

Lesiones polipoideas en la vesícula biliar: ¿ha habido novedades en los últimos 5 años?

I. Carabaño Aguado¹, V.M. Suárez Vega², L. Llorente Otones³, A. Granados Molina¹

¹Servicio de Pediatría. ²Departamento de Radiodiagnóstico. Hospital «Infanta Elena». Valdemoro (Madrid).

³Departamento de Pediatría. Hospital de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid)

Resumen

Las lesiones polipoideas de la vesícula biliar (LPVB) son poco frecuentes en la edad pediátrica. Pueden ser primarias o secundarias, malignas o benignas. Pueden cursar de modo asintomático, o acompañarse de cólico biliar, dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómitos, sensación de plenitud, colestasis y/o pancreatitis. Se diagnostican mediante una ecografía abdominal. En la mayoría de los centros se considera la cirugía si la lesión es mayor de 10 mm, si se asocia a litiasis biliar, si el pólipo es sésil, si hay un aumento rápido de tamaño o si produce clínica. Presentamos el primer caso de LPVB múltiples en un paciente pediátrico, así como una revisión de los cambios producidos en el manejo de esta entidad en los últimos 5 años.

Palabras clave

Pólipo vesicular, niños

Abstract

Title: Polypoid lesions of the gallbladder: have there been any changes in the last five years?

Polypoid gallbladder lesions (PGL) in children have rarely been reported. They may be primary or secondary, malignant or benign. They can be asymptomatic or be accompanied by biliary colic, unspecific abdominal pain, nausea, vomiting, bloating, cholestasis, and/or pancreatitis. They are diagnosed through abdominal ultrasound. In most centers surgery is considered if the lesion is larger than 10 mm, if it is associated with gallstones, if the polyp is sessile or flat, if there is a rapid increase in size or if the patient is symptomatic. We report the first case of multiple PGL in a pediatric patient and a review of the changes in the management of this disease in the last five years.

Keywords

Gallbladder polyps, children

Introducción

Hace 5 años tuvimos la ocasión de publicar un caso de lesión polipoidea en la vesícula biliar (LPVB). Se trataba de una niña de 12 años de edad con una lesión simple, de 3 mm de diámetro, en el *fundus* vesicular¹, que acabó resolviéndose de forma espontánea después de 2 años de seguimiento. Por aquel entonces el caso clínico nos planteó una relativa incertidumbre, pues la casuística se mostró muy limitada, y los protocolos de manejo de este tipo de lesiones procedían de series de adultos, donde son bastante más frecuentes que en los niños. El hecho de habernos encontrado con otro caso de la misma patología en un paciente en edad pediátrica nos llevó a reflexionar sobre si se habían producido cambios en su enfoque o, por el contrario, seguíamos con las mismas lagunas.

Caso clínico

Varón de 14 años de edad, ingresado en nuestro hospital por presentar hematuria macroscópica en el contexto de una amigdalitis

aguda. En los días previos inició antibioterapia oral. La exploración física fue normal, salvo por la observación de una hiperemia faríngea con exudados. Los resultados del hemograma, la bioquímica general, el lipidograma y el estudio de coagulación, inmunoglobulinas, complemento y anticuerpos antiestreptolisina fueron normales, y el test rápido de *Streptococcus pyogenes* fue negativo. Dentro del estudio inicial sobre su hematuria, se solicitó una ecografía abdominal, que mostró una vesícula biliar de tamaño normal, pared fina, con varias imágenes hiperecogénicas sin sombra acústica, adheridas, polipoideas, la mayor de las cuales medía 9 mm (figuras 1 y 2). Con el diagnóstico de pólipos en la vesícula biliar, se remitió al paciente a la consulta de gastroenterología infantil para llevar a cabo el seguimiento.

Discusión

Las LPVB son frecuentes en la población adulta, pero excepcionales en la edad pediátrica. Se estima que suponen un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer vesicular, si bien en la infancia no se ha descrito ningún caso de malignización¹⁻⁶.

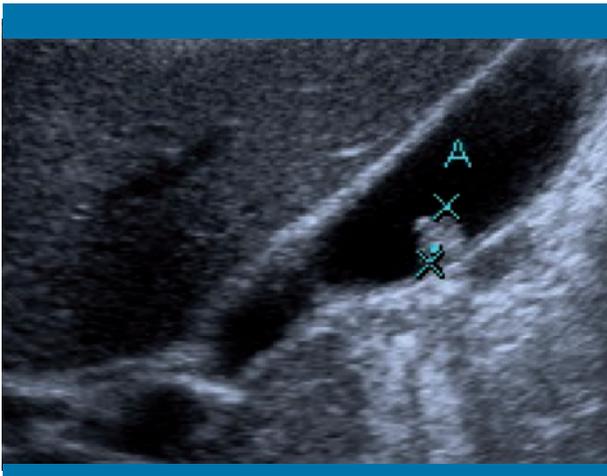


Figura 1. Imagen ecográfica de uno de los pólipos (A)



Figura 2. Imagen ecográfica de otra lesión polipoidea en el mismo paciente (B)

TABLA 1

Características anatomopatológicas de las LPVB en la edad pediátrica

- Adenoma
- Hamartoma
- Heterotopia gástrica
- Pólipo de colesterol
- Pólipo hiperplásico

LPVB: lesiones polipoideas de la vesícula biliar.

TABLA 2

Clasificación clínica de las LPVB

Primarias	Secundarias
	Unión pancreatobiliar anormal
	Leucodistrofia metacromática
	Síndrome de Peutz-Jeghers
	Colangitis esclerosante primaria

LPVB: lesiones polipoideas de la vesícula biliar.

Según nuestros datos, se han descrito cinco casos adicionales en el último quinquenio, lo cual supone que hay un total de 18 casos recogidos en la bibliografía¹⁻⁶. La mediana de edad de presentación sigue siendo de 12 años. No hay predominio de afectación en función del sexo.

La clasificación anatomopatológica de la casuística pediátrica se expone en la tabla 1. Hay que destacar que en el síndrome de Peutz-Jeghers los pólipos, de naturaleza hamartomatosas, pueden sufrir malignización y crecer de forma considerable⁷. Recientemente, se destaca que las LPVB de la colangitis esclerosante primaria también son más proclives a experimentar una transformación maligna^{8,9}.

De forma general, podemos clasificar clínicamente las LPVB según lo expuesto en la tabla 2¹⁻⁶. En nuestra experiencia, las LPVB han cursado de forma asintomática, y fueron advertidas de forma casual durante una exploración ecográfica indicada por un motivo extradigestivo¹. No obstante, se les ha atribuido síntomas claramente relacionados, como cólico biliar, ictericia, acolia, hipocolia y coluria²⁻⁶. Otras veces se han relacionado causalmente con la aparición de una sintomatología mucho más vaga, como dolor abdominal inespecífico, náuseas, vómitos y sensación de plenitud. ¿Hasta qué punto existe un vínculo causal entre ellas? La generalización del uso de la ultrasonografía en el cribado del dolor abdominal crónico ha motivado que cada vez se visualicen más lesiones de esta naturaleza,

pero la contribución de éstas al dolor y los síntomas dispépticos ya es más difícil de establecer. De los casos pediátricos publicados, un 65% fueron advertidos en pacientes con patología digestiva, especialmente dolor abdominal (combinado con fiebre, vómitos y/o plenitud posprandial), y el resto fueron diagnosticados en pacientes asintomáticos o con clínica extradigestiva¹⁻⁶.

Con respecto a los métodos diagnósticos, la prueba realizada con mayor asiduidad es la ecografía abdominal de alta resolución, que tiene una gran sensibilidad y especificidad⁴. Las LPVB se visualizan como lesiones redondeadas, pediculadas o sésiles, que no varían con los cambios de posición, se muestran adheridas a las paredes de la vesícula y protruyen hacia la luz vesicular. Hay que distinguirlas de las litiasis y los coágulos de sangre, que muestran movilidad durante la exploración ultrasonográfica. Hasta el momento, todos los casos descritos en pacientes pediátricos mostraban lesiones únicas. Por tanto, el presente caso supone la primera comunicación de múltiples LPVB en un niño.

El seguimiento de los pacientes con LPVB no está bien establecido ni en los pacientes pediátricos ni en los adultos. En la bibliografía se suele proponer que durante los 2 primeros años tras su diagnóstico se hagan revisiones ecográficas cada 3-6 meses. Pasado este periodo, se debe hacer un seguimiento anual^{10,11}.

La evolución de las LPVB en adultos mostró que hasta un 4% desaparecen en un plazo máximo de 6 años, un 12-25% aumentan de tamaño o número en ese plazo de tiempo, un 25% disminuyen en número o tamaño y el 50-84% mantienen el tamaño de partida¹².

En cuanto al tratamiento de las LPVB en la infancia, en la mayor parte de los centros se asumen los criterios quirúrgicos postulados para el manejo en adultos, que no están basados en pruebas consistentes¹³⁻¹⁸. Se suele indicar la cirugía cuando la lesión mide más de 10 mm, si el paciente tiene más de 50-60 años, si hay litiasis biliar concomitante, si el aspecto del pólipo es sésil, si aumenta rápidamente de tamaño o si produce clínica. Aun así, algunos centros proponen la realización de una colecistectomía en todas las LPVB en pacientes pediátricos. Otros centros defienden la conducta expectante, dada la posibilidad de resolución espontánea de estas lesiones³. El escaso número de pacientes con esta patología dificulta en gran medida la protocolización de su manejo.

En resumen, las LPVB son infrecuentes en la edad pediátrica. En los últimos 5 años no se han producido grandes avances al respecto, y su tratamiento en la edad pediátrica sigue siendo incierto. Al igual que los adultos, los niños pueden presentar múltiples pólipos vesiculares. ■

Bibliografía

1. Carabaño Aguado I, Bartolomé Porro JM, Urruzuno Tellería P, Medina Benítez E, Benavent Gordo MI, Manzanares López-Manzanares J. Lesiones polipoideas de la vesícula biliar. *An Pediatr (Barc)*. 2006; 64: 182-183.
2. Beck PL, Shaffer EA, Gall DG, Sherman PM. The natural history and significance of ultrasonographically defined polypoid lesions of the gallbladder in children. *J Pediatr Surg*. 2007; 42: 1.907-1.912.
3. Stringer MD, Ceylan H, Ward K, Wyatt JI. G. Gallbladder polyps in children: classification and management. *J Pediatr Surg*. 2003; 11: 1.680-1.684.
4. Jang JY, Kim SW, Lee SE, Hwang DW, Kim EJ, Lee JY, et al. Differential diagnostic and staging accuracies of high resolution ultrasonography, endoscopic ultrasonography and multidetector computed tomography for gallbladder polypoid lesions and gallbladder cancer. *Am Surg*. 2009; 250: 943-949.
5. Barzilai M, Lerner A. Gallbladder polyps in children: a rare condition. *Pediatr Radiol*. 1997; 27: 54-56.
6. Okada T, Sasaki F, Honda S, Matsuno Y, Kabota K, Todo S. Hyperplastic polyp of the gallbladder associated with pancreatobiliary maljunction in a 9-year-old girl. *Pediatr Surg Int*. 2009; 25: 999-1.002.
7. Vogel T, Schunacher V, Saleh A. Extraintestinal polyps in Peutz-Jeghers syndrome: of four cases and review of the literature. *Int J Colorectal Dis*. 2000; 15: 118-123.
8. Karlsen TH, Schrumpf E, Boberg KM. Gallbladder polyps in primary sclerosing cholangitis: not so benign. *Curr Opin Gastroenterol*. 2008; 24: 395-399.
9. Silveira MG, Lindor KD. Primary sclerosing cholangitis. *Can J Gastroenterol*. 2008; 22: 689-698.
10. Gallahan WC, Conway JD. Diagnosis and management of gallbladder polyps. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010; 39: 359-367.
11. Ito H, Han LE, D'Angelica M, Allen P, Dematteo RP, Klimstra TS, et al. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and follow up. *J Am Coll Surg*. 2009; 208: 570-575.
12. Moriguchi H, Tazawa J, Hayashi Y. Natural history of polypoid lesions in the gallbladder. *Gut*. 1996; 39: 860-862.
13. Terzi C, Sökmen S, Seckin S, Albayrak L, Ugurlu S. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery*. 2000; 127: 622-627.
14. Lee KF, Wong J, Li GC, Lai PB. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg*. 2004; 188: 186-190.
15. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg*. 1992; 79: 227-229.
16. Csendes A, Burgos AM, Csendes P. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg*. 2001; 234: 657-660.
17. Shinkai H, Kimura W, Muto T. Surgical indications for small polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg*. 1998; 175: 114-117.
18. Gurusamy KS, Abu-Amara M, Farouk M, Davidsdson BR. Cholecystectomy for gallbladder polyp. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 21: CD007052.