

Pólipo vesicular en pediatría. A propósito de un caso

Autores Daysmar Salazar¹ , Cesar Morao², Francisco Mota³, Yurihelis Saveri¹, María Guerrero¹, Carlos Caraballo¹, Mariela Colina¹, María Reymundez², Sandra Neri², Ileana Gonzalez², Krystal Gallardo²

Afiliación 1 Residente del Servicio de Gastroenterología. Hospital JM de los Ríos. Caracas, Venezuela
2 Adjunto del Servicio de Gastroenterología. Hospital JM de los Ríos. Caracas, Venezuela.
3 Jefe Del Servicio De Anatomía Patológica. Hospital JM de los Ríos. Caracas, Venezuela.

Autora de Correspondencia: Dra. Daysmar Salazar. Correo: sdaysmar@gmail.com ORCID: [0000-0002-5932-9770](https://orcid.org/0000-0002-5932-9770)

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2022; 76(2): 79-82.

© Sociedad Venezolana de Gastroenterología. Caracas, Venezuela- ISSN 2477-975X.

Fecha de recepción: 05/12/2021

Fecha de revisión: 25/02/2022

Fecha de Aprobación: 11/03/2022

Resumen

Los pólipos de vesícula biliar son lesiones que sobresalen hacia la luz como resultado de la proliferación de la mucosa biliar, son de etiología desconocida, raros en la infancia, en adultos la incidencia es de 0,3 a 12,3%, sin embargo, sólo el 5% se considera con potencial maligno; los síntomas son inespecíficos. Histológicamente se pueden clasificar como pseudopólipos y verdaderos pólipos, que incluyen los adenomas y adenocarcinomas, son benignos con potencial maligno. El estudio de elección para el diagnóstico es la ecografía. Reportamos un caso de una escolar femenina de 11 años que cursa con elevación de alanina aminotransferasa (ALT) en laboratorios de rutina, se realiza ecosonograma abdominal evidenciándose imagen ecogénica en vesícula biliar. Es intervenida quirúrgicamente realizándose colecistectomía retrograda abierta, la histopatología demuestra la presencia de adenoma tubular vellosos. Series publicadas avalan que este tipo de pólipo puede evolucionar hacia la malignidad. Los pólipos malignos son generalmente más grandes que los benignos, el tamaño del pólipo es el principal factor de riesgo, un diámetro de 10 mm, aumenta el riesgo de malignidad. El cáncer de vesícula biliar es la quinta patología maligna más frecuente del tracto gastrointestinal en Estados Unidos, el adenoma tiene un riesgo de 7% de desarrollar cáncer, más comúnmente el adenoma tubulovelloso, el cual tiene una incidencia de 0,38%, y es considerado como una lesión premaligna. El motivo por el cual se presenta este caso es su baja frecuencia y la controversia que se genera en lo que al tratamiento de elección se refiere, por su relación con el cáncer de vesícula.

Palabras clave: vesícula, pólipo, tubulovelloso.

GALVER POLYP IN PEDIATRICS: ABOUT A CASE

Summary

Gallbladder polyps are lesions that protrude towards the lumen as a result of the proliferation of the biliary mucosa, they are of unknown etiology, they are rare in childhood, in adults the incidence is from 0.3 to 12.3%, however, only 5% are considered to have malignant potential; symptoms are nonspecific. Histologically they can be classified as pseudopolyps, true polyps, which include adenomas and adenocarcinomas, are benign with malignant potential. The study of choice for diagnosis is ultrasound. We report a case, an 11 yo female with elevated alanine aminotransferase (ALT) in routine laboratories, an abdominal ultrasound was performed, showing an echogenic image in the gallbladder. She underwent surgery, performing open retrograde cholecystectomy. Histopathology showed the presence of a villous tubular adenoma. Published series support that this type of polyp can evolve into malignancy. Malignant polyps are generally larger than benign ones; the size of the polyp is the main risk factor, a diameter of 10 mm, increases the risk of malignancy. Gallbladder cancer is the fifth most frequent malignant pathology of the gastrointestinal tract in the United States, adenoma has a 7% risk of developing cancer, more commonly tubulovillous adenoma which has an incidence of 0.38% and is considered as a premalignant lesion. The reason why these cases occur is their low frequency and their controversy regarding treatment due to its relationship with gallbladder cancer.

Key words: gallbladder, polyp, tubulovillous.

Introducción

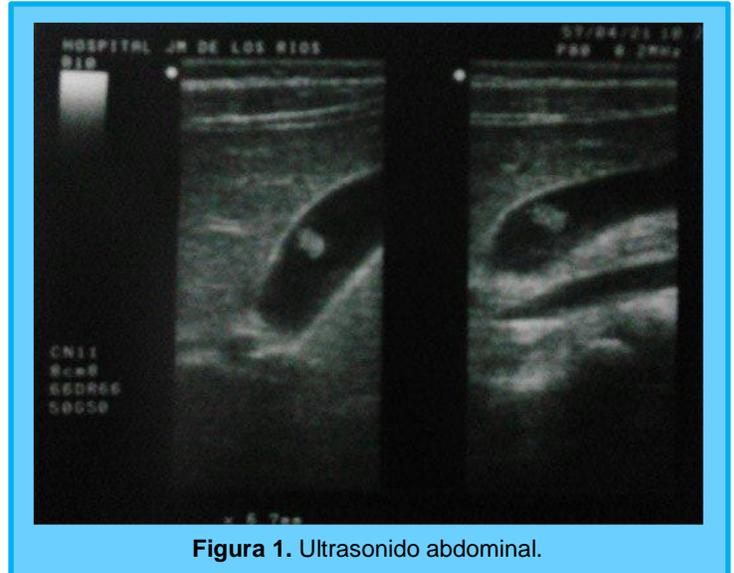
Las lesiones polipoides de la vesícula biliar corresponden a cualquier elevación de la mucosa de la vesícula biliar. Se estima que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer vesicular, aunque en la infancia no se ha descrito ningún caso de malignización. Hasta el 2011 se habían publicado mundialmente 18 casos de esta patología, la edad de presentación estimada son los de 12 años y no hay predominio del sexo. Los síntomas en estos pacientes son inespecíficos, va desde el dolor abdominal recurrente que se acompaña de síntomas de obstrucción hasta ser asintomático, el hallazgo comúnmente es mediante la ecografía.^(1,2) La prevalencia de pólipos vesiculares oscila entre el 1,3% y el 9,5%, mayormente de características benignas. De los pólipos no neoplásicos, los pólipos de colesterol son los más comunes y representan del 60 al 70% de las lesiones, sin embargo, algunos pólipos tienen potencial maligno. Los adenomas tubulovelloso de la vesícula biliar y la papilomatosis de la vía biliar son lesiones benignas infrecuentes con un gran potencial de malignidad. (pólipos y adenomas).⁽¹⁾ La mayor parte de las lesiones polipoideas no adenomatosas, rara vez sobrepasan un centímetro y su seguimiento excepcionalmente muestra un crecimiento significativo, los adenomas, por su parte, pueden alcanzar tamaños mayores de 1 cm.⁽¹⁾ Los pólipos mayores de 1 cm, solitarios, sésiles y ecodensos, tienen una mayor probabilidad de corresponder a adenomas, por lo cual tendrían indicación quirúrgica y aún cuando un pequeño porcentaje de ellos sufrirá transformación maligna a adenocarcinoma, hasta la fecha no es posible predecir cuál lo hará.⁽¹⁾ Actualmente, las guías recomiendan la colecistectomía laparoscópica para pólipos mayores de 10 mm de diámetro debido a su potencial maligno.^(3,4)

Caso clínico

Paciente femenina de 11 años que cursa con elevación de alanina aminotransferasa (ALT) en laboratorios de rutina, se realiza ecosonograma abdominal evidenciándose imagen ecogénica en vesícula biliar. Antecedentes personales no contributorios. Al examen físico signos vitales sin alteración, peso de 32 kg y talla 137 cm, lucía en buenas condiciones generales, adecuada coloración cutánea y de mucosas, sin alteraciones en el sistema respiratorio y cardiaco, abdomen plano, con ruidos hidroaéreos presentes, no timpánico, blando, depresible sin visceromegalias no doloroso a la palpación, Murphy negativo y adecuada respuesta neurológica. Biometría hemática dentro de límites normales, química sanguínea que reportaba perfil lipídico y renal normal. Perfil hepático con elevación de ALT 90 U/ml; AST, fosfatasa alcalina, bilirrubinas, proteínas y coagulación normal.

Se realizó ultrasonido abdominal evidenciándose hígado sin alteraciones ecográficas, vesícula biliar de tamaño normal, paredes delgadas, con imagen redondeada no móvil ecogénica adherido en pared anterior de cuerpo medio, con medidas de

8.6 x 5.7 mm, que no deja sombra posterior, se realiza movilización del paciente sin evidenciar desplazamiento de la imagen, concluyendo estudio ecográfico como pólipo único en cara anterior de vesícula biliar, como lo mostrado en la figura 1.



Se decide planificar para intervención quirúrgica, realizándose colecistectomía retrógrada abierta, con los siguientes hallazgos macroscópicos: vesícula biliar de paredes engrosadas con adherencias firmes y laxas perivesiculares sin cálculos en su interior, no palpándose pólipo en pared vesicular, cístico y colédoco sin lesiones aparentes.

El estudio histopatológico describe, vesícula biliar de tamaño normal, superficie lisa, color verdoso, a la apertura contenido biliar de aspecto normal, mucosa aterciopelada de color verde oscuro, hacia la porción posterior superior se observa excrecencia de la mucosa de aspecto polipoide, sésil que mide 0.6 cm de diámetro, concluyendo con el diagnóstico de adenoma tubular vellosos y congestión vascular, como lo muestra la figura 2.



La paciente evolucionó satisfactoriamente, acudió a consultas sucesivas con ambos servicios sin presencia de síntomas gastrointestinales ni el sitio de herida quirúrgica.

Discusión

Los pólipos de vesícula biliar son lesiones que sobresalen hacia la luz como resultado de la proliferación de la mucosa biliar, la mayoría son de etiología desconocida. No se ha informado de la prevalencia entre los niños, en adultos la incidencia es de 0,3 a 12,3% sin embargo, sólo el 5% se considera con potencial maligno.^(6,7)

Los pólipos de vesícula biliar se pueden subdividir en: primarios, cuando no se asocian a patología digestiva, y secundarios, cuando se hallan junto a otras enfermedades, como la leucodistrofia metacromática, mala unión pancreato-biliar o el síndrome de Peutz-Jeghers. Estos se pueden clasificar como pseudopólipos (benignos), y corresponden a pólipos de colesterol,

pólipos hiperplásicos y pólipos inflamatorios; no tienen potencial maligno y no requieren seguimiento o intervención, mientras que los verdaderos pólipos, lo cuales incluyen los adenomas y adenocarcinomas, son benignos con potencial maligno.^(2,8)

Son raramente sintomáticos, cuando generan clínica cursan con dolor abdominal en hemiabdomen superior, náuseas, distensión, ictericia y puede haber una masa en hipocondrio derecho debido a la compresión de los conductos biliares cuando son de gran tamaño.⁽⁶⁾

Al realizar estudios imagenológicos de vesícula se deben tener tres propósitos: ser capaces de diferenciar pólipos de cálculos o pliegues de la mucosa vesicular; diferenciar los verdaderos pólipos de los pseudopólipos, y medir el tamaño de los pólipos de manera exacta, ya que actualmente es el factor más importante para definir la conducta.⁽⁸⁾

Los pólipos de vesícula generalmente se detectan mediante ecografía, seguidos por el ultrasonido endoscópico, tomografía computarizada abdominal, resonancia magnética y tomografía por emisión de positrones. El ultrasonido, es un método no invasivo, seguro, de fácil acceso y económico; por lo tanto, es la primera opción en el diagnóstico de pólipos.⁽⁷⁾

Ecográficamente los pólipos se visualizan como imágenes hiperecoicas que sobresalen hacia la luz de la vesícula, con ausencia de sombra acústica y ausencia de cambio posicional de las lesiones, debe explorarse en posición supina o en decúbito lateral, para una mejor visualización de los mismos. Es fundamental identificar el tamaño, el número y la forma de los pólipos, el engrosamiento de la pared vesicular y la presencia de cálculos biliares en su interior. Los pólipos pueden ser sésiles o pediculados, y si hay reverberación clara o sombra posterior a la lesión esto debe identificarse como un pseudopólipo (adenomiomatosis focal o un pólipo de colesterol). En adultos, la incidencia de detección por ultrasonido es de 1,5% a 4,5%, y con colecistectomía esta relación está entre 0,004% y 13,8%.^(5,6,9)

El tamaño del pólipo es el principal factor de riesgo, un diámetro de 10 mm, aumenta el riesgo de malignidad con una probabilidad del 37 al 55%. Los pólipos malignos son generalmente más grandes que los benignos, el diámetro medio es de $27,97 \pm 2,46$ mm frente a $8,56 \pm 0,36$ mm, respectivamente.⁽⁷⁾

El cáncer de vesícula biliar es la quinta patología maligna más frecuente del tracto gastrointestinal en Estados Unidos. El adenoma tiene un riesgo de 7% de desarrollar cáncer más comúnmente es el adenoma tubular. La mayoría de las lesiones polipoides vesiculares son benignas y permanecen estables durante años. Algunos autores han planteado que la edad mayor

de 50 años y el tamaño del pólipo mayor de 1 cm son los 2 predictores de malignidad más importantes, otros factores de riesgo incluyen la coexistencia de litiasis, pólipo solitario y pólipo sintomático.⁽¹⁰⁾

El adenoma de la vesícula biliar es un tumor benigno raro, su incidencia es del 0,4-1,1%. Existen pocas publicaciones sobre tumores vellosos de la vesícula biliar y debida a esta escasez, hay un pobre conocimiento sobre su morfología y pronóstico, se ha descrito una incidencia del 0,38% en piezas de tumor velloso y es considerado como una lesión premaligna.⁽¹⁰⁾

La incidencia del cáncer de vesícula varía significativamente, hasta 27/100.000, mientras que los grupos de menor riesgo, tienen una incidencia de 1,5/100.000. El cáncer de vesícula biliar tiene mal pronóstico una vez que se convierte en avanzado, con supervivencia a los 5 años inferior al 25% si el tumor se perfora a la serosa o los ganglios linfáticos regionales están comprometidos. Si el cáncer se limita a la muscular de la mucosa o tejido conectivo perimuscular la tasa de supervivencia a los 5 años es mucho más favorable al 100% y 57-72%, respectivamente.^(7,8)

Existen factores de riesgo que pueden ayudar a definir la decisión clínica de una colecistectomía como el tamaño del pólipo, número y la morfología del pólipo, la presencia de cálculos, la edad, los antecedentes médicos (colangitis esclerosante primaria) y el grosor de la pared vesicular.^(6,8)

La Sociedad Europea de Radiología Gastrointestinal y Abdominal (ESGAR) refiere que los pacientes con pólipos de 10 mm o más deben tratarse con colecistectomía. Sin embargo algunos autores, discuten que debe solicitarse este procedimiento a partir de un tamaño de 6 mm, como en el presente caso que resulto histologicamente en adenoma túbulo velloso.⁽⁷⁾

Adicionalmente, se recomienda la resección laparoscópica si no hay una causa definida del dolor abdominal superior y si son pólipos de crecimiento rápido. En los pólipos pequeños, la colecistectomía es recomendada sólo si el paciente tiene factores de riesgo.⁽⁵⁾

Finalmente, aunque los pólipos de vesícula biliar son comunes y el cáncer de vesícula biliar es poco común, el diagnóstico para determinar si el pólipo es maligno o sufrirá una transformación maligna es un desafío. Los estudios de imagen son la piedra angular del diagnóstico, el ultrasonido se ha posicionado como

una herramienta inigualable que permitirá establecer conducta, aún en pacientes asintomáticos, facilitando la evaluación macro y microscópica de la muestra, para así establecer el diagnóstico definitivo.

Referencias

1. Hoyo S, Sierra E. Pólipos de la vesícula. Revista Colombiana de Cirugía. 2010; 25:37-41.
2. Monge D, Monge R, Ovares C. Pólipos de la vesícula biliar. Revista médica de Costa Rica y centroamerica LXX. 2013. 605:13-17.
3. Guachilema A, Tipanta M, Navarrete M, Navarrete D. Pólipo de la vesícula biliar en pediatría a propósito de un caso. Ecuador. 2013.
4. Kook H. Gallbladder polyps: evolving approach to the diagnosis and management. Division of Gastroenterology and Hepatology, Department of Internal Medicine, Yeungnam University College of Medicine. 2021. <https://doi.org/10.12701/yujm.2020.00213>
5. Roa I, Aretxabala X, Morgan R, Molina R. Pólipos y adenomas de la vesícula biliar: consideraciones clínico-patológicas. Revista Médica de Chile. 2004; 132: 673-679.
6. Fatma D, Altepe C, Comba A. Gallbladder Polyps: Rare Lesions in Childhood. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. 2019. 68; 6. DOI: 10.1097/MPG.0000000000002269
7. Dietmar Öfner. Management of gallbladder polyps. European Surgery. 2021. 53:119-12. DOI: 10.1007/s10353-020-00659-8
8. Oliveros R. Pólipos vesiculares: benignos, malignos y cáncer de la vesícula biliar. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2020; 35(4):410-413. <https://doi.org/10.22516/25007440.701>
9. Wiles R, Thoeni. Sorin T, Yogesh K. Management and follow-up of gallbladder polyps. Eur Radiol. 2017. DOI 10.1007/s00330-017-4742-y.
10. Auxiliadora A, Hoyosb S, Josep F, Ferrera J, García J. Adenocarcinoma biliar originado a partir de lesiones benignas inusuales. Barcelona, España. 2005; 78(3):192-4.