



Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
Colegio de Postgraduados en Cirugía General A.C.
Federación Nacional de Colegios y Asociaciones de Especialistas en Cirugía General A.C.

ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA GENERAL A.C.

COMITÉ DE ELABORACIÓN DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PÓLIPOS VESICULARES

MÉXICO D.F. OCTUBRE DEL 2014





GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

AUTORES

AUTORES	ESPECIALIDAD	INSTITUCIÓN	ÁREA LABORAL
Dr. Carlos Chan Núñez Coordinador de Guía	Cirujano Hepato- Pancreato-Biliar	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Jefe del Servicio de Cirugía de Páncreas
Dr. Alfonso Ricardo Bandín Musa Supervisor de Guía	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dr. Israel Villalobos Blásquez	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General
Dra. Adriana Torres Machorro	Cirujano General	Instituto de Ciencias Médicas y la Nutrición Salvador Zubirán	Cirujano General





1.- CLASIFICACIÓN

PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos Familiares, Médicos Internistas, Cirujano Generales, Gastroenterólogos.
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	PÓLIPO VESICULAR CLAVE CIE 10 K 83
CATEGORÍA DE GPC	Primer y segundo nivel de atención.
USUARIOS POTENCIALES	Personal de la salud perteneciente a la AMCG en forma inicial.
ORGANIZACIÓN DESARROLLADORA	Miembros de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
POBLACIÓN BLANCO	Hombres y Mujeres > 18 años.
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Resumen de datos de HC, la semiología, Dx., Dx. Dif. y tratamiento de la patología a tratar.
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Referencia oportuna y efectiva. Satisfacción con la atención. Mejora de la calidad de vida. Tratamiento específico y adecuado. Uso adecuado de estudios de gabinete. Actualización médica. Uso eficiente de los recursos. Diagnóstico certero y oportuno.
METODOLOGÍA	Definición del enfoque de la GPC. Elaboración de preguntas. Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencias. Protocolo sistematizado de búsqueda. Revisión sistematizada de la literatura. Búsqueda de bases de datos electrónicas. Búsqueda de otras guías en centros de elaboradores o compiladores. Búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales revisadas: 20. Guías seleccionadas : No existen Consenso de expertos. Validación de protocolos de búsqueda por el comité de enseñanza e investigación de la AMCG Construcción de la guía para su validación. Respuesta a preguntas clínicas por adopción de guías. Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional. Respuesta a preguntas clínicas por revisión sistematizada de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones. Emisión de evidencias y recomendaciones (ver anexos).





MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Validación de protocolos de búsqueda. Método de validación de la GPC: validación por pares. Validación Interna: Comité de enseñanza e investigación de la AMCG Prueba de campo: territorio de la República Mexicana.
CONFLICTO DE INTERÉS	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica.





2.- INTRODUCCIÓN

3.- ASPECTOS GENERALES

El uso cada vez mayor y el avance constante de la resolución de las imágenes en la práctica clínica, conducen frecuentemente a hallazgos considerados anormales y de significado incierto.

Las lesiones que se proyectan en la pared de la vesícula biliar hacia el interior de la misma, son denominadas **pólipos vesiculares** (PVB). En la mayoría de los pacientes el diagnóstico es un hallazgo incidental en el ultrasonido para la evaluación preoperatoria de rutina ante la sospecha litiasis vesicular o colecistitis. Aunque la mayoría de los PVB tienen una naturaleza benigna, la presencia de pólipos malignos puede estar presente en algunos casos, por lo cual una detección temprana para poder ofrecer un tratamiento curativo y una adecuada sobrevida a largo plazo. El objetivo fundamental en el diagnóstico de los PVB es prevenir el desarrollo de cáncer de la vesícula biliar (CVB).

3.1 Justificación:

Con el constante mejoramiento tecnológico en los métodos diagnósticos por imagen en los últimos años, ha habido un incremento importante en el diagnóstico incidental de pólipos de la vesícula biliar (PVB) en etapas tempranas y de manera asintomática, por tal motivo, en la actualidad es necesario un adecuado diagnóstico para determinar la conducta terapéutica, puesto que la finalidad de un diagnóstico temprano tiene como objetivo la prevención del cáncer de vesícula biliar.

3.2 Objetivos:

Unificar los criterios diagnósticos y terapéuticos del personal médico quirúrgico de segundo nivel de atención con los pacientes que de forma incidental o sintomática presentan esta patología, para poder ofrecer así, de forma expedita y eficaz, el mejor tratamiento posible vigente de acuerdo a los niveles proporcionados de evidencia clínica, basados en los recursos médicos y de infraestructura hospitalaria disponibles.





3. Definición y Glosario

Pólipo de la vesícula biliar (PVB): Se define cualquier proyección de la mucosa hacia la luz de la vesícula biliar.

Cáncer de vesícula biliar (CVB): El cáncer de vesícula biliar es una enfermedad poco frecuente en la que se encuentran células malignas (cancerosas) en los tejidos de la vesícula biliar.

3.4 Glosario:

PVB: Pólipo de la Vesícula Biliar.

USG: Ultrasonografía.

USTE: Ultrasonido transendoscópico.

CVB: Cáncer de vesícula biliar.

TAC: Tomografía axial computarizada.





EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la Información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas corresponden a la información disponible organizadas según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas en forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron según la escala del documento original, utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente a nivel de evidencia y recomendación, el número y / o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la Información.

Cuando no contamos con GPC anterior como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, meta análisis, ensayos clínicos, estudios observacionales, y consensos de expertos. La escala utilizada para la gradación de las evidencias y recomendaciones de esos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra, y posteriormente el nombre del primer autor y año de su publicación.





Clasificación de nivel de evidencia y fuerza de recomendación.

Shekelle

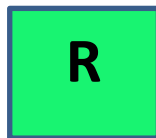
CATEGORÍA DE LA EVIDENCIA	FUERZA DE RECOMENDACIÓN
Ia.- Evidencia por meta-análisis de estudios clínicos aleatorizados	A.- Directamente basada en evidencia categoría I
Ib.- Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorizado.	
Ila.- Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorización.	B.- Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
Ilb.- Al menos otro tipo de estudio cuasi-experimental o estudios de cohorte.	
III.- Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, de correlación y casos y controles. Revisiones clínicas.	C.- Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II
IV. Evidencia de Comité de Expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas,	D.- Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II

Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J, Clinical guidelines Developing guidelines BMJ 1999; 318: 593-596

Tabla de Referencia de símbolos Utilizados en esta Guía



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



BUENA PRÁCTICA





PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1- ¿Histológicamente cómo se clasifican los pólipos de la vesícula biliar?
- 2- ¿Cuál es la prevalencia estimada de los PVB?
- 3- ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes de los PVB?
- 4- ¿Cómo se realiza el diagnóstico de PVB?
- 5- ¿Ante la duda diagnóstica del ultrasonido trans abdominal. ¿Qué otros estudios de imagen se utilizan para su diagnóstico?
- 6- ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes de malignidad de los PVB?
- 7- ¿Cuál es el objetivo primordial del diagnóstico temprano de los PVB?
- 8- Con base en los hallazgos por ultrasonografía. ¿Cuáles son las recomendaciones para seguimiento de los PVB?
- 9- ¿Cuáles son las indicaciones para la colecistectomía electiva ante el diagnóstico de PVB?





5.1 DIAGNÓSTICO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>1- ¿Histológicamente cómo se clasifican los pólipos de la vesícula biliar?</p> <p>Se clasifican en neoplásicos y no neoplásicos. Actualmente se clasifican en pólipos neoplásicos (adenomas, carcinoma in situ) y no neoplásicos (pólipos de colesterol principalmente) estos últimos comprenden el 95% de las lesiones.</p>	<p style="text-align: center;">II / B Matos AS, Baptista HN, 2010</p> <p style="text-align: center;">Gallahan WC, Conway JD. 2010</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>2: ¿Cuál es la prevalencia estimada de los PVB?</p> <p>Tienen una prevalencia del 5%. Varía de acuerdo a las características demográficas, pero en Estados Unidos de Norte América en el año 2009 fue del 5%. La estimación de nuevos cánceres de vesícula y vías biliares reportado es de 0.66% lo que representó 0.60% de nuevas muertes por cáncer.</p>	<p style="text-align: center;">II / B</p> <p style="text-align: center;">Inui K, Yoshino J, Miyoshi H. 2011.</p> <p style="text-align: center;">Matos AS, Baptista HN 2010</p> <p style="text-align: center;">Jemal A, Siegel R, Ward E 2009.</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>3.-¿Cuáles son las manifestaciones clínicas más frecuentes en los PVB?</p> <p>El síntoma más frecuente es el cólico biliar, pero la mayoría de las veces cursan asintomáticos. Los PVB por lo general no producen síntomas, pero ante la ausencia de otros hallazgos clínicos, los PVB pueden ser considerados como una fuente de cólicos biliares. Los síntomas más frecuentes comprenden: dolor en hipocondrio derecho, náuseas, dispepsia, ictericia, 60% de los pacientes reportados también presentan cálculos vesiculares, por lo cual no se sabe con precisión si los síntomas fueron producidos por los PVB. Los pólipos pueden comportarse como un cálculo y producir obstrucción, siendo la causa de cólicos biliares, pancreatitis, colecistitis aguda e incluso hay reportes de hemobilia.</p>	<p style="text-align: center;">II / C</p> <p style="text-align: center;">Inui K, Yoshino J, Miyoshi H. 2011</p> <p style="text-align: center;">Gallahan WC, Conway JD 2010.</p> <p style="text-align: center;">Bang S. 2009</p> <p style="text-align: center;">Kwon W, Jang JY, Lee SE 2009</p>





<p style="text-align: center;">E</p>	<p>4: ¿Cómo se realiza el diagnóstico de PVB?</p> <p>Se realiza mediante un estudio de imagen por ultrasonido transabdominal.</p> <p>La mayoría de los PVB son diagnosticados durante el ultrasonido abdominal, se presentan como una imagen fija, hiperecogénica que se proyecta dentro de la luz de la vesícula biliar, con o sin sombra acústica. Múltiples estudios reportan una sensibilidad de 90% y especificidad del 94%, en particular cuando no hay cálculos biliares, sin embargo la precisión de este estudio ha sido cuestionada.</p>	<p style="text-align: center;">I/C</p> <p style="text-align: center;">Gallahan WC, Conway JD 2010</p> <p style="text-align: center;">Lin WR, Lin DY, Tai DI 2008</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>5: Ante la duda diagnóstica del ultrasonido trans abdominal. ¿Qué otros estudios de imagen se utilizan para su diagnóstico?</p> <p>En el siguiente orden: TAC, USTE y USG trans abdominal de alta resolución.</p> <p>Se puede recurrir a la TAC, la ultrasonografía trans endoscópica (USTE), y recientemente al ultrasonido transabdominal de alta resolución. La sensibilidad de la ultrasonografía transabdominal vs USTE reportada es de 90% vs 86% respectivamente, la sensibilidad de la TAC reportada es del 72%.</p>	<p style="text-align: center;">II/C</p> <p style="text-align: center;">Sugiyama M, Atomi Y, Yamato T. 2000</p> <p style="text-align: center;">Gallahan WC, Conway JD 2010</p> <p style="text-align: center;">Cheon YK, Cho WY, Lee TH 2009</p>
<p style="text-align: center;">E</p>	<p>6: ¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes de malignidad de los PVB?</p> <p>Son un tamaño igual o mayor de 10mm y de estirpe histopatológica del tipo adenomatoso principalmente.</p> <p>Los factores de riesgo más importantes son el tamaño de los PVB. El 94% de los PVB menores de 1 cm fueron reportados como benignos, el 88% de los PVB mayores de 1cm fueron malignos. Otros factores para malignidad en asociación con los PVB mayores de 1cm, son la edad mayor de 60 años, y la coexistencia de los cálculos biliares. Otros factores de riesgo para malignidad son: síndrome de poliposis congénitas como Peutz Jeghers, Gardner, presencia de cálculos biliares y la colangitis esclerosante primaria.</p>	<p style="text-align: center;">II/B</p> <p style="text-align: center;">Gallahan WC, Conway JD 2010</p> <p style="text-align: center;">Colecchia A, Larocca A, Scaioli E 2009</p> <p style="text-align: center;">Park JY, Hong SP, Kim YJ 2009</p> <p style="text-align: center;">Lin WR, Lin DY, Tai DI 2008</p>






	7: ¿Cuál es el objetivo primordial del diagnóstico temprano de los PVB?	I/ A Park JY, Hong SP, Kim YJ 2009 Gallahan WC, Conway JD 2010
	8: Con base en los hallazgos por ultrasonografía; ¿Cuáles son las recomendaciones para seguimiento de los PVB?	II /C Colecchia A, Larocca A, Scaioli E 2009 Park JY, Hong SP, Kim YJ 2009. Gallahan WC, Conway JD 2010.





5.2 TRATAMIENTO

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>9: ¿Cuáles son las indicaciones para la colecistectomía electiva ante el diagnóstico de PVB?</p> <p>Cualquier pólipo vesicular que produzca síntomas debe ser removido quirúrgicamente.</p> <p>En pacientes con factores de riesgo para la malignidad y un tamaño igual o mayor de 6mm se sugiere que sea reseado. La cirugía de elección es la colecistectomía laparoscópica, excepto en los casos en donde existe alta sospecha de malignidad. Un pólipo de 1.8 cm o mayor tiene una alta posibilidad de tratarse de un cáncer avanzado, por lo que la conducta actual es la colecistectomía abierta, resección hepática parcial y posible linfadenectomía.</p>	<p>II / B</p> <p>Gallahan WC, Conway JD 2010</p> <p>C Gurusamy KS, Abu-Amara M, 2009</p>



ALGORITMO DE MANEJO PARA PÓLIPOS

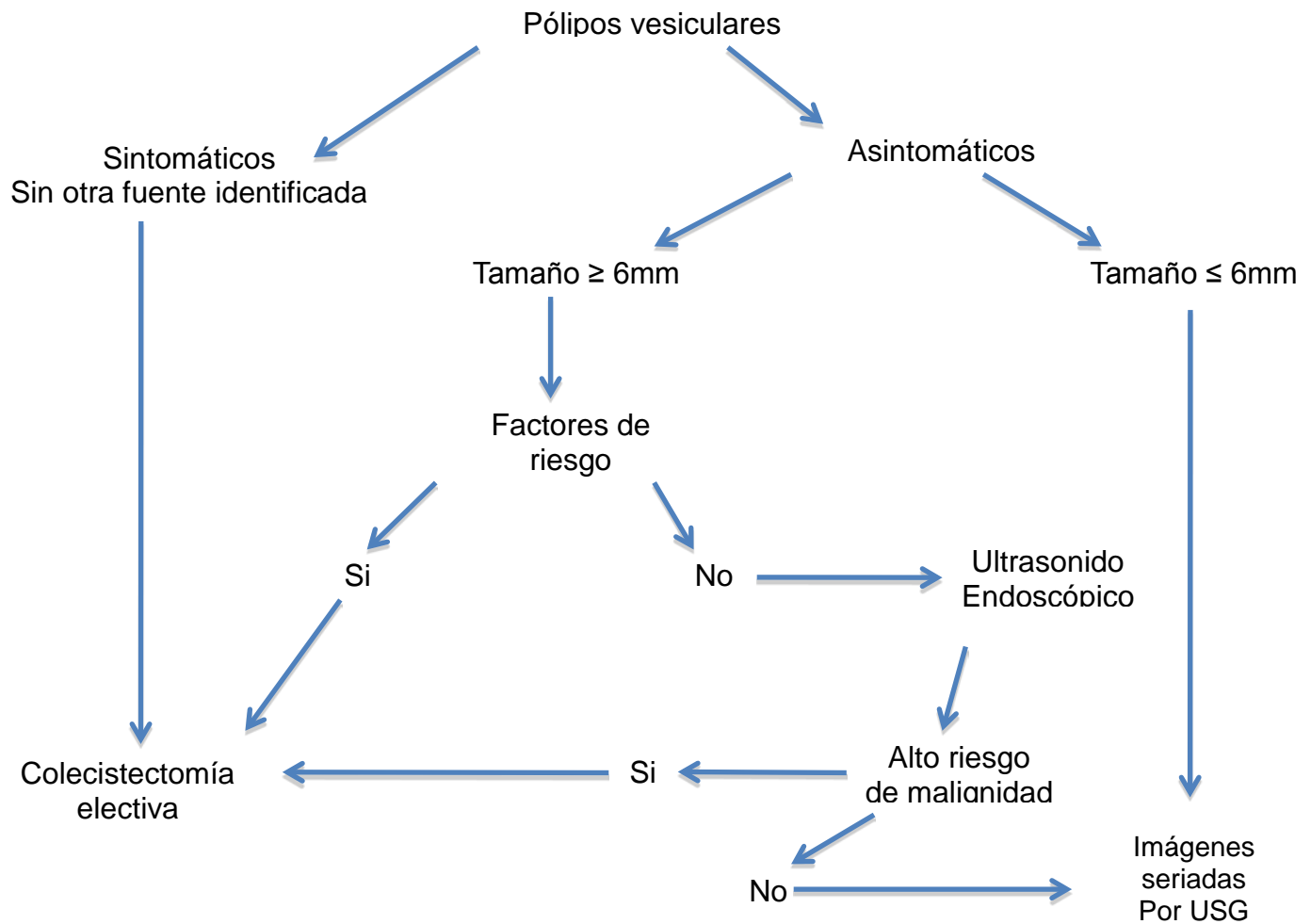


Tabla 1. Algoritmo propuesto para el manejo de los pólipos vesiculares (Gastroenterol Clin N Am (2010) 359-367).



5.4 Protocolo de búsqueda.

Se realizó una búsqueda en Pubmed, con las palabras Clave: “Gallbladder Polyps”, encontrando un total de 836 artículos referentes al tema, de los cuales de acuerdo a los criterios de selección, se seleccionaron 20 artículos de la literatura de gran relevancia para la elaboración de estas guías de práctica clínica.





BIBLIOGRAFÍA

1. Matos AS, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Gallbladder polyps: How should they be treated and when? *Rev Assoc Med Bras* 2010;56:318-21.
2. Inui K, Yoshino J, Miyoshi H. Diagnosis of gallbladder tumors. *Intern Med* 2011;50:1133-6.
3. Bang S. Natural course and treatment strategy of gallbladder polyp. *Korean J Gastroenterol* 2009;53:336-40.
4. Kwon W, Jang JY, Lee SE, Hwang DW, Kim SW. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci* 2009;24:481-7.
5. Okamoto M, Okamoto H, Kitahara F, et al. Ultrasonographic evidence of association of polyps and stones with gallbladder cancer. *Am J Gastroenterol* 1999;94: 446–50.
6. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009; 59:225–49.
7. Zielinski MD, Atwell TD, Davis PW, Kendrick ML, Que FG. Comparison of surgically resected polypoid lesions of the gallbladder to their pre-operative ultrasound characteristics. *J Gastrointest Surg* 2009;13:19-25.
8. 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* 2004;3:591-4.
9. Mishra G, Conway JD. Endoscopic ultrasound in the evaluation of radiologic abnormalities of the liver and biliary tree. *Curr Gastroenterol Rep* 2009;11:150–4.
10. Sugiyama M, Atomi Y, Yamato T. Endoscopic ultrasonography for differential diagnosis of polypoid gallbladder lesions: analysis in surgical and follow up series. *Gut* 2000;46:250–4.
11. Cheon YK, Cho WY, Lee TH, et al. Endoscopic ultrasonography does not differentiate neoplastic from non-neoplastic small gallbladder polyps. *World J Gastroenterol* 2009;15:2361–6.
12. Cho JH, Park JY, Kim YJ, et al. Hypoechoic foci on EUS are simple and Sorong predictive factors for neoplastic gallbladder polyps. *Gastrointest Endosc* 2009; 69:1244–50.
13. 20. Jang JY, Kim SW, Lee SE, et al. 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;250:943–9.
14. Akatsu T, Aiura K, Shimazu M, et al. Can endoscopic ultrasonography differentiate non neoplastic from neoplastic gallbladder polyps? *Dig Dis Sci* 2006;51: 416–21.
15. Koh T, Taniguchi H, Kunishima S, et al. Possibility of differential diagnosis of small polypoid lesions in the gallbladder using FDG-PET. *Clin Positron Imaging* 2000;3: 213–8.
16. Lin WR, Lin DY, Tai DI, et al. Prevalence of and risk factors for gallbladder polyps detected by ultrasonography among healthy Chinese: analysis of 34 669 cases. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:965–9.
17. Colecchia A, Larocca A, Scaoli E, et al. Natural history of small gallbladder polyps is benign: evidence from a clinical and pathogenetic study. *Am J Gastroenterol* 2009;104:624–9.
18. Park JY, Hong SP, Kim YJ, et al. Long-term follow up of gallbladder polyps. *J Gastroenterol Hepatol* 2009;24:219–22.
19. Gallahan WC, Conway JD. Diagnosis and management of gallbladder polyps. *Gastroenterol Clin North Am* 2010;39: 359-67.
20. C Gurusamy KS, Abu-Amara M, Farouk M, Davidson BR. Cholecystectomy for gallbladder polyp (Review). *The Cochrane Library* 2009, Issue 1, 1-12.

