

**INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR  
UNIÃO EDUCACIONAL DO VALE DO AÇO**

**Eric de Souza Magalhães  
Matheus Coelho de Oliveira Almeida  
Ryann Costa Duarte  
Rodrigo Coelho Oliveira Almeida**

**ANÁLISE DAS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS DOS  
PÓLIPOS DE VESÍCULA: RELATO DE CASO E  
REVISÃO DE LITERATURA**

**IPATINGA**

**2018**

**Eric de Souza Magalhães**  
**Matheus Coelho de Oliveira Almeida**  
**Ryann Costa Duarte**  
**Rodrigo Coelho Oliveira Almeida**

**ANÁLISE DAS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS DOS  
PÓLIPOS DE VESÍCULA: RELATO DE CASO E  
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Instituto Metropolitano de Ensino Superior – Imes/Univaço, como requisito parcial à graduação no curso de Medicina.

Orientador: Prof. Jaílson Tótola

**IPATINGA**

**2018**

# ANÁLISE DAS INDICAÇÕES CIRÚRGICAS DOS PÓLIPOS DE VESÍCULA: RELATO DE CASO E REVISÃO DE LITERATURA

Eric de Souza **Magalhães**<sup>1</sup>; Matheus Coelho de Oliveira **Almeida**<sup>1</sup>; Ryann Costa  
**Duarte**<sup>1</sup>; Rodrigo Coelho Oliveira **Almeida**<sup>1</sup>; Jaílson **Tótola**<sup>2</sup>

---

1. Acadêmicos do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

2. Docente do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/Imes - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil. Orientador do TCC.

## Resumo

**Introdução:** O pólipos da vesícula biliar (PVB) é definido por qualquer lesão elevada da superfície da parede deste órgão. Os PVBs não possuem sintomas específicos e em uma grande parte dos casos o paciente está assintomático. Há na literatura muitos estudos que sugerem critérios para a escolha do tratamento cirúrgico dos PVBs. Em sua grande maioria, estes estudos se baseiam no tamanho do diâmetro do pólipo, número de lesões e potencial de crescimento. Fatores de risco para o desenvolvimento do adenocarcinoma também podem ser decisivos na escolha pelo tratamento conservador ou abordagem cirúrgica. **Objetivos:** Realizar uma revisão de literatura exemplificada com um relato de caso sobre um paciente com diagnóstico de pólipo de vesícula e, analisar as terapêuticas instituídas e seus respectivos resultados. **Relato de caso:** Paciente masculino, idoso, procurou atendimento com queixa de soluço persistente, não apresentando nenhum outro sintoma do trato gastrointestinal. O clínico então solicitou um ultrassom abdominal. Ao exame foi observada a vesícula biliar de contorno, volume e forma normais, espessura da parede inalterada, ausência de cálculos. Evidenciou-se ainda um foco ecogênico intravesicular, sem mobilidade, inclusive com mudança de decúbito, medindo 16mm X 9mm. Realizou-se colecistectomia por vídeo e o procedimento ocorreu sem nenhuma intercorrência. **Conclusão:** O manejo conservador é realizado sem cirurgia e com acompanhamento radiológico. A colecistectomia é indicada nos pacientes com pólipos maiores de 6mm e com fatores de risco ou na presença de lesões maiores de 10mm, mesmo sem fatores de risco importantes.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pólipos de Vesícula Biliar; Colecistectomia, Vesícula Biliar.

## INTRODUÇÃO

O pólipo da vesícula biliar (PVB) é definido por qualquer lesão elevada da superfície da parede deste órgão. Em grande parte das vezes o quadro só é diagnosticado ao acaso ou na investigação de sinais ou sintomas relacionados a outras patologias do trato gastrointestinal. São classificados em não-neoplásicos (pólipos de colesterol, inflamatórios e hiperplásicos) e neoplásicos (adenoma ou adenocarcinoma) (MCCHAIN, 2018; SARKUT, 2013; TANNOUS, 2011).

Os PVBs não possuem sintomas específicos e em uma grande parte dos casos o paciente está assintomático. Entretanto, alguns pacientes apresentam náuseas, vômitos, dor em hipocôndrio direito, dispepsia, icterícia. O diagnóstico é realizado através de exames de imagem como a Ultrassonografia (SANDENBERG, 2012).

O manejo terapêutico do paciente se correlaciona com a classificação e com a presença de fatores de risco. Em sua grande maioria, as lesões polipóides são benignas e não tem potencial para malignidade. Embora não tão frequente, o adenocarcinoma tem prognóstico desfavorável e sua progressão deve ser evitada com a colecistectomia (SANDENBERG, 2012; TANNOUS, 2011).

Há na literatura muitos estudos que sugerem critérios para a escolha do tratamento cirúrgico dos PVBs. Em sua grande maioria, estes estudos se baseiam no tamanho do diâmetro do pólipo, número de lesões e potencial de crescimento. Fatores de risco que consideram etnia, idade e presença de sintomas gastrointestinais também podem ser decisivos na escolha pelo tratamento conservador ou abordagem cirúrgica (WILES et al., 2018; BHATT et al., 2016; MATOS et al., 2010).

Ainda há controvérsias sobre os critérios que justifiquem a escolha da abordagem cirúrgica, sendo realizadas colecistectomias desnecessárias. A realização desta revisão é fundamentada na divulgação de informações sobre os critérios que justifiquem a intervenção cirúrgica ou o acompanhamento imagiológico do paciente.

## MÉTODO

Trata-se de uma revisão de literatura com relato de caso. Para elaboração da revisão realizou-se a identificação do tema da pesquisa, escolha dos critérios de inclusão e exclusão dos referenciais teóricos, análise dos dados encontrados na literatura e cruzamento destes dados com o caso clínico aqui relatado.

Foi realizada coleta de informações nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *National Library of Medicine* (MEDLINE); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); Cochrane Library e Medscape, durante os meses de Junho a Agosto de 2018. Para a busca foram utilizados os termos “pólipos de vesícula”, “colesterolose”, “critérios cirúrgicos” “diagnóstico”, “lesões polipoides de vesícula” realizando-se cruzamento entre eles utilizando o conector AND para encontrar documentos com ambos os termos. Após a leitura e discussão foram incluídos nesta revisão artigos originais e de revisão de literatura, e *guidelines* que abordavam a doença, seu tratamento e diagnóstico. Foram excluídos artigos de relato de caso, artigos incompletos ou não disponíveis na íntegra. Após a leitura e discussão, foram selecionados 20 referenciais teóricos para elaboração desta revisão.

Na última etapa correlacionou-se o conteúdo encontrado na literatura científica com os dados do paciente do relato de caso para a elaboração da discussão deste trabalho.

## RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 81 anos de idade, aposentado (pedreiro) procurou atendimento na cidade de Ipatinga-MG, há 9 meses. Queixou soluço persistente há 6 meses, não apresentando nenhum outro sintoma como náuseas, vômitos ou intolerância a algum alimento. Em uso diário de Indapamida 1,5mg e Omeprazol 20mg. Negou diabetes, alergias e vícios. Já havia realizado uma cirurgia de hérnia umbilical. Ao exame físico: consciente, afebril, anictérico, acianótico, eupneico, bom estado geral, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Pressão

arterial 120x80mmHg, frequência cardíaca 76 batimentos por minuto. Abdome: flácido, indolor a palpação, ausência de massa palpável e peristalse audível.

O clínico então solicitou um ultrassom abdominal. Ao exame foi observada a vesícula biliar de contorno, volume e forma normais, espessura da parede inalterada, ausência de cálculos. Evidenciou-se ainda um foco ecogênico intravesicular, sem mobilidade, inclusive com mudança de decúbito, medindo 16mm X 9mm. O exame mostrou ainda cistos renais bilaterais, nefrolitíase a esquerda não obstrutiva e ateromatose aórtica. Ao retornar ao clínico com o resultado do US, o paciente foi encaminhado ao cirurgião, que indicou a colecistectomia videolaparoscópica já no primeiro atendimento.

Foram solicitados os exames pré-operatórios. Radiografia de tórax: índice cardiotorácico normal, pulmões sem consolidações, seios costofrênicos livres, mediastino centrado. Aorta alongada e com calcificações nas paredes e espondilose dorsal. Eletrocardiograma: bloqueio anterossuperior do ramo esquerdo, extrassístole supraventricular isolada. Realizou avaliação do risco cirúrgico, foi classificado como ASA2 e liberado para o procedimento com manutenção da Indapamida.

Realizou a cirurgia 30 dias após o primeiro atendimento com o clínico e o procedimento ocorreu sem nenhuma intercorrência. Após 1 dia de internação teve alta hospitalar, com recomendação de repouso em domicílio e dieta pobre em lipídeos. Ao laudo anatomopatológico da vesícula constatou-se adenoma tubular, tipo glândulas pilóricas; colecistite crônica inespecífica associada a metaplasia pilórica; margem do ducto cístico livre da lesão adenomatosa, dentro dos limites histológicos da normalidade. Paciente evoluiu bem, sem complicações. Atualmente apresenta intolerância a ingestão de alimentos muito gordurosos.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Conceito**

O pólipos da vesícula biliar (PVB) é definido por qualquer lesão elevada da superfície da mucosa deste órgão e é um achado radiológico incidental na maioria dos casos (LEE et al., 2016). Os PVBs são classificados como benignos ou malignos. Há os pólipos que são ditos não-neoplásicos ou pseudopólipos (pólipos de colesterol,

inflamatórios e hiperplásicos) e não possuem potencial para malignidade. Já os pólipos ditos neoplásicos ou verdadeiros são subdivididos em benigno (adenoma) e maligno (adenocarcinoma) (TANNOUS, 2011).

A importância da classificação do pólipo em maligno ou benigno se relaciona com o prognóstico do paciente. Como será abordado posteriormente, as técnicas radiológicas usualmente disponíveis não são capazes de auxiliar o médico nesta diferenciação, logo, frequentemente, o desenvolvimento de critérios durante o pré-operatório é tema de estudo entre os pesquisadores (PARK et al., 2014). Felizmente a grande maioria das lesões poliposas da vesícula é benigna, contudo há alguns carcinomas que cursam com lesões polipoides; ademais os adenomas têm potencial para se converterem em adenocarcinoma, o que torna o diagnóstico e acompanhamento deste paciente extremamente importante (TANNOUS, 2011).

## **Epidemiologia**

Segundo Sarkut et al. (2013) os PVB são encontrados em 0,3% a 12% da população saudável, no entanto a prevalência real é desconhecida. Para Sandberg (2012) a prevalência varia de 4,3% a 6,9%, contudo observa-se que em amostras provenientes de colecistectomia, evidencia-se a presença de PVBs em somente 2-12% nas vesículas retiradas dos pacientes, o que pode indicar um alto número de cirurgias desnecessárias.

A incidência de PVBs é crescente, uma vez que o diagnóstico tem se tornado mais frequente com a melhoria da resolução das técnicas de imagem utilizadas no diagnóstico. A literatura relata uma frequência um pouco maior no sexo masculino (1,15 homens para 1,00 mulher) e a média da idade no diagnóstico é de 49 anos (MCCHAIN, 2018; SARKUT et al., 2013).

## **Etiologia e fatores de risco**

Na literatura relata-se alguns fatores que podem estar associados a ocorrência dos pólipos na vesícula biliar. Dentre estes fatores pode-se citar a hipercolesterolemia, alto teor de sal na bile, hepatite B, polipose familiar, síndrome de Gardner e síndrome de Peutz-Jeghers. Contudo outras patologias como obesidade e diabetes, frequentemente associadas a patologias da vesícula biliar, não tem influência na formação dos PVBs (JONES; DEPPEN, 2017).

O principal risco associado aos pólipos é o surgimento do adenocarcinoma de vesícula biliar (ACVB). Este tumor é frequentemente associado a um mau prognóstico (25% dos acometidos chegam a 5 anos de sobrevida) se perfurar a camada serosa ou acometer os linfonodos regionais. Entretanto uma taxa satisfatória de sobrevida é associada ao tumor que permanece confinado a mucosa ou tecido conjuntivo perimuscular (WILES et al., 2018).

É inegável que a identificação dos fatores de risco é imprescindível para o reconhecimento de pacientes que já são portadores de lesões malignas ou que têm lesões benignas com potencial para malignidade. Assim como nos outros tipos de câncer, a idade é um fator predisponente a ocorrência dos tumores de vesícula biliar e todo paciente com mais de 50 anos tem a maior probabilidade de desenvolver esta patologia (MCCHAIN; 2018; WILES et al., 2018).

Aldouri et al. (2009) desenvolveu um estudo coorte que correlacionou a ocorrência do ACVB e a presença dos PVBs. Considerou-se os pacientes indianos e caucasianos, com lesões polipoides. A taxa de malignidade nos pacientes caucasianos foi de 0,08%, enquanto nos pacientes indianos foi de 5,5% ( $p < 0,01$ ), constituindo então a etnia indiana um fator de risco importante na investigação diagnóstica.

## **Fisiopatologia**

Os PVBs mais comuns são os constituídos de colesterol e chega a representar de 60 a 90% dos casos. São depósitos de colesterol que formam projeções no lúmen da parede interna da vesícula biliar. Estes depósitos podem ser uma manifestação de hipercolesterolemia no adulto em 10% dos casos desta doença sistêmica ou ainda indicar colecistite crônica (MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

Os pólipos inflamatórios ocorrem em até 10% dos casos, e são associados a episódios de repetição de colecistite e cólica biliar aguda, já que surgem a inflamação da mucosa e da parede da vesícula biliar (JONES; DEPPEN, 2017).

Dentre os pólipos verdadeiros o mais comum é a adenomiomatose (4%), caracterizado por ser uma lesão benigna do fundo da vesícula biliar. Esta lesão tem potencial maligno (JONES; DEPPEN, 2017; MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

### **Manifestações clínicas**

Os PVBs não possuem sintomatologia específica e em uma grande parte dos casos o paciente está assintomático, sendo a descoberta das lesões um achado incidental. Entretanto, alguns pacientes apresentam náuseas, vômitos e dor em hipocôndrio direito, dispepsia, icterícia. Os PVBs só são considerados causadores de cólica biliar na ausência de outros achados clínicos, e não há diferença entre os sintomas apresentados em pacientes portadores de pólipos benignos e malignos (SANDBERG, 2012).

Em 2010 Gallahan e Conway. realizaram um estudo retrospectivo considerando que em 64% dos casos os pólipos foram diagnosticados durante um ultrassom abdominal de investigação para outra doença não relacionada. Neste mesmo estudo, 23% dos pacientes apresentavam manifestações gastrointestinais e 13% apresentavam uma alteração na função hepática.

### **Diagnóstico**

Os exames de imagem têm papel fundamental no diagnóstico e manejo dos pacientes portadores de PVBs. O método de escolha deve ser baseado em 3 características principais: capacidade de diagnosticar os pólipos e diferencia-los de cálculos biliares, possibilitar a distinção entre pseudopólipos e pólipos verdadeiros e conseguir estimar com precisão o tamanho das lesões polipoides. Este último fator é de extrema importância já que o tamanho dos PVBs é a principal variável a ser considerada para a indicação cirúrgica ou acompanhamento imagiológico. Imagens de boa qualidade e exatidão são necessárias para evitar cirurgias desnecessárias (MCCHAIN, 2018).

Na maioria das vezes o diagnóstico é realizado incidentalmente, em pacientes que realizam um ultrassom abdominal (US) por outra investigação diagnóstica. Os PVBs são massas ecogênicas projetadas para o lúmen da vesícula, com ou sem sombra acústica. Este exame é considerado ideal por apresentar alta sensibilidade e especificidade com baixo custo e alta acessibilidade. Durante a ultrassonografia consegue-se determinar o tamanho, número e localização dos pólipos. A sensibilidade é maior que 80% se a lesão for maior que 10mm, contudo é muito difícil determinar se a lesão é maligna ou não somente com esta técnica radiológica. Uma das principais vantagens desta técnica é a não exposição do paciente a radiação, já que na maioria das vezes o paciente permanece em acompanhamento por um longo período, além de ser barato e não invasivo (MCCHAIN, 2018; MONGE; MONGE; OVARES, 2013; MATOS et al., 2010).

A ultrassonografia endoscópica (USE) ou ecoendoscopia constitui um método mais sensível e específico para lesões polipoides da vesícula, contudo ainda não há evidências para se adotar este método como padrão ouro no diagnóstico, utiliza-se esta ferramenta como complementar ao ultrassom de abdome. Este exame é o suficiente para classificar a lesão em até 90% das vezes. Há pesquisas que sugerem que após a realização da USE é possível determinar a regularidade da mucosa da vesícula biliar e a morfologia da lesão o que pode influenciar na propedêutica a ser escolhida pelo médico. Sugere-se que pólipos com até 5mm devem ser acompanhados pelo US a cada 12 meses; pólipos entre 5mm e 10mm de 6 em 6 meses e que os pacientes que possuem pólipos acima de 10mm, por terem um potencial de malignidade elevado, são candidatos a colecistectomia. Ao considerar-se os riscos, esta técnica radiológica está associada a um pequeno risco de hemorragia e perfuração gastrointestinal e ao ser comparada ao US abdominal tem maior chance de complicação por ser mais invasivo (MCCHAIN, 2018; MONGE; MONGE; OVARES, 2013; MACHADO et al., 2002).

Outro exame de imagem utilizado no diagnóstico dos PVBs é a tomografia computadorizada (TCA). Este método possui baixa sensibilidade (44-77%) para a detecção das lesões polipoides porque estas têm baixa densidade. Assim, a TCA é bastante utilizada e tem boa acurácia para o estadiamento de adenocarcinoma de vesícula biliar, contudo não constitui uma técnica superior ao US para o diagnóstico de PVBs (MCCHAIN, 2018; MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

## **Complicações**

Apesar da maioria dos PVBs ser benigna, podem surgir algumas complicações no decorrer do quadro clínico. O crescimento dos pólipos pode causar o bloqueio do ducto cístico e causar uma colecistite; pode ocorrer separação e bloqueio da bolsa de Hartmann e como consequência dor biliar; outro bloqueio possível envolve a ampola de Vater, que evolui com icterícia obstrutiva ou pancreatite. Na presença de pólipos maiores de 10mm sempre considerar evolução neoplásica (WAGH, 2016).

## **Manejo terapêutico**

O tratamento dos PVBs pode ser realizado com abordagem cirúrgica ou conservadora. A escolha desta abordagem leva em consideração vários fatores, contudo o fator diretamente relacionado ao manejo adequado para cada paciente é a capacidade de malignização da lesão polipoide. Assim, o médico deve avaliar o tamanho do pólipo, fatores de risco para malignização e a presença de sintomas (MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

Alguns estudos sugerem que pacientes que possuem PVBs maiores de 6mm já são candidatos a colecistectomia (GALLAHAN; CONWAY, 2010), contudo no consenso Europeu para o tratamento dos pólipos de vesícula, indica-se este procedimento cirúrgico para pólipos entre 6 e 10mm somente se houver um alto risco de malignidade. A cirurgia é indicada na ausência de fatores de risco se o pólipo exceder 10mm. Para PVBs maiores que 18mm geralmente indica-se a colecistectomia aberta, para a constatação da malignização e possibilidade da presença de metástases (Figura 1) (WILES et al., 2018; GUO; WU; ZHOU, 2015; MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

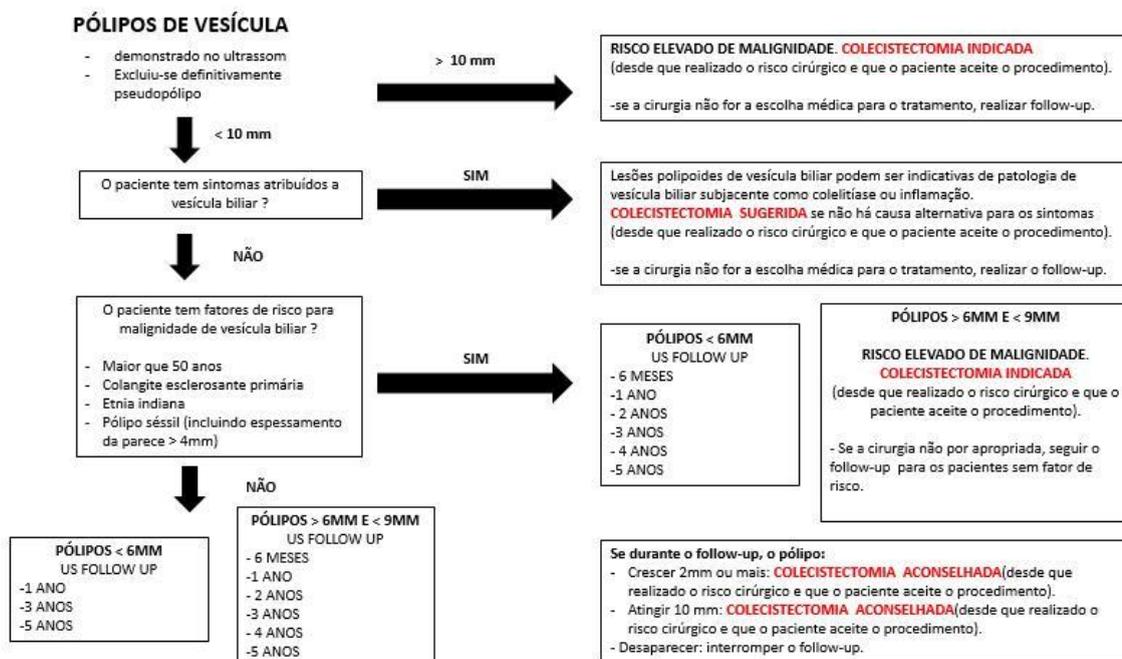
Pólipos que tenham crescimento acelerado, dobrando de tamanho ou excedendo o crescimento de 2mm em 6 meses também podem sugerir que a melhor abordagem é cirúrgica. Pacientes com lesões que não atendam os critérios cirúrgicos, porém apresentem sintomas gastrointestinais sem outras causas aparentes após investigação podem ser candidatos a colescistectomia profilática (Figura 1) (WILES et al., 2018; MONGE; MONGE; OVARES, 2013).

No caso do paciente com lesões menores que 6mm, sem crescimento anormal, ou na ausência de fatores de risco, o médico deverá optar pelo tratamento conservador, e realizar somente um follow up periódico com US (WILES et al., 2018).

Num estudo retrospectivo de Matos et al. (2010) verificou-se que a incidência de carcinoma de vesícula biliar é representativamente baixa em lesões polipóides <10mm. O acompanhamento imagiológico é indicado para pacientes nesta categoria. O tratamento cirúrgico é a escolha no caso de pólipos com diâmetro maior que 10mm, que têm crescimento demasiado em um curto intervalo, pólipo sésil ou com longo pedículo, paciente com mais de 50 anos, na presença de litíase de vesícula ou alterações na parede da vesícula.

De acordo com uma revisão sistemática, a cirurgia é indicada sempre que houver um elevado risco de malignização, já que a sobrevida do câncer de vesícula é pequena, e por isso todos os fatores de risco devem ser cuidadosamente avaliados. Os pólipos >10mm tem uma chance perto de 90% de se tornarem malignos, contra 15% de probabilidade das lesões com tamanho <10mm. PVBs menores que 4,15mm são associados a risco zero de evolução para carcinoma. Considera-se fator de risco importante para malignização idade superior a 50 anos, pólipo sésil e lesão única (BHATT et al. 2016).

Figura 1. Algoritmo para manejo do pólipo de vesícula.



Fonte: Traduzido de Wiles et al. (2018).

A decisão cirúrgica também é tema de algoritmo proposto por Vila, Lladó Ramos (2018). Para estes autores pólipos acima de 10mm têm indicação absoluta de colecistectomia. Pólipos entre 6 e 9mm só têm indicação cirúrgica na presença de fatores de risco (pólipo séssil, idade superior a 50 anos e lesão única). Na ocorrência de colangite esclerosante primária e síndrome polipoide intestinal também deve-se considerar a cirurgia. Os demais casos serão acompanhados por exames de imagem.

## **DISCUSSÃO**

PVBs são lesões encontradas mais comumente em populações asiáticas (até 9.6%) durante um US de abdome ou após uma colecistectomia. Podem ser malignas ou benignas. Grande parte das lesões são não neoplásicas, contudo algumas lesões têm potencial para malignização conhecido. Logo, considerando-se que o câncer de vesícula biliar possui prognóstico desfavorável, o diagnóstico precoce de uma neoplasia pode permitir um desfecho terapêutico favorável para o paciente. O tratamento do câncer de vesícula é usualmente realizado com quimioterapia e radioterapia adjuvante, com uma baixa taxa de resposta, sendo a cirurgia o tratamento com melhor resolubilidade clínica no estágio inicial da doença (CHRESTIANA; SUCANDY, 2015).

Pólipos maiores que 10mm já indicam a cirurgia mesmo na ausência de fatores de risco ou sintomas. Relatou-se o caso de um paciente com uma lesão polipoide de 16mm X 9mm, logo a indicação da cirurgia foi correta, segundo a literatura (WILES et al., 2018), já que uma lesão deste tamanho apresenta um alto risco de malignidade associada. Como constado em exame anatomopatológico, a lesão era benigna. Lesões adenomatosas tem potencial para desenvolver malignidade, o que também reforça a indicação correta da colecistectomia.

Caso o PVB do paciente fosse menor que 10mm deveriam ser levados em consideração a presença de fatores de risco ou sintomas gastrointestinais sem outras causas aparentes. São fatores de risco: idade superior a 50 anos, etnia indiana ou asiática, colangite esclerosante primária, e pólipo séssil com espessamento da parede maior que 4mm. A idade é comumente um fator comum a um maior risco de malignização em todos os tipos de câncer, contudo ainda não se conseguiu

estabelecer com evidências estatísticas a idade de maior risco para o câncer de vesícula. A faixa etária acima de 50 anos foi um consenso adotado em todas as diretrizes (WILES et al, 2018), além de Sarkut et al, atribuírem em um estudo em 2013 maior risco de malignidade em PVBs maiores que 10mm, em pacientes masculinos, maiores de 50 anos. Os outros fatores de risco aqui apresentados não foram observados no paciente em questão.

O sintoma apresentado pelo paciente, soluço, era inespecífico e poderia sugerir outras patologias do trato gastrointestinal. Para a confirmação diagnóstica indicou-se o US de abdome que confirmou a presença da lesão polipoide. Na ocorrência de náusea, vômito, intolerância a ingesta de alimentos gordurosos ou dor a palpação do quadrante superior direito devem ser levantadas algumas hipóteses diagnósticas como colelitíase e colecistite (WAGH, 2016).

O intervalo decorrido entre a consulta do clínico e o procedimento cirúrgico foi de 30 dias. Este fator tem um valor prognóstico muito grande, uma vez que no caso de malignidade a colecistectomia só é indicada nos estágios iniciais da doença (CHRESTIANA; SUCANDY, 2015). Logo, uma vez realizado o diagnóstico e indicado o procedimento cirúrgico, o paciente deve realizar tão logo possível os exames pré-operatórios e a avaliação cirúrgica para a liberação do procedimento. Apesar de apresentar idade avançada (81 anos), o paciente era hipertenso com bom controle e não apresentou outras comorbidades que o impediriam de ser candidato ao procedimento cirúrgico (ASA 2). A idade avançada não é um fator isolado que contraindica a colecistectomia (LOUREIRO et al., 2011).

As complicações mais comumente observadas na colecistectomia videolaparoscópica em pacientes idosos podem ser divididas em perioperatórias e pós-operatórias. Dentre as perioperatórias: arritmias cardíacas, rompimento da vesícula biliar, falha no pneumoperitônio, falha na clipagem do ducto cístico, e óbito por infarto agudo do miocárdio. Já as complicações pós-operatórias incluem hérnia umbilical incisional, óbito e icterícia (LOUREIRO et al., 2011). Nenhuma destas complicações foi observada no relato apresentado, o paciente evoluiu com excelente prognóstico.

É comum após a colecistectomia o paciente apresentar intolerância a ingesta de alimentos ricos em gordura, já que a bile, emulsificante para a digestão deste grupo de alimentos, ficaria armazenada na vesícula que foi retirada. É indicada para todos os pacientes que passaram por este procedimento uma dieta saudável e

equilibrada, rica em carnes magras, legumes, verduras e frutas. Comidas como frituras, pimenta e com gordura em excesso devem ser evitadas (RAMOS; PIEXAK, 2017).

## **CONCLUSÃO**

Os pólipos são lesões geralmente benignas da vesícula biliar e na maioria das vezes é constituído de colesterol. Algumas destas lesões podem ser malignas ou ter potencial para malignidade e portanto o diagnóstico das mesmas deve ser realizado precocemente, a neoplasia de vesícula é de difícil controle. O tratamento eficaz para este tipo de câncer é a colecistectomia e deve ser realizada no início do quadro clínico.

O manejo conservador, sem cirurgia e com acompanhamento imagiológico pode ser realizado em pacientes com pólipos menores que 6mm, ausência de fatores de risco ou sintomatologia importante. A cirurgia é indicada nos pacientes com pólipos maiores de 6mm e com fatores de risco ou na presença de lesões maiores de 10mm, mesmo sem fatores de risco importantes.

Esta revisão foi exemplificada com um relato de caso com indicação do tratamento cirúrgico que ocorreu em idoso, sem sintomas específicos e sem intercorrências no peri e pós-operatório.

## ANALYSIS OF THE SURGICAL INDICATIONS OF GALLBLADDER POLYPS: CASE REPORT AND SISTEMATIC REVIEW

### Abstract

**Introduction:** The gallbladder polyp (GBP) is defined by any elevated lesion on the wall surface of this organ. GBPs do not have specific symptoms and in most cases the patient is asymptomatic. There are many studies in the literature that suggest criteria for choosing surgical treatment of GBPs. For the most part, these studies are based on the size of the polyp diameter, number of lesions and growth potential. Risk factors for the development of adenocarcinoma may also be decisive in choosing conservative treatment or surgical approach. **Objectives:** To carry out an exemplified literature review with a case study on a patient diagnosed with gallbladder and to analyze the therapeutics instituted and their respective results. **Case report:** A male patient, elderly, sought treatment with a persistent hiccup and did not present any other symptoms of the gastrointestinal tract. The clinician then requested an abdominal ultrasound. The examination revealed gallbladder contour, normal volume and shape, wall thickness unchanged, absence of stones. There was also an intravesical echogenic focus, without mobility, even with change of decubitus, measuring 16mm X 9mm. He underwent cholecystectomy and the procedure occurred without any interurrence. **Conclusion:** Conservative management is performed without surgery and with radiological follow - up. Cholecystectomy is indicated in patients with polyps greater than 6mm and with risk factors or in the presence of lesions greater than 10mm, even without significant risk factors.

**Keywords:** Gallbladder polyp; Cholecystectomy; Gallbladder

## REFERÊNCIAS

ALDOURI, A. Q. et al. The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. **European Journal of Surgical Oncology (EJSO)**, v. 35, n. 1, p. 48-51, 2009.

BHATT, N. R. et al. Evidence based management of polyps of the gall bladder: a systematic review of the risk factors of malignancy. **The Surgeon**, v. 14, n. 5, p. 278-286, 2016.

CHRESTIANA, D.; SUCANDY, I. Current management of gallbladder polyp: should cholecystectomy be recommended for polyps smaller than 10mm?. **The American Surgeon**, v.81, n.1,p.101, 2015.

GALLAHAN, W. C.; CONWAY, J. D. Diagnosis and management of gallbladder polyps. **Gastroenterology Clinics**, v. 39, n. 2, p. 359-367, 2010.

JONES, M. W; DEPPEN, J. G. **Gallbladder, Polyp**. 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470211/>. Acesso em: 12 de ago de 2018.

LEE, H. et al. Preoperative predictive factors for gallbladder cholesterol polyp diagnosed after laparoscopic cholecystectomy for polypoid lesions of gallbladder. **Annals of hepato-biliary-pancreatic surgery**, v. 20, n. 4, p. 180-186, 2016.

LOUREIRO, E. R. et al. Colecistectomia videolaparoscópica em 960 pacientes idosos. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 38, n. 3, p. 155-160, 2018.

MACHADO, M. M. et al. Ultra-sonografia intra-operatória (USIO) do pâncreas e das vias biliares. **Radiol Bras**, v. 35, p. 105-108, 2002.

MATOS, A. S. B. et al. Management of gallbladder polyps. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 3, p. 318-321, 2010.

MCCHAIN, R. S. et al. Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. **World journal of gastroenterology**, v. 24, n. 26, p. 2844-2856, 2018.

MONGE, D. Z.; MONGE, R. B.; OVARES, C. U. Pólipos de la vesícula biliar. **Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica**, v. 70, n. 605, p. 13-17, 2013.

PARK, E. J. et al. Association between metabolic syndrome and gallbladder polyps in healthy korean adults. **Journal of Korean Science (JKMS)**, v. 28, n. 6, p. 876-880, 2013.

PARK, H. Y. et al. Is cholecystectomy a reasonable treatment option for simple gallbladder polyps larger than 10mm?. **World Journal of Gastroenterology**, v.21, n. 14, p. 4248-4256, 2014.

RAMOS, F. C.; PIEXAK, D. R. **Pré e pós-operatório de Colectomia Orientações e cuidados de enfermagem para pacientes e familiares**. 2017. Disponível em: [http://www.eenf.furg.br/images/02\\_-\\_Documentos\\_Do\\_Site/01\\_-\\_Livros\\_Ebooks\\_manuais\\_etc](http://www.eenf.furg.br/images/02_-_Documentos_Do_Site/01_-_Livros_Ebooks_manuais_etc). Acesso em: 13 de ago de 2018.

SANDBERG, A. Diagnosis and management of gallbladder polyps. **North American journal of medical sciences**, v. 4, n. 5, p. 203, 2012.

SARKUT, P. et al. Gallbladder polyps: factors affecting surgical decision. **World Journal of Gastroenterology: WJG**, v. 19, n. 28, p. 4526, 2013.

TANNOUS, M. B, et al. Pólipos vesiculares: características clínicas y anatomopatológicas en pacientes colecistomizados en la Clínica Anglo Americana entre los años 1999-2007. **Rev de Gast del Perú**, v. 31, n. 1, p. 32-37, 2011.

VILA, M.; LLADO, L.; RAMOS, E. Diagnóstico y tratamiento de los pólipos en la vesícula biliar. *Medicina Clínica*, v. 150, n. 12, p. 487-491, 2018.

WAGH, M. S. **Gallbladder polyps**. 2016. Disponível em: <https://www.cancertherapyadvisor.com/gastroenterologyhepatology/gallbladder-polyps/article/596372/>. Acesso em 13 de ago de 2018.

WILES, R. et al. Management and follow-up of gallbladder polyps. **European radiology**, v. 27, n. 9, p. 3856-3866. 2018.