

PÓLIPOS VESICULARES: DEL HALLAZGO AL MANEJO SEGÚN LOS ALGORITMOS DE LA SRU Y LA GUÍA EUROPEA CONJUNTA

Marina Rozas Quesada, Juan Ignacio Gracia García, María Riera Marti, Andrea Senovilla Ardid, Sofia Thais Escobar Narro, Daniel Alejandro Cadavid Cadavid, Natalia Lourdes Tobajas Ramos, Milena Bonino Sobh.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos

1. Describir y diferenciar las principales características entre los pseudopólipos o pólipos no neoplásicos y los pólipos verdaderos o neoplásicos.
 2. Establecer las recomendaciones actuales para su seguimiento y manejo, según la conferencia de consenso de la Sociedad de Radiólogos de Ultrasonido (SRU) y la actualización de la Guía Europea conjunta, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery (EAES), European Federation International Society for Digestive Surgery (EFISDS) y European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).
-

Pólipos vesiculares

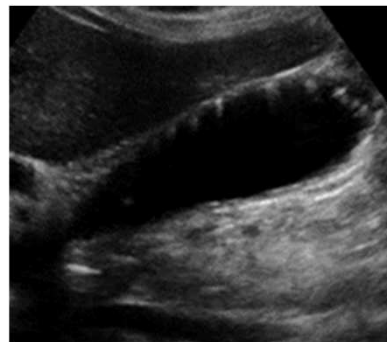
Los pólipos vesiculares son excrecencias endofíticas de la mucosa de la vesícula biliar.

Tienen una prevalencia entre 0,3–12% en la población general y suelen detectarse incidentalmente en los estudios ecográficos; por ello, y debido a su bajo pero relevante riesgo de malignización, es fundamental conocer su correcto manejo y criterios de seguimiento.

Pseudopólipos o no neoplásicos	Pólipos verdaderos o neoplásicos
Colesterolosis Pseudopólipos de colesterol Pseudopólipos inflamatorios Adenomiomatosis	Benignos Adenomas Neoplasia papilar intracolecística (NPIC) Malignos Adenocarcinomas

Pseudopólipos

- **Colesterolosis**, caracterizada por la acumulación de macrófagos cargados de lípidos en la mucosa. Puede ser polipoide o difusa, generando la clásica "vesícula en fresa", debido a la acumulación de lípidos que crea depósitos amarillentos sobre el fondo hiperémico de la mucosa.
- **Pseudopólipos de colesterol**, es la forma polipoide de la colesterolesis, suelen ser <10 mm y constituyen el tipo más frecuente. Predominan en mujeres de 40–50 años, asociados a síndrome metabólico.

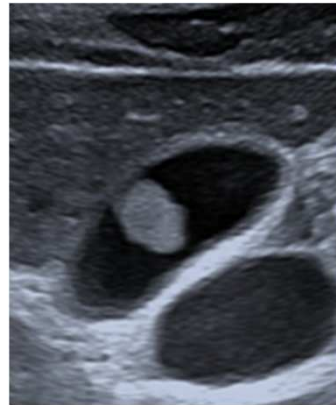
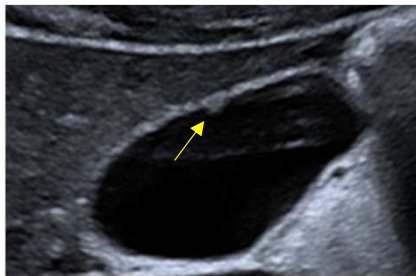


Ecografía de la vesícula, corte longitudinal, que muestra pequeños focos hiperecogénicos con artefacto en "cola de cometa", pseudopólipos de colesterol.

- **Pseudopólipos inflamatorios**, formados por tejido de granulación y polimorfonucleares, como consecuencia de una inflamación crónica (por ejemplo, colecistitis crónica). Generalmente <10mm.
 - **Adenomiomatosis**, resultado de la invaginación de la mucosa a través del tejido fibromuscular, formando los senos de Rokitansky-Aschoff, junto con una hiperplasia del músculo liso donde se acumula y concentra bilis, con precipitación de los cristales, posterior calcificación e inflamación crónica. Puede ser focal (simulando un pólipo), segmentaria o difusa.
-

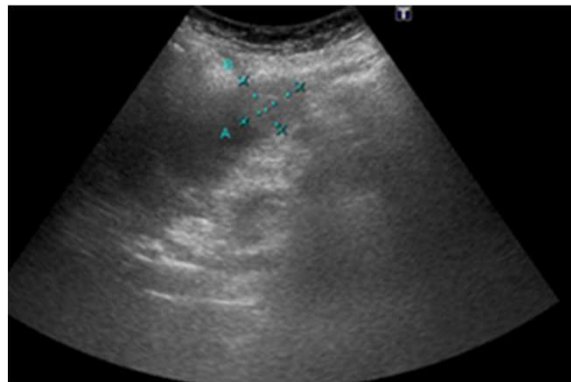
Pólipos verdaderos

- **Adenomas**, son tumores benignos poco frecuentes y con bajo riesgo de malignización. Suelen medir <10mm. Pueden ser únicos o múltiples y asociarse a síndromes genéticos como el Peutz-Jeghers y la poliposis adenomatosa familiar.
- **Adenocarcinomas**, tumores malignos poco frecuentes, pero con alta tasa de mortalidad. Suelen medir >10 mm.



Ecografía de la vesícula, cortes longitudinales y axial, pólipos sésiles de 3 mm y 9 mm, con vaso interno visualizado en modo SMI.

- **Neoplasia papilar intracolecística (NPIC)**, lesión preinvasiva muy poco frecuente de la mucosa con crecimiento hacia la luz que puede contener mucina. Suele medir >10 mm. Formada por cuatro tipos histológicos: biliar (más frecuente), intestinal, gástrico y oncocítico (peor pronóstico).



Ecografía de la vesícula, corte longitudinal, pólipo pediculado en fundus de 17 mm.



TC corte axial en fase portal, lesión polipoidea fúndica hipercaptante. AP tras colecistectomía: neoplasia papilar intracolecística con displasia de bajo grado.

Factores de riesgo de malignización

- Edad > 60 años
 - Raza asiática
 - Colangitis esclerosante primaria
 - Pólipos sésiles
 - Tamaño >10 mm
 - Crecimiento
 - Engrosamiento focal de la pared adyacente al pólipo $\geq 4\text{mm}$
-

Presentación clínica

Los pólipos suelen ser **asintomáticos**, aunque pueden causar dispepsia, dolor en hipocondrio derecho, náuseas o vómitos.

En ocasiones, fragmentos polipoides pueden migrar al cístico o al colédoco, ocasionando cólico biliar, colecistitis, ictericia obstructiva o pancreatitis.

Técnicas de imagen

Ecografía

- Técnica de elección para la detección, categorización y seguimiento de los pólipos vesiculares

TC

- Estudio de extensión en carcinoma vesicular

RM

- Complementaria a ecografía o cuando esta no es concluyente
 - Sospecha de carcinoma vesicular

Evaluación ecográfica

- 1) **Número:** únicos (la mayoría benignos), múltiples (asociados a síndromes).
 - 2) **Morfología:** pediculados o **sésiles** (mayor riesgo de malignización)
 - 3) **Tamaño:** < 10 mm (suelen ser benignos), >10 mm (mayor riesgo de malignización).
 - 4) **Crecimiento:** se considera **rápido si >4 mm en menos de 1 año.**
 - 5) **Ecogenicidad:** hiperecogéncios (probablemente de colesterol), isoecogénicos (probablemente adenomas) e hipoecogénicos (probablemente adenocarcinomas).
 - 6) **Microvascularización intralesional:** vascularización central en forma de tallo (probablemente pseudopólipos), vasos rectilíneos (probablemente adenomas) y vasos ramificados (probablemente adenocarcinomas).
-

Manejo según la SRU

Riesgo	Pólipo	Manejo
Extremadamente bajo	Pediculado en forma de bola en la pared Pediculado con tallo delgado	≤ 9 mm: no requieren seguimiento 10-14 mm: seguimiento con ecografía a los 6, 12 y 24 meses ≥ 15 mm: consulta quirúrgica
Bajo	Pediculado con tallo grueso Sésil	≤ 6 mm: no requieren seguimiento 7-9 mm: seguimiento con ecografía a los 12 meses 10-14 mm: seguimiento con ecografía a los 6, 12, 24 y 36 meses o consulta quirúrgica ≥ 15 mm: consulta quirúrgica
Intermedio	Engrosamiento focal de la pared ≥ 4 mm adyacente al pólipo	≤ 6 mm: seguimiento con ecografía a los 6, 12, 24 y 36 meses o consulta quirúrgica ≥ 7 mm: consulta quirúrgica

Tabla 1. Directrices de la Conferencia de Consenso sobre pólipos de vesícula biliar de la Sociedad de Radiólogos de Ultrasonido.

Manejo según la Guía Europea Conjunta

- **No requieren seguimiento:** los pólipos ≤ 5 mm asintomáticos y sin factores de riesgo.
- **Seguimiento ecográfico (6m, 1 y 2 años):** 6-9 mm asintomáticos y sin factores de riesgo, ≤ 5 mm asintomáticos con factores de riesgo.
- **Colecistectomía:** pólipos ≥ 10 mm, < 10 mm si son sintomáticos y de 6-9 mm asintomáticos con factores de riesgo.

Se consideran factores de riesgo la edad (> 60 años), la raza asiática, la colangitis esclerosante primaria, los pólipos sésiles y el engrosamiento focal de la pared ≥ 4 mm adyacente al pólipo.

Conclusiones

1. Los pólipos vesiculares son un hallazgo frecuente e incidental, en su mayoría benignos.
 2. La ecografía es la técnica principal para su detección, caracterización y seguimiento.
 3. Los criterios predictivos de malignización más relevantes son el tamaño y la evolución temporal.
 4. El manejo depende los algoritmos de la SRU y la Guía Europea conjunta.
-

Bibliografía

- Riddell ZC, Corallo C, Albazaz R, Foley KG. Gallbladder polyps and adenomyomatosis. Br J Radiol [Internet]. 2023;96(1142):20220115. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1259/bjr.20220115>
 - van Dooren M, de Reuver PR. Gallbladder polyps and the challenge of distinguishing benign lesions from cancer. United European Gastroenterol J [Internet]. 2022;10(7):625–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ueg2.12287>
 - Yu MH, Kim YJ, Park HS, Jung SI. Benign gallbladder diseases: Imaging techniques and tips for differentiating with malignant gallbladder diseases. World J Gastroenterol [Internet]. 2020;26(22):2967–86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v26.i22.2967>
 - Kalbi DP, Bapatla A, Chaudhary AJ, Bashar S, Iqbal S. Surveillance of gallbladder polyps: A literature review. Cureus [Internet]. 2021;13(7):e16113. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.16113>
 - Kamaya A, Fung C, Szpakowski J-L, Fetzer DT, Walsh AJ, Alimi Y, et al. Management of incidentally detected gallbladder polyps: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference recommendations. Radiology [Internet]. 2022;305(2):277–89. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/radiol.213079>
 - Foley KG, Lahaye MJ, Thoeni RF, Soltes M, Dewhurst C, Barbu ST, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: updated joint guidelines between the ESGAR, EAES, EFISDS and ESGE. Eur Radiol [Internet]. 2022;32(5):3358–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-021-08384-w>
-