

## Propuesta para el seguimiento de pacientes con adenoma de vesícula biliar en la comunidad

Instituto Superior de Ciencias Médicas Santiago de Cuba. Hospital Provincial Saturnino Lora

Dr. Erian Jesús Domínguez González

E-mail: mildred@sierra.scu.sld.cu

### RESUMEN

Los adenomas vesiculares son tumoraciones benignas poco frecuente, sobre los cuales se han planteado controversias en cuanto a su manejo. El diagnóstico ultrasonográfico generalmente es erróneo y el paciente se opera con un diagnóstico equivocado. Se propuso como objetivo, diseñar una estrategia a seguir con los pacientes portadores de Adenoma de Vesícula Biliar para ser manejados en la Atención Primaria de Salud. Para lo mismo, se realizó el diseño de una estrategia para ser llevada a cabo a nivel de la Atención Primaria de Salud por los médicos de familia, en estrecho vínculo con la atención secundaria. Esta cuenta de tres etapas: El diagnóstico donde se evidencia la necesidad del estudio, la propuesta en sí, donde se expone con detalles el contenido de la misma, y una tercera fase que es la aplicación donde aun por el número de pacientes y las características de la propuesta no se ha realizado con datos descriptivos. Se concluye con que la propuesta resulta asequible a la atención primaria, fácil de aplicar lo que mejorará considerablemente la salud de estos pacientes.

**Palabras clave:** Adenoma, vesícula biliar, atención primaria de salud

### INTRODUCCIÓN

Existe una controversia sobre la evolución de adenoma a carcinoma en la vesícula biliar. Las posibilidades de que un pólipo vesicular sea canceroso aumentan en pacientes de más de 50 años de edad, si hay litiasis biliar asociada y, sobre todo, en lesiones superiores a los 10 mm de tamaño, circunstancia en la cual hay acuerdo en indicar la colecistectomía (1).

Nos enfrentamos al problema de que el diagnóstico imagenológico de adenoma de vesícula biliar es poco certero y en gran cantidad de oportunidades se ha comprobado que no coincide con el diagnóstico de la biopsia. Pensamos que un seguimiento más prolongado de los mismos posibilitaría un diagnóstico más preciso con una preparación idónea de estos pacientes a la hora de someterse a la intervención quirúrgica. De ahí entonces motivados por esta problemática, nos proponemos diseñar esta estrategia para poder seguir a estos pacientes en la propia comunidad, sin necesidad de acudir a la atención secundaria, solo cuando se tenga el diagnóstico certero y el paciente esté en las condiciones ideales.

Objetivo: Diseñar una estrategia a seguir con los pacientes portadores de Adenoma de Vesícula Biliar para ser manejados en la Atención Primaria de Salud.

### MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un diseño de una propuesta de intervención para los pacientes que son portadores de adenoma de vesícula biliar, se propone una estrategia para que los mismos tengan seguimiento en la comunidad.

El estudio presenta tres fases:

Fase 1: Diagnóstico: El mismo tiene su origen en un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes operados por el diagnóstico de adenoma de vesícula biliar en el Servicio de Cirugía General del Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba durante el período comprendido entre el 1 de enero del 2002 al 15 de marzo del 2008. El universo de estudio quedó constituido por 36 pacientes portadores de

adenomas de vesícula biliar diagnosticados por ultrasonografía, intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio, a los cuales se les realizó colecistectomía mediante la vía endoscópica.

Se analizaron a conveniencia algunas variables como: Cuadro clínico, características imagenológicas, hallazgos histopatológicos y coincidencia entre diagnóstico imagenológico e histopatológico. Las mismas brindan resultados que permiten inferir conclusiones necesarias a la hora de realizar el diseño. Se calculó asociación significativa entre las variables de interés (coincidencia histopatológica y tamaño del adenoma) mediante el test de probabilidades exactas de Fisher-Irving, considerando un nivel de significación de  $p= 0.0001$ .

Fase 2. Propuesta: Se procede luego a diseñar la propuesta, donde se especifica cada paso a seguir con los pacientes diagnosticados previamente, vale señalar que aunque no se muestra, existe un flujograma que esquematiza esta propuesta.

Fase 3. Aplicación: Debido a que es muy difícil concentrar a un número grande de pacientes para que resulte más significativa la propuesta en un área específica, la verificación de esta resulta muy difícil, por lo que en su compensación se ha diseñado de forma asequible y muy fácil de llevar a cabo en todas las comunidades, pues cuenta con los recursos básicos presentes en todas las áreas del país, además de una base científica actualizada y discutida que permite un conocimiento integral de esta patología, para que el diseño resulte eficaz y seguro. Se mostró los resultados obtenidos con los pacientes de esta área.

## RESULTADOS

Fase 1: Diagnóstico: De forma general encontramos un cuadro clínico muy variado en la mayoría de los pacientes. Uno de los datos más importantes es el relacionado con las características imagenológicas. La vesícula mediana predominó en un número de 27, siendo el adenoma menor a 10 mm el más frecuente en el 86,1% de los casos, generalmente este estuvo ubicado a nivel de la pared anterior. Entre otros hallazgos tenemos que se visualizó imágenes de litiasis en solo 4 casos.

Resultó significativo que el diagnóstico histológico de estos pacientes fue en 15 casos una colecistitis crónica litiasica par un 41,8% del total y en contraste solo existieron 7 adenomas par un 19,4%. Por otra parte los adenomas que se tenían antes del diagnóstico histológico de pequeño tamaño, menor de 6 cm, siempre fueron confundidos, no sucedió así con los más grandes, aquellos que sobrepasaron los 10mm fueron diagnosticados correctamente en su gran mayoría y algunos entre 7 y 9 mm. Uno de nuestros principales resultados sería entonces que no existió relación significativa, al aplicar esta variante del Chi cuadrado, demostrando en este test de probabilidades ( $p= 0.0001$ ) que los adenomas menores de 10 mm no coinciden en un alto número, sin embargo no sucede esto en los mayores a 10 mm. Dato esto que nos facilita enormemente nuestro diseño.

Los resultados alcanzados precisan que el diagnóstico es confundido casi siempre, y se opera algo que no es en realidad. Es lógico pensar que esta divergencia diagnóstica también explicaría la variedad sintomatológica, pues como explicábamos anteriormente un adenoma generalmente no causa un cuadro clínico florido, que sí se le adjudica a una litiasis vesicular. Podemos analizar entonces que según estos resultados, la certeza diagnóstica del ultrasonido para el adenoma vesicular resulta pobre, por lo que estos resultados justifican en gran medida la necesidad de diseñar un seguimiento para estos pacientes.

## DISCUSIÓN

Los datos y publicaciones referentes a estudios de los adenomas vesiculares son escasos, y sobre todos aquellos implicados en los parámetros médicos que generalicen todas las características médicas de esta patología, incluyendo por tanto la clínica, la cirugía, la ultrasonografía y la histopatología. (2).

En cuanto a las características del cuadro clínico, tampoco nuestros resultados cosa concuerdan con la mayoría de los trabajos publicados que plantean que el cuadro clínico de un adenoma es escaso y solapado (2).

Lozano, en su estudio plantea que en la gran mayoría de los pacientes las dimensiones fueron inferiores a 11mm (3). Muchos autores aunque afirman que se opera cuando es mayor de 11 mm, también dicen que si existe sintomatología se puede operar (4).

Yokoyama, manifiesta en sus resultados hallazgos similares a los nuestros, pero con una incidencia de adenomas de un 43,5 %, lo que supera significativamente lo referido en esta investigación (5). No encontramos relación entre adenomas y carcinoma in situ como otros autores han planteado con anterioridad (6).

Fase 2. Propuesta:

1. Despensarización de los pacientes.

Los mismos serán incluidos en el grupo dispensarial # 3, considerándolos entonces como enfermos.

2. División de los pacientes en grupo en dependencia del tamaño del adenoma.

Grupo I: Pacientes en los que el tamaño del adenoma sea menor e igual que 5 mm.

Grupo II: Pacientes en los que el tamaño del adenoma esté entre 6 y 10 mm

Grupo III: Pacientes en los que el tamaño del adenoma sea mayor e igual que 11 mm.

### 3. Conducta a seguir con cada grupo.

#### A. Nivel de seguimiento. (Si atención primaria o secundaria)

Grupo I: Atención Primaria.

Grupo II: Atención Primaria.

Grupo III: Atención Secundaria.

#### B. Seguimiento mediante consultas y terrenos.

Grupo I: Seguimiento semestral, una consulta y un terreno en cada semestre.

Grupo II: Seguimiento trimestral, una consulta y un terreno en cada trimestre.

#### C. Seguimiento mediante complementarios.

En cada consulta se indicará un ultrasonido de vesícula, hígado y vías biliares, y se valorará el crecimiento del adenoma. Donde podremos obtener las siguientes posibilidades por grupos de estudio:

Grupo I: El adenoma puede conservar las dimensiones que presentaba, entonces se queda en ese grupo. Puede crecer y pasar al grupo II o III. Puede cambiar de diagnóstico donde lo más frecuente es hacia una litiasis, entonces remito a consulta de Cirugía General para programar tratamiento quirúrgico.

Grupo II: El adenoma puede conservar las dimensiones que presentaba, entonces se queda en ese grupo. Puede crecer y pasar al grupo III, entonces remito a Cirugía general. Puede cambiar de diagnóstico donde lo más frecuente es hacia una litiasis, entonces remito a consulta de Cirugía General para programar tratamiento quirúrgico.

Tratamiento higiénico-dietético: En ambos grupos impongo tratamiento higiénico dietético propio de una colecistopatía. Que consistirá en comidas pobres en grasas, abolir o disminuir alimentos colecistoquinéticos entre otras medidas como la realización de ejercicio físico moderados, evitar sedentarismo, control del peso corporal etc.

Tratamiento medicamentoso (en dependencia del grupo):

Grupo I: Excepcional.

Grupo II: Indicar tratamiento sintomático.

Consideraciones Generales: Todo el seguimiento según la revisión y la argumentación científica pueden durar hasta 6 años, aconsejamos hasta 5 años pues no tenemos la fecha exacta en que aparece el adenoma. Se plantea que se puede esperar este tiempo sin peligro a que la lesión prolifere a la malignización.

Todo este periodo debe ser considerado un preoperatorio, con todas las características que este incluye pues el paciente debe estar preparado para someterse a una intervención, si cambia el diagnóstico o evoluciona a una colecistitis aguda.

#### Fase 3. Aplicación:

Se tienen entonces dispensarizados cuatro pacientes en la población del Policlínico Finlay con posibilidad de ser portadores de adenomas de vesícula biliar, de ellos mostramos a continuación los datos. Estos pacientes ya fueron señalados en sus respectivas fichas familiares y se les programaron las consultas y terrenos en dependencia a su grupo de estudio. Se le indicó el ultrasonido y ya se lo han realizado 3 de ellos, sin cambios en las dimensiones o el diagnóstico. El tratamiento y los demás pasos son llevados por la estrategia propuesta.

## CONCLUSIONES

El manejo del adenoma de vesícula biliar por la atención primaria de salud, es posible y factible. Se determinó una estrategia a seguir que puede ser usada por el médico general integral para lograr un seguimiento adecuado de los pacientes, cuyo final es la cirugía y que esta se realice con el diagnóstico preciso y resultados satisfactorios. Comenzó a aplicarse el mismo en 4 pacientes de nuestra área de salud, cuyos resultados aun no han podido precisarse.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burhans R, Myers R. Benign neoplasms of the extrahepatic biliary ducts. United States of America. *Ann Surg* 2005;7:161-6.
2. Lozano M. Adenoma de la vía biliar extrahepática. *Servicios de Cirugía General. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid España.* 2007.
3. House M, Wistuba I., Argani P. : Progression of gene hypermethylation in gallstone disease leading to gallbladder cancer. *Annals of Surgical Oncology.* 2007;4:56-60.
4. Feldman S. *Gastrointestinal and Liver Disease. United States of America, 7ª edición* 2005: 1124-1128, 1154-1158.
5. Yokoyama N, Hitomi J, Watanabe H. Mutations of p53 in gallbladder carcinomas in high-incidence areas of Japan and Chile. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;7:297-301.
6. Álvarez H, Pimentel F, Wistuba I. La colelitiasis asintomática no se diferencia de la sintomática en indicadores de inflamación vesicular. *Gastroent Latinoam. México.* 2006;10:380- 90.