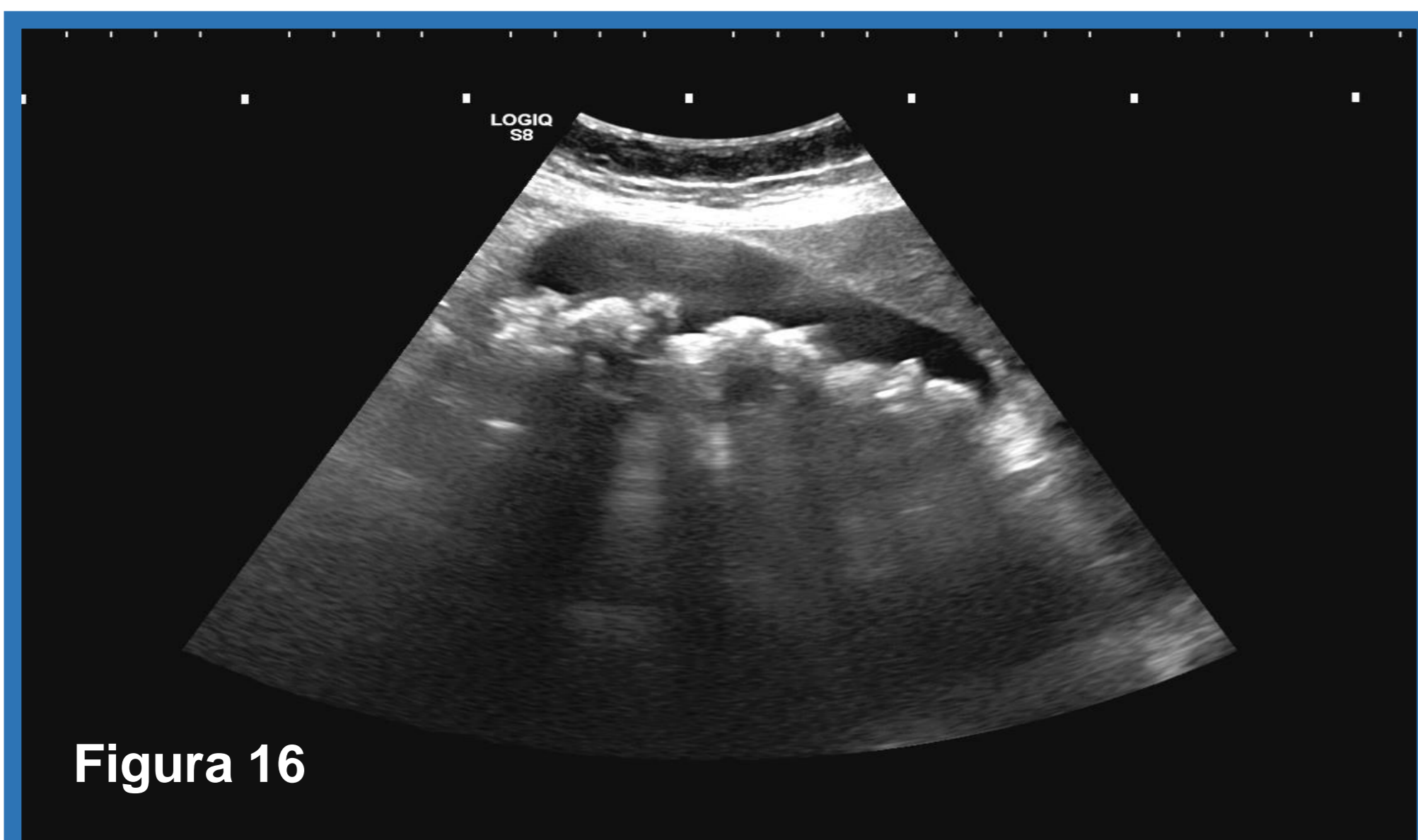
Presencia de sombra acústica.

Si son inferiores a 2-3 mm pueden no dejar sombra

Naturaleza móvil con los cambios de posición del paciente

Independencia de la pared.

Algunas litiasis pueden ser de gran tamaño y multiplicidad



Imágenes 15 y 16. Corte axial y corte longitudinal con múltiples litiasis.

- El **barro biliar** se produce por el espesamiento de la bilis produciendo estasis biliar. Puede aparecer en casos de ayuno prolongado, enfermos de unidades críticas, mujeres embarazadas, pérdida de peso rápida, nutrición parenteral y toma de fármacos.



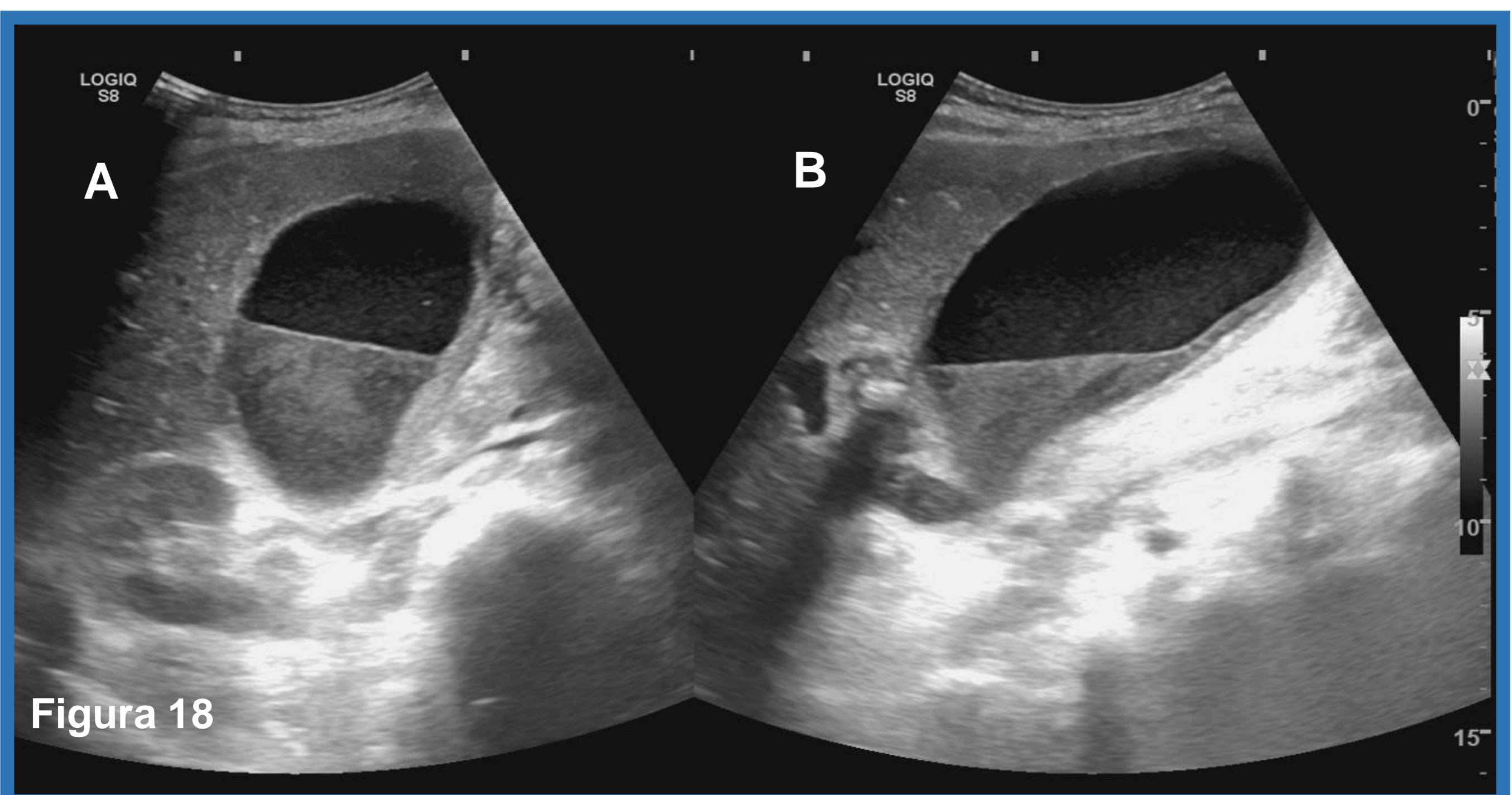
Figura 17. Corte axial de la vesícula con barro biliar.

Puntos Clave :

- Contenido hiperecogénico intraluminal
Masa móvil y sin sombra.
- Puede ocupar completamente la luz de la vesícula.
- Suele asociarse con cálculos

Se sitúa en porciones declives, formando un nivel horizontal.

Se modifica con los cambios posicionales del paciente.



Figuro 18 Cortes axial (A) y longitudinal (B). Colecistitis con barro biliar y detritus.

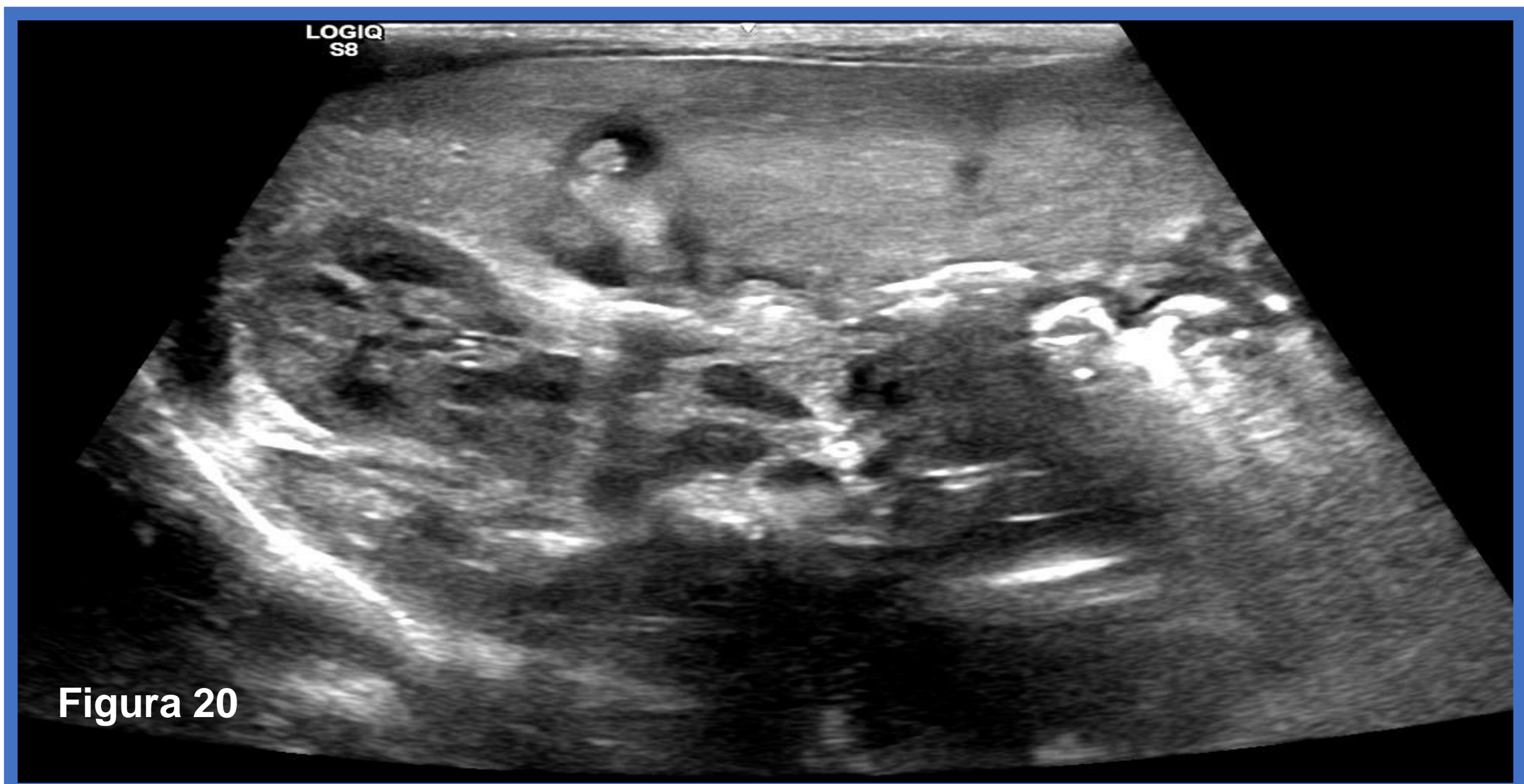


Figura 19 y 20 Conglomerado de barro biliar en neonato de 20 días. No se observa dependencia de la pared vesicular y durante la exploración se demostró la movilización tras el cambio de posicionamiento del paciente.

5. Factores de riesgo.

- **1. Edad mayor de 60 años.**
- **2. Colangitis esclerosante primaria. (CEP):** Aumenta el riesgo independientemente del tamaño del pólipo.
- **3. Pacientes asiáticos:** Aumento de prevalencia de adenocarcinoma de vesícula en India principalmente.
- **4. Lesiones sésiles polipoides.**
- **5. Engrosamiento focal de la pared vesicular mayor de 4mm.**

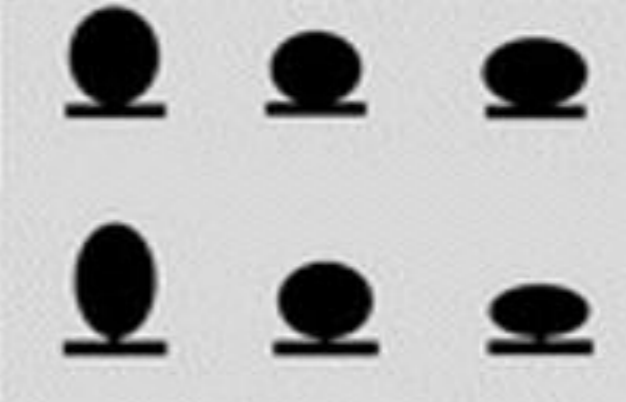
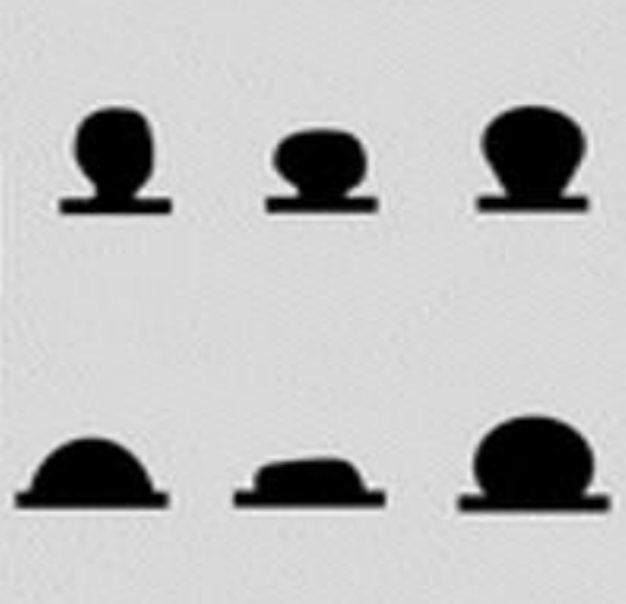
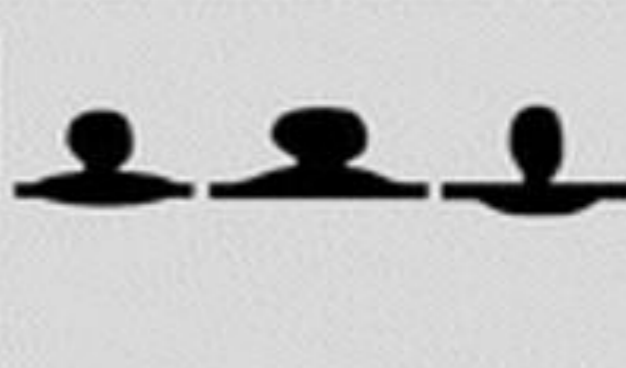
<p>RIESGO EXRTEMADAMENTE BAJO</p>	<p>PEDUNCULADO BOLA-CONTRA-LA-PARED PEDUNCULADO CON TALLO FINO</p>	
<p>BAJO RIESGO</p>	<p>PEDUNCULADO CON TALLO GRUESO O ANCHO SÉSIL</p>	
<p>RIESGO INDETERMINADO</p>	<p>ENGROSAMIENTO FOCAL DE LA PARED ≥ 4 mm ADYACENTE AL PÓLIPO</p>	

Figura 20 Caracterización morfológica de los pólipos de la vesícula biliar.

Tabla traducida y adaptada a partir del artículo "Management of Incidentally Detected Gallbladder Polyps: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Recommendations. RSNA 2022" (2)

Otros factores de riesgo no incluidos en la tabla y motivo de discusión multidisciplinar.

- Los pólipos solitarios tienen mayor riesgo de malignidad que los pólipos múltiples. No existen datos relevantes para incluir en el estudio pólipos únicos asintomáticos como un factor de riesgo específico.
- Asiáticos. No existen estudios sólidos con muestras de gran tamaño.
- Algunos autores defienden la presencia de litiasis como un factor de riesgo para malignidad. El nivel de evidencia en este grupo es muy bajo y se debe considerar la repercusión de incluirlo en el esquema, por su alta prevalencia. En otros estudios se ha descrito la relación inversa entre la existencia de pólipos vesiculares y litiasis ya que se cree que la existencia de pólipos puede interrumpir la formación de litiasis. No existe evidencia acerca de este último dato, ya que la presencia de litiasis podría dificultar la visualización de pólipos vesiculares con la ecografía.
- Se debe tener en cuenta algunos síndromes de poliposis congénita como el Síndrome de Peutz-Jeghers y el síndrome de Gardner.

- El problema surge a partir del planteamiento, qué pólipos se deben extirpar quirúrgicamente y cuales deben controlarse y durante cuánto tiempo.
- Tradicionalmente se ha recomendado la colecistectomía para pólipos de la vesícula biliar mayores de 10 mm, ya que es más probable encontrar un adenocarcinoma en pólipos de mayor tamaño frente a los de pequeño tamaño.
- Cuando se trata de pólipos con un diámetro menor de 10 mm depende de la presencia de factores de riesgo; características individuales del paciente, de las características del pólipo y clínica atribuible. Ante la presencia de una lesión polipoide en la vesícula con síntomas puede ser que los pólipos sean indicativos de que existe una lesión subyacente. Si un paciente tiene factores de riesgo, la presencia de un pólipo solitario refuerza la evidencia de que existe un potencial maligno y se debe realizar una colecistectomía. Cuando esto sucede se trata de una etapa incurable, por lo tanto, se debe intentar encontrar los estadios asintomáticos y buscar pólipos premalignos de la vesícula biliar.
- Si la colecistectomía no se considera apropiada se recomienda seguimiento según las pautas establecidas en la figura 21.
- **Con respecto al crecimiento de los pólipos:**
 - Si la lesión crece 2 mm o más en el seguimiento de 2 años, se debe considerar su tamaño actual junto con los factores de riesgo del paciente. Un equipo multidisciplinar debe considerar si se continua con la vigilancia o debe realizarse una colecistectomía.
 - Si la lesión polipoide desaparece, entonces podrá interrumpirse el seguimiento ecográfico.

Puntos críticos

- 1) La valoración ecográfica de un cambio de calibre mayor de 2mm como factor de riesgo supone un reto en una técnica operador dependiente.
- 2) La determinación de un grosor mural de 4mm y la morfología de los pólipos como factores de riesgo tienen alto pronóstico en las guías americanas, siendo factores de riesgo que por sí solos no son determinantes en las guías europeas.
- 3) No existe una sintomatología específica atribuida a la existencia de pólipos vesiculares.
- 4) Se ha descrito en ambas guías como factor de riesgo la edad mayor de 60 años, siendo un valor determinado por consenso a partir de estudios retrospectivos.

Bibliografía

1. Foley, K. G., Lahaye, M. J., Thoeni, R. F., Soltes, M., Dewhurst, C., Barbu, S. T., Vashist, Y. K., Rafaelsen, S. R., Arvanitakis, M., Perinel, J., Wiles, R., & Roberts, S. A. (2022). Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. *European Radiology*, 32(5), 3358–3368. <https://doi.org/10.1007/s00330-021-08384-w>
2. Kamaya, A., Fung, C., Szpakowski, J.-L., Fetzer, D. T., Walsh, A. J., Alimi, Y., Bingham, D. B., Corwin, M. T., Dahiya, N., Gabriel, H., Park, W. G., Porembka, M. R., Rodgers, S. K., Tublin, M. E., Yuan, X., Zhang, Y., & Middleton, W. D. (2022). Management of incidentally detected gallbladder polyps: Society of radiologists in ultrasound consensus conference recommendations. *Radiology*, 305(2), 277–289. <https://doi.org/10.1148/radiol.213079>
3. Roa E, I., Aretxabala U, X. de, Morgan F, R., Molina U, R., Araya O, J. C., Roa S, J., & Ibañeta S, G. (2004). Pólipos y adenomas de la vesícula biliar: consideraciones clínico-patológicas. *Revista Médica de Chile*, 132(6).
4. Sidhu, P. S., & Rafailidis, V. (2022). Incidentally detected gallbladder polyps at US: Myths and truths. *Radiology*, 305(2), 290–291. <https://doi.org/10.1148/radiol.220691>
5. Corwin, M. T., Siewert, B., Sheiman, R. G., & Kane, R. A. (2011). Incidentally detected gallbladder polyps: Is follow-up necessary?—long-term clinical and US analysis of 346 patients. *Radiology*, 258(1), 277–282. <https://doi.org/10.1148/radiol.10100273>.
6. Andrén-Sandberg, A. (2012). Diagnosis and management of gallbladder polyps. *North American Journal of Medical Sciences*, 4(5), 203–211. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.95897>
7. Esgar, E., & Kieran, G. (2021). *Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR.*

Agradecimientos a la Dra. Dolores García González, Dra. Teresa Martín, Dr. Rubén Bernardo Palomar, Dra. Sonia Allodi de la Hoz y Dra. Velasco Gutiérrez del Hospital Universitario de Fuenlabrada por la realización de las imágenes ecográficas que han sido utilizadas en este documento.