



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-208 - ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES VESICULARES BENIGNAS NO LITIÁSICAS

*Jiménez Álvarez, Laura; Soto Schutte, Sonia; Mínguez García, Javier; López García, Adela; Marcos Hernández, Ruth; Gómez, Remedios; Lasa Unzué, Inmaculada; Gutiérrez Calvo, Alberto*

*Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.*

### Resumen

**Objetivos:** Proponer un algoritmo de manejo de los pólipos vesiculares.

**Métodos:** Revisión de artículos recientes.

**Resultados:** Los pólipos vesiculares son definidos como engrosamientos de la pared de la vesícula. Son un hallazgo incidental frecuente con una prevalencia estimada entre un 0,3 y un 10% de la población. La mayoría corresponde a pseudopólipos (hiperplasia adenomatosa, adenomiomas, pólipo inflamatorio o de colesterol). Los pólipos verdaderos se clasifican en benignos (adenomas) y malignos (adenocarcinomas). Su importancia radica en que ciertas lesiones pueden ser preneoplásicas o malignas pero identificar cuáles lo son es un desafío para el cirujano. Los pólipos de colesterol son los más frecuentes (70-80%). Suelen diagnosticarse en mujeres menores de 50 años y normalmente son pequeños (10 mm se recomienda la colecistectomía (siempre que el paciente sea candidato a cirugía). Si la lesión es menor de 10 mm, lo siguiente a tener en cuenta es la presencia de sintomatología. No hay evidencia suficiente que demuestre que las lesiones benignas provoquen síntomas, y tampoco existe una clara relación entre la presencia de sintomatología y la malignidad, sin embargo, existe consenso de realizar colecistectomía en aquellos pacientes en los que los síntomas no se expliquen por otra causa. En caso de no presentar síntomas debemos analizar si el paciente presenta algún factor de riesgo para cáncer de vesícula biliar (edad mayor de 50 años, pacientes de etnia india, presencia de colangitis esclerosante primaria o pólipo sénil). Si presenta algún factor de riesgo: Disminuye el límite de tamaño y se considera indicada la colecistectomía en lesiones mayores de 6 mm; Para lesiones menores de 6 mm se recomienda seguimiento con ecografía a los 6m, al año y anual hasta los 5 años. En caso de no presentar factores de riesgo se recomienda seguimiento de la lesión, igual al caso previo en las lesiones de entre 6-9mm y seguimiento menos estrecho en lesiones menores de 6 mm (al año, a los 3 años y a los 5 años). Si durante el seguimiento el pólipo crece más de 2 mm o alcanza los 10mm se recomienda la colecistectomía. En caso de que el pólipo desaparezca se recomienda abandonar el seguimiento.

**Conclusiones:** Las lesiones benignas son frecuentes pero existe poca evidencia científica de su potencial maligno. Suponen una causa frecuente de colecistectomía por lo que es necesario conocer su diagnóstico diferencial y las recomendaciones de tratamiento. El principal factor predictor de malignidad es su tamaño pero hay otros factores que influyen en la decisión de la colecistectomía.