



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/664 - Pólipo vesical. Diagnóstico y manejo

M. Peiró-Camaró Adán^a, C. Clemente Callejo^a, L. Matus^a, P. Matías Soler^b, M.C. Yáñez Palma^b, M.L. Mateos Sánchez^c, R. Perales Muñoz^b, A. Estrada Suela^a, D. Redondo^a y J.L. Lechuga Martos^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Águilas. Unidad Docente Centro. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eloy Gonzalo. Madrid. Zona Centro. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Unidad Docente Centro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Se trata de una paciente de 53 años de edad que consulta por dolor abdominal de dos días de evolución relacionándolo con gases. Refiere dolor constante que no relaciona con las comidas, encontrándose algo mejor incorporada que en decúbito supino. Ha tomado Aerored sin mejoría. Última deposición el día previo a la consulta de características normales. No fiebre ni sensación distérmica. Refiere incremento del dolor al andar y al toser (ya que se encuentra con un proceso catarral de vías altas a la vez. A la exploración destaca: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. RHA disminuidos. Blumberg negativo. Murphy positivo. Antecedentes de la paciente: antecedentes familiares: sin interés clínico. Antecedentes personales: no RAM. Safenectomía interna pierna izquierda. Antecedentes gineco-obstétricos: nuligesta; mastitis no puerperal, adenosis esclerosante de mama derecha 03/2015.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración destaca: abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio. RHA disminuidos. Blumberg negativo. Murphy positivo. eco: El hígado presenta un lóbulo de Riedel sin otras alteraciones. No hay esplenomegalia ni ascitis. Vesícula biliar que alberga numerosos pólipos de escasos milímetros en sus paredes sin evidencia de imágenes de litiasis ni de signos inflamatorios. No se ven colecciones perivesiculares ni líquido libre en la zona. Vías biliares intra y extrahepáticas de calibre normal. Partes vistas del páncreas de aspecto ecográfico normal. abundante contenido en cámara gástrica.

Juicio clínico: Pólipos en vesícula biliar.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda. Úlcera perforada. Masas hepáticas complicadas. Colecistitis. Colangitis, coledocolitiasis, cólico biliar. Pólipo vesical.

Comentario final: No todos los dolores en hipocondrio derecho son colecistitis y su tratamiento es quirúrgico. En muchos casos hay que ir más allá. En el caso que contempla nuestra paciente, se trata de un tema más complejo pues no siempre dan clínica y son subsidiarios de intervención o en algunos casos dan clínica una vez en la vida y se resuelve de manera espontánea sin tener que intervenir de ningún modo. En estos casos lo que dicen la mayoría de estudios revisados es que lo

que hay que hacer es tener en cuenta el tamaño del pólipo (principal factor de riesgo para malignizarse), la comorbilidad del paciente así como la clínica y la frecuencia con que la presenta y entonces valorar el riesgo-beneficio de la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mainprize K, Gould S, Gilbert J. Surgical management of polypoid lesions of the gallbladder. *Br J Surg.* 2000;87:414-7.
2. Lee K, Wong J, Li J, et al. Polypoid lesions of the gallbladder. *Am J Surg.* 2004;188:186-90.
3. Larrachea H, Escalona A, et al. Polipo vesicular. *Rev Chilena de Cirugía.* 2003;55:171-3.
4. Harbison J, Reynolds JV, Sheahan K, et al. Evidence for the polyp-cancer sequence in gallbladder cancer. *Ir Med J.* 1997;90:98.
5. Goldin RD, Roa JC. Gallbladder cancer: a morphological and molecular update. *Histopathology.* 2009;55:218-29.