



UNIVERSIDAD DE CUENCA



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE PÓLIPOS  
VESICULARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN SOLCA. CUENCA. 2000-  
2015.**

Proyecto de investigación previa a la obtención del título de Médico

**AUTORAS**

**LEÓN ARMIJOS FABIOLA KATHERINE**

**C.I. 0706333192**

**VALLADAREZ VÁZQUEZ AIDA SOFÍA**

**C.I.0105673883**

**DIRECTOR**

**DR. MARX ITALO BRAVO MUÑOZ**

**C.I. 0102648508**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**DR. ADRIÁN MARCELO SACOTO MOLINA**

**C.I. 0301557633**

**CUENCA – ECUADOR**

**2017**



## RESUMEN

**Antecedentes:** la patología polipoide biliar, tiene una relación importante con el carcinoma y Ecuador los primeros lugares en cuanto a incidencia. En nuestro país se han realizado pocas investigaciones de este tipo y no existen guías que permitan decidir las acciones frente a este diagnóstico.

**Objetivo general:** determinar las características ecográficas e histopatológicas de pólipos vesiculares de pacientes atendidos en el Instituto de Lucha Contra el Cáncer Solca Núcleo Cuenca 2000-2015.

**Metodología:** se trató de un estudio cuantitativo, descriptivo, de las historias clínicas de pacientes a quienes se les realizó diagnóstico ecográfico de pólipos vesiculares, en el periodo entre 2000-2015. Para la recolección de datos se empleó un formulario con las variables pertinentes. Los datos se ingresaron en el programa EPIINFO 7, presentando tablas de distribución, con frecuencia, porcentaje y estadísticos de dispersión.

**Resultados:** El sexo femenino fue mayor con 64,71% y predominó la edad  $\leq 50$  años en 52,9%. La ecografía detectó un total de 68 casos de pólipos vesiculares, de los cuales el 66,2% se presentó como pólipos de colesterol en el postquirúrgico, adenomas o verdaderos pólipos 7,4%, y el 8,8% presentó coleditiasis. El tamaño predominante de los pólipos fue  $< 10 \pm 3$ mm en el 91,2%. El tratamiento que se instauró en el 100% de los casos, fue la colecistectomía.

**Conclusiones:** se observó predominio de patología biliar en el sexo femenino y los pólipos encontrados, en mayor porcentaje, no presentaron características de riesgo para malignidad.

**Palabras claves:** pólipos vesiculares, pólipos de colesterol, tumores vesiculares, cáncer vesicular.



## ABSTRACT

**Precedents:** the gallbladder polyp, has an important relation with the carcinoma of gallbladder. The incidence in our country is one of the highest. There is few research of this type in our country and there do not exist guides who allow to decide the treatment.

**Overall Objective:** establish the ultrasound and histopathological characteristics of the gallbladder polyps of treated patients at the Instituto de Lucha Contra el Cáncer Solca Núcleo Cuenca 2000-2015.

**Methodology:** it was a quantitative, descriptive study of the clinical records of patients who underwent ultrasonography diagnosis of vesicular polyps in the period 2000-2015. For data collection, a form with the relevant variables was used. The data were entered into the EPIINFO 7 program, presenting distribution tables, frequently, percentage and statistics of dispersion

**Results:** the female population had more incidences with 64.71% and an age  $\leq 50$  years was predominant in 52.9%. Ultrasonography revealed a total of 68 cases of gallbladder polyps, of which 66.2% were presented as cholesterol polyps, 7.4% adenomas and 8.8% presented cholelithiasis. The predominant size of the polyps was  $<10 \pm 3$ mm in 91.2%. The treatment behavior that was established in 100% of the cases was cholecystectomy

**Conclusions:** **There was** a predominance of biliary pathology in females; however, the lesions found, in a higher percentage, did not present risk characteristics for malignancy.

**Key words:** gallbladder polyps, cholesterol polyps, gallbladder tumor and gallbladder cancer.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	2
ABSTRACT .....	3
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	4
Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional .....	7
.....	7
Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional .....	8
Cláusula de Propiedad Intelectual.....	9
.....	9
AGRADECIMIENTOS.....	11
DEDICATORIA .....	13
CAPÍTULO I.....	15
1.1 INTRODUCCIÓN.....	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. ....	16
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	17
CAPÍTULO II.....	19
2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....	19
2.1 PÓLIPOS DE VESÍCULA BILIAR.....	19
2.2 CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE POLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR .....	20
2.2.1 Clasificación de Christensen e Ishak.....	20
En 1970 fue propuesta una clasificación de los tumores benignos y pseudotumores de la vesícula biliar, que se describe a continuación pues se continúa utilizando por varios autores pese a la nueva clasificación. (5) .....	20
2.2.2 Clasificación Histológica Actual de los pólipos de vesícula biliar .....	20
2.3 ECOGRAFÍA E IMAGEN.....	22
2.4 EPIDEMIOLOGÍA .....	23
2.5 CLÍNICA.....	25
2.6 FACTORES ASOCIADOS .....	25
2.7 TRATAMIENTO.....	26
<b>FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS</b>	
<b>AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ</b>	4



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

2.7.1 Indicaciones quirúrgicas de pólipos en la vesícula biliar.....	26
2.8 TUMORES MALIGNOS DE VESÍCULA BILIAR .....	27
2.8.1 Definición .....	27
2.8.2 ETIOLOGÍA .....	27
2.8.3 EPIDEMIOLOGÍA .....	27
2.8.4 HALLAZGOS Y CLÍNICA .....	28
2.8.5 DIAGNÓSTICO.....	28
2.8.6 Patología:.....	29
2.8.7 Tratamiento.....	30
2.8.8 Pronóstico .....	30
CAPÍTULO III.....	31
3 OBJETIVOS.....	31
3.1 Objetivo general.....	31
3.2 Objetivos específicos.....	31
CAPÍTULO IV .....	32
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	32
4.2 ÁREA DE ESTUDIO .....	32
4.3 UNIVERSO Y MUESTRA.....	32
4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	32
4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	32
4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	33
4.4.3 Selección y tamaño de la muestra .....	33
4.5 VARIABLES .....	33
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	33
4.7 PROCEDIMIENTOS .....	34
4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	34
4.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
CAPÍTULO V .....	36
5. RESULTADOS .....	36
CAPÍTULO VI .....	39
6. DISCUSIÓN.....	39



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CAPÍTULO VII .....	42
7. CONCLUSIONES .....	42
CAPÍTULO VIII .....	43
8. RECOMENDACIONES .....	43
CAPÍTULO IX .....	44
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
40.- Ballouhey Q. et al. Management of Polypoid Gallbladder Lesions in Children: A Multicenter Study. Eur J Pediatr Surg, 2017. 27 (4). .....	50
43. - J. Zemour, M. Marty, B. Gallbladder pseudotumor: Diagnosis and management. Journal Surgery [Internet] 2015 [citado 2017 Sep 22]; 151 (4): 295-306.....	51
52. Vincent M. Mellnick, MD Christine O. et al. Polypoid Lesions of the Gallbladder: Disease Spectrum with Pathologic Correlation. RSNA. RadioGraphics 2015; 35(3): 973. 53	
CAPÍTULO X .....	54
10. ANEXOS.....	54
Anexo I.....	54
Anexo II.....	56
Anexo III.....	58
RECURSOS .....	58
RECURSOS HUMANOS.....	58
RECURSOS MATERIALES .....	58
Anexo IV .....	59



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional



Universidad de Cuenca

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Fabiola Katherine León Armijos, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de Investigación "Características ecográficas e histopatológicas de pólipos vesiculares de pacientes atendidos en Solca, Cuenca 2000-2015", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Octubre 03 de 2017

Fabiola Katherine León Armijos

C.I. 0706333192



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Cláusula de Licencia y Autorización para Publicación en el Repositorio Institucional



Universidad de Cuenca

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

---

Aida Sofía Valladarez Vázquez, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del Proyecto de Investigación "Características ecográficas e histopatológicas de pólipos vesiculares de pacientes atendidos en Solca, Cuenca 2000-2015", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, Octubre 03 de 2017

Aida Sofía Valladarez Vázquez

C.I. 0105673883





UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Cláusula de Propiedad Intelectual



Universidad de Cuenca  
Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Fabiola Katherine León Armijos, autora del proyecto de investigación “Características ecográficas e histopatológicas de pólipos vesiculares de pacientes atendidos en Solca, Cuenca 2000-2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, Octubre 03 de 2017

---

Fabiola Katherine León Armijos

C.I. 0706333192



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## Cláusula de Propiedad Intelectual



Universidad de Cuenca  
Cláusula de Propiedad Intelectual

---

Aida Sofía Valladarez Vázquez, autora del proyecto de investigación “Características ecográficas e histopatológicas de pólipos vesiculares de pacientes atendidos en Solca, Cuenca 2000-2015”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de sus autoras.

Cuenca, Octubre 03 del 2017

Aida Sofía Valladarez Vázquez

C.I. 0105673883



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## AGRADECIMIENTOS

En el presente trabajo de tesis quiero agradecer primeramente a Dios, por darme la vida y guiarme en cada paso, por bendecirme siempre y permitirme llegar hasta este día tan importante y anhelado.

A mis padres que con su paciencia y mucho esfuerzo, han sido mi apoyo en todo momento, brindándome su comprensión en los momentos más difíciles, enseñándome a no rendirme y luchar para alcanzar mis metas. Han sido el pilar fundamental de mi vida, inculcándome valores, los mismos que pongo en práctica cada día y los cuales agradezco mucho.

A mis hermanas quienes con su cariño y entusiasmo han formado parte de mi vida.

A mis maestros, por cada enseñanza y dedicación, porque sin duda han completado mi formación como profesional, permitiéndome hacer realidad este gran sueño.

León Armijos Fabiola Katherine



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco en primer lugar a Dios por su bendición a diario para lograr mis metas y aspiraciones.

Agradezco también a mis padres, quienes han sabido confiar en mí, con apoyo y fortaleza durante esta etapa de mi vida, gracias por sus cuidados, su amor y su gran ejemplo para desenvolverme como una persona útil en la sociedad.

Deseo también brindar un sincero agradecimiento a mis profesores, que inculcaron, todas sus enseñanzas, saberes y virtudes y el servicio para con las demás personas. Gracias por todos estos años en los que he aprendido conocimiento, pero también grandes valores para la vida.

Finalmente agradezco a mi familia que ha estado a mi lado, guiándome para no desistir en esta noble competencia estudiantil. Gracias a todos por su apoyo.

Aida Sofía Valladarez Vázquez



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## DEDICATORIA

A mi hija Emylia, que es mi inspiración para superarme a diario, a mis padres, Esthela y Marco por nunca rendirse y apoyarme a pesar de cualquier adversidad a lo largo de los años y a mis hermanas, a quienes espero dejarles un ejemplo de perseverancia, gracias a todos por brindarme su cariño y hacer posible el cumplimiento de esta meta tan importante para mí.

Fabiola Katherine León Armijos



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mi familia que siempre me han brindado su apoyo, siendo los pilares más importantes en este camino, me hacen sentir; afortunada en cualquier momento de mi existencia.

Aida Sofía Valladarez Vázquez



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN.

El potencial maligno de un pólipo de vesícula biliar se encuentra en alrededor de un 4% y difiere según la región y factores de riesgo, de este modo ante un mayor riesgo de desarrollar una carcinomatosis a partir del pólipo vesicular, la conducta oportuna frente a esta patología es la colecistectomía, siempre sopesando el riesgo-beneficio para el paciente, aunque la prevalencia de desarrollar el carcinoma es bajo, menor a un 4% (1, 2).

La forma de presentación de un adenocarcinoma, por ecografía podría ser la misma de una poliposis vesicular, la interrogante se crea pues son pocas las regiones con elevada tasa de presentación de cáncer vesicular y aun en ausencia de los factores de riesgo que describiremos más adelante, los cirujanos se inclinarán más por realizar una colecistectomía, aun cuando la literatura sugiere, que este procedimiento, se dará lugar en pacientes con riesgo de carcinomatosis o en quienes presenten sintomatología biliar, caso contrario la conducta a seguir es el seguimiento ecográfico, pues, en su mayoría la poliposis vesicular no dará sintomatología durante la existencia del paciente (3, 4).

En el estudio Csendes de correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos, la prevalencia ecográfica de lesiones polipoideas fue de 4,0% y 5,6% en pacientes sanos. Además la incidencia de pólipos en colecistectomías en pacientes fue de 13,8% según el seguimiento a pacientes con pólipos vesiculares, el 88,3% de ellos no cambió de tamaño o se redujeron en los 5 años posteriores, un 4,3% presentó adenoma, incluido 1,2% de ellos con focos de carcinoma in situ (1).

El propósito que perseguimos en este estudio es describir las características ecográficas de los pólipos vesiculares con el posterior análisis histopatológico en SOLCA (Instituto de Lucha Contra el Cáncer) Cuenca en los últimos 15 años.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La importancia de las lesiones polipoideas se basa, en parte, en su relación con la patología maligna de la vesícula biliar (3).

En el estudio de correlación ecográfica e histopatológica de pólipos vesiculares, la prevalencia de pólipos de tipo tumoral (Adenomas) fue de 5,3%, un porcentaje similar de adenomas se obtuvo en un estudio realizado en Perú 4%, lo cual nos deja dudas que despejar, sobre la frecuencia de lesiones malignas en pacientes diagnosticados con pólipos vesiculares y que podría ser un tema futuro de estudio interesante. Los pólipos tumorales son considerados una de las neoplasias malignas menos frecuentes a nivel mundial (5, 6).

Según el estudio de prevalencia de pólipos vesiculares en población sana este resultó en España de 4,3% en Dinamarca; 5,9% en Japón; 6,1% en Alemania; 6,9% en China; 6,1% Corea, además la mayoría de los pólipos vesiculares fueron de colesterol y no requirieron tratamiento (4).

Chile posee la incidencia más alta de cáncer de vesícula del mundo 32 x 100.000 habitantes, le siguen otros países catalogados con altas tasas a nivel mundial: India, Pakistán, y Quito, Ecuador con 12,9 x 100.000 (10).

El tratamiento del pólipo vesicular es quirúrgico o de seguimiento ecográfico y según los criterios de estos estudios en su mayoría el tratamiento debe ser, seguimiento por ecografía, se recomienda este método, pues tiene una sensibilidad del 90%, pero existe discrepancia entre la evidencia conocida (4,11, 17).

En ocasiones una serie de sintomatología sugiere, la presencia de patología biliar, por lo que se solicita un ultrasonido, encontrándose la presencia de pólipos y atribuyéndose a estos, la presencia de dichas molestias, de esta manera, la gran mayoría de pólipos vesiculares, resulta un hallazgo ecográfico (2, 37).





Motivos a favor del tratamiento agresivo es que la colecistectomía laparoscópica con baja morbi-mortalidad, resuelve el problema, en tanto que de aparecer malignidad; el pronóstico es fatal. Opuesto a este tratamiento es la baja incidencia de cáncer en pólipos menores de 10mm, la ausencia de malignización en la colesterosis, y el pronóstico grave de algunas lesiones de vía biliar asociadas a la colecistectomía, a su vez no existen guías clínicas o estudios basados en la evidencia para manejar pólipos vesiculares (12).

Se practica la colecistectomía como pesquisa de cáncer según su prevalencia. Bajo estos parámetros, se debe determinar si está o no justificada la colecistectomía o se debería normar este procedimiento, solo para los casos sintomáticos o en los que se presente factores de riesgo para malignidad.

Por esta situación, nosotros como estudiantes de medicina, al revisar la evidencia científica sobre pólipos vesiculares, nos planteamos la interrogante de: cómo han sido manejados los pólipos vesiculares en nuestra población de estudio y en cuántos de ellos el diagnóstico ha sido acertado o no, a través del ultrasonido y corroborado, tras el análisis de histopatología.

### **1.3 JUSTIFICACIÓN.**

Todos los días muchas personas serán sometidas a un proceso quirúrgico debido a pólipos de vesícula, aun cuando no cumplan los criterios para extracción del pólipo.

Ecuador es uno de los países con incidencia alta de cáncer de vesícula en el mundo y los pólipos en la vesícula son su tercera causa de riesgo, en SOLCA Cuenca todos los días en la consulta se receptan casos de pacientes con pólipos en la vesícula (9).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

La iniciativa para realizar la colecistectomía lógicamente no es del paciente, pues estos, son referidos desde unidades de salud de primer y segundo nivel y rápidamente se envían al servicio de cirugía, los casos de pólipos en vesícula.

Insistimos en la necesidad de recordar, que una vez en el consultorio de cirugía, el enfoque es el examen semiológico abdominal, apoyado con los datos radiológicos y de laboratorio, que orienten la decisión de continuar o no con el tratamiento quirúrgico versus observación, cuando por ultrasonido no hay criterios de malignidad (16).

Este trabajo aportará con los datos de la institución, y se analiza de forma retrospectiva el enfoque diagnóstico-terapéutico que se ha tenido frente al hallazgo ecográfico de pólipos en vesícula.

Los resultados de esta investigación permitirán conocer las características que presentan las lesiones polipoideas, a través de la ecografía y en el análisis histopatológico, las conductas terapéuticas que se implementaron y si se encuentran acorde con la literatura.



## **2. FUNDAMENTO TEÓRICO**

### **2.1 PÓLIPOS DE VESÍCULA BILIAR**

De acuerdo a la histología, la vesícula biliar presenta: una capa mucosa la cual está formada por epitelio cilíndrico en forma de pliegues con lámina propia, una capa muscular lisa irregular, y una capa serosa. La patología polipoide se presentará en la capa mucosa de la vesícula biliar que también puede comprometer la capa muscular y serosa (2,29).

La histopatología describe al pólipo como cualquier proyección de la mucosa a la luz de la vesícula biliar, se debe a un crecimiento localizado y anormal de células de la mucosa que recubre su interior (8); pero dependiendo del tipo de pólipo más adelante podrá presentarse de forma localizada o difusa y en cualquier parte de la vesícula: fondo, cuerpo o cuello (7,19).

En la infancia: aunque raros puede ser una condición primaria y no están asociados a patología digestiva su histología es inconstante (adenoma, heterotopia gástrica e hiperplasia epitelial) también están los pólipos secundarios que pueden encontrarse en asociación con la leucodistrofia metacromática, síndrome de Peutz-Jeghers, o malunion pancreato-biliar. La etiopatogenia en los niños es en mayor parte diferente que en los adultos (12,40)

Los pólipos vesiculares en adultos, que es la población a la que se dirige este estudio, es secundaria a patología digestiva; que puede o no ser degenerativa en ciertos casos; debido a presiones intraluminales elevadas en la vesícula biliar, con cambios ya sean inflamatorios, fibróticos y hasta metaplásicos; existe un aumento exagerado de la superficie epitelial, en otros casos incluso presenta invaginaciones de la mucosa hacia la capa muscular a través del tejido fibromuscular subepitelial que a su vez se acompaña de hiperplasia del músculo liso conjuntamente con el crecimiento hacia el lumen de la mucosa (7, 29).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Es así que se plantea la relación de pólipos vesiculares con la proliferación excesiva de la superficie epitelial (Adenomiomatosis) o con la acumulación excesiva de esteres de colesterol y triglicéridos en el epitelio biliar como la colesterolosis (6).

## 2.2 CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE POLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR

### 2.2.1 Clasificación de Christensen e Ishak

En 1970 fue propuesta una clasificación de los tumores benignos y pseudotumores de la vesícula biliar, que se describe a continuación pues se continúa utilizando por varios autores pese a la nueva clasificación. (5)

1. **Tumores benignos:** adenomas, lipomas, hemangiomas, y leiomiomas.
2. **Pseudotumores benignos incluyen:** los adenomiomas, pólipos de colesterol e inflamatorios, y de la mucosa heterotópica del estómago, páncreas o hígado. (1,5)

### 2.2.2 Clasificación Histológica Actual de los pólipos de vesícula biliar

La clasificación actual divide a los pólipos en dos grupos: neoplásicos y no neoplásicos, que se describen a continuación. (2)

1. **No neoplásicos:** Los pólipos no neoplásicos (PnN) se clasificaron como hiperplásicos, principalmente constituidos por mucosa propia con presencia de estructuras glandulares normotípicas frecuentemente dilatadas, rodeadas por estroma laxo histológica; los pólipos de carácter metaplásico, ya sea de tipo pilórico-antral y de tipo intestinal con células caliciformes dentro de esta clasificación tenemos: Pólipos de colesterol, la adenomiomatosis y pólipos inflamatorios; que comprenden el 95% de las lesiones. (2,5, 6)
  - **Pólipos de colesterol:** también se denominan falsos pólipos debido a que podría tratarse de formas de colesterolosis constituyen el 60% de todos los



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

pólipos de vesícula biliar consiste en una infiltración de la lámina propia por macrófagos espumosos compuestos de colesterol y triglicéridos, lo que confiere una imagen característica de “vesícula en fresa”. En ocasiones pueden llegar a formarse pseudopólipos generalmente son menores de 10 mm y múltiples (5, 8).

**Formas de colesterolosis:** no existe gran información, especialmente de tipo morfo-funcional. En el estudio histológico de la mucosa con colesterolosis se observa que el epitelio biliar corresponde a epitelio propio y que esta condición tiende a desaparecer en presencia de alteraciones de la mucosa vesicular como la metaplasia (5,6).

- a) **Colesterolosis Difusa:** se presentan así en un 80% lo cual indica que está distribuida por todo el epitelio vesicular.
  - b) **Pólipos de colesterol** en un 10%.
  - c) **Combinación de colesterolosis difusa y pólipos de colesterol** en un 10%.
  - d) **Colesterolosis focal:** representa el 1% o menos(5)
- **Adenomiomatosis:** representa el 25% de todos los pólipos de vesícula biliar, es una hiperplasia generalmente del fundus causada por la proliferación excesiva de la mucosa e hipertrofia de la capa muscular subyacente. Su etiología aduce que puede ser secundaria a una dismotilidad de la vesícula por obstrucción o incompetencia del conducto cístico, pero esta teoría no está comprobada. (2,7)
  - **Los pólipos inflamatorios** representan aproximadamente el 10% de pólipos de la vesícula biliar y son el resultado del tejido de granulación y fibroso secundarios a la inflamación crónica, típicamente menores de 10 mm y no son neoplásicos (2, 5).

**Neoplásicos** (adenomas, carcinoma in situ) En el adenocarcinoma de la vesícula biliar, se reconocen dos grandes modelos a través de los cuales se produciría la



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

transformación maligna: la secuencia displasia-carcinoma y la secuencia adenoma-carcinoma (35).

- **Carcinoma in situ:** La primera es a partir de las alteraciones del epitelio propio de la mucosa vesicular, en el que aparece una metaplasia, sobre esta; aparece la displasia, la cual progresa a carcinoma in situ y posteriormente a invasor. (9) El carcinoma in situ comprende el 1% de los pólipos vesiculares (17, 21).
- **Adenomas:** La segunda vía propone la transformación maligna a partir de un tumor glandular inicialmente benigno, como son los adenomas. (9,10) Evidencia experimental y clínica sostienen a ambos modelos en la vesícula biliar, a nivel genético-molecular, se ha demostrado que ambas vías corresponden a dos eventos biológicos distintos. Los adenomas: estos son los denominados verdaderos pólipos, representan alrededor del 4% de los pólipos vesiculares y se consideran neoplásicos, de tamaño variable desde 5 a 20 mm, generalmente solitarios, y a menudo asociados a cálculos. Puede ser de tipo tubular, papilar o mixto (7).

### 2.3 ECOGRAFÍA E IMAGEN

La ecografía abdominal es considerada el primer estudio para el diagnóstico de pólipos vesiculares aún de forma incidental durante la misma, se estudia la vesícula con una proyección longitudinal verdadera en toda su extensión y se presta atención especial a la analítica de la pared vesicular que no debe ir más allá de 3mm de grosor siendo el lugar que mostrará la proyección de la mucosa al lumen (11, 24); se visualiza una imagen de ecogenicidad similar a la de la pared vesicular, proyectada al lumen, de posición fija, con o sin pedículo y sin sombra acústica, y pueden ser lesiones únicas o múltiples. La ultrasonografía generalmente los detecta cuando son de tamaño superior a 1 mm (16, 24).

El informe ecográfico debe especificar el tamaño, forma y número de pólipos, la importancia radica en el manejo terapéutico de acuerdo a los resultados de la



ecografía, ante un pólipo vesicular menor de 10mm y edad menor de 50 años la probabilidad de malignidad es mínima y no requiere colecistectomía. Los pólipos vesiculares mayores de 10mm deben ser indicación de colecistectomía (24,31).

La ecografía abdominal tiene una sensibilidad variable (45-90%) que se modifica en relación con el tamaño del pólipo, siendo frecuente que los pólipos pequeños ecográficamente no se localicen por histología. (16).

Si bien la ecografía es el método de elección, los hallazgos radiológicos rara vez diferencia las patologías benigna y maligna de la vesícula biliar, salvo en estadíos avanzados. Es por esto que, el diagnóstico se suele realizar en el momento de estudiar la pieza de resección quirúrgica. Aunque si se revisa la ecografía de forma retrospectiva, se puede identificar algún signo altamente sugestivo de neoplasia como son: engrosamiento de la pared o calcificación, masa que protuye a la luz, pérdida de interfase entre la vesícula y el hígado o infiltración hepática. (11, 31)

Cuando la ecografía abdominal simple, no es definitiva en relación a la presencia de un pólipo o su potencial maligno se utiliza la ecografía abdominal endoscópica (EUS), y en secuencia la Tomografía axial computarizada (TAC), tomografía por emisión de positrones más tomografía computada (PET/CT) con 18-fluorodeoxiglucosa (18-FDG) que ayuda a predecir con mayor certeza la etiología de la lesión polipoide; debido a que es difícil obtener una muestra histológica del pólipo se realiza cuando se proceda con una colecistectomía (7, 30).

## **2.4 EPIDEMIOLOGÍA**

Estudios epidemiológicos reportan una prevalencia ecográfica de lesiones polipoideas entre 4,0% y 5,6%. Por otra parte, su incidencia en colecistectomías alcanza hasta 13,8% en diferentes series internacionales (8). En Chile la incidencia corresponde a 0,6%-1% (1).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

En un estudio realizado en la clínica Anglo Americana la prevalencia de pólipos vesiculares fue 10%(172) de un total de 1707 vesículas. De los cuales 95.4% correspondieron a pólipos de colesterol, 4% a adenomas y 0.6% a hiperplásicos (6).

La frecuencia de pólipos en vesícula fue de 0,6 y 0,7% en el estudio en Chile sobre correlación ecográfica e histopatológica en contraste, con un estudio realizado en Japón reveló una cifra de 8% en 411 colecistectomías. Se encontró 118 casos con lesiones polipoideas en un total de 3.780 vesículas procesadas en el laboratorio de anatomía patológica (3,12%). En este mismo período se encontraron 61 cánceres de vesícula que corresponden a 1,6% del total de vesículas examinadas (8). En un estudio realizado en Chile en el cual se analizaron 21.412 vesículas, se encontró un total de 219 casos de pólipos vesiculares; de los cuales el 32% corresponde a pólipos metaplásicos, 29% a pólipos de colesterol, 22% a pólipos hiperplásicos y 15% a adenomas (39).

De acuerdo al mismo se obtiene por histopatología:

- Diagnóstico: coledocistitis en un 95,2%, coledocistitis y pólipos en un 1.9%, pólipos vesiculares en un 1,3% y cáncer un 1,6% (8).
- Tamaño: el tamaño promedio de pólipos de acuerdo al tipo histológico fue pólipos de colesterol: 1 a 10mm, pólipo hiperplásico 2 a 7 mm, adenoma 2 a 15mm y Adenocarcinoma 5 a 10 mm (8).
- Tipo Histológico de pólipos en colecistectomías: fue de colesterol en un 67,9%, hiperplásico en un 20,3%, adenoma 9,3 % y adenocarcinoma 2,5% (8). En un estudio realizado en la Clínica Good Hope con una muestra de 128 casos, el 94,7% fueron pseudo pólipos, 84% pólipos de colesterol, y solo el 5,3% fueron pólipos verdaderos (adenomas) (5).

En el año 2011 se realizó un estudio similar en el Hospital José Carrasco Arteaga en el cual de un total de 216 colecistectomías por pólipos se concluyó que existe un predominio de pólipos vesiculares menores a 10 mm (73%) y ninguno de ellos





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

con cáncer; de los pólipos mayores a 10 mm; 7 de ellos estuvieron asociados a neoplasia; dando como recomendación final que sería conveniente realizar protocolos de manejo clínico y ecográfico (9).

### **2.5 CLÍNICA**

La sintomatología de los pólipos en vesícula biliar no es específica pero de manera general se puede presentar como un cólico biliar atípico (especialmente con pólipos de colesterol), ictericia, náuseas y dispepsia (22).

Cuando los pólipos vesiculares coexisten con colelitiasis; podrían presentarse un cuadro de cólico biliar típico y no es determinante que patología produce dicha clínica (18).

En caso de que los pólipos de colesterol se desprendan se comportan como un cálculo y en consecuencia darán las complicaciones de un lito produciendo así obstrucción, siendo causal de un cuadro de cólico biliar, pancreatitis, colecistitis aguda, y en casos más graves hemobilia masiva (6,22).

### **2.6 FACTORES ASOCIADOS**

De acuerdo a los antecedentes encontrados en pacientes colecistectomizados por pólipos; factores de riesgo para su formación son: Peutz-Jeghers y Gardner ya que al ser síndromes de poliposis congénitas, es mayor el riesgo de desarrollarlos, otro factor es la hepatitis B crónica (10).

En cuanto a colelitiasis y la formación de pólipos de vesícula biliar, la relación es inversa pues el efecto mecánico del lito sobre el epitelio de la vesícula biliar podría explicar esta teoría (5).



## **2.7 TRATAMIENTO**

Para el manejo de pólipos vesiculares se realiza ya sea cirugía o manejo conservador con vigilancia periódica mediante ecografía cada 3, 6 y 12 meses (30, 24); esto de acuerdo a las recomendaciones diversas de acuerdo a cada autor, como el protocolo elaborado por Mainprize y Cois, que recomiendan colecistectomía para pacientes sintomáticos y para aquellos con pólipos de 10 o más mm, contrastando con el protocolo de Rivero y Cois, que recomiendan realizar colecistectomía ante el diagnóstico de pólipo vesicular, independiente del tamaño más la presencia de otro factor de riesgo, debido a la altísima frecuencia de adenomas (45,8%), y carcinoma in situ (6,2%) en pólipos menores de 10 mm, encontrados en sus seguimientos (13, 32).

Los pacientes sin factores de riesgo son buenos candidatos para seguimiento ecográfico a fin de que en un momento dado cambien las características del pólipo. Si los pólipos son considerados de alto riesgo por los criterios ecográficos deben ser resecados. La cirugía de elección es la colecistectomía laparoscópica, excepto en casos cuando hubiera alta sospecha de malignidad entonces se planea o se convierte a cirugía abierta.

### **2.7.1 Indicaciones quirúrgicas de pólipos en la vesícula biliar**

En este contexto los protocolos pueden indicar: colecistectomía para todo paciente con pólipo vesicular, colecistectomía para sintomáticos, o para aquellos que midan sobre 10 mm (4, 34).

El manejo quirúrgico o conservador depende de las características del pólipo por imágenes. El intervalo de crecimiento parece no ser un predictor significativo de malignidad. En pólipos menores de 1cm, no se recomienda colecistectomía siempre que no crezcan.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

## **2.8 TUMORES MALIGNOS DE VESÍCULA BILIAR**

### **2.8.1 Definición**

Se reconocen dos secuencias: una a partir de displasia a carcinoma, y la otra de adenoma a carcinoma. Es por ello que se consideran lesiones premalignas a la displasia y los adenomas (27, 28).

### **2.8.2 ETIOLOGÍA**

La mutación del gen K-ras en pacientes sin anomalías en la unión pancreático-biliar, puede ser un factor decisivo para carcinogénesis de vesícula biliar, existen reportes de porcentajes de mutación del gen entre el 0% y 60% (23, 25,26). Estudios más recientes presentan asociaciones más significativas de 2 genes con el cáncer de vesícula biliar, en la región cromosómica 7q21.12 que albergaba tanto los genes ABCB1 (casete de unión al ATP, subfamilia B miembro 1) y ABCB4 (casete de unión al ATP subfamilia B miembro 4). Se sabe que estos genes están implicados en el movimiento de los lípidos a través del hígado, la vesícula biliar y los conductos biliares, y un estudio previo había asociado, al gen ABCB4, con la formación de patología de la vesícula biliar, un factor de riesgo conocido para el cáncer de la vesícula biliar. (23)

### **2.8.3 EPIDEMIOLOGÍA**

El cáncer de la vesícula biliar es el quinto cáncer más común del tracto digestivo y el más frecuente de los tumores del árbol biliar. Suele aparecer en edades avanzadas y es de tres a cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres. Este tumor se ha asociado a diversos factores como la existencia de litiasis vesicular, la vesícula en porcelana y el hecho de que los conductos pancreático y biliar presenten una desembocadura común (15, 18).

Los pólipos de la vesícula tienen un potencial maligno del 3%-8%, pero cuando el diámetro es de 10 mm alcanza del 37%-88%. Se han encontrado adenocarcinomas en aproximadamente un 60% de las lesiones polipoideas de



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

pacientes con Colangitis Esclerosante Primaria (CEP), incluso en pólipos menores a 1cm. En el 80% de los casos se trata de un adenocarcinoma, y es raro encontrar casos de carcinoma escamoso, cistoadenocarcinoma, carcinoma de células pequeñas y adenoacantoma (18,19).

De acuerdo a cifras en SOLCA Guayaquil el cáncer de vesícula afectó más a mujeres que a hombres. Entre los años 2010 a 2012 se contabilizaron 51 casos, siendo el 37% varones y 63% mujeres.

### **2.8.4 HALLAZGOS Y CLÍNICA**

El diagnóstico de tumores de vesícula previos a la cirugía es de un 50%. En caso de malignidad nos podemos encontrar ante: 1) paciente sintomático: dolor tipo cólico hacia cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia, anorexia o hiporexia y pérdida de peso. 2) Hallazgo incidental con una técnica de imagen abdominal realizada por otro motivo; 3) Hallazgo incidental durante una cirugía de colecistectomía por presunta patología benigna; 4) Hallazgo incidental en la pieza quirúrgica después de la colecistectomía simple (21,36).

La ultrasonografía endoscópica (USE) presenta una alta sensibilidad para la detección de estos tumores y además permite realizar el estudio de extensión regional y puede ser capaz de predecir la histología y obtener material citológico (37).

### **2.8.5 DIAGNÓSTICO**

La exploración quirúrgica continúa siendo la forma más adecuada para determinar la reseabilidad (25).

Como ya se mencionó la ecografía es el método de elección, pero los hallazgos radiológicos rara vez diferencian las patologías benigna y maligna de la vesícula biliar, salvo en estadios avanzados. Es por esto que, el diagnóstico se suele realizar en el momento de estudiar la pieza de resección quirúrgica. (11, 31).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Cuando la metástasis se encuentra a nivel del ligamento hepatoduodenal o de la vena porta, es de gran utilidad la resonancia magnética (RM) (11, 41). De acuerdo a las clasificaciones T (Tumor), N (Ganglios linfáticos), M (Metástasis), del American Joint Committeon Cancer, determina el tamaño, la presencia de metástasis locales o sistémicas, esta clasificación guía el tratamiento y el pronóstico de cada individuo (14,41).

### 2.8.6 Patología:

- **Macroscópica:**

La forma infiltrativa es la más frecuente en una vesícula con inflamación crónica: así se encontrará una mucosa granulosa blanco grisáceo, de pared engrosada y blanquecina. Por este aspecto, a veces no se reconoce la vesícula como neoplásica en la intervención quirúrgica y en el examen macroscópico (20). Otras veces el carcinoma de forma macroscópica infiltrativa está enmascarado por una colecistitis aguda. El carcinoma también puede ser solevantado, en forma de pólipo sésil mal delimitado. (17,33)

- **Histopatología**

La variedad histológica predominante es el adenocarcinoma (80 al 95%). El carcinoma indiferenciado aparece en un 6%, el carcinoma escamoso en un 3%, el tumor mixto o acantoma en el 1% de los casos. (17, 29)

Como variedades histológicas raras figuran: leiomioma, melanoma primitivo y metastásico, tumor carcinoide, rhabdomioma alveolar, rhabdomioma embrionario, paraganglioma, carcinoma de células pequeñas, adenoma vellosos de la vesícula con áreas de carcinoma in situ, histiocitoma fibroso maligno y linfomas. También se han descrito tumores malignos sincrónicos: adenocarcinoma y coriocarcinoma, carcinoma escamoso y angiosarcoma. Entre los tumores mixtos: carcinoide y adenocarcinoma, carcinoma y sarcoma (20,26).



### **2.8.7 Tratamiento**

La cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo por lo que debe ser la primera opción a considerar, de otra manera hasta un 50% de los pacientes sometidos a exploración quirúrgica se encuentran en etapa avanzada e irresecable (26,41).

Debido a que la diseminación tumoral, que se produce predominantemente por vía vascular linfática y por extensión local hacia el lecho hepático; la resección parcial hepática asociada a disección ganglionar linfática, agregando quimioterapia y radioterapia concomitantes, demuestran mejores resultados que radioterapia sola (29,41).

### **2.8.8 Pronóstico**

Globalmente, la supervivencia de los pacientes con neoplasias de vesícula biliar es menor del 5% a los 5 años, con una supervivencia media inferior a 6 meses, ya que la mayoría de ellos se diagnostican en estadios avanzados, habiendo casos excepcionales que superan este tiempo estimado hasta un año o año y medio (3, 18, 38).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Determinar las características ecográficas e histopatológicas de los pólipos vesiculares de pacientes atendidos en el Instituto del Cáncer Solca Núcleo Cuenca 2000-2015.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1 Caracterizar la población de estudio de acuerdo a: edad y sexo.

3.2.2 Determinar las características ecográficas de los pólipos vesiculares.

3.2.3 Establecer los hallazgos histopatológicos.



## **4. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **4.1 TIPO DE ESTUDIO**

Este trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, descriptivo sobre las características ecográficas e histopatológicas de los pólipos vesiculares en los pacientes atendidos durante el período 2000 - 2015.

### **4.2 ÁREA DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Instituto de Sociedad de Lucha Contra el Cáncer SOLCA, ubicado en la parroquia El Vergel, en la calle Avenida del Paraíso y Agustín Landívar en la ciudad de Cuenca de la provincia del Azuay periodo 2000-2015.

### **4.3 UNIVERSO Y MUESTRA**

El universo estuvo constituido por todas las historias clínicas de pacientes colecistectomizados por cualquier causa de patología de la vesícula biliar en el Instituto del Cáncer SOLCA Cuenca, 2000-2015 con un total de 245 casos.

La muestra estuvo constituido por todas las historias clínicas de los pacientes que fueron diagnosticados de pólipos vesiculares mediante ecografía abdominal y que fueron tratados mediante colecistectomía en el periodo comprendido entre el año 2000 – 2015, la prevalencia fue del 27,8% a partir de la muestra comenzó nuestro estudio.

### **4.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN**

#### **4.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se incluyó las historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de pólipos vesiculares por ecografía y que fueron sometidos a colecistectomía, desde el año 2000 al 2015, en el Instituto Nacional del Cáncer Solca Núcleo Cuenca. Se





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

consideró pólipo a toda lesión elevada hacia el lumen vesicular con ecogenicidad similar a su pared, con o sin pedículo, no desplazable y sin sombra acústica.

### 4.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Las historias clínicas de los pacientes con colecistectomía por causas distintas a pólipos.

Todas las historias clínicas incompletas.

Todo diagnóstico de pólipo que no haya sido realizado el ultrasonido en la Unidad de SOLCA.

### 4.4.3 Selección y tamaño de la muestra

Se registró los datos de todos los pacientes diagnosticados de pólipos por lo tanto no se efectuó selección de muestra, puesto que la población fue escasa (68 casos).

## 4.5 VARIABLES

- **Sexo:** masculino, femenino.
- **Diagnóstico preoperatorio por imagen:** pólipos, colelitiasis, cáncer.
- **Diagnóstico postoperatorio:** tamaño promedio del pólipo, tipo histológico de pólipos.

## 4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se accedió a las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de pólipos de vesícula en el instituto de Lucha contra el Cáncer SOLCA Cuenca.

**TÉCNICAS:** se recolectó y analizó la información necesaria de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de pólipos de vesícula desde el año 2000 al 2015.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**INSTRUMENTO:** la información de las historias clínicas de los pacientes, se recolectó en un formulario (Anexo N°1), que posteriormente se codificó en el sistema de EPIINFO 7.

#### **4.7 PROCEDIMIENTOS**

**AUTORIZACIÓN:** para la ejecución de la investigación se solicitó la autorización a las respectivas autoridades del Instituto de Lucha contra el cáncer SOLCA, para el acceso a la información del sistema de Historias Clínicas y su adecuada recolección de la información.

**CAPACITACIÓN:** a través de revisión bibliográfica y consulta a docentes oncólogos, cirujanos oncólogos con experiencia en el tema, además nos capacitamos en el manejo de programas estadísticos.

**SUPERVISIÓN:** estuvo a cargo de nuestro director de tesis Dr. Marx Bravo Cirujano general y oncólogo y asesor de tesis Dr. Adrián Sacoto.

#### **4.8 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

##### **Programas a utilizar para análisis de datos**

Los datos recolectados de las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de pólipos vesiculares en el Instituto de Cáncer Solca Núcleo Cuenca, fueron registrados y tabulados en una base de datos del programa EPIINFO 7 para Windows, generando tablas de distribución, con descripción de frecuencia, porcentaje y estadísticos de dispersión.

#### **4.9 ASPECTOS ÉTICOS**

La investigación garantizó la confidencialidad del paciente, protegiendo con el anonimato los datos de las historias. Se contó con la revisión y aprobación de la Comisión de Proyectos de Investigación (CPI), el Comité de Bioética, asesor de tesis y el consejo directivo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cuenca. Además el Instituto de Lucha Contra el Cáncer SOLCA permitió el acceso

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

a la información de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de pólipos vesiculares por ecografía y que fueron sometidos a colecistectomía. El presente estudio no precisó la aplicación de un consentimiento informado, puesto que no existió un contacto directo con los pacientes.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
CAPÍTULO V

## 5. RESULTADOS

Tabla N°1

**Distribución de los pacientes diagnosticados de pólipos vesiculares en el Instituto del Cáncer SOLCA, según sexo. Cuenca, 2000-2015.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Masculino	24	35,29
Femenino	44	64,71
Total	68	100

**Fuente:** formulario de recolección de datos.  
**Realizado por** Fabiola León y Sofía Valladarez

**Interpretación:** en la siguiente tabla podemos observar que de la población diagnosticada de pólipos el 64,71% (44) corresponde al sexo femenino y el 35,29% (24) pertenece al sexo masculino.



Tabla N°2

**Distribución de las características ecográficas, de los pólipos vesiculares de pacientes atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA. Cuenca, 2000-2015.**

Tamaño *	Frecuencia	Porcentaje (%)
>1mm a 9.9mm	62	91,2
Mayor o igual a 10mm	6	8,8
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

\*

**Media: 6, mediana: 5, desvío estándar:  $\pm 3$**

**Fuente:** formulario de recolección de datos.

**Realizado por** Fabiola León y Sofía Valladarez

**Interpretación:** en la presente tabla podemos observar que el tamaño predominante de los pólipos fue entre >1mm a 9.9mm (menor a 10mm) con el 91,2% (62) cabe recalcar que por ecografía solo se visualiza pólipos mayores a 1 mm y el restante 8,8% (6) presentó un tamaño mayor o igual a 10mm (es el corte para malignidad estandarizado). El promedio del tamaño de los pólipos resultó en 6mm, una mediana de 5 y el desvío estándar de  $\pm 3$  (7-13mm).



Tabla N°3

**Correlación entre el diagnóstico imagen de pólipos vesiculares por imagen, con el diagnóstico posterior al estudio histopatológico de pacientes atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA. Cuenca, 2000-2015.**

Diagnóstico histopatológico	Diagnóstico por imagen	
	Pólipos	
	Frecuencia	Porcentaje (%)
Pólipos de colesterol	45	66,18
Pólipos hiperplásicos	1	1,47
Adenomiomatosis	0	0,0
Adenoma	5	7,35
Adenocarcinoma	0	0,0
Colelitiasis	6	8,82
Colesterolosis	11	16,18
<b>Total</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>

Fuente: formulario de recolección de datos.

Realizado por Fabiola León y Sofía Valladarez.

**Interpretación:** del total de pacientes con diagnóstico ecográfico de pólipos (68), el análisis histopatológico demuestra que el 66,18% (45) se determinó como pólipos de colesterol, el 16,18% (11) se identificó como colesterolosis, el 8,82% (6) presentó colelitiasis, se encontró adenomas en 7,35% (5), no se obtuvo resultados de adenocarcinoma o adenomiomatosis.

Por lo tanto, del 100% de nuestra muestra analizada, los verdaderos pólipos corroborados histológicamente han sido el 7.35% (5) y 0% de pólipos con cáncer,



## 6. DISCUSIÓN

En este estudio se determinó las características ecográficas e histopatológicas de los pólipos vesiculares de pacientes atendidos en el Instituto del Cáncer SOLCA Núcleo Cuenca 2000-2015.

En cuanto a los resultados obtenidos en el presente estudio. El 64,71% (44) de la población diagnosticada de pólipos corresponde al sexo femenino algo similar se observó en el estudio de Escalona A, et Al, donde representó el 69% (85) de 123 pacientes estudiados (1). En el estudio de Rodríguez R, et Al, se obtuvo un 81% (13) de 16 pacientes que se registraron (2). En el estudio de Csendes como caso particular se advierte que no está demostrada la mayor prevalencia del sexo femenino; pero en nuestro estudio reafirmamos lo que la mayoría de autores enuncian, pues los resultados indican, que la patología biliar de pólipos es más frecuente en el sexo femenino (3).

En cuanto al tamaño de pólipos vesiculares, en nuestro estudio 91,2%, de los casos presentaron un tamaño entre >1mm a 9,9mm (menor a 10mm) con una media de  $6\pm 3$ mm, en el estudio de Escalona A, et Al, estos resultados fueron similares, el 91,3% mostró un tamaño menor a 10mm, con un promedio de  $7,3\pm 5$ mm (1). Mientras tanto, en el estudio de Seguel G, et Al, se tomó como referencia un tamaño menor a 5mm, pero se mantiene el promedio de  $6\pm 6$ mm (8). Algo similar se realizó en el estudio de Rodríguez R, et Al, donde el 56 menores a 10mm, sin encontrarse lesiones de mayor tamaño (>10mm) (2). Se considera que el tamaño de las lesiones polipoideas es un factor importante para la toma de decisiones terapéuticas, según los resultados y opiniones obtenidas en el estudio de Uribe M, et Al y la American Cancer Society 2016, sobre el tamaño límite ( $\geq 10$ mm) para la cirugía de pólipos, independientemente de si existe o no sintomatología (10, 41). Entonces entendemos que el corte para malignidad de 10mm el cual indica el rumbo terapéutico pero la inconsistencia en cuanto a nuestro estudio es que los pacientes fueron colecistectomizados en su totalidad

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

independiente del tamaño del pólipo, que no concuerda con la literatura, donde señalan que ante un pólipo menor de 10mm es decir hasta 9.9mm la conducta es conservadora pues el riesgo de malignidad sería menor al 1% según Escalona: es así que aunque hubo una tendencia hacia las lesiones menores de 10mm, tal y como se mostró en nuestros resultados, el método terapéutico empleado fue en contraposición al manejo terapéutico que sugiere la literatura. En el artículo de William C, et Al (Manejo de los pólipos de la vesícula biliar) y el estudio de Roa E Iván et Al, se propone realizar colecistectomía, a pacientes con pólipos, de tamaño <10mm, que presenten sintomatología y factores de riesgo. Si estas condiciones no se cumplen, se propone realizar un seguimiento mediante ecografía (41, 39). En el caso de nuestro estudio la conducta de seguimiento ecográfico de acuerdo al tamaño no se ha cumplido pues en el 100% (68) de los casos, fue la colecistectomía. Debido a la escasez de guías y estudios sobre este tema, depende del profesional de la salud, elegir el procedimiento terapéutico que crea conveniente para el paciente, de esta manera, se podrían plantear muchas interrogantes, para estudios futuros sobre el tema.

Al correlacionar los hallazgos ecográficos de los pacientes estudiados, con los histopatológicos el 7,4% (5) de los casos corresponde a un diagnóstico acertado de verdaderos pólipos o adenomas y el mayor porcentaje 66,2% (45 casos) se presentó como pólipos de colesterol, las distintas series tanto nacionales e internacionales demuestran variación en cuanto a ese aspecto es así que aunque en nuestro estudio no encontramos adenocarcinoma que haya progresado a partir del pólipo la literatura indica que esta variación está dada según el área geográfica siendo Ecuador un área de alta prevalencia de Ca vesicular como describimos anteriormente nuestros resultados no concuerdan con tal aseveración es así que en un estudio realizado en el hospital José Carrasco Arteaga 2009-2014, se encontró una frecuencia elevada de pólipos de colesterol 89.5%, tras realizarse el análisis de patología a diferencia de nuestro estudio con una población similar sí se observó una incidencia de adenocarcinoma del 4.2%, en

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

nuestro estudio este diagnóstico fue del 0% (9), Siguiendo la secuencia no confirmamos el hecho del tamaño mayor de 10mm como premonitorio de cáncer pues en nuestro caso el 8,8% de casos que cumplía el corte de malignidad luego del estudio histopatológico no demostró cáncer.

De otro modo vemos que todos estos resultados aunque posean variabilidad se asemejan a nuestros resultados, en el predominio de falsos pólipos, podemos describir que en el estudio “Correlación entre diagnóstico ecográfico e histopatológico de poliposis vesiculares” en la Clínica Good Hope, se encontró mayor porcentaje de pólipos de colesterol al igual que Bugosen M, et Al presentó 95,4% de pólipos colesterolósicos esto a su vez apoya la de manera indirecta la terapéutica conservadora ante pólipos vesiculares de características benignas. (4).

Sin embargo Roa E Iván, et Al, obtuvo mayor prevalencia de pólipos metaplásicos con 32% (69 de 217 pólipos), seguido de pólipos de colesterol con el 29% (64 casos) y los adenomas representaron el 15% (32 casos) (39), en el estudio de Rodríguez R, et Al, de los pacientes diagnosticados con pólipos vesiculares (16), el 37,5% correspondió a colecistitis crónica más colesterosis, el 37,5% a colecistitis crónica únicamente y en el 18,75% se detectó colesterosis (2). Como se ha podido constatar en cada estudio presentado, se encontró predominio de pólipos benignos y una prevalencia baja de pólipos verdaderos (Adenomas). Así mismo la relación encontrada entre los diagnósticos ecográfico e histopatológico de los pacientes, muestra un amplio margen de error, a la hora de detectar o reconocer a los verdaderos pólipos. Se recomienda profundizar en este tipo de estudio, ya que no está dentro de nuestros objetivos el análisis del tema.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### CAPÍTULO VII

#### 7. CONCLUSIONES

- En cuanto a las características de la población, se obtuvo un predominio del sexo femenino 64,71% (44) y la mayoría de participantes, presentó una edad menor a los 50 años 52,9% (36).
- Según las características ecográficas de los pólipos vesiculares, el 91,2% (62) estuvo entre 2mm y 9mm; es decir menor al corte para malignidad que es 10mm.
- De toda la población estudiada, el diagnóstico de pólipos vesiculares mediante ecografía, se obtuvo en 68 casos.
- De los 68 pacientes con diagnóstico ecográfico de pólipos vesiculares, el 7,4% (5) se presentó como adenomas o verdaderos pólipos, tras ser analizado por histopatología y el 66,2% (45), fueron pólipos de colesterol.
- La conducta de tratamiento que se instauró en el 100% de los casos estudiados en el Instituto de Cáncer SOLCA fue la colecistectomía.



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

### CAPÍTULO VIII

#### 8. RECOMENDACIONES

- El tamaño ecográfico de los pólipos, es un componente importante para determinar su tratamiento, pero no el único, por lo tanto, sería importante realizar estudios que profundicen sobre el tema.
- Ante la presencia de factores de riesgo y pólipos vesiculares simultáneamente, debería considerarse la posibilidad de realizar un estudio histopatológico de la pieza quirúrgica, independientemente de su tamaño.
- Se debe ampliar estudios, que muestren de manera más específica la validez y efectividad de la ecografía, para el diagnóstico de pólipos vesiculares.
- Para tomar una decisión terapéutica ante un posible diagnóstico de pólipos vesiculares, el profesional de la salud debe sopesar las características del paciente y los resultados del procedimiento diagnóstico.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Escalona A, León F, Bellolio F, Pimentel F, Guajardo M, Gennero R, et al. Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. [Rev méd en la internet] Chile. [Citado 2016 Jun 27] 2006; 134 (10): 1237-1242. [Internet; Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872006001000004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006001000004&lng=es).

2.- Rodríguez R. Díaz M, Rioseco L. Pólipos vesiculares: correlación entre hallazgos ecográficos e histopatológicos. [Rev méd en la internet] Arg Cir. [Citado 2016 Jun 29] 2014; 19(2): 20-24. Disponible en <http://revista.aamrcg.org.ar/revista/v19n2/3%20Polipo%20Vesiculares.pdf>

3. - American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016. [Internet]. [Citado 2016 Junio 27]. Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002294-pdf.pdf>

4.- Morera F, Ballestín J, Calatayud A, Tursi L, Bernal J. Indicaciones quirúrgicas en los pólipos de vesícula biliar. [Rev méd en la internet] Elsevier. [Citado 2016 Junio 27] 2013; 91 (5). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-indicaciones-quirurgicas-los-polipos-vesicula-90200176#elsevierItemBibliografias>

5.- Contreras E, Alfaro P, Contreras F, Luna R, Contreras I. Correlación entre diagnóstico ecográfico e histopatológico de poliposis vesicular en la Clínica Good Hope, Horiz Med [Internet] 2016 Junio [Citado 2016 Octubre 26]; 16 (2): 27-32. Disponible en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/viewFile/421/326>

6.- Bugosen M, Tagle J, Huerta M, Scavino. Pólipos Vesiculares: Características Clínicas y Anatomopatológicas en Pacientes Colectomizados en la Clínica Anglo Americana entre los Años 1999-2007. [Rev med en la internet] Perú Gastr. [Citado 2016 Jun 29] 2011; 31(1): 32-37. Disponible en [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292011000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292011000100007&script=sci_arttext)

7.- Burgos A, Csendes A, Villanueva M, Cárdenas G, Narbona S, Caballero A. Hallazgos clínicos e histopatológicos en pacientes con Adenomiomatosis vesicular. [Rev méd en la internet] Chile cir. [Citado Sept 2017] 2016; 68(5): 363-367. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316300643>

8.- Seguel G, Fres E, Frez M, Pinochet F, Espinosa, Suárez J. Naturaleza de los pólipos de la vesícula biliar sometidos a colecistectomía. [Rev méd en la internet] Chile cir. [Citado 28 Jun 2016] 2007; 59 (3): 208-211. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262007000300007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262007000300007&lng=es).

9.- Cueva G, Pérez A. Relación entre pólipos vesiculares y cáncer de vesícula en pacientes colecistectomizados Hosp. José Carrasco Arteaga. [Internet] 2014. [Citado 2016 Jun 29]: 2 Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/4034/1/10633.pdf>

10.- Uribe M, Heine C, Brito F, Bravo L. Actualización en cáncer de vesícula biliar, Departamento de Cirugía, Universidad de Chile. [Rev méd en la internet] Chile clin. [Citado 2016 Junio 28] 2013; 24 (4): 638-643. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013702025>

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



11.- Martinez, A. Montserrat, E. Estrada, P. SERAM Tratado de Radiología Médica. Barcelona 2012. P: 1447.

12.- Gallahan W, Conway J. Manejo de los Pólipos de la Vesícula Biliar. Gastroenterol Clin N Am. [Artículo en la internet NCBI HPB Oxford] Gastroenterology 2012; [citado 2016 Junio 28]: 435-440. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3384872/>

13.- Lawson AJ, Beningfield SJ, Krige JE, Rischbieter P, et al. Percutaneous transhepatic self-expanding metal stents for palliation of malignant biliary obstruction. [Artículo de Internet Pub Med RSNA]. Radiology (2012); [citado 2017 septiembre]; 54, 56,58. Disponible en: <https://scihub.io/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22856436>

14.- De Oliveira M, Schulick R, Nimura Y, Rosen C, Gores G, Neuhaus P, et al. P. New Staging System and a Registry for perihilar cholangiocarcinoma. [Artículo en la Internet Pub Med AASLD Journals] Hepatology 2011;53:1363-68. Available from:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.24227/abstract;jsessionid=D1009EBA13F176C73880CEFABCF131B2.f03t03>

15.- Almora Carbonell Ceramides Lidia, Arteaga Prado Yanin, Plaza González Tania, Prieto Ferro Yulka, Hernández Hernández Zoraida. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. [Rev méd en la internet] Arg cli. [Citado 2016 Jul 30] 2012; 16(1 ): 200-214. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000100021&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100021&lng=es)

16.- Bravo M, Lombardo M, Pérez S, Romero C, López J, Escribano F, Patología de la vesícula biliar. SERAM. [Rev Med en la Internet] Elsevier Rad. [Citado 2016

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Jul 30] 2014; 56(esp): 363. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/controladores/congresos-herramientas.php?idCongreso=10&idSesion=959&idComunicacion=9636&r=119>

17.- Giang t, Ngoc T, Hassell I. Carcinoma involving the gallbladder: a retrospective review of 213 cases - pitfalls in diagnosis of gallbladder carcinoma. Diagnostic pathology [Internet]. BioMed Central Ltd; 2012 Jan [cited 2013 Aug 4];7(1):10. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3285085&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

18.- Jans J, Talma M, Almonacid M, Cruz J, Cáceres M, Rosenfeld C, et al. Rendimiento diagnóstico del marcador tumoral CA 19-9 en la diferenciación entre patología bilio-pancreática benigna y maligna. [Rev med en la internet]. Chile. Cir. [Citado 2016 Ago 1]. 2013; 65 (4): 307-314. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/9\\_Dr.-Mario-Uribe-M.pdf](http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/9_Dr.-Mario-Uribe-M.pdf)

19.- Asociación Mexicana de cirugía general AC. Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General, A.C. Tratado de cirugía general. 3ra. ed. México. El Manual Moderno, 2017. P:1343-1349. Disponible en: [file:///C:/Users/Sofy/AppData/Local/Temp/Rar\\$DIb0.771/Tratado%20de%20Cirugia%20General%203a%20Edicion\\_booksmedicos.org.pdf](file:///C:/Users/Sofy/AppData/Local/Temp/Rar$DIb0.771/Tratado%20de%20Cirugia%20General%203a%20Edicion_booksmedicos.org.pdf)

20.- Redondo K, Rivero S, Ruiz K, Díaz J, Lozano D, Luna L. Carcinoma adenoescamoso de la vesícula biliar, una rara variedad histológica. [Rev med en la internet]. Colombia. Cir. [cited 2016 Agosto 1];2015 30( 3 ): 246-252. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-75822015000300012&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822015000300012&lng=en).

21.- Montalvo E, Kurt S, Pulido A, Vázquez R, Basurto E. Hallazgos de anatomía patológica en una serie clínica de colecistectomía electiva: ¿Es frecuente el cáncer

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

in situ ? Cir. Gen [revista en la Internet]. 2013 [citado 2016 Ago 02]; 35 ( 1 ): 36-40. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-00992013000100007&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992013000100007&lng=es).

22.-Peña F, Sánchez F, Fernandez J, Rodríguez M. Frecuencia y perfil clínico de cáncer de vesícula biliar en pacientes colecistectomizados en 3 hospitales referenciales de Chiclayo entre 2011 y 2015. [Rev méd en la internet] Perú. [Citado Septiembre 2017]. 2017; 37(2): 142-5. Disponible en: [www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/download/247/241](http://www.revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/download/247/241)

23.-. Mhatre, Sharayu et al. The Lancet Oncology. Common genetic variation and risk of gallbladder cancer in India: a case-control genome-wide association study mutación del gen K-ras en el cáncer de la vesícula biliar. [Rev méd en la internet] USA. [Citado 2017 Jun 03] 2017; 18(4 ): 535-544. Disponible en: [https://sci-hub.io/http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30167-5](https://sci-hub.io/http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30167-5)

24.- García, G. Torres, J. Manual de Ecografía Clínica. Vesícula y Vías Biliares; España: SEMI, 2013. P: 41-46

25.- Boutros C, Gari M, Baldwin K, Somasundar P. Gallbladder cancer: past, present and an uncertain future. Surgical oncology [Rev méd en la Internet]. USA [Citado 2016 Agost 03] 2012; 21(4): 183–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23025910>

26.- Ledndoire J, Gil L, Galindo F y colab. Sociedad Argentina de Cirugía Digestiva. Carcinoma de la vesícula biliar. Enciclopedia Cirugía Digestiva.[Art méd en la Interntet] Arg [Citado 2016 Ag 03] 2015; 4 (463): 1-22. Disponible en: <http://www.sacd.org.ar/ccuatrosesentaytres.pdf>





## UNIVERSIDAD DE CUENCA

27.- Bonet M. Allal S; Carrió I. Radioterapia Adyuvante en el cáncer de vías biliares intervenido de manera radical. Experiencia del Hospital Universitario de Ginebra y revisión sistémica con meta-analisis de estudios observacionales. Radioterapia Adyuvante en el cáncer de vías biliares intervenido de manera radical.. [Internet]. Barcelona 2011. [Citado 2016 Ago 5]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4560/mbb1de1.pdf?sequence=1>

28.- Alteraciones genéticas en lesiones preneoplásicas y neoplásicas de la vesícula biliar. [Rev méd en la internet] Chile. [Citado 2016 Ago 03]. 2010; 138(5): 595-604. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000500011&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000500011&lng=es).

29.- Longo D. Fauci A, Kasper A, Jausser S, Jameson J, Loscalzo J. Harrison principios de medicina interna. Vol 4. 19va ed. Méxio; Mc Graw Hill, 2016 P.: 2076-2081

30.- Brunicardi,C. Schwartz Principios de cirugía. 9na. ed. México; Mc Graw Hill, 2011, P.: 1151-1161

31.- Herring, W. Radiología Básica; 2da. ed. España; Elsevier Saunders, 2012, P.: 193-194

32.- Sabiston Textbook of Surgery: the biological basis of modern surgical practice. Sabiston, David C, Townsend, Courtney M. 20th ed. /Courtney M.Townsend Jr. et al. Philadelphia, PA : Elsevier/Saunders, 2016, P.:978

33.- Doherty,G. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. 13va. ed. España; Mc Graw Hill. 2011, P.: 487-489.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

34. - The American Board of Surgery In-Training Examination. The ABSITE Review (American Board of Surgery In-Training Examination). Fiser SM et al. 4th Edition. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

35.- Nacional Cáncer Institute. Cáncer de Vesícula Biliar. [Internet]. 2016; 66: 271-289citado [Julio 11 2016]. Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc-047079.pdf>

36. Gartner L. Hiatt, J. Histología Básica; México; Elsevier Saunder,2011, P.: 257-258.

37. Fischer's Mastery of Surgery. Fischer, Josef E et al. 6th ed. Philadelphia: WoltersKluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

38. - Edges, Byrd D, Compton C, Fritz A; Greene F, Trotti A. AJCC (American Joint Committee on Cancer \*Subject to Review) Cancer staging Manual, 8va ed, Compton, CC, et al. USA 2016. P.: 509-510-511

39.- Roa E Iván, Aretxabala U Xabier de, Morgan F René, Molina U Ricardo, Araya O Juan C, Roa S Juan et al. Pólipos y adenomas de la vesícula biliar: consideraciones clínico-patológicas. [Rev méd en la internet] Chile [citado 2017 Ene 09] 2004; 132 (6): 673-679. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872004000600003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000600003&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000600003>.

40.- Ballouhey Q. et al. Management of Polypoid Gallbladder Lesions in Children: A Multicenter Study. Eur J Pediatr Surg, 2017. 27 (4).



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

- 41.- Andrén Sandberg A. Diagnóstico y Manejo de Pólipos de la Vesícula Biliar. Norte Am J Med Sci [Internet] 2012 [citado 2017 Sep 22]; 4: 203-11. Disponible en: [http://www.najms.org/article.asp?issn=1947-2714;year=2012;volume=4;issue=5;spage=203;epage=211;aulast=Andr;aid=NorthAmJMedSci\\_2012\\_4\\_5\\_203\\_95897](http://www.najms.org/article.asp?issn=1947-2714;year=2012;volume=4;issue=5;spage=203;epage=211;aulast=Andr;aid=NorthAmJMedSci_2012_4_5_203_95897)
42. - Cavallaro, Andrea et al. Managing the incidentally detected gallbladder cancer: Journal of Surgery, 2014 [citado 2017 Sep 22]; Volume 12, S108 - S119. Disponible en: [http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191\(14\)00851-6/fulltext](http://www.journal-surgery.net/article/S1743-9191(14)00851-6/fulltext)
43. - J. Zemor, M. Marty, B. Gallbladder pseudotumor: Diagnosis and management. Journal Surgery [Internet] 2015 [citado 2017 Sep 22]; 151 (4): 295-306.
- 44.- Uribe M. et al. Actualización en cáncer de vesícula biliar. [Internet] 2013; [Citado 2017 Sept 22]: 24(4) 638-643. Disponible en: [https://www.clinicalascondes.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/9\\_Dr.-Mario-Uribe-M.pdf](https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2013/4%20julio/9_Dr.-Mario-Uribe-M.pdf)
- 45.- Noriega Usi V. et al. Carcinoma de vesícula biliar incidental después de colecistectomía. Análisis de los hallazgos patológicos a cinco años. [Rev méd en la internet] Medigraphic [citado 2017 Sept 22] 2016;14 (4): 196-199. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am164b.pdf>
46. - American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta, Ga: American Cancer Society; 2016. [Internet]. [Citado 2016 Junio 27]. Disponible en <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002294-pdf.pdf>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

47.- Cano C. Carcinoma insospechado de vesícula biliar: Cirugía lap. [Rev méd en la internet] Hisp. [Citado 2017 Sept 22] 2017; 5 (3): 100-104: Disponible en: [http://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v5i3/06\\_ORI\\_Hernia\\_Cano.pdf](http://www.sohah.org/wp-content/uploads/rehah/v5i3/06_ORI_Hernia_Cano.pdf)

48.- Castillo K Jaime, Csendes J Attila, Díaz J Juan Carlos, Sauré M Alexandre, Guajardo B Matías, Lembach J Hans. Cáncer temprano de la vesícula biliar: tratamiento y sobrevida a largo plazo. [Rev méd en la internet] Chile cir. [citado 2017 Sep 22] 2014; 66(5): 417-422. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-40262014000500004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000500004&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262014000500004>.

49.- Ramírez A. et al. Cáncer de Vesícula Biliar. Experiencia de 10 años del instituto Nacional del Cáncer. Rev. Méd. Chile [Internet]. 2016 [citado 2017 Sept 22]; 40 (2): 8-10. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/sopaci/v40n2/2307-0420-sopaci-40-02-00008.pdf>

50.-Blanco P, Fonseca J, Mora L, Moya X, Navarro J, Paniagua M et al . Colecistectomía laparoscópica y la importancia de un laboratorio de entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva, a propósito de su reciente creación en la Universidad de Costa Rica. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2013 Mar [cited 2016 Aug 03]; 30(1): 73-82. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152013000100010&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000100010&lng=en)

51.- Acuña Javier, Bonfante Jaime, Galeano Nohemí, Carrasquilla Rubén, Manjarrez Aldemar, Alcalá Ramiro. Colecistectomía laparoscópica con manejo ambulatorio ultracorto. [Rev méd en la internet] Colomb cir. [Cited 2016 June 29] 2015; 30(2): 119-224. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2011-875822015000200006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-875822015000200006&lng=en).

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS**  
**AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



UNIVERSIDAD DE CUENCA

52. Vincent M. Mellnick, MD Christine O. et al. Polypoid Lesions of the Gallbladder: Disease Spectrum with Pathologic Correlation. RSNA. RadioGraphics 2015; 35(3): 973.



UNIVERSIDAD DE CUENCA  
CAPÍTULO X

10. ANEXOS

Anexo I  
UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA

**CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICA E HISTOPATOLÓGICAS DE PÓLIPOS VESICULARES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL INSITUTO DE LUCHA CONTRA EL CANCER SOLCA 2000- 2015.**

**Objetivo:** determinar las características ecográficas e histopatológicas de los pólipos vesiculares en pacientes atendidos en el Instituto de lucha contra el Cáncer Solca Núcleo Cuenca 2000-2015

Marcar el casillero con la información recogida a partir de la historia clínica. Al final colocar el nombre y firma de los responsables del llenado de formulario.

FORMULARIO Nº \_\_\_\_\_

**I. DATOS DEL PACIENTE**

a) Sexo:

1. Masculino

2. Femenino

b) Tamaño del pólipo por ecografía:

1. 1mm a 9.9mm

2. Mayor o igual de 10mm

FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS  
AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ



**c) Diagnóstico Histopatológico:**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| 1. Pólipos de colesterol | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pólipos hiperplásicos | <input type="checkbox"/> |
| 3. Adenomiomatosis       | <input type="checkbox"/> |
| 4. Adenoma               | <input type="checkbox"/> |
| 5. Adenocarcinoma        | <input type="checkbox"/> |
| 6. Colelitiasis          | <input type="checkbox"/> |
| 7. Colesterolosis        | <input type="checkbox"/> |

**Responsables:**

**NOMBRE**

**FIRMA**

**NOMBRE**

**FIRMA**

**FABIOLA KATHERINE LEÓN ARMIJOS  
AIDA SOFÍA VALLADAREZ VÁSQUEZ**



**Anexo II**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Escala
Sexo	Características fenotípicas que diferencian hombres de mujeres	Características Fenotípicas	Fenotipo	1. Masculino 2. Femenino
Diagnóstico preoperatorio por imagen	Conjunto de técnicas y procedimientos que crean imágenes del cuerpo humano, o partes de él, con propósitos clínicos, busca diagnosticar un estado patológico de salud así como la anatomía y función normal.	Técnica de imagen utilizada – Ecografía	Resultados de ecografía registrados en la Historia clínica.	1. Pólipos 2. Colelitiasis y pólipos 3. Cáncer de vesícula biliar
Tamaño del pólipo	Medida longitudinal en transversal	Resultados del tamaño por ecografía	Medida en mm	1. Menor a 10mm 2. Mayor a 10mm





UNIVERSIDAD DE CUENCA

	mm obtenida por ecografía	registrados en la Historia Clínica		
Tratamiento	Intervención realizada para erradicar y controlar enfermedad.	Tipo de intervención realizada y/o recibida con el objetivo de tratar y manejar la enfermedad y recurrencia.	Tratamiento registrado en la historia clínica.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cirugía: Colectomía.</li> <li>2. Seguimiento ecográfico.</li> </ol>
Diagnóstico postoperatorio histopatológico	Análisis microscópico realizado a un tejido de la pieza quirúrgica con la finalidad de buscar una enfermedad en dicho tejido.	Resultados de patología histológica	Diagnóstico registrado en la Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pólipos de Colesterol.</li> <li>2. Pólipo hiperplásico.</li> <li>3. Adenomiomatosis</li> <li>4. Adenoma.</li> <li>5. Adenocarcinoma</li> </ol>



**Anexo III**

**RECURSOS**

**RECURSOS HUMANOS**

Las personas que participaron en la investigación: las autoras: Aida Sofía Valladarez Vázquez, Fabiola Katherine León Armijos, Director de Tesis Dr. Marx Bravo, Asesor de Tesis: Dr. Adrián Sacoto.

**RECURSOS MATERIALES**

<b>RUBROS</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>VALOR UNITARIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>EQUIPOS</b>			
Tiempo de internet	400 horas	0,50	200,00
Telefonía Celular	10 horas	1	10,00
<b>MATERIALES / INSUMOS</b>			
Carpetas	8	0,30	2.40
Copias	2.000	0,02	40,00
Tablero	2	4	8.00
Esferográficos	5	0.60	3.00
Impresiones a blanco negro	300	0,05	15,00
Impresiones a color	200	0,20	40,00
Anillados	6	1,00	6,00
Memoria USB	1	15	15.00
<b>TRANSPORTE</b>			
Bus	150	0,25	50,00
Combustible	30	3	90.00
<b>TOTAL</b>			<b>479.40</b>



**Anexo IV**

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	RESPONSABLES						
	1	2	3	4	5	6	
1. Presentación del protocolo y aprobación del protocolo	X						Sofía Valladarez Fabiola León
2. Elaboración del Protocolo		X	X				
3. Revisión de los instrumentos de recolección de datos.		X	X				
4. Recolección, tabulación y análisis de la información recolectada.			X	X	X		
5. Elaboración y presentación de la información				X	X	X	
6. Obtención de conclusiones y recomendaciones					X		
7. Presentación del informe final.						X	