

## "PÓLIPOS DA VESÍCULA BILIAR: COMO E QUANDO TRATAR?"

É denominado pólipos vesicular quando uma lesão projeta-se da parede vesicular para o interior da vesícula biliar. O diagnóstico de pólipos vesicular aumentou muito devido ao elevado uso da ultrassonografia abdominal. São diagnosticados em cerca de 5% da população em geral<sup>(2,3,8)</sup>.

Os pólipos vesiculares são denominados de benignos ou malignos. Os benignos são classificados em: pseudotumores (pólipos de colesterol, pólipos inflamatórios; colesterose e hiperplasia); tumores epiteliais (adenomas) e tumores mesenquimatosos (fibroma, lipoma, hemangioma). Os malignos são os carcinomas da vesícula biliar. Os pólipos inflamatórios são pouco frequentes. Consistem numa reação inflamatória local de proliferação epitelial, com infiltrado de células inflamatórias, estando associados muitas vezes a colecistite crônica<sup>(1,8)</sup>.

O adenoma, apesar de ser um pólipo benigno, pode ter um comportamento pré-maligno. Esta é uma lesão habitualmente solitária, pediculada e pode estar associada a litíase vesicular<sup>(7,8)</sup>.

Devido 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<sup>(6,7)</sup>.

O significado das lesões polipoides da vesicular biliar não é muito entendido pela maioria dos médicos e por isso a conduta nessas lesões é controversa. Habitualmente, os pólipos com mais de 1 cm de diâmetro são removidos cirurgicamente devido ao risco de malignização, sendo que os pacientes com pólipos menores necessitam de seguimento e diversas ultrassonografias de controle. Distinguir entre lesões não-neoplásicas, neoplásicas e lesões potencialmente malignas tem sido o grande desafio diagnóstico<sup>(4,5)</sup>.

Geralmente, pólipos menores que 1 cm e assintomáticos são seguidos por 6 a 12 meses com ultrassonografias de controle para estudar um possível crescimento rápido dessas lesões. Alguns estudos, no entanto, demonstraram que somente o diâmetro do pólipo não é um critério seguro de exclusão neoplásica. Um estudo demonstrou que 52,6% dos pólipos vesiculares menores que 1 cm eram lesões pediculadas neoplásicas. Sugiyama et al reportaram que aproximadamente 30% dos pólipos entre 11 e 15 mm eram de colesterol. A colecistectomia videolaparoscópica é o tratamento considerado padrão-ouro no tratamento dos pólipos não-neoplásicos<sup>(4,5,7)</sup>.

No estudo de Matos et al fez-se uma revisão da literatura internacional sobre o tema e um estudo retrospectivo dos doentes operados no Serviço de Cirurgia II dos Hospitais da Universidade de 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 pólipos vesiculares, entre janeiro de 2003 e dezembro 2007. Foram excluídos os doentes com diagnóstico de pólipos que não foram propostos para terapêutica cirúrgica. Foram revistos os processos clínicos destes doentes e

feita avaliação de dados demográficos, da apresentação clínica, dos principais sintomas, das patologias associadas e exames complementares de diagnóstico realizados. Avaliaram-se procedimentos cirúrgicos efetuadas, complicações pós-operatórias e seguimento pós-operatório durante um ano.

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

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%) dos doentes tratava-se de pólipos malignos, adenocarcinoma da vesícula biliar. O diâmetro médio dos pólipos benignos foi de 6 mm, a idade média destes doentes foi de 48,2 anos e 40 doentes (43%) apresentavam lesões múltiplas. Dos pólipos malignos o diâmetro médio foi de 21,5 mm, eram lesões solitárias e a idade média destes doentes foi de 58,5 anos.

Quando agrupados os pólipos malignos e pré-malignos (adenomas) constatou-se que o diâmetro médio foi de 18,8 mm; eram todas lesões solitárias e a idade média destes doentes foi de 57,7 anos.

Neste estudo nenhuma lesão maligna ou pré-maligna foi inferior a 10 mm e apenas um destes doentes tinha idade inferior a 50 anos.

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

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

Conclui-se que o tratamento cirúrgico dos pólipos vesiculares é a colecistectomia e só deve ser realizado quando existe: clínica relacionada com o pólipo; 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.

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.

Os autores do estudo da Universidade de Coimbra por sua experiência, criaram critérios para indicação de cirurgia no tratamento dos pólipos da vesícula biliar baseados em critérios clínicos e de imagem de grande utilidade na prática diária de clínicos e cirurgiões frente a uma patologia cada vez mais diagnosticada.

**ELIAS JIRJOSS ILIAS**

Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e Professor Convidado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP [eliasjilias@gmail.com](mailto:eliasjilias@gmail.com)

**Referências**

1. Bang S .Natural course and treatment strategy of gallbladder polyp. *anKore J Gastroenterol.* 2009 Jun;53(6):336-40.
2. Gurusamy KS, Abu-Amara M, Farouk M, Davidson BR. Cholecystectomy for gallbladder polyp. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21;(1):CD007052.
3. Jang JY, Kim SW, Lee SE, Hwang DW, Kim EJ, Lee JY, Kim SJ, Ryu JK, Kim YT. Differential diagnostic and staging accuracies of high resolution ultrasonography, endoscopic ultrasonography, and multidetector computed tomography for gallbladder polypoid lesions and gallbladder cancer. *Ann Surg.* 2009 Dec;250(6):943-9.
4. Young Koog Cheon, Won Young Cho, Tae Hee Lee, Young Deok Cho, Jong Ho Moon, Joon Seong Lee, and Chan Sup Shim. Endoscopic ultrasonography does not differentiate neoplastic from non-neoplastic small gallbladder polyps. *World J Gastroenterol.* 2009 May 21; 15(19): 2361-2366.
5. Sugiyama M, Atomi Y, Kuroda A, Muto T, Wada N. Large cholesterol polyps of the gallbladder: diagnosis by means of US and endoscopic US. *Radiology.* 1995;196:493-497.
6. Ito H, Hann LE, D'Angelica M, Allen P, Fong Y, Dematteo RP, Klimstra DS, Blumgart LH, Jarnagin WR Polypoid. Lesions of the gallbladder: diagnosis and followup. *J Am Coll Surg.* 2009 Apr;208(4):570-5.
7. Park KW, Kim SH, Choi SH, Lee WJ. Park KW, Kim SH, Choi SH, Lee WJ. Differentiation of nonneoplastic and neoplastic gallbladder polyps 1 cm or bigger with multi-detector row computed tomography. *J Comput Assist Tomogr.* 2010 Jan;34(1):135-9.
8. Matos ASB, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Pólipos da vesícula biliar. Como e Quando Tratar? *Rev Assoc Med Bras* 2010; 56(3):318-321.