



11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO 68

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR:
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA DEL H.E. C.M.N. S XXI DEL I.M.S.S.
D.F. MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JUSTO GONZALO MILAN REVOLLO

ASESOR DE TESIS: DR. JAVIER NIÑO SOLIS



IMSS

MEXICO, D. F.

27/6/2000
FEBRERO 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION REGIONAL SIGLO XXI
DELEGACION N 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR : DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL H.E. C.M.N. S
XXI DEL I.M.S.S. D.F. MEXICO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL**

**PRESENTA
DR. JUSTO GONZALO MILAN REVOLLO**

ASESOR DE TESIS DR. JAVIER NIÑO SOLIS

MEXICO D F

FEBRERO 2000

[Handwritten signature]

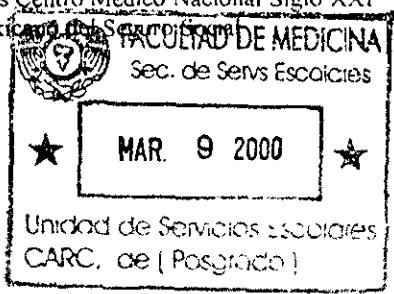
DR. NIELS WACHER RODARTE
Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social

[Large handwritten signature]

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
Profesor titular en el curso de Especialización en Cirugía General
Universidad Nacional Autónoma de México.
Jefe del Departamento de Cirugía General y Gastrointestinal.
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social.

[Handwritten signature]

DR. JAVIER NIÑO SOLÍS
Asesor de tesis
Médico adscrito al Departamento de Cirugía general y Gastrointestinal
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI
Instituto Mexicano del Seguro Social



AGRADECIMIENTOS

**A MIS PADRES MARAVILLOSOS,
CON MI AMOR MAS PROFUNDO, ADMIRACION Y RESPETO
POR QUE ME ENSEÑARON A LUCHAR EN LA VIDA Y A LOGRAR MIS
METAS**

**A MI HERMANO AUGUSTO,
POR QUE CON SU APOYO, ME DESARROLLE COMO SER
HUMANO Y PROFESIONISTA.**

**A MONICA,
UNA MUJER DE GRAN SENSIBILIDAD Y CALIDAD HUMANA,
ELLA TENDRA SIEMPRE MI AMOR Y AMISTAD.**

**A MIS HERMANAS ANA , JACKELINE,
CUYO APOYO INCONDICIONAL FUE VITAL PARA MI
EN MOMENTOS DIFICILES.**

**A MIS MAESTROS,
POR SU ENSEÑANZA Y POR EL ESTIMULO QUE REPRESENTAN
EN SUS CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS.**

**A LA DRA. LUZ MA. GOMEZ JIMENEZ Y EL DR. JAVIER NIÑO SOLIS.
POR SU APOYO Y COLABORACION EN LA ELABORACION
DE ESTE PROYECTO.**

**A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS,
QUIENES COMPARTIERON CONMIGO PENAS Y ALEGRIAS**

INDICE

	PAGINA
RESUMEN	1
ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
OBJETIVO	10
MATERIAL, PACIENTES Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	16
ANEXOS	17
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	28

RESUMEN:

Se trata de un análisis retrospectivo, observacional, descriptivo de los pacientes 2146 que fueron sometidos a colecistectomía de estos 140 pacientes (6.5%) presentaron lesiones polipoides de la vesícula biliar entre el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1998 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS del D.F. México.

Las lesiones polipoides de la vesícula biliar fue definido como una protrucción de la mucosa hacia su luz.

El universo fueron 105 mujeres y 35 varones, la edad promedio de 50.4 años, con diagnóstico pre operatorio de colecistitis aguda, corroborado por ultrasonido de hígado y vía biliar, presentando colecistitis crónica litiasica agudizada(90%), pólipo de vesícula biliar (8.6%), colecistitis crónica alitiasica (1.4%). El tamaño promedio de los pólipos fue de 5.9 mm (2- 16 mm), sesiles en 110 casos y 30 pediculados, localizados en el fondo (n=71), cuerpo (40), cuello (n=24), bolsa de Hartmann(n=5) con diagnóstico histopatológico de Adenomiosis (n=82), Pólipo de colesterol (n=19), Heterotopia o Metaplasia intestinal (n=19) Adenoma (n=7), displasia (n=4) pólipo inflamatorio (n=4) carcinoma de vesícula biliar in situ (n=2) hiperplasia (n=2) Hamartoma biliar (n=1) como lesiones asociadas colelitiasis (n=136), colecistitis crónica alitiasica (n=4)

En 121 casos (86.4%) presento una lesión única, en 17 casos (12.1%) con 2 lesiones y en 2 casos (1.4%) con 3 lesiones.

Los 2 casos de carcinoma confinados a la mucosa de la vesícula biliar que se presentaron como lesiones polipoides fueron en el sexo femenino con una edad de 75 y 80 años con una incidencia del 0.093% Las 2 pacientes tenían antecedentes de alcoholismo, el diagnóstico pre operatorio fue de una colecistitis crónica litiasica agudizada

La localización de estas lesiones se presentaron en el fondo de la vesícula biliar El tamaño de las lesiones fueron de 9 mm y 15 mm. de diámetro.

La lesión de 9 mm fue sesil asociado a un adenoma de 7 mm de diámetro y la lesión de 15 mm. fue pediculado asociada a una lesión de metaplasia intestinal de 6 mm diámetro

CONCLUSIONES:

Las lesiones polipoides de la vesícula biliar son frecuentes en nuestro servicio con una incidencia total del (6.5%) El sexo predominante fue el femenino.

Los hallazgos de adenomiosis, adenoma, heterotopia o metaplasia intestinal, displasia tanto de tipo sesiles como pediculados fueron en lesiones menores de 10 mm de diámetro (90.4%) de todas las lesiones polipoides, estas lesiones consideradas como lesiones premalignas, además de la presencia de carcinoma de la vesícula biliar en 2 casos

Por lo que sugerimos la realización del tratamiento quirúrgico de estas lesiones una vez realizado el diagnóstico de las mismas

PALABRAS CLAVES POLIPO DE VESICULA BILIAR, ADENOMA, SESIL, PEDICULADO, TAMAÑO, LOCALIZACION

ANTECEDENTES:

Las lesiones polipoides de la vesícula biliar (LPVB) son cualquier lesión que protruye la mucosa de la vesícula biliar.(1) (2)

Mucha de la controversia acerca del potencial de malignidad de las lesiones benignas de la vesícula biliar fueron resueltas con la clasificación que realizaron Christensen y Ishak (3) En este estudio sobre la base de 180 lesiones benignas de la vesícula biliar y la revisión de la literatura propusieron una clasificación simple de tumores benignos y pseudotumores de la vesícula biliar que actualmente esta en vigencia. Las lesiones son clasificadas como: **Tumores epiteliales** (adenoma) papilar y no papilar , **Tumores mesenquimatosos**. lipoma, fibroma, leiomioma, hemangioma, tumor de células granulares, **Pseudotumores benignos: Hiperplasia:** Adenomatosa, adenomioma, **Heterotopia:** mucosa gástrica, mucosa intestinal, páncreas , hígado, **Pólipos:** pólipos de colesterol, pólipos inflamatorios ,**Misceláneas.** inflamación fibroxantogranulomatosa, infección parasitaria, otros

Los pólipos inflamatorios de la vesícula biliar son lesiones reactivas, no existe evidencia que sugieran que tuvieran algún potencial de cambios de malignidad en la mucosa adyacente de la vesícula biliar, no existe un tamaño definido de este tipo de pólipos, el diagnostico se fundamenta en criterios microscópicos de hiperplasia epitelial focal asociado con una infiltración marcada de células inflamatorias crónicas, constituyen un 12% de los tumores benignos de la vesícula biliar.

Los tumores de células granulares del conducto cístico microscópicamente se observa como un mucocelo que puede llegar a obstruir el conducto cístico, microscópicamente es una lesión circunferencial de el conducto cístico compuesta por células granulares eosinofílicas.

La heterotopia macroscopicamente, lesión nodular intramural que causa que protruya la mucosa dentro de la luz de la vesícula biliar Tienen un tamaño de 1.0 a 2.5 cm de diámetro Al corte se observa una superficie gris blanquecina que puede salir moco de esta Al microscopio se puede observar una mucosa típica gástrica, pancreática, hepática

La inflamación fibroxantogranulomatosa se observan como nódulos que pueden tomar todo el grosor de la pared de la vesícula biliar de consistencia suave o dura, de color amarillo o amarillo gris de un tamaño de 1.0 a 2.5 cm de diámetro, al corte se observa que estos nódulos no tienen un límite definido, microscópicamente están constituidos por histiocitos entremezclados con células inflamatorias agudas y crónicas, algunos pueden contener células gigantes de cuerpo extraño que tiene un citoplasma vacuolado, áreas de reacción vascular fibroblástica rodeado de histiocitos y células inflamatorias

La hiperplasia se observa macroscopicamente como un nódulo semilunar en el fondo vesicular su tamaño varia de 0.5 a 2.5 cm de diámetro al corte se observa lesiones grisáceas con múltiples espacios quísticos , microscópicamente pueden tener una apariencia papilar, vellosa o fungoide Los adenomas puede ser papilar, tubular o mixto, el cual se identifico que muestre potencial maligno, además reportes recientes sugieren que la adenomiomatosis pudiera ser una lesión premaligna

Para clarificar la relación de adenoma hacia carcinoma de la vesícula biliar esta referido en el estudio de Kozuka et al, (4) la revisión histológica fue realizado sobre 1605 especímenes de colecistectomías. De estos 11 fueron adenomas benignos, 7 adenomas con cambios de malignidad y en 79 se encontró carcinomas invasivos. Todos los adenomas benignos fueron de 12 mm o menores en diámetro (5.5 +/- 3.1 mm) mientras que los adenomas que tuvieron un foco cancerígeno fueron de 12 mm o mayores en diámetro (17.6 +/- 4.4).

La mayoría de los carcinomas invasivos fueron mayores de 30 mm de diámetro. El promedio de edad de los pacientes fue de 50.5 +/- 16.3 años para los adenomas benignos, 58.3 +/- 12.6 años para los adenomas con cambios de malignidad y 64.8 +/- 9.6 años para los carcinomas invasivos. La transición entre el adenoma benigno hacia carcinoma fue seguido histológicamente, se encontró una porción de adenoma en 15 (19%) de los 79 casos de adenocarcinoma invasor. Además la relación varón mujer para todos los adenomas fueron de 1 : 3.5

La incidencia de los adenomas de la vesícula biliar en la población en general es desconocida, pero la incidencia en las colecistectomías es del 1% Kozuka et al, en un estudio más reciente en Japón Koga et al, reporto solo 1 adenoma en 411 colecistectomías (0.2%) los adenomas conformaron solo el 3% de todas las lesiones benignas estudiadas de vesícula biliar. La incidencia de los adenomas en la población en general es probablemente un poco diferente que en las revisiones de colecistectomías y el 1% puede ser un porcentaje suficiente teniendo en cuenta que todos los cánceres de vesícula biliar ocurre en menos del 0.002 - 0.016% de la población por año.

La adenomiomatosis de la vesícula biliar esta caracterizada por la extensión de la mucosa dentro de la delgada capa muscular (senos de Rokitansky -Aschoff), fue descrita con una variedad de nombres incluyendo: Enfermedad diverticular de la vesícula biliar, adenomioma, colecistitis glandularis proliferans, colecistitis cística, reportes de Japón y Francia describieron 5 pacientes que desarrollaron carcinoma en áreas de adenomiomatosis, sugiriendo que su apariencia benigna tuviera potencial maligno. La incidencia de adenomiomatosis en la población en general es desconocido pero fue reportado en mas del 21% de las colecistectomías

En el trabajo de Yang et al, se revisaron 182 pacientes con dx histopatológico o ultrasonográfico de lesiones polipoides de la vesícula biliar para determinar la confiabilidad del ultrasonido en el diagnóstico de LPVB y las indicaciones para cirugía en esta enfermedad, de los 182 pacientes operados se demostró macroscopicamente la presencia de una LPVB en 172, histologicamente se tuvieron 159 lesiones benignas y 13 malignas, los pólipos de colesterol fueron de mayor diagnóstico. La sensibilidad del ultrasonido en la detección de LPVB fue del 90.1 %, significativamente alto en comparación con la colecistografía oral, la tomografía computarizada o la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica $p < 0.01$, la especificidad fue del 93.9% ,además el ultrasonido es un método altamente sensitivo para la investigación de LPVB en su diagnóstico, el tamaño y número y la presencia de litiasis y la edad del pacientes para poder correlacionar con la naturaleza de las LPVB para poder diferenciar lesiones malignas de las benignas antes de la cirugía. El tratamiento quirúrgico esta indicado cuando las LPVB exceden los 10 mm de diámetro, únicos, o asociados a litiasis y pacientes mayores de 50 años o cuando tengan síntomas de colecistitis aguda

La frecuencia de las lesiones polipoides reportado en la literatura varia de 0.004 - 13.8% de las vesículas resecaadas. Yang et al, (6) reporto el 12.1%. Las lesiones polipoideas se encuentran más frecuentemente entre la tercera y la quinta década de la vida en ambos sexos. La mayoría de las lesiones benignas son pseudotumores de los cuales más de la mitad son pólipos de colesterol.

El diagnóstico pre operatorio de lesiones polipoides de la vesícula biliar incluye la detección y la diferenciación de pólipos benignos y malignos. Los síntomas no son específicos, cerca de un 1/6 de los casos tienen sintomatología similar a los que presentan colecistitis crónica y colelitiasis.

Esta reportado que la sensibilidad del ultrasonido es del 99.2% en la detección de LPVB en pacientes sin litiasis vesicular una especificidad del 93.9 (5), la eficacia del USG en la investigación de LPVB es superior que la TAC, colecistografía oral, y C.P.R.E., la USG puede demostrar mayor precisión la localización, tamaño, número de las LPVB y cambios en la pared de la vesícula biliar, el USG es el instrumento de elección para la detección de LPVB particularmente en la investigación de LPVB sin litiasis vesicular, aunque algunos factores como la presencia de litiasis vesicular, mucocele, pueden limitar el uso del USG con muy pocos falsos positivos, todavía no es efectivo y confiable para la diferenciación de lesiones malignas y benignas antes de la cirugía. Aunque se debería considerar de malignidad cuando las LPVB son mayores de 1 cm de diámetro, únicas, paciente mayor de 50 años o asociada a colecistolitiasis.

Con el incremento en el uso de la escala de grises del ultrasonido como el instrumento de elección en pacientes con sintomatología del árbol biliar, existe la posibilidad de la detección temprana de cánceres tempranos (9) el cual puede ser curado con cirugía, el mayor uso del USG puede conducir a la detección de otras lesiones de la vesícula biliar como los pólipos que se consideraban de poca significancia y que no presentaban cambios de malignidad.

Ishikawa et al, (7) Quirúrgicamente se resecaaron 97 LPVB que fueron evaluados en su forma (pediculado o sesil) y diámetro y asociación de malignidad. De los 97 78 (80%) fueron benignos que consistieron 51 (53%) pólipos de colesterol, 19 (20%) pólipos inflamatorios, 8 (8%) adenomatosos, el carcinoma polipoideo se detecto en 19 (20%) de los casos. El carcinoma fue detectado en 9 (13%) de 67 lesiones pediculados y en 10 (33%) de 30 lesiones sesiles, el carcinoma sesil fue de 14 +/- 4 mm (8-20 mm) en su diámetro máximo lo cual no fue significativamente que los pólipos benignos 8 +/- 4 mm, pero significativamente menores que los 22 +/- 8 mm (14- 35 mm) de los carcinomas pediculados $p < 0.05$. La invasión del carcinoma sesil más allá de la capa muscular en 8 casos (80%) y 2 de estos fueron de 10 mm o menos en diámetro.

En los carcinomas pediculados la invasión muscular fue en 2 casos (22%) $p < 0.05$ fueron de 30 mm o más en diámetro, los carcinomas sesiles se caracterizaron por 2 cosas, una alta incidencia en la infiltración ganglionar y un pobre pronóstico comparado con los carcinomas pediculados, estos hallazgos indican que la cirugía debería de realizarse cuando los pólipos sesiles son detectados ultrasonográficamente aunque el pólipo fuera menor de 10 mm en diámetro y en los pólipos pediculados la malignidad debería de sospecharse cuando los pólipos son mayores de 10 mm de diámetro.

Se sabe que la incidencia de las LPVB no es rara por que Tsuchiya et al, (7) detecto 205 lesiones polipoideas (3.2%) de 6505 casos que fueron detectados ultrasonograficamente.

Generalmente la colesterosis se observa en vesículas que fueron resecaas por litiasis o pólipos de colesterol. Existen muy pocos reportes que enfatizan en la relación entre colesterosis y carcinoma de vesícula biliar, los pólipos de colesterol demuestran la mismo patogenesis que la colesterosis aunque generalmente no se piensa que los pólipos de colesterol se transforman en carcinoma, aunque hay reportes sobre casos de pólipos de colesterol que contenían hiperplasia adenomatosa o evolucionaron hacia adenomas con colesterosis (8).

En un estudio prospectivo de ultrasonografía se observo una prevalencia del 6.9% de lesiones polipoides de vesícula biliar en una población de 3647 sujetos sanos de una población china en un periodo de 10 años (9)

La prevalencia de los pólipos vesiculares detectados ultrasonograficamente en una población aleatoria de 3608 escandinavos fue de 4,6% en hombres y 4 3% en mujeres, el tamaño de la mayoría de los pólipos no tuvo significancia con la asociación con la edad, sexo, factor social, peso, actividad fisica, diabetes mellitus, embarazos, uso de hormonas, alcohol, o lipidos plásticos LPVB en los hombres fue significativamente asociado con fumadores, se concluyo que LPVB son comunes en una población aleatoria. (10)

La prevalencia y los factores de riesgo de los pólipos vesiculares diagnosticados por ultrasonido fueron investigado en 2739 varones oficiales de las fuerzas de defensa de Japón ,incluyendo a 38 hombres con colecistectomia, se encontró pólipos en 143 pacientes, la prevalencia total fue de 5,3%, la relación entre pólipos y fumar, tuvo una tendencia inversamente proporcional, no se observo relación entre el uso de alcohol, índice de masa corporal, tolerancia a la glucosa o los lipidos sericos con las LPVB

En este trabajo se observo una prevalencia de 5.3% similar a la población escandinava de 4.6% en varones de 30 - 60 años de edad, aunque la prevalencia de colecistolitiasis fue menor que en las poblaciones escandinavas o de occidente y los pólipos encontrados detectados en este estudio son similares a los del estudio escandinavo(10) en lo que se refiere a tamaño y numero.(11)

Segawa et al, reporto una prevalencia total de pólipos en una población sana japonesa de 5 6%, en los varones un 6.28% y en las mujeres 3 51% con una alta prevalencia en la tercera y quinta década de la vida (12)

En el estudio prospectivo ultrasonografico de LPVB en 3647 pacientes de población china revelo en el estudio ultrasonografico una vesícula normal en 2946 casos (1838 varones, 1108 mujeres) pólipos en 243 (174 varones, 69 mujeres), litiasis en 286 (196 varones, 90 mujeres) ,litiasis y pólipos en 17 (10 varones, 7 mujeres), excluyendo los pacientes colecistectomizados y la presencia de pólipos y litiasis, la prevalencia en este estudio fue de 6 9% y los factores de riesgo fueron intolerancia ala glucosa $p < 0.05$ y el sexo masculino $p < 0.05$, no se observo relación con la edad, masa corporal, fumar, alcohol, presión arterial, perfil de lipidos, virus de hepatitis C, función hepatica, paridad Concluyendo que entre la

población china con una posición socioeconómica alta, varones con intolerancia al glucosa tienen mayor riesgo para el desarrollo de pólipos en la vesícula biliar (13).

Por medio de la colecistostomía endoscópica percutánea es eficiente para el tratamiento de la coledocistitis pero muy pocos casos de pólipos vesiculares fueron reportados (14), como en la polipectomía intestinal, los pólipos vesiculares son removidos usando una asa de cauterio convencional, la desventaja de este método reportado en un solo caso es la coagulación completa del pólipo.

El uso de ultrasonido transpapilar endoscópico de alta resolución en la vesícula biliar es factible y seguro y puede contribuir al diagnóstico de enfermedades del árbol biliar y particularmente lesiones polipoideas pequeñas (18) (19), en el estudio de Uchida et al, (15) se correlacionó entre los hallazgos ultrasonográficos e histológicos, el estudio se llevo sin complicaciones

En un estudio por ultrasonido sugieren que existe una relación entre los litos o los pólipos de la vesícula biliar y el aumento del riesgo de cáncer de la vesícula biliar con una incidencia del 0.01% (16)

En el estudio de Wu S-S et al, (17) (27) determinó la eficacia y la seguridad de la citología por aguja fina percutánea transhepática guiada por ultrasonido en el diagnóstico de pólipos vesiculares mayores de 1 cm de diámetro. Este método es útil para la detección de pólipos de colesterol lo cual evitaría de probables cirugías innecesarias, este método fallo en la detección de los cambios de malignidad del adenoma, aunque esto no es necesariamente una desventaja ya que un adenoma de más de 10 mm es una indicación para cirugía por su potencial de malignidad

Furokawa et al, concluye que la tomografía computada puede diferenciar lesiones polipoideas de pequeñas neoplasias e identificar la presencia de lesiones neoplásicas que deben ser resecaadas. (20)

En 411 pacientes sometidos a colecistectomía, Koga et al (21) se observó pólipos benignos en 32 casos y malignos en 8, histológicamente se observó que la mayoría de los pólipos benignos fueron de colesterol y todas las lesiones malignas fueron adenocarcinomas, la coledocistitis coexistió en un 50% en las lesiones malignas y la CPRE demostró una anomalía en la conjunción pancreatobiliar en 3 de los 5 pacientes con lesiones malignas, 69% de los pacientes con lesiones benignas fueron menores de 60 años, 94% de las lesiones benignas fueron menores de 10 mm de diámetro, mientras que el 88 % de las lesiones malignas eran mayores en tamaño

Se observó una correlación entre la diseminación y el tamaño del pólipo, el tamaño del pólipo es un indicador vital en el tratamiento de las LPVB y debería de considerarse de malignidad cuando el pólipo sea mayor de 10 mm de diámetro. Muchos recomiendan la colecistectomía para pacientes con lesiones polipoideas sin litiasis por la posibilidad de la presencia de una neoplasia maligna, los pólipos sintomáticos deberían de resecaarse aun si el pólipo fuera menor de 5 mm de diámetro, en este estudio 5 pacientes con lesiones menores de 5 mm se aliviaron de la sintomatología luego de la colecistectomía, aunque pacientes

asintomáticos con lesiones menores de 5 mm deberían ser seguidos por intervalos de 3 a 5 meses por que el tumor podría tener un crecimiento rápido, pacientes con tumores de 6 a 10 mm podrían tener un foco canceroso, todas las lesiones malignas menores de 10 mm estaban confinadas en la mucosa la cura se realiza con una simple colecistectomía, pacientes con tumores mas de 10 mm deberían considerarse candidatos para una cirugía electiva de carcinoma de vesícula biliar.

También usando ultrasonido endoscopico que un punteado ecogenico denso agregado de un conglomerado de puntos y múltiples microquistes o un artefacto como cola de cometa es patognómico para pólipos de colesterol y Adeniosis respectivamente. Lesiones polipoides sin estos hallazgos indican adenoma o adenocarcinoma en el ultrasonido endoscopico, el uso rutinario del ultrasonido endoscopico es recomendado para el diagnostico diferencial de las lesiones polipoides cuando el ultrasonido convencional no muestra signos que indiquen Adeniosis o pólipos de colesterol. (22).

Kubota et al (23) reporto 72 pacientes sometidos a colecistectomía la revisión histologica demostró pólipos de colesterol en 47 casos, adenomas en 8, cáncer en 16, pólipo inflamatorio en 1, el diámetro en el 61% de las lesiones benignas fueron menores de 10 mm, en el 88% de los carcinomas fueron mayores de 10 mm, de estos 80% fueron pediculados, y 56% fueron sesiles en 78 estadios temprano de carcinoma tuvieron un diámetro menores de 18 mm y los estadios avanzados fueron mayores de 18 mm, 5 de los 8 cánceres tempranos fueron pediculados, y 6 de los 8 cánceres avanzados fueron sesiles. Se realizo colecistectomía simple para la resección de los pólipos y cáncer en estadio temprano y se uso colecistectmia + resección parcial de hígado para cánceres en estadios avanzados, se realizó colecistectomía laparoscópica en 34 pacientes de los cuales 4 tuvieron cáncer en estadio temprano. En conclusión lesiones polipoideas menores de 18 mm es potencialmente un carcinoma en estadio temprano, que puede ser resecado por laparoscopia con la disección total de la pared de la vesícula biliar, cuando el carcinoma invade la capa serosa o mas allá es necesario realizar una cirugía de revisión, (second look) , una lesión polipoidea mayor de 18 mm puede ser un carcinoma avanzado y debería ser resecado por colecistectomía + resección parcial de hígado o un procedimiento mas extenso con disección ganglionar.

Jones et al (24), reporto en 36 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscopica con cuadro de colecistitis crónica alitiasica encontró macroscopica como microscópicamente inflamación crónica (83%),colesterosis (31%), cristales de colesterol o microlitiasis (17%), inflamación aguda (8%), pólipos(6%), histologia normal (6%)

Se realizaron biopsias excisionales de lesiones polipoideas en 103 pacientes (25) fueron examinadas para correlacionar con los indicadores clinicos y sus características histologicas, usando el ultrasonido no se detecto ningún carcinoma en pólipos menores de 10 mm , aunque la incidencia de carcinoma en pólipos mayores de 10 mm fue de 23%, pero cuando se confirmo histologicamente fue del 40% , de los 103 casos se clasificaron como pólipos de colesterol 68 (66%), adenomiomatosis 14(14%), adenomas 11(10%), carcinomas 10(10%), el promedio de edad en el grupo de carcinoma fue de 64 ± 10 significativamente alto que los otros grupos $p < 0.01$, no hubo diferencia significativa en relación a la edad y colelitiasis El diagnostico y tratamiento de estas lesiones polipoideas pequeñas son

cruciales para mejorar el pronostico de los pacientes con carcinoma de vesicula biliar Tsuchiya et al (25), reportaron el 3 2 % de los pacientes revisados ultrasonograficamente en un examen rutinario presentaron lesiones polipoideas, pero la incidencia de carcinoma fue bajo Un indicador para distinguir carcinomas de lesiones polipoideas benignas fueron revisadas y de acuerdo a recientes estudios de histopatología (26) refieren que lesiones polipoideas mayores de 10 mm de diámetro deberían considerarse como posibles carcinomas, la incidencia de carcinomas para estas lesiones mayores se reporto en varios estudios entre el 43 a 77% ,como resultado se recomienda la colecistectomia cuando ultrasonograficvamente se detecta una LPVB mayor de 10 mm de diámetro.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Cual es la incidencia y la distribución por edad y sexo de lesiones polipoideas de vesícula biliar en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D.F. México

HIPOTESIS:

Las lesiones polipoideas de la vesícula biliar es un padecimiento poco frecuente en la población del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D.F. México.

Sin embargo no se tienen datos estadísticos precisos de los últimos 10 años sobre la incidencia y su distribución por edad y sexo..

OBJETIVOS:

1.- Determinar la incidencia de las lesiones polipoides de la vesícula biliar en pacientes colecistectomizados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D.F. México

2 - Determinar la frecuencia de las lesiones polipoides de la vesícula biliar en pacientes colecistectomizados en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D.F. México.

3 - Determinar la distribución por edad, sexo y estirpe histológica de las Lesiones Polipoides de la Vesícula Biliar en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D.F México.

MATERIAL, METODOS Y PACIENTES:

Se trata de un análisis retrospectivo , observacional, descriptivo de los pacientes 2146 que fueron sometidos a colecistectomía de estos 140 pacientes (6.5%) presentaron lesiones polipoideas de la vesícula biliar entre el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1998 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social del D F México

El universo estudiado estuvo compuesto por 105 mujeres y 35 varones.

En el presente estudio las lesiones polipoideas de la vesícula biliar fue definido como una protrucción de la mucosa hacia su luz.

Todos los pacientes fueron sometidos a ultrasonido hepático y vías biliares, determinando el tamaño, forma, contenido y patrones ecograficos de la vesícula biliar .

La indicación de cirugía en este grupo fue la presencia de un cuadro de colecistitis aguda, independientemente de la presencia o el tamaño de la lesión polipoide

Las 140 vesículas se sometieron a una evaluación macroscópica para determinar el diámetro de la lesión , si correspondía al tipo: sesil ó pediculado posteriormente fijados en una solución de formalina al 10% , los especímenes fueron preparados con tinciones rutinarias de hematoxilina eosina, posteriormente observados en un microscopio de luz y de acuerdo a las características histológicas fueron clasificadas de acuerdo a la clasificación de Christensen e Ishak (3).

Las lesiones son clasificadas como: **Tumores epiteliales** (adenoma) papilar y no papilar , **Tumores mesenquimatosos**: lipoma, fibroma, leiomioma, hemangioma, tumor de células granulares, **Pseudotumores benignos**: **Hipérplasia** : Adenomatosa, adenomioma, **Heterotopia** . mucosa gástrica, mucosa intestinal, páncreas , hígado, **Pólipos**. pólipos de colesterol, pólipos inflamatorios , **Misceláneas** . inflamación fibroxantogranulomatosa, infección parasitaria, otros

En aquellos casos en los cuales se encontraron mas de 2 pólipos, el pólipo mas grande fue empleado en el presente estudio por que no hubo diferencias en la histología entre estos pólipos

Para los casos de carcinoma polipoide la profundidad de la invasión en la pared de la vesícula biliar fue estudiada

El análisis estadístico fue expresado en porcentajes.

RESULTADOS:

Se realizaron 2146 colecistectomías entre el 1 de enero de 1988 al 31 de diciembre de 1998 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SIGLO XXI, de este grupo de colecistectomías, 140 pacientes presentaron lesiones polipoides de la vesícula biliar

La población estuvo compuesta por mujeres (n= 105) (75%), y 35 varones (25%), (fig. 1)

Es grupo de paciente presentó una incidencia total del (6.5%)

Entre las mujeres se observó una incidencia del 4.89% y en los varones una incidencia del 1.63%.

Con un promedio de edad para ambos grupos de 50.4 años, en el grupo de varones de 52.9 +/- 14.66 años y en el grupo de mujeres de 49.6 +/- 15.56 años observando que la mayor cantidad de lesiones polipoides se presentó entre los 30 y 50 años en los pacientes varones con promedio de 42.86% y en las mujeres en el mismo intervalo de años con un 46.66% (fig. 2).

Además de los varones con alcoholismo y tabaquismo positivo en el 62% y 57% respectivamente y en las mujeres con 33.3% y 34.3% respectivamente (fig. 3,4).

El diagnóstico pre operatorio se fundamentó en la evidencia clínica de signos y síntomas de colecistitis aguda y al mismo tiempo corroborado por ultrasonido de hígado y vía biliar, del total de pacientes se observó colecistitis crónica litiasica agudizada(90%), pólipo de vesícula biliar (8.6%), colecistitis crónica alitiasica (1.4%)

Según el sexo: en el grupo de varones colecistitis crónica litiasica agudizada en el 97.1% y pólipo de vesícula biliar en el 2.9%, en las mujeres: Colecistitis crónica litiasica agudizada (87.6%), pólipo de vesícula biliar (10.5%), Colecistitis crónica alitiasica (2.1%) (fig 5).

Las 140 lesiones polipoides fueron clasificadas histológicamente en: Adenomiosis (n=82) (58.6%), Pólipo de colesterol (n=19) (13.6%), Heterotopia o Metaplasia intestinal (n=19) (13.6%), Adenoma (n=7) (5%), representando un total de 90.7%, además de los hallazgos de Displasia (n=4), Pólipo Inflamatorio (n=4) Carcinoma de vesícula biliar in situ (n=2), hiperplasia (n=2), Hamartoma biliar (n=1)

También de acuerdo a su frecuencia por sexo presentan porcentajes similares en Adenomiosis, Adenoma, Heterotopia o Metaplasia intestinal (fig 6)

La localización anatómica de las 140 lesiones dentro de la vesícula biliar de fueron las siguientes: En el fondo (n= 71), cuerpo (n=40), cuello (n=24), bolsa de Hartmann(n=5)

Respecto al sexo masculino y femenino en el fondo 57.14% y 48.57% respectivamente, cuerpo 28.57% para ambos grupos, cuello 14.29% y 18.1% respectivamente y en la bolsa de Hartmann con un 4.8% en el sexo femenino (fig. 7)

De acuerdo al tipo lesión se presentó: lesiones sesiles en 110 casos (78.6%) y 30 casos lesiones pediculadas (21.4%), y con respecto al sexo masculino y femenino: sesiles 80% y 78.1%, pediculados 20% y 21.9% respectivamente (fig. 8).

El tamaño de las lesiones fue de 2 a 16 mm de diámetro con un promedio de 5.9 mm. además se observó que el 90.7% de las lesiones fueron menores de 10 mm. de diámetro. Según el sexo en el grupo de varones fue de 2 a 13 mm. de diámetro con un promedio de +/- 6.25 mm y en las mujeres fue de 2 a 16 mm. con un promedio de +/- 5.86 mm (fig. 9).

Según el número de lesiones se observó: en 121 casos (86.4%) presentó una lesión única, en 17 casos (12.1%) con 2 lesiones y en 2 casos (1.4%) con 3 lesiones. En el grupo de varones presentó una lesión en el 80% y 2 lesiones en un 20% de los casos, y en el grupo femenino 84.8% con una lesión única, 2 lesiones con un 13.3%, con 3 lesiones en un 1.9% (fig. 10)

Las lesiones asociadas fueron: colelitiasis (n=136), colecistitis crónica alitiásica (n=4). En el grupo de varones todos presentaron colelitiasis, en el sexo femenino en un 96.2% presentaron colelitiasis y en un 3.8% presentaron colecistitis crónica alitiásica (Fig. 11)

Los 2 casos de carcinoma de vesícula biliar que se presentaron como lesiones polipoides estuvieron confinados a la mucosa de la vesícula biliar. Este hallazgo se presentó en el sexo femenino con una edad de 75 y 80 años respectivamente. Con una incidencia del 0.093%.

Las 2 pacientes tenían antecedentes de alcoholismo

El diagnóstico preoperatorio fue de una colecistitis crónica litiasica agudizada corroborada clínica y ultrasonográficamente

La localización de estas 2 lesiones se presentaron en el fondo de la vesícula biliar

El tamaño de las lesiones fueron de 9 mm y 15 mm de diámetro. La lesión de 9 mm fue sesil asociado a un adenoma de 7 mm de diámetro y la lesión de 15 mm fue pediculada asociada a una lesión de heterotopia o metaplasia intestinal de 6 mm diámetro

DISCUSION:

Nuestro estudio muestra que las lesiones polipoides de la vesícula biliar son comunes en la población mexicana con una incidencia total del 6.5%. Así mismo en el estudio aleatorio de la población china se observó una prevalencia total del 6.9%, en el cual concluye que el fumar o el consumo de alcohol no tiene significancia estadística como factor de riesgo (9).

Aunque en una población sana japonesa se encontró que la incidencia era del 6.28% entre hombres, significativamente mayor que en la población femenina, las consideraciones raciales deben tomarse en cuenta para futuros estudios (11,14, 28). En contraste con nuestra población en la cual el sexo femenino fue significativamente mayor.

Mientras que la prevalencia es de 4.6% entre hombres y 4.3% en las mujeres en una población aleatoria en Dinamarca (10).

El diagnóstico pre operatorio de lesiones polipoides de la vesícula biliar incluye la detección y la diferenciación de pólipos benignos y malignos. Los síntomas no son específicos, cerca de un 1/6 de los casos tienen sintomatología similar a los que presentan colecistitis crónica y colelitiasis.

La incidencia de los adenomas de la vesícula biliar en la población en general es desconocida, pero la incidencia en las colecistectomías es del 1% Kozuka et al (4), en un estudio más reciente en Japón Koga et al (21), reportó solo 1 adenoma en 411 colecistectomías (0.2%) los adenomas conformaron solo el 3% de todas las lesiones benignas estudiadas de vesícula biliar. La incidencia de los adenomas en la población en general es probablemente un poco diferente que en las revisiones de colecistectomías y el 1% puede ser un porcentaje suficiente teniendo en cuenta que todos los cánceres de vesícula biliar ocurren en menos del 0.002 - 0.016% de la población por año. Lo cual concuerda con nuestros hallazgos tanto en adenomas como en cáncer en las lesiones polipoides.

Yang et al, (6) reportó el 12.1%. Las lesiones polipoides se encuentran más frecuentemente entre la tercera y la quinta década de la vida en ambos sexos. La mayoría de las lesiones benignas son Pseudotumores de los cuales más de la mitad son pólipos de colesterol. Nuestros resultados presentan características similares tanto en edad y sexo.

Aunque el adenoma no es una neoplasia maligna el potencial de malignidad de un adenoma de la vesícula biliar y la secuencia de adenoma - carcinoma son incuestionables (5).

Además la Adenomiosis de la vesícula biliar recientemente se está sugiriendo que tenga un componente de potencial de malignidad (5). Naturalmente que las lesiones polipoides deberían de operarse cuando la lesión se sospecha que corresponde a una lesión neoplásica como es el caso de una lesión sesil. (7, 19).

Esta siendo reportado que una lesión polipoide de la vesícula biliar, su forma y tamaño debería de considerarse de importancia para el diagnóstico de cáncer polipoide (28).

Koga et al , concluye que la malignidad de una lesión polipoide debería considerarse cuando una lesión polipoide excede los 10 mm de diámetro, además Ishikawa et al, asevera que los pólipos sesiles, aun que tengan un diámetro menor de 10 mm. son malignos y ocasionalmente invaden la capa subserosa y por consiguiente deberían de ser resecados.(21)

En los carcinomas pediculados la invasión muscular fue en 2 casos (22%) $p < 0.05$ fueron de 30 mm o mas en diámetro, los carcinomas sesiles se caracterizaron por 2 cosas , una alta incidencia en la infiltración ganglionar y un pobre pronostico comparado con los carcinomas pediculados, estos hallazgos indican que la cirugía debería de realizarse cuando los pólipos sesiles son detectados ultrasonograficamente aunque el pólipo fuera menor de 10 mm en diámetro y en los pólipos pediculados la malignidad debería de sospecharse cuando los pólipos son mayores de 10 mm de diámetro.(7)

CONCLUSIONES:

Las lesiones polipoides de la vesícula biliar son frecuentes en nuestro servicio con una incidencia total del (6 5%) un resultado superior a lo descrito en poblaciones escandinava, pero con resultados similares con las poblaciones japonesa y china.

El sexo predominante fue el femenino.

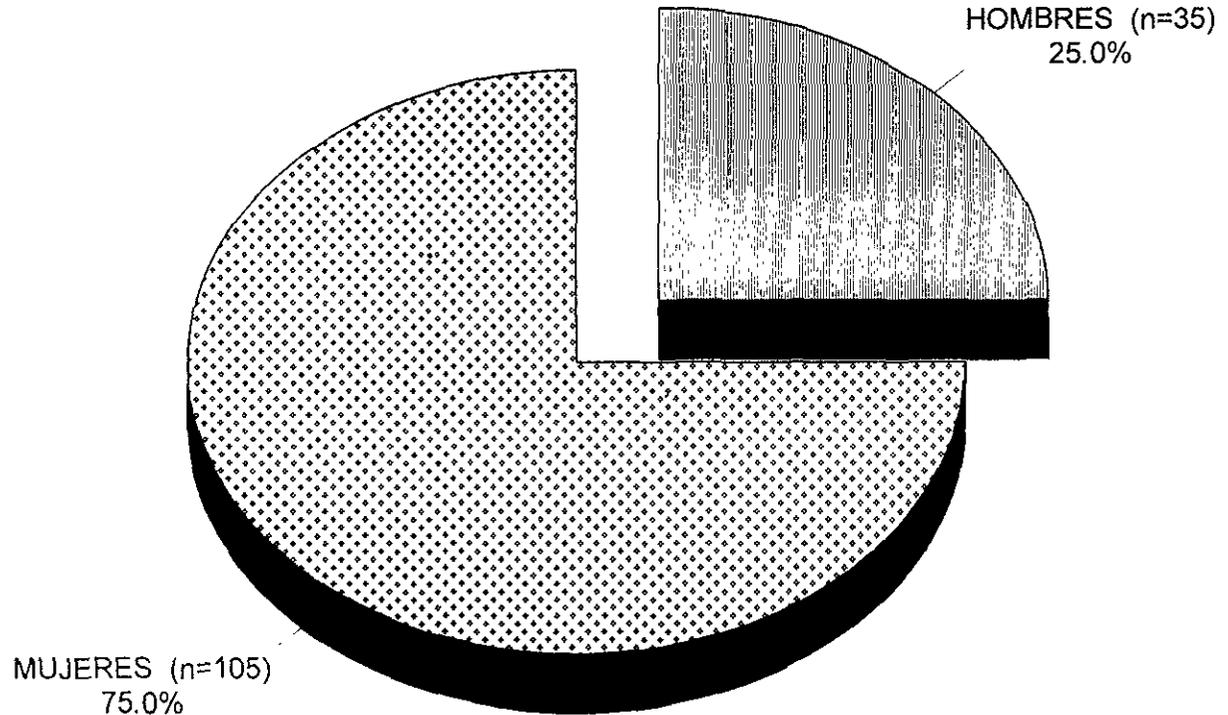
La lesión de mayor presentación fue la de Adenomiosis seguida por los pólipos de colesterol y los adenomas con un tamaño menor de 10 mm de diámetro y el carcinoma de vesícula biliar con características sesil y pediculado con un tamaño de 9 y 15 mm de diámetro respectivamente

Los hallazgos de adenomiosis, adenoma, heterotopia o metaplasia intestinal, displasia tanto de tipo sesiles como pediculados fueron en lesiones menores de 10 mm de diámetro (90.4%) de todas las lesiones polipoides, estas lesiones consideradas como lesiones premalignas, además de la presencia de carcinoma de la vesícula biliar en 2 casos que presenta similitud con los resultados reportados hasta ahora.

Por lo que sugerimos la realización del tratamiento quirúrgico de estas lesiones una vez realizado el diagnóstico de las mismas

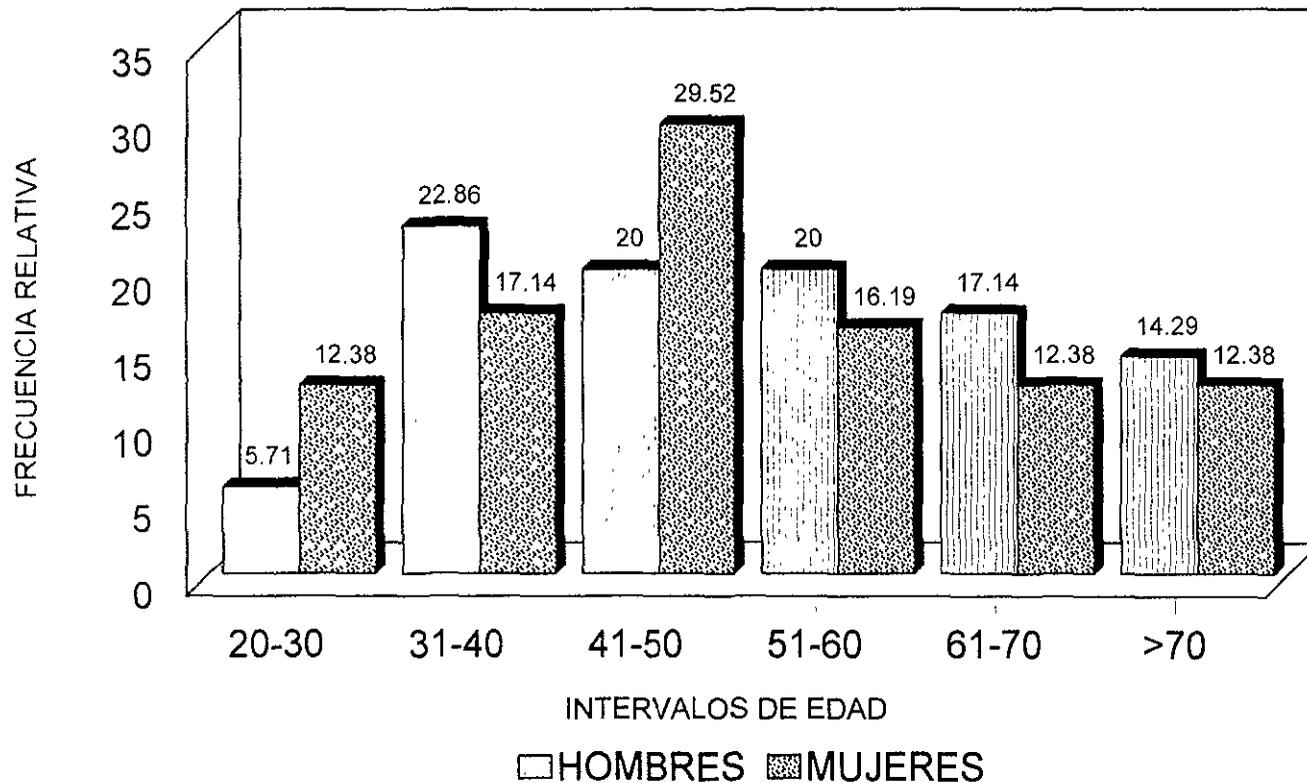
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

SEXO



LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

EDAD

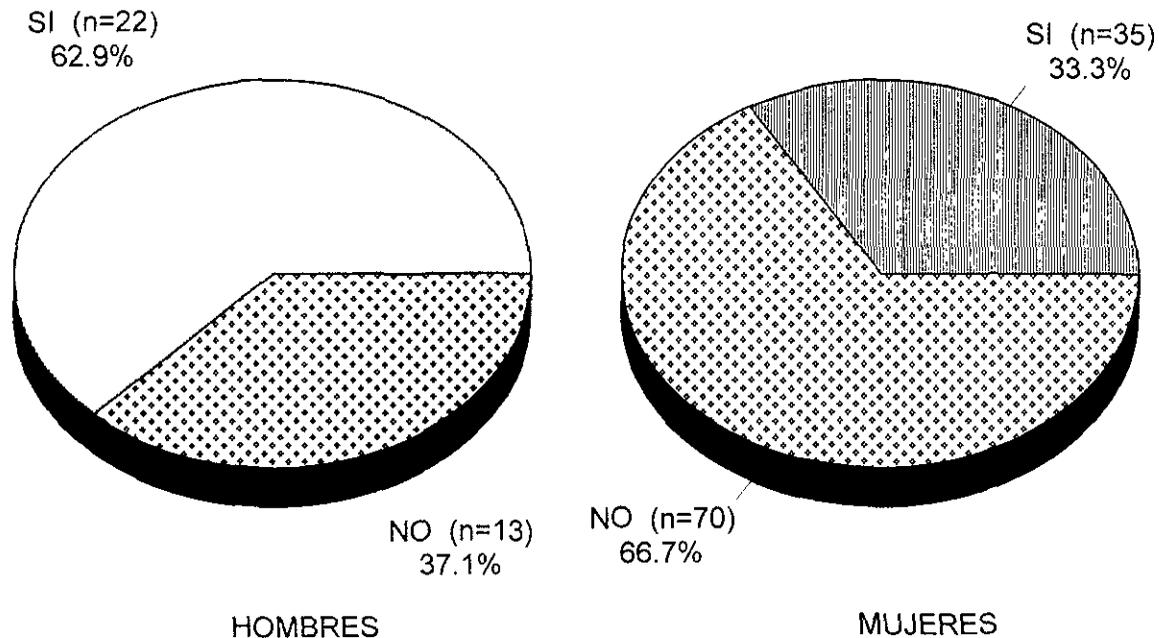


PROMEDIO DE EDAD HOMBRES = 52.9 ± 14.66
PROMEDIO DE EDAD MUJERES = 49.6 ± 15.56

PACIENTES DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HE CMN S XXI

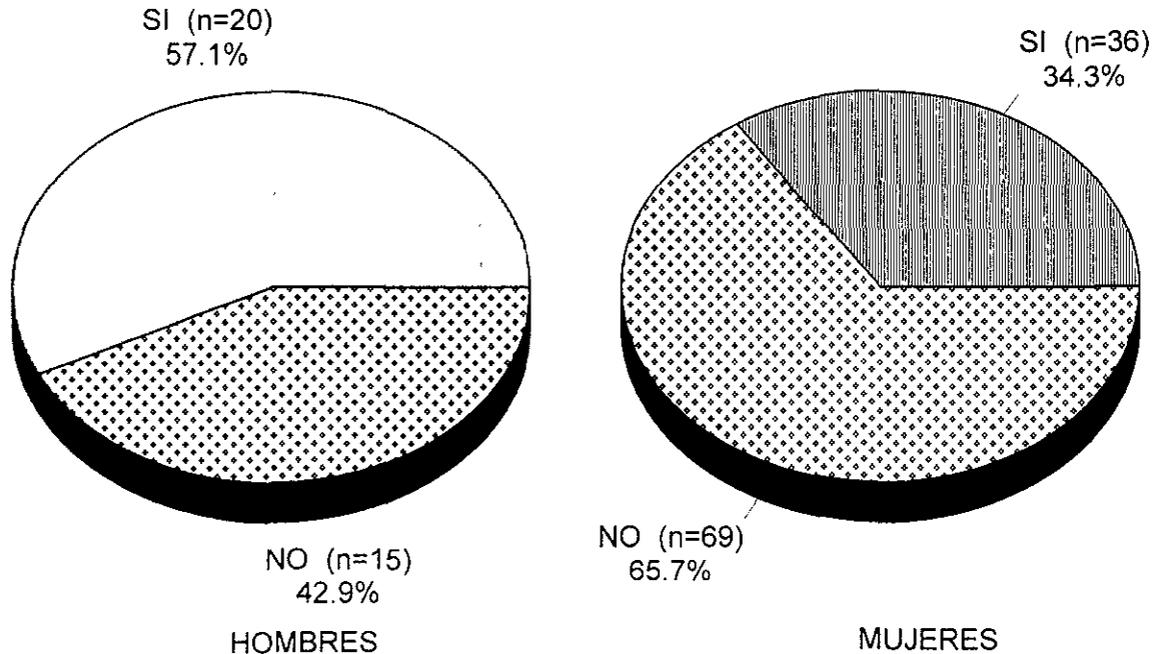
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

ALCOHOLISMO



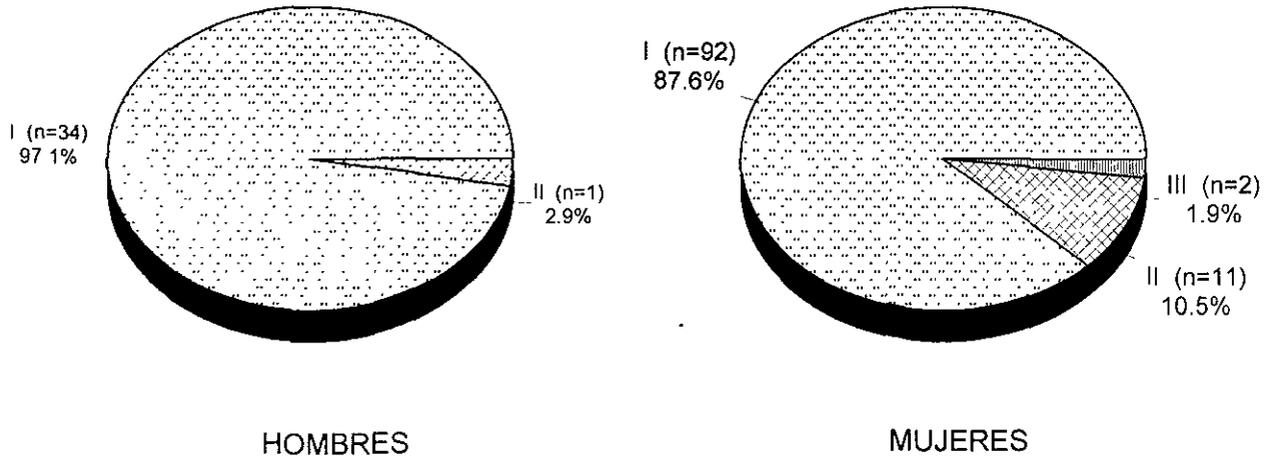
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

TABAQUISMO



LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

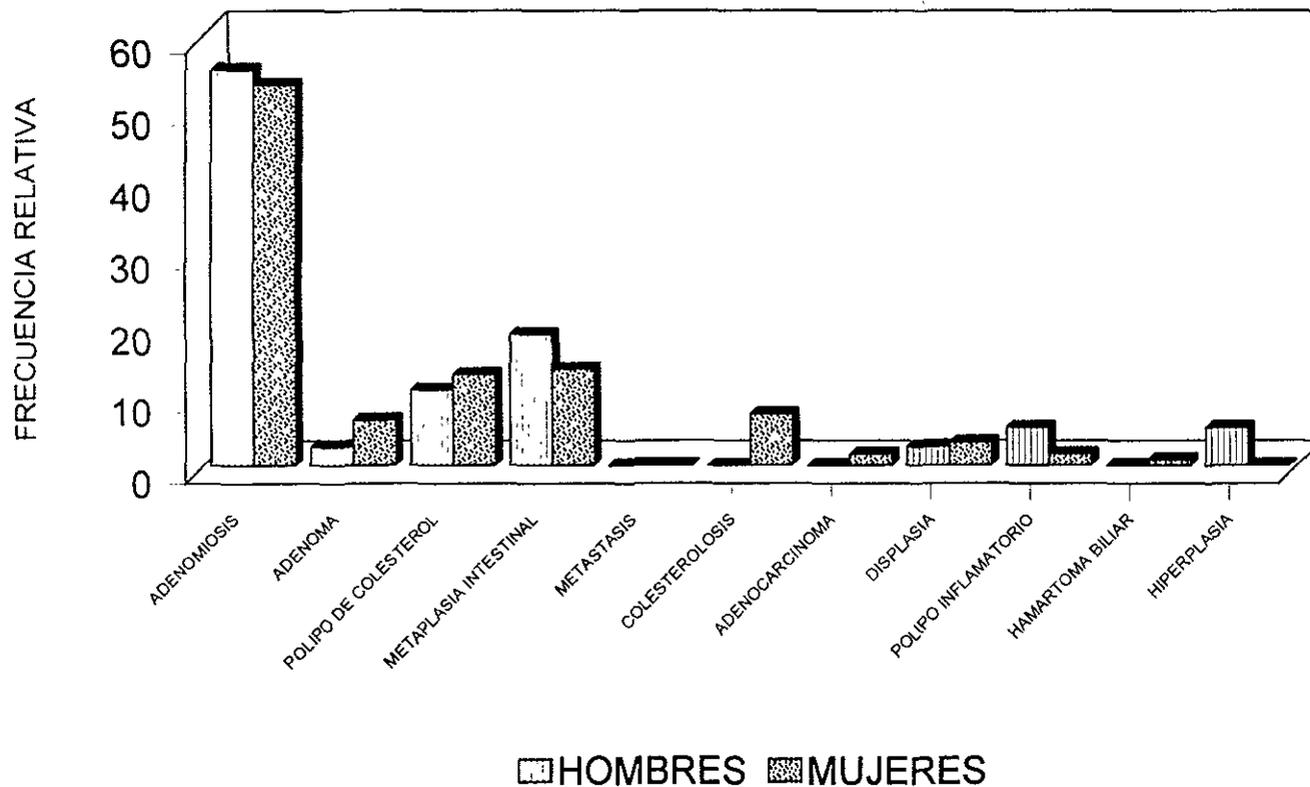
DIAGNOSTICO PREOPERATORIO



I CCL AGUDIZADA
II POLIPO
III COLECISTITIS AGUDA ALITIASICA

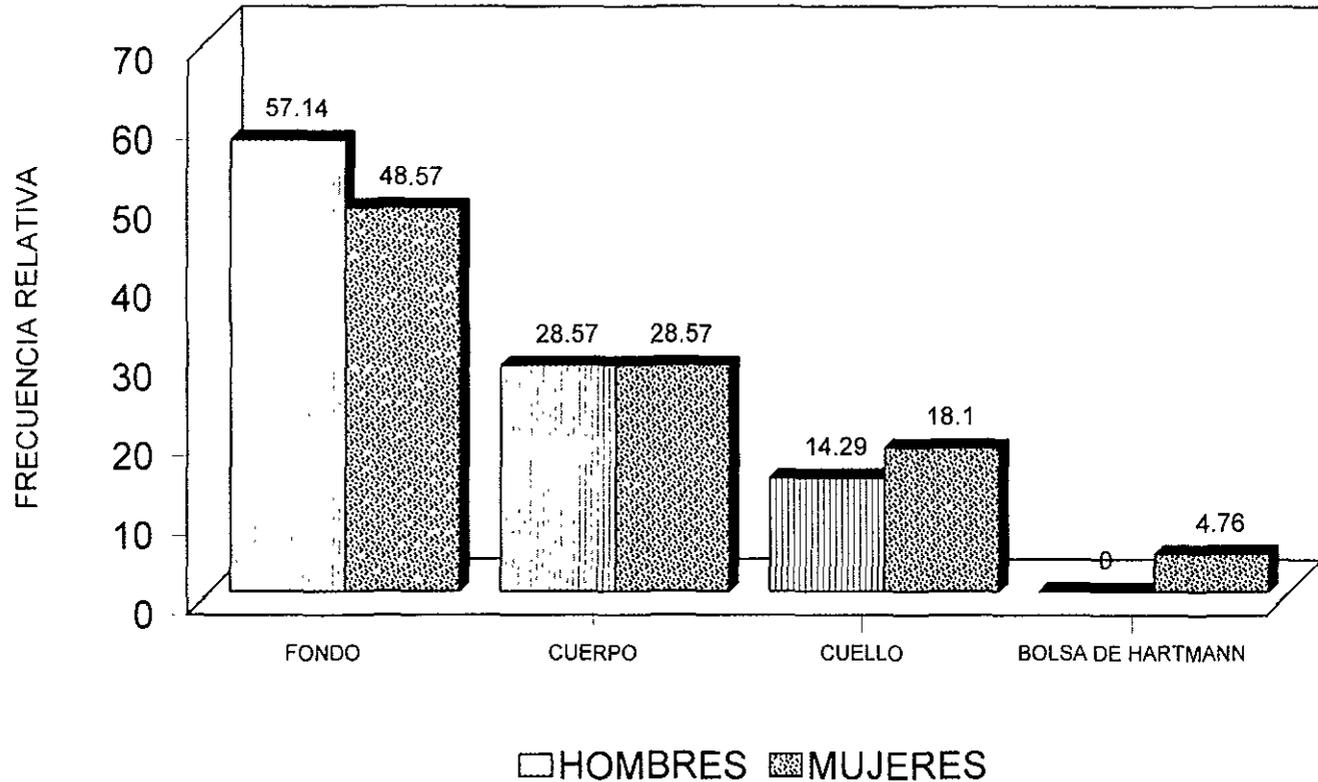
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

HALLAZGOS HISTOPATOLOGICOS



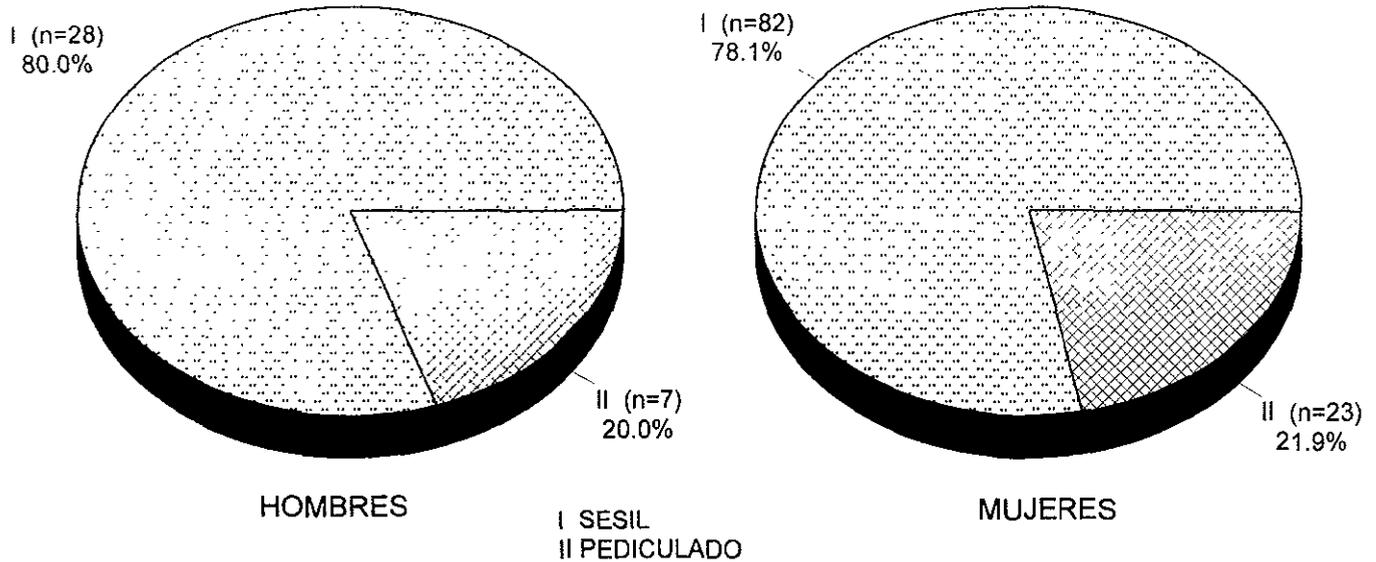
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

LOCALIZACION



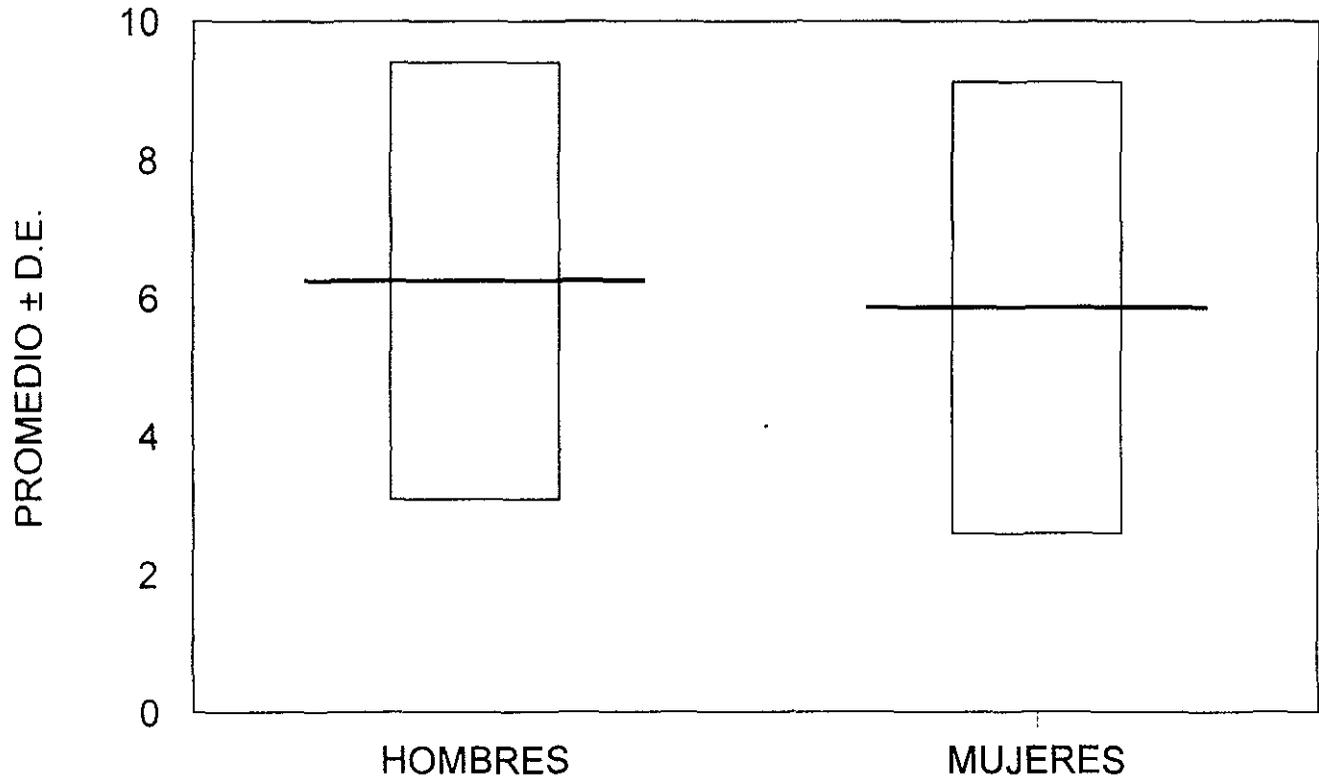
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

TIPO DE LESION



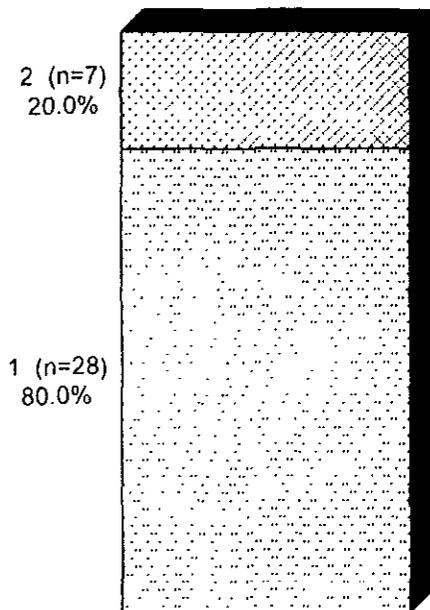
LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

TAMAÑO DEL TUMOR

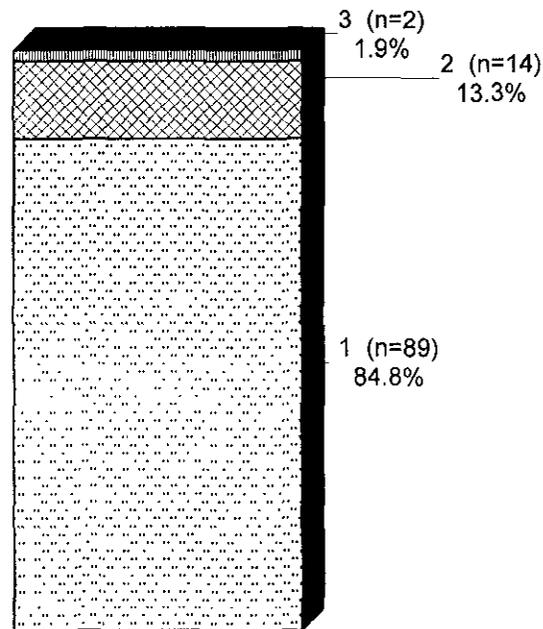


LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

NUMERO DE LESIONES



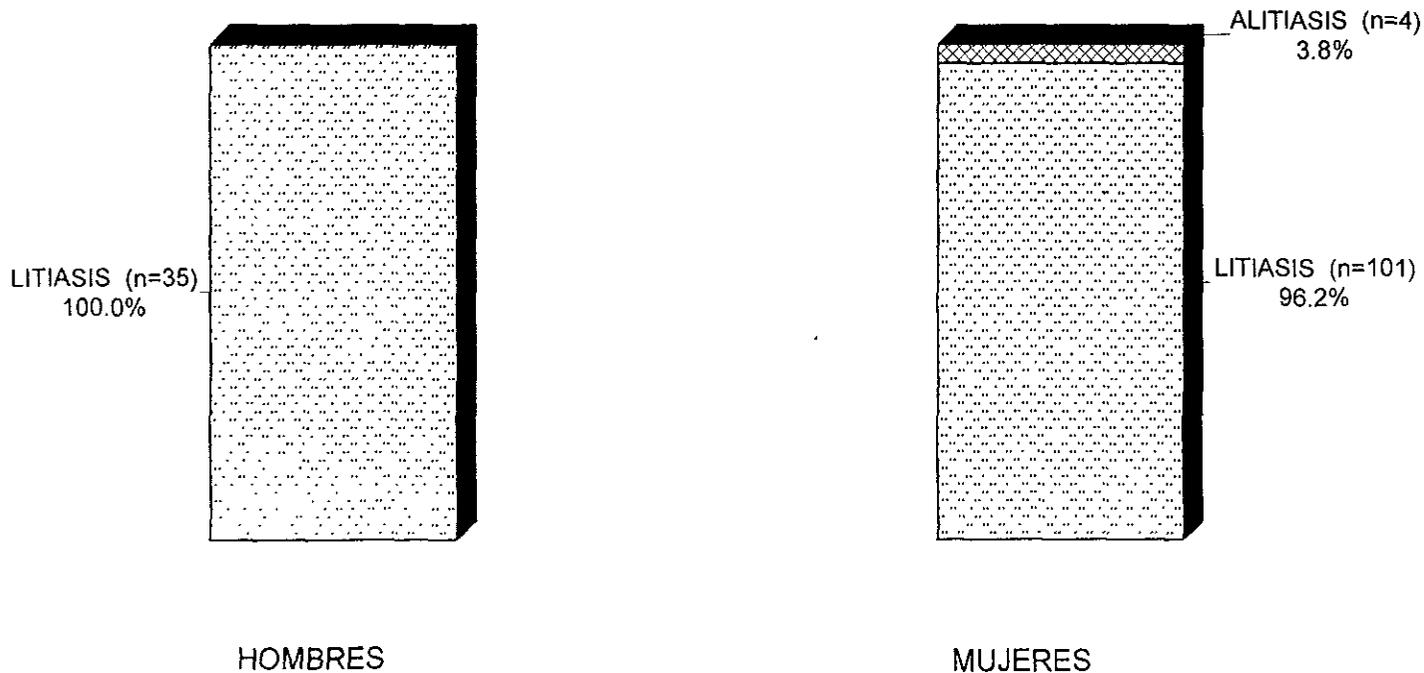
HOMBRES



MUJERES

LESIONES POLIPOIDES DE LA VESICULA BILIAR

LESIONES ASOCIADAS



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- 1 - Muto Y, Yamada M, uchimuraM, et al. Polypoid lesions of the gallbladder Ital J Surg Sci 1987;17:171-8
- 2 - Shirai Y, Buto T, Yoshida K, Kawaguchi H, Watanabe H, Kishima H Surgical pathology of polypoid lesions of the gallbladder, with especial reference to their classification and macroscopic features. J Clin Surg 1986;41:17-23.
- 3.- Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. Arch Pathol 1970;90:423-32.
- 4.- Kozuka S, Tsubone M, Yasui A, Hachisuka K. Relation of adenoma to carcinoma in the gallbladder Cancer 1982; 50: 2226-34.
- 5 - Aldridge M, Bismuth H. Gallbladder cancer. the polyp - cancer sequence Br. J Surg 1990; 77: 363-364
- 6.- Yang H, Sun Y, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder. diagnosis and indications for surgery Br J Surg 1992;79:227-229.
- 7.- Ishikawa O, Ohhigashi H, Imaoka S, Nakaizumi A, et al. The difference in malignancy between pedunculated and sessile polypoid lesion of the gallbladder Am J Gastroenterol 1989, 84: 1386-1390.
- 8.- Akiyama T, Sahara H, Seto K, Saitou H, et al Gallbladder cancer associated with cholesterosis J Gastroenterol 1996; 31: 470-474
- 9.- Chih- Yen Chen , Ching- Liang Lu, Full- Young Chang Risk factors for gallbladder polyps in the Chinese population Am J Gastroenterol 1997, 92: 2066-2068.
- 10.- Jorgensen T, Hougaard Jensen K Polyps in the gallbladder, A prevalence study Scand J Gastroenterol 1990; 25: 281-286.
- 11.- Shinchi K, Kono S, Honjo S, Imanishi K, Hirohata T Epidemiology of gallbladder polyps A ultrasonographic study of male self-defense officials in Japan. Scand J Gastroenterol 1994; 29: 7-10.
- 12.- Segawa K, Arisawa T, Niwa Y et al. Prevalence of gallbladder polyps among apparently healthy Japanese Ultrasonographic study. Am J Gastroenterol 1992, 87. 630-3
- 13.- Chen C, Lu C, Chang F, Lee S Risk factors for gallbladder polyps in the Chinese population Am J Gastroenterol 1997, 92: 2066-2068
- 14 - Ji Z-L, Chen H-R, Wang E-H, Yang D-T, Gao N-R, Liu B-Y Percutaneous endoscopic polypectomy of gallbladder polyps Endoscopy 1994; 26: 609-612
- 15 - Uchida N, Ekazi T, Hirabayashi S, Minami A Scanning of polypoid gallbladder lesions by ultrasonic microprobes using transpapillary catheterization Endoscopy 1996, 28: 302-305

- 16 - 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 – 450
- 17.- Wu S, Lin K, Soon M, Yeh K. Ultrasound- guided percutaneous transhepatic fine needle aspiration cytology study of gallbladder polypoid lesions. Am J Gastroenterol 1996, 91. 1591 – 1594.
- 18.- Kubota K, Bandai Y, Sano K, Teruya M, Isizaki Y, Makuuchi M. Appraisal of intraoperative ultrasonography during laparoscopic cholecistectomy. Surg 1995; 118: 555 – 61
- 19.- Pietrabissa A, Di Candio G, Gulianotti C, Shimi S, Cuschieri A, Mosca F. Comparative evaluation of contact ultrasonography and transcystic cholangiography during laparoscopic cholecistectomy: A prospective study. Arch Surg 1995; 130 1110 – 1114.
- 20.- Furukawa H, Kosuge T, Shimada K, et al Small polypoid lesions of the gallbladder. Differential diagnosis and surgical indications by helical computed tomography. Arch Surg 1998; 133: 735 – 739.
- 21.- Koga A, Watanabe K, Fukuyama T, Takiguchi S, Nakayama F. Diagnosis and operative indications for polypoid lesions of the gallbladder Arch Surg 1988, 123 26 – 29.
- 22.- Sugiyama M, Xie X-Y, atomi Y, Saito M. Differential diagnosis of small polypoid lesions of the gallbladder The value of endoscopic ultrasonography 'Ann Surg 1999; 229: 498 – 504.
- 23.- Kubota K, Bandai Y, Nore T, Teruya M, Isizaki Y, Makuuchi M. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecistectomy Surg 1995; 117: 481 – 487.
- 24.- Jones D, Soper N, Brewer J, Quasebarth M, et al. Chronic acalculous cholecistitis: laparoscopic treatment. Surg Lap & Endosc 1996, 6: 114 – 122
- 25.- Toda K, Souda S, Yoshikawa Y, Momiyama T, Ohshima M. Significance of laparoscopic excisional biopsy for polypoid lesions of the gallbladder Surg Lap & Endosc 1995; 5: 267 – 271
- 26 - Boulton R, Adams D Gallbladder polyps. when to wait and when to act. Gut 1997;349:576 – 577
- 27 - Majeed A, Reed M, Watkin D The sheffield cholecistoscope. new instrument for minimally invasive gallbladder surgery. Br J Surg 1991; 78 557 – 558
- 28.- Shinkai H, Kimura W, Muto. Surgical indications for small polypoid lesions of the gallbladder. Am J Surg 1998 , 175 114 – 117

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA