

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE INDIVÍDUOS QUE REALIZARAM COLICISTECTOMIA APÓS INDICAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA NO PERÍODO DE JULHO DE 2008 A JULHO DE 2019 EM UM CENTRO MÉDICO DE PATOLOGIA DIAGNÓSTICA DO SUL DE SANTA CATARINA

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF INDIVIDUALS WHO PERFORMED CHOLECYSTECTOMY AFTER ULTRASONOGRAPHIC INDICATION FROM JULY 2008 TO JULY 2019 IN A MEDICAL CENTER FOR DIAGNOSTIC PATHOLOGY IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA

Eduardo Afonso Tavares (eduardoafonsotavaress@gmail.com)¹, Alessandro Carlos Maggioni (alessandrocmaggioni@unesc.net)¹, Manoel Carlos De Brito Cardoso (neocardoso@hotmail.com)², Emilio Coan Berger (emilioberger@gmail.com)³.

Departamento de Medicina da UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

Criciúma, Santa Catarina, Brasil

Fonte de Financiamento: Própria.

- 1- Acadêmico de Medicina da Universidade do Extremo Sul Catarinense.
- 2- Especialista em Endoscopia pela Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva.
- 3- Especialista em Gastroenterologia e Hepatologia pela Universidade Federal de Santa Maria.

Resumo

Contexto: Pólipos de vesícula biliar (PB) são encontrados, em geral, incidentalmente durante ultrassonografia, na sua grande maioria benignos, contudo, revelam paradigma quanto a decisão de encaminhar ou não o paciente para colecistectomia pelo risco subjacente de representarem neoplasia.

Objetivos: Entender o perfil epidemiológico de pacientes submetidos a colecistectomia após indicação ultrassonográfica de presença de pólipo em vesícula biliar, analisar tamanho dos pólipos, observar a presença de pólipo solitário ou múltiplo, estudar idade dos pacientes, analisar tipos histológicos presentes e sua relação com os fatores de risco para malignidade tais como idade do paciente, tamanho do pólipo, e a singularidade ou multiplicidade das lesões.

Enquadramento Metodológico: Estudo observacional retrospectivo com coleta censitária de dados secundários e abordagem quantitativa do histopatológico de 161 colecistectomias indicadas por imagem ultrassonográfica de PB. Os dados são oriundos de um centro médico de patologia diagnóstica localizado no Sul de Santa Catarina e foram coletados ao longo de onze (11) anos. Idade e sexo dos pacientes foram analisados junto aos histopatológicos das vesículas com cruzamento estatístico dessas variáveis. Variáveis qualitativas foram expressas por frequência e porcentagem. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão e, mediana com mínimo e máximo. As análises tem um nível de significância $\alpha = 0,05$, isto é, 95%. A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi investigada por meio de Kolmogorov-Smirinov e Shapiro Wilk. A variância das variáveis quantitativas foi verificada quanto a homogeneidade por teste de Levine. A comparação das médias das quantitativas foi feita por teste t de Student. A associação entre as qualitativas foi investigada por razão de verossimilhança, tendo, nos casos de significância estatística, análise de resíduo.

Resultados: Em pólipos menores de 10 mm houve predomínio de Colesterolose sugerindo associação estatística. Nos maiores de 10 mm não houve predomínio de nenhum tipo histológico estatisticamente. No entanto, dos 4 pólipos malignos, 3 foram maiores de 10 mm e um com 8 mm. Pólipo solitário foi, de forma significativa, associado estatisticamente com tipo histológico Adenoma e múltiplos pólipos foram associados com Colesterolose. A média de idade dos pacientes foi maior nos pacientes com malignidade, mas não sendo significativamente estatística. Não houve diferença quanto a ocorrência de diferentes pólipos em relação a sexo do paciente.

Conclusões: Pólipos grandes, pacientes com idade elevada e pólipos únicos estão associados a malignidade e pólipos menores e múltiplos tem associação com benignidade, principalmente com colesterolose.

Palavras-chave: Vesícula biliar; Pólipos; Neoplasia; Colecistectomia; Colecistite.

Abstract

Context: Gallbladder (GB) polyps are usually found incidentally in an ultrasound and are in their majority benign, yet they reveal paradigm regarding the decision of sending the patient to perform or not cholecystectomy, because of their risk of representing neoplasm.

Objectives: To understand the epidemiological profile of patients who underwent cholecystectomy after ultrasound indication of gallbladder polyp, to analyze polyp size, to observe the presence of solitary or multiple polyp, to study the age of patients, to analyze the present histological types and their relation with the factors of risk for malignancy such as patient age, polyp size, and the uniqueness or multiplicity of lesions.

Methods: Retrospective observational study with census collection of secondary data and quantitative histopathological approach of 161 cholecystectomies indicated by ultrasonographic image (GB). The data come from a diagnostic pathology medical center located in the south of Santa Catarina and were collected over eleven (11) years. Age and gender of the patients were analyzed by histopathological analysis of the vesicles with statistical crossing of these variables. Qualitative variables were expressed by frequency and percentage. Quantitative variables were expressed as mean and standard deviation and median with minimum and maximum. The analyzes have a significance level of $\alpha = 0.05$, ie 95%. The normality of the distribution of quantitative variables was investigated by Kolmogorov-Smirnov and Shapiro Wilk. The variance of quantitative variables was verified for homogeneity by Levine test. Quantitative means were compared by Student's t-test. The association between the qualitative variables was investigated for likelihood reasons and, in cases of statistical significance, residue analysis.

Results: In polyps smaller than 10 mm there was a predominance of Cholesterolosis suggesting a statistical association. In those larger than 10 mm there was no predominance of any histological type statistically. However, of the 4 malignant polyps, 3 were larger than 10 mm and one was 8 mm. Solitary polyp was significantly associated with histological type Adenoma and multiple polyps were associated with Cholesterolosis. The mean age of patients was higher in patients with malignancy, but not significantly statistically. There was no difference regarding the occurrence of different polyps in relation to the patient's gender.

Conclusions: Large polyps, older patients and single polyps are associated with malignancy, and smaller and multiple polyps are associated with benignity, especially cholesterolosis.

Keywords: Gallbladder; Polyps; Neoplasm; Cholecystectomy; Cholecystitis

INTRODUÇÃO

Lesões polipoides da vesícula biliar geralmente são encontradas incidentalmente em exame de ultrassom ou após colecistectomia por outros motivos, como, por exemplo, colelitíase sintomática.

Na grande maioria dos casos são lesões não neoplásicas e estas são benignas tendo seu principal representante pelo acúmulo de lipídeos, colesterose. Mas revelam incógnita quanto a sua natureza, pois podem ser neoplásicos, malignos ou benignos ^{(1),(2)}.

Somente o exame de ultrassonografia não tem especificidade suficiente para descartar a sua malignidade. Por outro lado, a análise de algumas características como, tamanho – maior ou menor de um centímetro –, singularidade ou multiplicidade das lesões, morfologia sésil, a idade do paciente – maior ou menor que 60 anos ⁽³⁾ –, presença de inflamação sistêmica, como obesidade, ou inflamação específica da vesícula e vias biliares pode pesar a favor da suspeita de lesão maligna ⁽⁴⁾.

Em pólipos menores de um centímetro, pode-se recomendar conduta expectante, com acompanhamento por imagem trimestral ou semestralmente. Pois, a lesão adenomatosa de vesícula biliar apresenta progressão adenocarcinomatosa ^{(1),(5)}.

De qualquer maneira, os próprios processos não malignos que simulem pólipos podem levar a sintomatologia semelhante a litíase biliar justificando a retirada cirúrgica do órgão.

A colecistectomia pode apresentar complicações tais como injúria as vias biliares, ao intestino, sangramentos, que mesmo consideradas raras podem ser graves, justificando portanto, mesmo com o potencial maligno de pólipos biliar ao ultrassom conduta expectante ^{(6),(7)}.

Objetiva-se com esse trabalho, portanto, contribuir para com conhecimentos a respeito da epidemiologia dessa patologia. Estudar-se-á os indicativos de presença ou não de malignidade, sejam tamanho elevado das lesões, lesão singular ou múltipla, idade do paciente. Verificar-se-á também se há diferença na ocorrência de malignidade entre sexo masculino ou feminino.

REVISÃO DE LITERATURA

Pólipos biliares são projeções na mucosa da vesícula biliar, geralmente de diagnóstico incidental por exame ultrassonográfico e variando muito quanto ao seu real significado, podendo ser associado a malignidade. Felizmente, a maioria é formada de colesterol – pólipos de colesterose – e que não representa grande perigo. A melhora nas técnicas de ultrassonografia vem aumentando o seu diagnóstico e por conseguinte os pólipos estão se tornando um dilema frequente para os profissionais que os manejam ^{(1),(8)}.

Pólipos podem ser classificados segundo proposto em 1992 por Yang quanto ao seu tipo histológico, primariamente entre benignos – tumores verdadeiros e pseudotumores – e em malignos. Dentro dos tumores benignos verdadeiros existem os adenomas e leiomiomas. Já os

pseudotumores exibem maior variedade sendo classificados em pólipos de colesterol ou pólipos inflamatórios, hiperplasia adenomatosa ou adenomiomatosa, miscelânea – linfadenite crônica, hematoma de parede de vesícula biliar, hiperplasia cicatricial, colecistite crônica, ou granuloma que pode ser de colesterol ou inflamatório –. Os Malignos são subdivididos entre adenoma, adenocarcinoma ou carcinoma de células claras metastático. Os adenomas, e adenocarcinomas também podem ser diferenciados quanto a presença de papilas ou não – papilíferos e não papilíferos –. Ainda, adenocarcinoma classifica-se quanto a sua diferenciação celular ⁽²⁾.

Pólipos de colesterolose: caracteriza-se por acúmulo de lipídios na mucosa da vesícula biliar. É relativamente comum, encontrada de 9% a 26% em estudos cirúrgicos. Ocorre hiperplasia de vilosidade associada a essa deposição de lipídios dentro de macrófagos. Na forma concentrada em um pólipo se dá o nome Colesterolose, sendo o achado patológico da forma difusa pela vesícula denomina-se vesícula em morango. Há conflito na literatura quanto diferença na sua prevalência entre homens e mulheres. Estes pólipos podem sofrer rompimento levando a sintomas de litíase biliar e suas complicações, como pancreatite e icterícia por obstrução ⁽⁹⁾.

Adenomiomatose: esses pólipos se caracterizam pela proliferação benigna do epitélio e células musculares que revestem a vesícula biliar, ocasionando na formação de pólipos de diferentes formatos na parede da vesícula biliar. Sua capacidade de progressão para câncer ainda é desconhecida ⁽⁹⁾.

Pólipos inflamatórios: pólipos inflamatórios são os menos comuns dos pólipos não neoplásicos. No exame ultrassonográfico podem aparecer tanto como uma estrutura sésil como em uma pediculada, e são compostos por tecido de tecido fibrótico e de granulação, junto a linfócitos e células do plasma. Seu tamanho varia normalmente entre 0,5 a 10 mm ⁽¹⁰⁾.

Adenomas de vesícula biliar: são os tumores benignos de vesícula mais comuns, no entanto continuam a ser raros. Sua verdadeira incidência ainda é desconhecida, porém várias series de estudo indicam que essa porcentagem é de menos que 0,5% ⁽¹⁰⁾.

A frequência de progressão dos adenomas para carcinoma ainda é desconhecida. Porém sabe-se que o risco de malignidade é diretamente proporcional ao tamanho do pólipo ⁽³⁾.

Miscelânea: pólipos benignos raros, como fibromas, lipomas e leiomiomas cujo potencial maligno não se conhece bem mas considera-se semelhante a de seus pares histológicos encontrados em outros locais do trato gastrointestinal ⁽¹⁰⁾.

O principal fator preditivo de malignidade é o tamanho do pólipo, sendo que pólipos acima de 6mm já são considerados fator de risco. Outros fatores de risco associados são também: idade maior que 60 anos, pólipos solitários e pólipos sintomáticos ⁽¹¹⁾.

O diagnóstico destas lesões não é possível basear-se completamente em exames de imagem – nos quais não se determina histologia. Avaliações podem ser feitas ao ultrassom, a tomografia computadorizada e ao ultrassom endoscópico provendo informações que direcionam para um ou outro diagnóstico quanto a presença de malignidade ⁽¹²⁾.

Manejo das lesões polipoides de vesícula biliar:

O manejo definitivo dos pólipos biliares ou de colesterose é colecistectomia que deve ser considerada em pacientes sintomáticos ou para prevenir transformação maligna. Não é claro se existe benefício em não realizar colecistectomia frente a conduta expectante ⁽¹³⁾. Sendo assim, a colecistectomia é indicada em casos de: pólipos sintomáticos, pólipos maiores do que 10 mm, rápido crescimento do pólipo, pólipos sesséis ou com base ampla, pólipos com pedículos longos, pacientes com mais de 50 anos, pólipos no infundíbulo da vesícula, e pólipos presentes em vesículas biliares com estrutura anatômica anormal ⁽¹⁴⁾.

Pólipos associados a litíase biliar: em pacientes que apresentam sintomas deve ser realizada a colecistectomia, porém não existem evidências suficientes que recomendem indicar colecistectomia somente devido a coexistência dos dois achados ⁽¹⁵⁾.

Pólipos associados a colangite esclerosante primária: existe uma frequência muito alta da presença de adenocarcinoma nos pólipos encontrados nesses pacientes. Recomendando-se screening e seguimento ultrassonográfico seriado, para a detecção precoce de pólipos e recomendação de colecistectomia para pólipos maiores que 8mm ⁽¹⁵⁾.

Pacientes sintomáticos: colecistectomia é recomendada para pacientes com sintomas tais como cólica biliar e pancreatite, visto que a retirada da vesícula tem benefício na sintomatologia desses pacientes ⁽¹⁴⁾.

Lesões maiores do que 20 mm: geralmente são malignas e recomenda-se a ressecção. Aplicam-se o mesmo limiar de contra-indicações de outras cirurgias oncológicas ⁽¹⁶⁾.

Lesões entre 10 e 20 mm: devem ser consideradas como possivelmente malignas e por tanto recomenda-se a colecistectomia ^{(6), (8)}.

Pólipos menores de 10 mm merecerão colecistectomia a depender de outras características do pólipo e do paciente ⁽⁸⁾, enquanto que em menores de 5mm, geralmente benignas - muito frequentemente colesterose – não se recomendada a colecistectomia, podendo-se optar por seguimento anual ⁽¹⁷⁾.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional do tipo série de casos, retrospectivo, com coleta de dados secundários e abordagem quantitativa do laudo histopatológico de cento e sessenta e uma (161) colecistectomias indicadas por imagem ultrassonográfica de pólipo biliar. Os dados são provenientes de um centro médico de patologia diagnóstica do Sul de Santa Catarina e transcorreram no período de julho de 2008 a julho de 2019. Informações como idade e sexo dos pacientes foram analisadas junto a dados da vesícula, propriamente dita – colecistite crônica, tipo histológico, tamanho e quantidade de pólipos – e feito cruzamento estatístico dessas variáveis. O trabalho foi iniciado após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob o protocolo n° 3.481.480.

Os dados coletados foram organizados e analisados com auxílio do software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0. As variáveis qualitativas foram expressas por meio de frequência e porcentagem. As variáveis quantitativas foram expressas por meio de média e desvio padrão e, mediana com mínimo e máximo.

As análises estatísticas inferenciais foram realizadas com um nível de significância $\alpha = 0,05$, isto é, 95%. A normalidade da distribuição das variáveis quantitativas foi investigada por meio dos testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. A variância das variáveis quantitativas foi verificada quanto a homogeneidade por meio do teste de Levene.

A comparação da média das variáveis quantitativas foi realizada por meio do teste t de Student. A associação entre as variáveis qualitativas foi investigada por meio da aplicação do teste de razão de verossimilhança, com posterior análise de resíduo nos casos que apresentaram significância estatística.

RESULTADOS

A média de idade da população foi de $44,79 \pm 13,57$ anos. Sendo 114 (70,8%) indivíduos do sexo feminino e 47 (29,2%) indivíduos do sexo masculino. Os tipos histológicos mais encontrados em ordem decrescente foram Colesterolose (81,1%), Miscelânea (8,5%), Adenoma (3,8%), Adenomioma (2,8%), Neoplasia Papilar (2,8%) e Adenocarcinoma (0,9%). Em cinquenta e cinco (55) das vesículas analisadas havia somente um pólip. Mais de um pólip foi evidenciado em cinquenta e uma peças (51). Neste estudo observou-se ausência de pólipos em cinquenta e cinco (55) amostras. O tamanho dos pólipos ficou 4,5 mm na média tendo variação entre 1 mm no menor deles e 65 mm no maior deles. Quanto a natureza dos tipos histológicos analisados, houve 96,2% de benignos e 3,8% de malignos (Tabela 1).

Os resultados a seguir descritos referem-se à segunda coluna da Tabela 2 (tipos Histológicos) onde optou-se por excluir o grupo Outros. Das cento e sessenta e uma (161) vesículas analisadas somente cento e seis (106) confirmaram o resultado ultrassonográfico e apresentaram pólip. Enquanto outras cinquenta e cinco (55) vesículas apresentam diversos outros achados – colecistite aguda, calculose, colecistite crônica isoladamente – e foram classificadas no grupo Outros na tabela de Tipo Histológico (Tabela 2).

O tipo histológico mais prevalente foi Colesterolose, sendo esse encontrado em 81,1% das amostras, seguido pelo tipo histológico miscelânea – pólipos por hiperplasia cicatricial, linfadenite crônica, hematomas de parede de vesícula biliar ou inflamatórios – encontrados em 8,5% dos indivíduos. O tipo histológico Adenoma foi encontrado em 3,8%, enquanto Adenomioma foi encontrado em 2,8%. Neoplasia papilar foi encontrada em 2,8% dos indivíduos e Adenocarcinoma em 0,9% (Tabela 2).

Das cento e seis vesículas onde foram encontrados pólipos somente em trinta e seis (36) efetuou-se medida do diâmetro dos mesmos. No tipo histológico Colesterolose encontra-se

a quase totalidade da ausência das medidas – somente vinte e três (23) dos oitenta e seis (86) foram medidos.

Dos pólipos medidos (36), vinte e seis (26) apresentaram menos de 10 mm e dez (10) deles apresentaram 10 mm ou mais. Entre os menores de 10 mm o tipo histológico Colesterolose representou 60,7% (17) das amostras, sugerindo associação entre as duas variáveis (Tabela 3).

Todos os quatro (4) Adenomas e três (3) Miscelânea foram menores que 10 mm representando, respectivamente, 14,3% e 10,7% deste grupo. Dos Adenomiomas (2), um (1) foi menor do que 10 mm e um (1) maior (Tabela 3).

Em relação ao número de pólipos encontrados em uma única vesícula biliar, cinquenta e cinco (55) indivíduos apresentaram pólipo único, enquanto os outros cinquenta e um (51) indivíduos apresentaram mais de um pólipo. Colesterolose apresentou 92,16% dos cinquenta e um (51) pólipos múltiplos – significativamente estatístico. Dos pólipos Adenoma, todos os quatro (4) foram pólipos únicos (Tabela 4).

Dos quatro (4) malignos, três (75%) estiveram acima de 10 mm e eram únicos. O menor deles apresentou 8 mm, sendo do tipo Neoplasia Papilar que era também múltiplo (mais de um).

Os pacientes que apresentavam natureza Benigna (102) tinham idade em anos de $45,48 \pm 12,66$ (média \pm desvio padrão), enquanto que os de natureza Maligna (4) tinham idade de $48,25 \pm 9,47$ (média \pm desvio padrão) (Tabela 5).

Dos pacientes que apresentavam pólipos (106), vinte e nove (29) eram homens e setenta e sete (77) eram mulheres. Nos masculinos, Colesterolose foi responsável por 89,7%. Das amostras, 6,9% apresentaram Neoplasia Papilar e 3,4%, Adenomioma. Os demais tipos histológicos (adenoma, miscelânea e adenocarcinoma) não tiveram representação. Nos femininos, Colesterolose representou 77,9%. Os tipos histológicos Adenoma, Adenomioma, Miscelânea, Adenocarcinoma e Neoplasia Papilar representaram, respectivamente, 5,2%, 2,6%, 11,7%, 1,3% e 1,3% das amostras (Tabela 6).

DISCUSSÃO

Os pólipos biliares na sua maioria são benignos – em nosso estudo 93,2% –, sendo que o principal deles, Colesterolose correspondeu a 81,1% das amostras sendo compatível com observado na literatura ^{(1), (2), (8)}. Em nossos pacientes houve quatro (4) malignidades, sendo que diferentemente do esperado não se encontrou predominância de Adenocarcinoma, que representou 25% das amostras, somente. A neoplasia papilar foi a mais encontrada correspondendo a 75% dos tipos histológicos malignos, a despeito do que se esperaria encontrar, já que é um tipo incomum de neoplasia biliar ⁽¹⁸⁾.

O ultrassom indicou a colecistectomia por pólipo biliar em cinquenta e cinco (55) indivíduos que não possuíam realmente pólipo biliar em nosso estudo, correspondendo a 34% das amostras totais, não sendo inesperado uma vez que este método de diagnóstico apresenta altas

taxas de falso-positivo ^{(12), (19)}. No entanto revisão Cochrane mostra especificidade e sensibilidade de respectivamente 0,96 e 0,84 na detecção de pólipos biliares, consideradas altas e sugerindo altas taxas de erro nas indicações de colecistectomia de nossa amostra ⁽¹³⁾. É prudente informar ao paciente e familiares sobre a alta possibilidade de falsos-positivos, de todo modo, inerente aos métodos diagnósticos atualmente disponíveis ⁽¹⁾. O uso de tomografia computadorizada antes de decidir pela colecistectomia pode ajudar a afastar a possibilidade de lesão maligna, tendo sido observado que lesões que tem tamanho diminuído neste exame em relação a ultrassonografia geralmente são pólipos de Colesterolose ⁽¹²⁾. Finalmente, nosso estudo encontra com a indicação ultrassonográfica de pólipo biliar resultando em colecistectomia, mas não se sabe as exatas informações encontradas no ultrassom e se essas indicações seriam prudentes, de acordo com tamanho elevado do pólipo, pólipo solitário, idade avançada, ou algum outro fator de risco.

A singularidade das lesões, pode indicar um maior risco deste pólipo representar câncer de vesicular biliar ⁽³⁾, não sendo consenso ⁽²⁰⁾. Em nosso estudo 92,2% dos pólipos caracterizados como múltiplos tiveram como origem histológica pólipos de colesterolose, deixando evidente a relação entre as duas variáveis. E pólipos Adenoma foram em sua totalidade únicos, representando 7,3% dos pólipos únicos analisados no estudo.

Existe um aumento progressivo nas chances de malignidade quanto maior for o pólipo ⁽²¹⁾, existindo divergência no tamanho a ser considerado como ponto de corte para determinar uma conduta, por vezes recomendando-se considerar colecistectomia já para pólipos entre 3-10 mm ⁽¹⁾ ou somente a partir de 10 mm ⁽⁸⁾. Em nosso estudo não houve um valor estatisticamente significativo na relação entre pólipos maiores do que 10 mm e o aumento de achados histológicos malignos nos mesmos. No entanto, dos pólipos malignos encontrados em nosso estudo, 75% tinham tamanho acima de 10 mm, sendo que o único não tendo alcançado esta dimensão teve 8 mm. Portanto, é de bom tom ponderar, entre outros fatores, na suspeita de malignidade biliar, sobre o tamanho do pólipo, não sendo esta medida, de forma isolada, um ótimo indicador para colecistectomia ⁽¹⁸⁾.

Há consenso sobre o aumento de idade correlacionar-se com achados malignos ⁽²²⁾, sendo discutido o ponto de corte – 50 ou 60 anos – onde se torna mais significativo o aumento de lesões polipoides malignas de vesícula biliar ^{(3), (6)}. Observou-se em nossos dados que dos 106 pólipos analisados, 4 apresentavam origem maligna, sendo a média de idade dos pacientes com diagnóstico de malignidade de $48,25 \pm 9,47$ anos, e dos que apresentavam benignidade no diagnóstico (102), média de idade ficava em $45,48 \pm 12,66$ anos. Sendo assim, mesmo que observado que pacientes com diagnóstico histológico de malignidade apresentem uma maior idade em relação aos que apresentam um resultado histológico benigno, a diferença da média de idade no acometimento não é estatisticamente significativa, sobretudo em razão do pequeno número de lesões malignas encontradas (Tabela 5).

Diferentemente de um de seus principais diagnósticos diferenciais não há na

literatura dados que fomentem a correlação entre sexo masculino ou feminino a ocorrência de pólipos biliares ⁽²³⁾, como ocorre com cálculos biliares ⁽²⁴⁾. Em nosso estudo, todavia, o tipo histológico miscelânea apresentou associação com o sexo feminino de significância estatística, não tendo sido encontrado relato do achado na literatura (Tabela 6).

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em nosso estudo, a colecistectomia a partir de pólipo com 8 mm eliminaria todos os pólipos malignos. Junto ao tamanho e quantidade de lesões encontradas ao ultrassom, cabe ponderar sobre a idade do paciente e presença de comorbidades, como colecistite crônica, que estaria implicando em risco maior de malignidade. Lesões múltiplas e de tamanho menor estariam mais associadas com benignidade, sendo mais comum este padrão no tipo histológico Colesterolose. Cabe lembrar sobre a necessidade de estudo de outras abordagens de métodos de imagens, que apresentam cada vez mais evidências, como a tomografia computadorizada, evitando por vezes abordagens cirúrgicas desnecessárias. Em nosso estudo observou-se ocorrência aumentada de neoplasia papilar de vesícula biliar, podendo representar variação aleatória ou especificamente da população estudada, necessitando de mais estudos com melhor delineamento obter uma para conclusão sólida a este respeito.

REFERÊNCIAS

1. Chou S-C, Chen S-C, Shyr Y-M, Wang S-E. Polypoid lesions of the gallbladder: analysis of 1204 patients with long-term follow-up. *Surg Endosc.* julho de 2017;31(7):2776–82.
2. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg.* março de 1992;79(3):227–9.
3. Terzioglu SG, Kilic MO, Sapmaz A, Karaca AS. Predictive factors of neoplastic gallbladder polyps: Outcomes of 278 patients. *Turk J Gastroenterol.* maio de 2017;28(3):202–6.
4. Strom BL, Soloway RD, Rios-Dalenz JL, Rodriguez-Martinez HA, West SL, Kinman JL, et al. Risk factors for gallbladder cancer. An international collaborative case-control study. *Cancer.* 15 de novembro de 1995;76(10):1747–56.
5. Lee SH, Lee DS, You IY, Jeon WJ, Park SM, Youn SJ, et al. [Histopathologic analysis of adenoma and adenoma-related lesions of the gallbladder]. *Korean J Gastroenterol.* fevereiro de 2010;55(2):119–26.
6. Sarkut P, Kilicturgay S, Ozer A, Ozturk E, Yilmazlar T. Gallbladder polyps: factors affecting surgical decision. *World J Gastroenterol.* 28 de julho de 2013;19(28):4526–30.
7. Kim SS, Donahue TR. Laparoscopic Cholecystectomy. *JAMA.* 1º de maio de 2018;319(17):1834–1834.
8. Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps : Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur Radiol.* setembro de 2017;27(9):3856–66.
9. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. *Medicina Interna de Harrison.* 18ª. Porto Alegre: AMGH; 2013.
10. Shinkai H, Kimura W, Muto T. Surgical indications for small polypoid lesions of the gallbladder. *The American Journal of Surgery.* 1º de fevereiro de 1998;175(2):114–7.
11. Elmasry M, Lindop D, Dunne DFJ, Malik H, Poston GJ, Fenwick SW. The risk of malignancy in ultrasound detected gallbladder polyps: A systematic review. *Int J Surg.* setembro de 2016;33 Pt A:28–35.
12. Choi J-H, Yun J-W, Kim Y-S, Lee E-A, Hwang S-T, Cho Y-K, et al. Pre-operative predictive factors for gallbladder cholesterol polyps using conventional diagnostic imaging. *World J Gastroenterol.* 28 de novembro de 2008;14(44):6831–4.
13. Wennmacker S, Lamberts M, Di Martino M, Drenth J, Gurusamy K, van Laarhoven C. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 2018;(8). Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012233.pub2>
14. Matos ASB de, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Pólipos da vesícula biliar. Como e quando tratar? *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2010;56:318–21.

15. McCain RS, Diamond A, Jones C, Coleman HG. Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. *World J Gastroenterol*. 14 de julho de 2018;24(26):2844–52.
16. Martin E, Gill R, Debru E. Diagnostic accuracy of transabdominal ultrasonography for gallbladder polyps: systematic review. *Can J Surg*. junho de 2018;61(3):200–7.
17. Pedersen MRV, Dam C, Rafaelsen SR. Ultrasound follow-up for gallbladder polyps less than 6 mm may not be necessary. *Dan Med J*. outubro de 2012;59(10):A4503.
18. Wennmacker SZ, van Dijk AH, Raessens JHJ, van Laarhoven CJHM, Drenth JPH, de Reuver PR, et al. Polyp size of 1 cm is insufficient to discriminate neoplastic and non-neoplastic gallbladder polyps. *Surg Endosc*. maio de 2019;33(5):1564–71.
19. Li Y, Tejirian T, Collins JC. Gallbladder Polyps: Real or Imagined? *Am Surg*. 1º de outubro de 2018;84(10):1670–4.
20. Park JY, Hong SP, Kim YJ, Kim HJ, Kim HM, Cho JH, et al. Long-term follow up of gallbladder polyps. *J Gastroenterol Hepatol*. fevereiro de 2009;24(2):219–22.
21. Kwon W, Jang J-Y, Lee SE, Hwang DW, Kim S-W. Clinicopathologic features of polypoid lesions of the gallbladder and risk factors of gallbladder cancer. *J Korean Med Sci*. junho de 2009;24(3):481–7.
22. Heitz L, Kratzer W, Gräter T, Schmidberger J, Adler G, Armsen A, et al. Gallbladder polyps – a follow-up study after 11 years. *BMC Gastroenterology*. 18 de março de 2019;19(1):42.
23. Nishimura A, Shirai Y, Hatakeyama K. Segmental adenomyomatosis of the gallbladder predisposes to cholecystolithiasis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2004;11(5):342–7.
24. Torres OJM, Barbosa ÉS, Pantoja PB, Diniz MCS, Silva JRS da, Czeczko NG. Prevalência ultra-sonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 2005;32:47–9.

TABELAS

Tabela 1. Perfil epidemiológico dos pacientes com pólipos de vesícula biliar.

	Média ± Desvio padrão, n (%), Mediana (Mín. – Máx. [†])
	n = 161
Idade do paciente (anos)	44,79 ± 13,57
Sexo	
Feminino	114 (70,8)
Masculino	47 (29,2)
Quantidade de pólipos	
Único	55 (34,2)
Mais de um	51 (32,9)
Sem pólipos	55 (32,9)
Tamanho dos pólipos (mm)	4,5 (1,0 – 65,0)
Natureza do pólipos	
Benigno	102 (96,2)
Maligno	4 (3,8)

[†]Mín.: Mínimo; Máx.: Máximo;

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 2. Tipos histológicos de Pólipos de Vesícula Biliar.

	n (%)	n (%)
	n = 161	n = 106
Tipo histológico	Total	Sem Outros
Colesterolose	86 (53,4)	86 (81,1)
Miscelânea	9 (5,6)	9 (8,5)
Adenoma	4 (2,5)	4 (3,8)
Adenomioma	3 (1,9)	3 (2,8)
Neoplasia papilar	3 (1,9)	3 (2,8)
Adenocarcinoma	1 (0,6)	1 (0,9)
Outros [†]	55 (34,2)	-

[†]Outros: Análise histopatológica evidenciando cálculo biliar ou colecistite (aguda ou crônica).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 3. Tamanho dos Pólipos de Vesícula Biliar.

	Tamanho do Pólipo		Valor-p [†]
	< 1 cm n = 26	≥ 1 cm n = 10	
Pólipos			
Colesterolose	17 (60,7)	6 (60,0)	0,095
Adenoma	4 (14,3)	0 (0,0)	
Miscelânea	3 (10,7)	0 (0,0)	
Adenomioma	1 (3,6)	1 (10,0)	
Neoplasia papilar	1 (3,6)	2 (20,0)	
Adenocarcinoma	0 (0,0)	1 (10,0)	

[†]Valor obtido por meio da aplicação do teste de razão de verossimilhança.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 4. Quantidade de Pólipos presentes na Vesícula Biliar.

	Quantidade de Pólipos		Valor-p [†]
	Único n = 28	Mais de um n = 10	
Pólipos			
Colesterolose	39 (70,9)	47 (92,2) ^b	0,049
Adenomioma	2 (3,6)	1 (2,0)	
Adenoma	4 (7,3) ^b	0 (0,0)	
Miscelânea	7 (12,7)	2 (3,9)	
Adenocarcinoma	1 (1,8)	0 (0,0)	
Neoplasia papilar	2 (3,6)	1 (2,0)	

[†]Valor obtido por meio da aplicação do teste de razão de verossimilhança.

^bValores estatisticamente significativos obtidos por meio da análise de resíduo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 5. Idade dos pacientes com Pólipos de natureza Benigna e Maligna.

	n	Idade em anos*	Valor - p [†]
Natureza			
Benigno	102	45,48 ± 12,66	0,667
Maligno	4	48,25 ± 9,47	

*Variável representada por meio de média e desvio padrão;

[†]Valor obtido após a aplicação do teste t de Student;

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 6. Sexo biológico dos pacientes e Tipo Histológico de Pólipo Biliar.

	Sexo, n (%)		Valor - p [†]
	Masculino n = 29	Feminino n = 77	
Tipo de pólipos			
Colesterolose	26 (89,7)	60 (77,9)	0,045
Adenoma	0 (0,0)	4 (5,2)	
Adenomioma	1 (3,4)	2 (2,6)	
Miscelânea	0 (0,0)	9 (11,7) ^b	
Adenocarcinoma	0 (0,0)	1 (1,3)	
Neoplasia papilar	2 (6,9)	1 (1,3)	

[†]Valor obtido por meio da aplicação do teste de razão de verossimilhança.

^bValores estatisticamente significativos obtidos por meio da análise de resíduo.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.