

Conduta nas lesões polipoides da vesícula biliar

Management of polypoid lesions of the gallbladder

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES¹, RACHEL JORGE DINO COSSETTI², JANAINA OLIVEIRA BENTIVI²,
MARIA HELENA ALMEIDA COSTA², ALINE MARIA SANTOS FARIAS², GLÁUCIA MESQUITA CORDEIRO³

Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA)

RESUMO

Com o aumento do uso da ultrassonografia na prática diária, mais lesões polipoides da vesícula biliar têm sido detectadas. O significado clínico dessas lesões polipoides, bem como seu manuseio adequado, tem sido objeto de discussão. Embora a maioria dos pólipos da vesícula biliar seja de comportamento benigno, alguns casos de câncer precoce de vesícula biliar compartilham as mesmas características. O objetivo desta revisão é apresentar o manuseio atual para o diagnóstico e conduta nessas lesões polipoides da vesícula biliar. Os autores concluem que é possível prever aquelas situações com a maior probabilidade de lesão maligna na maioria dos pacientes, através do diagnóstico clínico e do exame ultrassonográfico.

Unitermos – Pólipo de vesícula biliar; Lesão polipoide; Câncer da vesícula biliar.

SUMMARY

With the increasing use of percutaneous ultrasonography in modern practice, more polypoid lesions of the gallbladder are being detected. The significance of these polypoid lesions and the appropriate management is still under discussion. Although most gallbladder polyps are benign, some early carcinomas of the gallbladder do share the same appearance. The aim of this review is to present the current diagnosis and management of polypoid lesions of the gallbladder. The authors concluded that it is possible to predict the probability of malignant lesions in most patients with polypoid lesions of the gallbladder by clinical and sonographic examination.

Keywords – Polyps of the gallbladder; Polypoid lesions; Gallbladder carcinoma.

INTRODUÇÃO

O termo lesão polipoide da vesícula biliar (LPVB) é definido como qualquer projeção (lesão elevada) na superfície mucosa da parede da vesícula. O uso rotineiro da ultrassonografia na prática clínica diária tem contribuído para a detecção de mais dessas lesões polipoides da vesícula biliar. O significado, bem como o tratamento dessas lesões, tem sido motivo de diferentes interpretações. Embora a maioria das lesões polipoides seja de caráter benigno, alguns carcinomas precoces da vesícula biliar podem apresentar as mesmas características. O tratamento cirúrgico de lesões maiores, bem como o acompanhamento de lesões menores, promove des-

conforto tanto para o clínico quanto para o paciente. Isso proporciona ansiedade para o paciente e custos para o sistema de saúde⁽¹⁻³⁾.

O pólipo pode, em algumas situações, não ser encontrado na vesícula biliar de pacientes submetidos a colecistectomia por lesão polipoide. Uma vez que o diagnóstico é feito por ultrassonografia abdominal, o achado falso-positivo pode variar de 6% a 43%. Geralmente devido à dobra de mucosa, lama biliar, ou pequenos cálculos impactados na parede da vesícula. Da mesma forma pólipos podem se deslocar durante a inspeção da vesícula quando a bile é lavada do órgão. O paciente deve ser informado desta possibilidade⁽²⁻⁵⁾.

1. Professor Livre-Docente e Coordenador da Disciplina de Clínica Cirúrgica III, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.

2. Estudante de Medicina, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.

3. Residente de Cirurgia Geral, Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA), Brasil.

Endereço para correspondência – Dr. Orlando Torres, Rua dos Bicudos, 14/600 – Ed. Aspen – Renascença II – 65075-090 – São Luís (MA). E-mail: o.torres@uol.com.br

Recebido em: 15/5/2008 – Aprovado para publicação em: 13/8/2008

Os tumores benignos da vesícula biliar podem ser classificados segundo Christensen (quadro 1)⁽⁶⁾:

QUADRO 1 Tumores benignos da vesícula biliar	
Tumores benignos	Pseudotumores benignos
Epitelial Adenoma papilar Adenoma não papilar	Hiperplasia Adenomatosa Adenomiomatosa
Tecido de origem Hemangioma Lipoma Leiomioma Tumor de células granulosas	Heterotopia Mucosa gástrica Mucosa intestinal Pâncreas Fígado
	Pólipos Inflamatório Colesterol
	Miscelânea Infecções parasitárias Fibroxantogranulomatose Outros

PREVALÊNCIA

As lesões polipóides da vesícula biliar ocorrem em ampla faixa etária, desde os 25 até os 76 anos, com maior prevalência nas 5ª e 6ª décadas de vida. Acometem cerca de 3% a 7% da população adulta saudável submetida à ultrassonografia, fazendo parte das doenças mais comuns da via biliar. A prevalência em espécimes de colecistectomia varia de 3% a 12%. Ocorre mais frequentemente em mulheres que homens (proporção de 16:7). A mais comum lesão polipoide da vesícula biliar é o pólipos de colesterol (46% a 70%). Dependendo da amostra e do tamanho da lesão, o percentual de lesões malignas varia de 0% a 27%. Terzi *et al.* observaram prevalência de 26% de adenocarcinoma para pacientes com pólipos de vesícula biliar. Os adenomas e adenomiomas da vesícula biliar são lesões reconhecidamente pré-malignas e frequentemente são acompanhados de colelitíase. Nesses casos, os cálculos podem desencadear processos de hiperplasia inflamatória, hiperplasia atípica ou transformação em carcinoma *in situ*. Yang *et al.* também observaram o pólipos de colesterol como o mais prevalente (tabela 1)^(2,4,7-11).

TABELA 1 Lesões polipóides da vesícula biliar (Yang <i>et al.</i>) ⁽¹¹⁾	
Pólipos de colesterol	62,8%
Pólipos inflamatório	7,0%
Hiperplasia	7,0%
Adenoma	5,9%
Maligno	7,7%
Outros	9,6%

CLASSIFICAÇÃO

As lesões polipóides da vesícula biliar podem ser classificadas em lesões benignas e malignas. As lesões benignas podem ser classificadas em lesões com alterações carcinomatosas (adenomas e adenomiomas) e em lesões sem alterações carcinomatosas (pólipos inflamatórios e de colesterol). Os pólipos inflamatórios e de colesterol são classificados como lesões não tumorais. Em geral, os pólipos de colesterol são múltiplos e raramente apresentam transformação carcinomatosa. As lesões tumorais incluem os adenomas e adenomiomas, com potencial de transformação maligna, e a própria lesão carcinomatosa da vesícula biliar. Em geral, apresentam-se como lesão única, pediculada, ou como espessamento da parede da vesícula biliar, sendo muitas vezes confundidas com colecistite aguda. Nas lesões malignas o espessamento da vesícula biliar costuma ser irregular, diferente dos casos de colecistite aguda. As lesões malignas constituem o estágio inicial do carcinoma de vesícula biliar, sendo encontradas em diferentes proporções dependendo do estudo realizado, do tamanho da lesão e da idade dos pacientes^(2,7,12-13).

A diferenciação entre lesões tumorais e não tumorais tem implicações prognósticas. No entanto, esta distinção pode ser difícil de se realizar através de exames pré-operatórios. A incidência de lesões tumorais é maior em pacientes com mais de 50 anos, bem como naquelas com diâmetro superior a 10mm de diâmetro. De maneira oposta, a incidência de lesões não tumorais é maior em lesões com menos de 10mm de diâmetro⁽¹¹⁻¹³⁾.

A sequência pólipos-câncer, observada no pólipos de cólon, foi sugerida em adenoma de vesícula biliar. Outros estudos não apóiam esta teoria. Câncer da vesícula biliar em estágio precoce é definido como aquele confinado à mucosa ou camada muscular e as lesões podem apresentar formas diferenciadas, incluindo o pediculado, séssil, elevado superficial e plano. Estes dois últimos comumente se apresentam como lesão polipoide durante a avaliação clínica^(1-2,14).

EXAMES DE IMAGEM

O diagnóstico das lesões polipóides da vesícula biliar depende basicamente de exames de imagem. O primeiro exame de imagem para rastreamento inicial geralmente é a ultrassonografia (US) abdominal. Em geral as lesões polipóides são demonstráveis à US somente a partir de 5mm de diâmetro. O diâmetro da lesão tem sido a forma de diferenciar a lesão polipoide benigna de maligna, sendo que o potencial de malignidade aumenta com o tamanho da lesão. A maioria dos serviços não apresenta meios práticos de diagnóstico como a ultrassonografia endoscópica e a tomografia helicoidal unicamente com o objetivo de diferenciar as lesões polipóides da vesícula biliar^(2,9,11,15-18).

A ultrassonografia é o exame de primeira linha para o diagnóstico das lesões, sendo capaz de identificar a localização em relação ao fígado, o tamanho, o número de lesões, a associação com cálculos e as alterações da parede da vesícula biliar. Na ultrassonografia a lesão polipoide corresponde a uma imagem com ecogenicidade similar àquela da parede da vesícula biliar que se projeta para o lume, é fixa (não move com a mudança de decúbito), pode ou não ter pedículo e não forma sombra acústica. Alguns estudos demonstram que a US não tem boa acurácia na diferenciação entre lesões polipoides e doença calculosa biliar (sensibilidade de 66,7%). O cálculo impactado na parede da vesícula biliar pode ser perfeitamente confundido com uma lesão polipoide. Esta diferenciação é de importância significativa, uma vez que os pólipos verdadeiros, adenomas e papilomas, têm potencial para transformação maligna. A ultrassonografia endoscópica (USE) também tem sido utilizada para diagnóstico de lesões polipoides da vesícula biliar^(2,9,11,15-18).

A sensibilidade da ultrassonografia, quando utilizada para o diagnóstico de LPVB, varia de 30 a 95%. A colelitíase e o próprio espessamento da vesícula biliar podem mascarar a presença do pólipo. Da mesma forma, pequenos pólipos podem ser vistos como espessamento da parede da vesícula biliar, dificultando o diagnóstico^(2,9).

Sugiyama *et al.* sugerem o uso rotineiro de ultrassonografia endoscópica (USE) nos casos em que a ultrassonografia for sugestiva de lesão polipoide. Este exame é capaz de demonstrar claramente as três camadas da parede da vesícula biliar, constituindo-se em exame melhor do que a ultrassonografia convencional. Os autores sugerem que a agregação de pontos ecogênicos parece ser patognomônico de pólipos de colesterol⁽¹⁷⁾.

A tomografia computadorizada (TC) de abdome superior com e sem contraste tem sido utilizada para diferenciar lesões polipoides neoplásicas de não neoplásicas. A TC pode ajudar no diagnóstico diferencial entre lesão polipoide e adenocarcinoma precoce da vesícula biliar, demonstrando ainda as correlações anatômicas da vesícula biliar, sendo capaz de identificar metástases. A tomografia helicoidal com contraste pode revelar até 100% de pólipos maiores de 5mm e poderia diferenciar lesão neoplásica daquelas não neoplásicas. A tomografia com emissão de positron (PET) pode ser utilizada para pólipos maiores que 5mm e pode diferenciar lesões benignas de malignas naquelas maiores de 10mm^(2-3,11-12,19).

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico ultrassonográfico da presença de LPVB é realizado em lesões a partir de 5mm de diâmetro. A diferenciação ultrassonográfica entre lesões polipoides benignas e malignas depende majorita-

riamente do diâmetro das lesões, uma vez que seu potencial maligno aumenta com o tamanho. As características desfavoráveis das lesões polipoides da vesícula biliar que podem predizer malignidade são: a) tamanho da lesão maior ou igual a 10mm, b) lesão única, c) idade do paciente igual ou superior a 50 anos, d) lesão polipoide sésil, e) lesão polipoide na superfície hepática da vesícula biliar, f) associação com cálculos da vesícula biliar^(2,9,11,15-18).

Em relação ao carcinoma da vesícula biliar, seu diagnóstico pré-operatório em sua fase inicial pode ser difícil. Fatores que devem indicar para esta suspeita são: a) idade acima de 50 anos, b) malformação congênita dos ductos biliares, c) espessamento local e irregularidades da parede da vesícula biliar, d) lesão polipoide igual ou maior que 2cm, e) vesícula biliar escleroatrófica, f) cálculo intraluminal fixo, g) linfadenomegalia regional, h) isoecogenicidade com o parênquima hepático e i) crescimento rápido. Entretanto, o diagnóstico ainda é difícil, em especial nos casos mais precoces. A sugestão da realização de ultrassonografia a cada 3-6 meses seria pela possibilidade de detectar o crescimento rápido da lesão e consequentemente antecipar o tratamento cirúrgico^(7-8,16,18-20).

TRATAMENTO

A principal preocupação no manuseio da lesão polipoide da vesícula biliar é identificar e tratar lesões malignas que estão ainda em estágio relativamente precoce e adequado para cura cirúrgica. O tamanho da lesão polipoide maior que 10mm é consistente em predizer malignidade. A prevalência de malignidade aumenta de 37% para 88% quando a lesão polipoide excede 10mm. Esses fatores nos permitem selecionar aquele grupo específico de pacientes que se beneficiarão da operação pela possibilidade de malignidade^(4,11-12,14).

Todos os pacientes sintomáticos devem ser submetidos a tratamento cirúrgico, independente do diâmetro da lesão. Da mesma forma aqueles pacientes com a associação de pólipo único e cálculo. A proporção de pacientes com lesão polipoide sintomático varia de 78% a 93%. A proporção de pacientes com pólipos e cálculo varia de 27% a 66%^(4,11-12,14).

As dificuldades para a diferenciação entre lesões tumorais e não tumorais acaba levando a um aumento da frequência de colecistectomia em pacientes com lesões não tumorais. Esta conduta tem sido considerada aceitável por ser a colecistectomia videolaparoscópica, em pacientes sem doença associada, procedimento de baixa morbidade e mortalidade praticamente nula. A cirurgia não é necessária em casos de pólipos de colesterol, por não evoluírem para lesões malignas. Nessas situações, a cirurgia estaria indicada somente naqueles pacientes sintomáticos. Por outro lado, está bem estabelecido que câncer avançado de vesícula biliar apresenta

prognóstico reservado, independente do tratamento cirúrgico. A cura é mais provável de ser alcançada em estágio precoce da doença. O câncer precoce da parede da vesícula biliar (T1) pode ser tratado com segurança através da simples colecistectomia. O acesso videolaparoscópico é o padrão ouro para a colecistectomia e pode ser aplicado para casos T1. Em casos avançados está indicada a via convencional por sua relação com o implante dos locais do trocarter. É importante, nestas situações, a realização de biópsia de congelação. O procedimento é considerado suficiente se o anatomopatológico revelar um tumor T1^(2,4,10,20-24).

Paciente portador de carcinoma de vesícula biliar, anteriormente submetido a colecistectomia videolaparoscópica, deve ter os portais de acesso videolaparoscópico completamente ressecados. Entretanto, alguns autores advogam que a técnica operatória não tem influência prognóstica nos casos de carcinoma de vesícula biliar não suspeitados no pré-operatório. Para LPVB maiores que 20mm, a cirurgia aberta e material para congelação estão perfeitamente justificados^(10,21-24).

Constituem-se em indicação cirúrgica para colecistectomia: a) lesão maior ou igual a 10mm de diâmetro, b) lesões com tendência a aumentar de tamanho em pequeno intervalo de tempo, c) paciente com mais de 50 anos, d) lesão polipoide única de base larga (sésseis), mesmo que menores que 10mm, e) coexistência de cálculos ou colecistite, f) pedículos largos, longos ou pólipos localizados no colo da vesícula biliar dificultando seu esvaziamento, associados a cólica biliar, g) lesão polipoide associada a espessamento local da parede da vesícula biliar e h) lesão localizada junto ao parênquima hepático⁽²¹⁻²⁴⁾.

As LPVB devem ser avaliadas de forma consistente, pesando particularmente a necessidade de exame diagnóstico pré-operatório, a ansiedade do paciente, bem como risco de carcinoma de vesícula biliar com suas consequências.

REFERÊNCIAS

1. Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol.* 2002;16(3):187-94.
2. Lee KF, Wong J, Li JC, Lai PB. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg.* 2004;188(2):186-90.
3. Shen WL, Gao GW. Polypoid lesions of the gallbladder. *Chin J Pract Surg.* 2002;22:245-7.
4. Terzi C, Sokmen S, Seçkin S, Albayrak L, Ugudu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with especial reference to operative indications. *Surgery.* 2000;127(6):622-7.
5. Zhang AM, Nie L, Zhang YM. Polypoid lesions of gallbladder: a report of 297 cases. *Chin J Gen Surg.* 2004;13:111-3.
6. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Report of 180 cases. *Arch Pathol.* 1970;90(5):423-32.

7. Torres OJM, Caldas LRA, Azevedo RP, Palacio RL, Rodrigues MLS, Lopes JAC. Colelitíase e câncer de vesícula biliar. *Rev Col Bras Cir.* 2002;29:88-91.
8. Araujo JCR, Torres OJM, Pinheiro AN. Prevalência de carcinoma incidental de vesícula biliar no Hospital Universitário Presidente Dutra. *Rev Med HUUFMA.* 2003;1:66-9.
9. Chattopadhyay D, Lochan R, Balupuri S, Gopinath BR, Wynne KS. Outcome of gallbladder polypoid lesions detected by transabdominal ultrasound scanning: a nine year experience. *World J Gastroenterol.* 2005;11(14):2171-3.
10. Yeh CN, Jan YY, Chao TC, Chen MF. Laparoscopic cholecystectomy for polypoid lesions of the gallbladder: a clinicopathologic study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2001;11(3):176-81.
11. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg.* 1992;79(3):227-9.
12. 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 Int.* 2004;3(4):591-4.
13. Csendes A, Burgos AM, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. *Ann Surg.* 2001;234(5):657-60.
14. Wang XY, Zheng ZQ, Lin SZ, Chen C. Clinicopathology and operative indications of polypoid lesions of the gallbladder. *Chin J Gen Surg.* 2003;18:49-53.
15. Torres OJM, Barbosa ES, Pantoja PB, Diniz MCS, Silva JRS, Czezczko NG. Prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. *Rev Col Bras Cir.* 2005;32:47-9.
16. Akatsu T, Aiura K, Shimazu M, Ueda M, Wakabayashi G, Tanabe M, et al. Can endoscopic ultrasonography differentiate nonneoplastic from neoplastic gallbladder polyps? *Dig Dis Sci.* 2006;51(2):416-21.
17. 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.
18. Kimura K, Fujita N, Noda Y, Kobayashi G, Ito K. Differential diagnosis of large-sized pedunculated polypoid lesions of the gallbladder by endoscopic ultrasonography: a prospective study. *J Gastroenterol.* 2001;36(9):619-22.
19. Koh T, Taniguchi H, Kunishima S, Yamagishi H. Possibility of differential diagnosis of small polypoid lesions in the gallbladder using FDG-PET. *Clin Positron Imaging.* 2000;3(5):213-8.
20. Torres OJM, Macedo EL, Nunes PMS, Picciani ERG, Barbosa Jr JB, Dietz UA. Câncer da vesícula biliar. *Rev Bras Med.* 2000;57:602-14.
21. Torres OJM, Costa DS, Branco Neto MLC, Gonçalves MJC, Silva AJR, Malafaia O. Colecistectomia videolaparoscópica: análise dos 65 casos iniciais. *Rev Col Bras Cir.* 1995;22:45-7.
22. Steinert R, Nestler G, Sagynaliev E, Müller J, Lippert H, Raymond MA. Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer. *J Surg Oncol.* 2006;93(8):682-9.
23. Yildirim E, Celen O, Gulben K, Berberoglu U. The surgical management of incidental gallbladder carcinoma. *Eur J Surg Oncol.* 2005;31(1):45-52.
24. Kubota K, Bandai Y, Noie T, Ishizaki Y, Teruya M, Makuuchi M. How should polypoid lesions of the gallbladder be treated in the era of laparoscopic cholecystectomy? *Surgery.* 1995;117(5):481-7.