

PÓLIPOS DA VESÍCULA BILIAR. COMO E QUANDO TRATAR?

ANA SOFIA BENTO DE MATOS¹, HAMILTON NEVES BAPTISTA², CARLOS PINHEIRO³, FERNANDO MARTINHO⁴

Trabalho realizado no Hospitais da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO

OBJETIVO. O objetivo do estudo é saber qual a orientação terapêutica para os doentes com pólipos vesiculares (PVs), que tipo de vigilância realizar, saber diferenciar entre um pólipo benigno e um pólipo maligno e proporcionar uma tranquilização em relação à “cancrofobia”. Tipo de estudo: Realizou-se um estudo retrospectivo de cinco anos. Local: O estudo foi realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, num Serviço de Cirurgia. População: Foram estudados todos os doentes operados no Serviço de Cirurgia II com o diagnóstico pré-operatório de PV, entre janeiro de 2003 e dezembro 2007.

MÉTODOS. Foi feita correlação clínico-patológica de todos os doentes. Feita avaliação: de dados demográficos, da apresentação clínica, dos principais sintomas, das patologias associadas e exames complementares de diagnóstico realizados.

RESULTADOS. Foram estudados 93 doentes, sendo que em 91 doentes tratava-se de pólipos benignos e em dois doentes de pólipos malignos. Dos 91 pólipos benignos, 73 (78,5%) eram pólipos de colesterol, 14 (15%) hiperplasias e dois (2,2%) adenomas. Em dois (2,2%) doentes tratava-se de pólipos malignos, adenocarcinoma da vesícula biliar. O diâmetro médio dos pólipos benignos é de 6 mm, 40 (43%) doentes apresentavam lesões múltiplas. Nos pólipos malignos e pré-malignos (adenomas) o diâmetro médio é de 18,8 mm, são todas lesões solitárias e a idade média destes doentes é de 57,7 anos.

CONCLUSÃO. Conclui-se que o tratamento cirúrgico dos PVs é a colecistectomia e só deve ser realizado quando existe: clínica relacionada com o PV; pólipos de diâmetro superior a 10 mm; crescimento do pólipo num curto espaço de tempo; pólipo séssil ou base de inserção larga; pólipo com longo pedículo; idade do doente superior a 50 anos; coexistência de litíase vesicular; pólipos localizados no infundíbulo da vesícula ou alterações ecográficas na parede vesicular.

*Correspondência:

Praceta Mota Pinto, 3000
Coimbra, Portugal

UNITERMOS: Pólipos. Doenças da vesícula biliar. Vesícula biliar.

INTRODUÇÃO

É denominado pólipo vesicular (PV) uma lesão proeminente da parede vesicular para o interior da vesícula biliar¹. O diagnóstico de PV aumentou muito devido ao elevado uso da ecografia abdominal, ¹ sendo nos dias de hoje um motivo frequente de pedido de consultas de cirurgia. Na maioria dos doentes o diagnóstico é um achado numa ecografia abdominal, realizada por outra patologia ou em ecografia abdominal de rotina. São diagnosticados em cerca de 5% dos doentes da população em geral.³

Os pólipos vesiculares (PVs) são denominados benignos ou malignos¹⁻⁴.

Os PVs benignos são classificados em: pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatórios; colesterolose e hiperplasia); tumores epiteliais (adenomas) e tumores mesenquimatosos (fibroma, lipoma, hemangioma)^{2,3,5}.

Os PVs malignos são os carcinomas da vesícula biliar².

Estudos recentes demonstraram que a maioria dos PVs são benignos e 90% são pólipos de colesterol. Estes surgem devido à

descompensação da colesterina¹, com acumulação de colesterol nos histiócitos recobertos por epitélio colunar.⁵ Normalmente estão aderentes à mucosa vesicular por um delicado pedículo e caracteristicamente são múltiplos (>3), pequenos e a mucosa da vesícula está intacta³. Estão frequentemente associados a colesterolose vesicular e não têm qualquer potencial maligno.

Colesterolose vesicular é caracterizada por depósitos de ésteres de colesterol e lípidos nos macrófagos da lâmina própria, de forma difusa, criando uma superfície de pápulas amarelas, com diâmetro de cerca de 1 mm².

Os pólipos inflamatórios são pouco frequentes. Consistem numa reação inflamatória local de proliferação epitelial, com infiltrado de células inflamatórias, estando associado muitas vezes a colecistite crónica².

O adenoma apesar de ser um pólipo benigno pode ter um comportamento pré-maligno^{2,3}. Esta é uma lesão habitualmente solitária, pediculada e pode estar associado a litíase vesicular ou a colecistite crónica. Alguns autores defendem

1. Especialista – Médica no Hospitais da Universidade Coimbra, Coimbra, Portugal

2. Assistente Graduado – Cirurgião no Hospitais da Universidade Coimbra, Coimbra, Portugal

3. Médico - Residente Cirurgia Geral no Hospitais da Universidade Coimbra, Coimbra, Portugal

4. Chefe de Serviço – Cirurgião no Hospitais da Universidade Coimbra, Coimbra, Portugal

que muitos dos carcinomas vesiculares surgem sobre um epitélio displásico, seguindo a sequência já conhecida de adenoma-para-adenocarcinoma^{4,5}.

Atendendo ao mau prognóstico do carcinoma da vesícula biliar, é importante diferenciar entre um pólipo benigno e um pólipo maligno ou pré-maligno, de forma a proporcionar um tratamento adequado.

O objetivo da revisão do tema é saber qual a orientação terapêutica para estes doentes, que tipo de vigilância realizar e proporcionar uma tranquilização em relação à “cancrofobia”.

MÉTODOS

Fez-se uma revisão da literatura internacional sobre o tema e um estudo retrospectivo dos doentes operados no nosso Serviço de Cirurgia II dos Hospitais da Universidade Coimbra (H.U.C).

Foi feito um estudo retrospectivo e correlação clínico-patológica de todos os doentes operados no Serviço de Cirurgia II com o diagnóstico pré-operatório de PV, entre janeiro de 2003 e dezembro 2007. Foram excluídos os doentes com diagnóstico de PV que não foram propostos para terapêutica cirúrgica. Foram revistos os processos clínicos destes doentes, feita avaliação de dados demográficos, da apresentação clínica, dos principais sintomas, das patologias associadas e exames complementares de diagnóstico realizados. Avaliaram-se atitudes cirúrgicas efetuadas, complicações pós-operatórias e seguimento pós-operatório durante um ano.

O exame de imagem escolhido para o estudo dos doentes foi a ecografia abdominal, que tem uma sensibilidade e uma especificidade superior a 90% no diagnóstico de PVs, mesmo em lesões de pequenas dimensões.

RESULTADOS

No período estudado foram operados 95 doentes com o diagnóstico pré-operatório de PV, foram excluídos do estudo dois doentes por falta de processos clínicos.

Os doentes estudados tinham idade média de 48,3 anos (idades entre 21 anos e 69 anos) sendo 31 homens e 62 mulheres, num ratio de 1:2.

Os sintomas apresentados foram: em 46 doentes dispepsia, nove doentes epigastralgias, cinco doentes dor recorrente no hipocôndrio direito, um doente apresentou quadro de colecistite aguda e 32 doentes não apresentavam qualquer sintoma, tendo sido o diagnóstico de PV um achado ecográfico. Em 33 doentes havia patologia associada.

Todos os doentes realizaram ecografia abdominal, 11 doentes realizaram ecografias de repetição e três TAC (Tomografia axial computadorizada) abdominal. Os doentes que realizaram TAC abdominal foi por suspeição de carcinoma da vesícula biliar. Todos os doentes apresentavam pólipos vesiculares confirmados pelo estudo anatomopatológico A ecografia abdominal apresentou uma sensibilidade de 100% para o diagnóstico de pólipo vesicular nos nossos doentes. Em 12 havia em simultâneo litíase vesicular, tendo sido diagnosticada apenas em 10 doentes na ecografia pré-operatória,

Foi realizada colecistectomia laparoscópica em 86 doentes, colecistectomia clássica em seis doentes e em um doente colecistectomia clássica associada a segmentectomia IV e Va com linfadenectomia do hilo hepático.

Todas as peças operatórias foram submetidas a estudo anatomopatológico, constatando-se que em 91 doentes tratava-se de pólipos benignos e em dois doentes de pólipos malignos. Dos 91 pólipos benignos, 73 (78,5%) eram pólipos de colesterol, 14 (15%) hiperplasias e dois (2,2%) adenomas. Em dois (2,2%) doentes tratava-se de pólipos malignos, adenocarcinoma da vesícula biliar. O diâmetro médio dos pólipos benignos é de 6 mm, a idade média destes doentes é de 48,2 anos e 40 (43%) doentes apresentavam lesões múltiplas. Dos pólipos malignos o diâmetro médio é de 21,5 mm, são lesões solitárias e a idade média destes doentes é de 58,5 anos.

Se agrupados os pólipos malignos e pré-malignos (adenomas) constata-se que o diâmetro médio é de 18,8 mm, são todas lesões solitárias e a idade média destes doentes é de 57,7 anos, quadro I e II.

No nosso estudo nenhuma lesão maligna ou pré-maligna é inferior a 10 mm e apenas um destes doentes tem idade inferior a 50 anos, tinha 49 anos.

	<10 mm	>10 mm
Pólipos benignos	79	10
Pólipos malignos e pré-malignos	0	4
	<50 Anos	>50 Anos
Pólipos benignos	48	40
Pólipos malignos e pré-malignos	1	3

A morbidade pós-operatória foi de 4,3%, dois doentes (2,2%) com infecção superficial da ferida operatória e dois doentes (2,2%) com diarreia. Não houve mortalidade.

Quando comparada a clínica apresentada pelos doentes antes da cirurgia com a clínica apresentada depois da cirurgia, durante o seguimento de 1 ano, verificou-se que 78 doentes (83,9%) mantiveram as mesmas queixas, não tendo nenhum benefício clínico com a cirurgia.

DISCUSSÃO

Pólipos da vesícula biliar é a patologia vesicular cirúrgica mais comum nos dias de hoje, sendo cada vez mais um achado numa ecografia abdominal de rotina. Existem vários estudos acerca da prevalência na população em geral e esta varia entre 4,6% e 6,9%.^{5,6}

No estudo apresentado a prevalência é superior em mulheres que nos homens, em contraste com a maioria das publicações onde o ratio é inverso, sendo mais prevalente em homens⁵.

A maioria dos doentes são assintomáticos, na nossa série 34,4% não apresentam qualquer clínica e 49,5% dos doentes apenas apresentam dispepsia. Clinicamente os PVs podem ser responsáveis em alguns doentes por náuseas, vômitos e dor ocasional no hipocôndrio direito, devido a obstruções intermitentes por pequenos fragmentos de colesterol que se destacam da mucosa vesicular. Está descrito que um pólipo destacado, pode obstruir o canal cístico ou a via biliar principal e ser causa de colecistite aguda ou icterícia obstrutiva, mas esta é uma complicação muito rara⁵.

A ecografia abdominal é o exame ideal para o diagnóstico dos PVs, não só devido à fácil acessibilidade e baixo custo, mas também à elevada sensibilidade e especificidade, respectivamente 93% e 95,8%^{1,3,4,5}. A localização dos pólipos, o seu número e o seu tamanho podem ser visualizados na ecografia, assim como as três camadas da parede vesicular e suas alterações. A sensibilidade do diagnóstico de PV com ecografia abdominal é superior à da colecistografia oral ou da TAC. Para imagiologistas experientes, é possível ecograficamente distinguir um pólipo de colesterol de um adenoma ou de um adenocarcinoma. Um pólipo de colesterol dá uma imagem de uma massa de ecogenicidade semelhante à parede vesicular, sem cone de sombra^{4,5,7,8,9}. Mas normalmente é difícil esta distinção, não se podendo assegurar da benignidade do pólipo apenas com ecografia abdominal. A colecistografia intravenosa é uma técnica segura, mas não opacifica adequadamente os pólipos da vesícula biliar⁷. A TAC abdominal é inadequada para a detecção de lesões de baixa densidade, tendo uma sensibilidade para o diagnóstico de PVs entre 44% a 77%. É útil para o estudo do carcinoma vesicular correlações anatómicas e pesquisa de metástases ganglionares^{1,7}. A CPRE (colangiografia endoscópica retrógrada e a CPT (colangiografia percutânea transhepática) fornecem uma visualização da anatomia biliar e sua patologia, mas são exames invasivos associados a complicações.

Todos os estudos apresentados na literatura internacional são no sentido de demonstrarem fatores discriminadores que permitam diferenciar um pólipo benigno de um maligno, nomeadamente o tamanho do pólipo, o seu crescimento, o seu pedículo e as alterações da parede vesicular².

A relação entre adenoma e adenocarcinoma, já referida e sustentada por diversos autores, é proporcional com o tamanho e aumento das lesões, adenomas <12 mm, adenocarcinomas em situ entre os 12 mm e os 30 mm e adenocarcinomas invasivos >30 mm⁵.

A maioria dos pólipos são benignos e de colesterol e não têm qualquer potencial maligno¹. Em estudos comparativos conclui-se que 94% das lesões benignas são inferiores a 10 mm e 88% das lesões malignas são superiores a 10 mm^{5,6}.

O tratamento do pólipo vesicular é a colecistectomia programa, que apesar de ter baixa morbidade e mortalidade em centros com experiência, é sempre uma atitude invasiva e só se deve realizar quando está demonstrado um benefício para o doente.

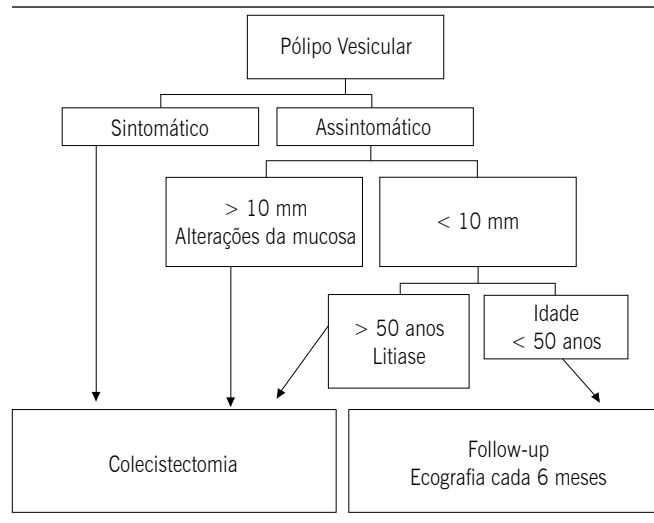
Devido ao mau prognóstico do carcinoma da vesícula biliar, com esperança média de vida inferior a seis meses para doentes com lesões sem ressecabilidade completa, é considerado que, o diâmetro superior a 10 mm, alterações da parede vesicular ou um crescimento rápido de um PV é indicação para colecistectomia¹⁻⁵.

Os estudos longitudinais de follow-up existentes mostram que lesões pequenas (<10 mm) vigiadas imagiologicamente têm uma baixa incidência de carcinoma³ e que em follow-up de cinco anos não se encontraram alterações morfológicas, nomeadamente no tamanho dos pólipos, em cerca de 88% dos doentes^{5,8,10,11}.

PVs malignos são significativamente mais encontrados em doentes com idade superior a 50 anos, são lesões solitárias, de natureza sésil e de diâmetro superior a 10 mm^{1,2,3,6}. Estes resultados estão de acordo com os resultados encontrados na nossa série de doentes com um Odds Ratio de 3,6. Como a nossa amostra é pequena, o teste exato de Fisher não revelou diferença significativa.

Conclui-se que o tratamento cirúrgico dos PVs é a colecistectomia e só deve ser realizado quando existe: clínica relacionada com o PV; pólipos de diâmetro superior a 10 mm; crescimento do pólipo num curto espaço de tempo; pólipo sésil ou base de inserção larga; pólipo com longo pedículo; idade do doente superior a 50 anos; coexistência de litíase vesicular; pólipos localizados no infundíbulo da vesícula ou alterações ecográficas na parede vesicular (Figura 1).

Figura 1 - Quadro resumo de orientação terapêutica dos pólipos vesiculares³



Doentes jovens com pólipos inferiores a 10 mm, assintomáticos ou apenas queixas dispépticas, não necessitam de nenhum tratamento, apenas vigilância clínica ecográfica a cada seis meses.

Conflito de interesse: não há

SUMMARY

MANAGEMENT OF GALLBLADDER POLYPS

OBJECTIVE. Appropriate treatment and timing hinge on whether the lesion is benign or malignant. **Study:** A five years retrospective descriptive analysis was performed. **Location :** Department of General Surgery in Hospitals of the University of Coimbra. **Patients:** We present a series of 93 consecutive patients who had elective surgery for known gallbladder polyps, treated from January 2003 to December 2007.

METHODS. An analysis was performed using clinical and radiological files of patients electively treated for gallbladder polyp. Ninety-three consecutive patients were evaluated, treated and followed in a Department of General Surgery in a Central Hospital in that period. Biographic, clinical and radiological data were compiled.

RESULTS. In 91 patients a benign lesion was found. Two (2.16%) patients had adenocarcinoma. Among benign polyps, 73 (78,5%) were cholesterol polyps, 14 (15%) were hyperplastic and 2 (2.19%) were premalignant adenomas. Mean

diameter of benign polyps, excluding adenomas, was 6 mm. In 40 (43%) patients, multiple lesions were found. The mean diameter in the subset of malignant and premalignant polyps was 18.8 mm, in all instances these were found to be single lesions; and mean age at presentation was 57,7 years. **CONCLUSION.** Cholecystectomy is the appropriate surgical treatment for gallbladder polyps, when removal is warranted. Patients benefiting from surgery are those who are symptomatic, whose polyps exceed 10 mm in diameter and , have shown to be enlarging, to be sessile or broad-based, to have long pedicles; and also have . infundibular polyps, coexisting gallstones or changes on the gallbladder wall appearance at ultrasonography. [Rev Assoc Med Bras 2010; 56(3): 318-21]

KEY WORDS: Gallbladder diseases. Gallbladder. Polyps.

REFERÊNCIAS

1. Sun XJ, Shi JS, Han Y, Wang JS, Ren H. Diagnosis and treatment of polypoid lesions of the gallbladder: report of 194 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2004;3:591-4.
2. Ljubičić N, Zovak M, Doko M, Vrkljan M, Vide L. Management of gallbladder polyps: an optimal strategy proposed. *Acta Clin Croat.* 2001;40:57-60.
3. Josef E, Fischer MD. *Mastery of surgery.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.1025;
4. Sugiyama M, Xiao-Yan Xie, Yutaka Atomi Y, Saito M. Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder. the value of endoscopic ultrasonography. *Ann Surg.* 1999;229:498-504.
5. Csendes A, Burgos AM, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg.* 2001;234:657-60.
6. Chattopadhyay D, Lochan R, Balupuri S, Gopinath BR, Wynne KS. Outcome of gallbladder polypoidal lesions detected by transabdominal ultrasound scanning: a nine year experience. *World J Gastroenterol.* 2006;11:2171-3.
7. Furukawa, H., Kosuge, T., Shimada, K., Yamamoto, J., Kanai, Y., Mukai, K., Iwata, R. and Ushio, K. Small polypoid lesions of the gallbladder. Differential diagnosis and surgical indications by helical computed tomography. *Arch Surg.* 1998;133:735-9.
8. Kimura K, Fujita N, Noda Y, Kobayashi G, Ito K. Differential diagnosis of large-sized pedunculated polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography: a prospective study. *J Gastroenterol.* 2001;36:619-22.
9. Sugiyama M, Atomi Y, Yamato Y. Endoscopic ultrasonography for differential diagnosis of polypoid gall bladder lesions: analysis in surgical and follow up series. *Gut.* 2000;46:250-4.
10. Escalona AP, León FG, Bellolio FR, Pimentel FM, Guajardo MB, Gennero R, et al. Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. *Rev Méd Chile.* 2006;134:1237-42.
11. Kratzer W, Haenle MM, Voegtle A, Mason RA, Akinli AS, Hirschbuehl K, et al. and the Roemerstein study group. Ultrasonographically detected gallbladder polyps: a reason for concern? A seven-year follow-up study. *BMC Gastroenterology.* 2008;8:41.

Artigo recebido: 19/10/09
Aceito para publicação: 4/03/10
