



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**

**Factores clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos  
vesiculares en el servicio de cirugía del hospital Rezola de Cañete,  
enero 2010 – diciembre 2020**

**TESIS**

Para optar el título profesional de Médico Cirujano

**PRESENTADO POR**

Chavez Mauricio, Melvyn Harold (ORCID: 0000-0001-8184-638X)

**ASESOR (ES)**

Pomachagua Pérez, Germán Elias (ORCID: 0000-0002-1576-8325)

**LIMA, PERÚ  
2023**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

**AUTOR:** Chavez Mauricio, Melvyn Harold (ORCID: 0000-0001-8184-638X)

**Tipo de documento de identidad del AUTOR:** DNI

**Número de documento de identidad del AUTOR:** 47839189

### **Datos de asesor**

**ASESOR:** Pomachagua Pérez, Germán Elias (ORCID: 0000-0002-1576-8325)

**Tipo de documento de identidad del ASESOR:** DNI

**Número de documento de identidad del ASESOR:** 06229369

### **Datos del jurado**

- PRESIDENTE: Orellana Vicuña, Aurelio Arturo

DNI: 21121821

ORCID: 0000-0002-8372-2222

- MIEMBRO: Razuri Bustamante, Cesar Ramón

DNI: 45914991

ORCID: 0000-0001-6014-8427

- MIEMBRO: Roque Quezada, Juan Carlos Ezequiel

DNI: 45914991

ORCID: 0000-0002-1886-0426

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.27

Código del Programa: 912016

## **AGRADECIMIENTOS**

*Agradezco a los profesores que conocí dentro y fuera del hospital, especialmente aquellos maestros que dejaron alguna enseñanza en mí y motivaron a seguir con esta hermosa carrera.*

*Agradezco también al personal del hospital donde realice mi internado por colaborar con su granito de arena para la realización de esta investigación que es la prueba final de mi aprendizaje a lo largo de estos años de estudio*

*Agradezco a todos los pacientes que atendí y traté de la mano de los Doctores y Doctoras durante mis años de aprendizaje y por enseñarme a conocer que la medicina ni tiene límites y el conocimiento es infinito.*

## **DEDICATORIA**

*A mi padre y madre, por el apoyo incondicional durante  
esto años de estudio.*

*A mis hermanos en la tierra y en el cielo  
por el apoyo y sacrificio que hicieron para poder culminar mi carrera, y  
a Chantal por su paciencia infinita, compañía y cuidados cuando más lo necesité.*

## RESUMEN

**Introducción:** El Polipo de Vesícula biliar (PVB o sus siglas en inglés GBP) o poliposis son patologías vesiculares con riesgo de malignización cuando poseen diferentes características propias del pólipo como pueden ser pediculados o sésiles, así como diferentes tamaños o cantidades, y como característica principal suelen ser asintomáticos y solo presentar síntomas cuando hay litiasis vesicular de por medio; así como factores intrínsecos de los pacientes que aumentan el riesgo de malignización.

**Objetivo:** Determinar la asociación entre los factores de riesgo y Pólipos Vesiculares en pacientes colecistectomizados con resultados de Anatomía Patológica.

**Metodología:** Se realizó un estudio de tipo no experimental, analítico, de cohorte, retrospectivo. La información fue recogida de las historias clínicas, se realizó estimación de riesgo para cohorte (Relativo crudo y ajustado) y nivel de significancia estadística, con ayuda del programa STATA 16.

**Resultados** De los 84 pacientes en este estudio con pólipo vesicular, el promedio de edad de los pacientes fue 45,55 años  $\pm$  11,62 años, tamaño de pólipo 9,19  $\pm$  2,12 milímetros, grosor de pared 3,35  $\pm$  1,34 milímetros. En el análisis multivariado se encontró que las variables asociadas a pólipo vesicular de tipo maligno son la edad >50 años (RRa 2,23 IC 95% 1,09 – 8.56; p =0,021), el tamaño del pólipo >10 mm (RRa 3,04 IC95% 1,33 – 8.97; p =0,043) el grosor de pared >4mm (RRa 1,33 IC95% 1,14 – 2.35; p=0,041).

**Conclusión:** La edad >50 años, el Tamaño del pólipo >10mm y el grosor de pared >4mm aumentan el riesgo de pólipo maligno.

**Palabras Claves:** Factores de riesgo, Pólipo Vesicular, estudio histopatológico. (Fuente DeCS BIREME).

## Summary

**Introduction:** Gallbladder Polyp (PBB or its acronym in GBP) or polyposis are gallbladder pathologies with risk of malignancy when they have different characteristics of the polyp such as pedunculated or sessile, as well as different sizes or quantities, and as the main characteristic. They are usually asymptomatic and only present symptoms when there is gallbladder lithiasis involved; as well as intrinsic patient factors that increase the risk of malignization.

**Objective:** To determine the association between risk factors and Vesicular Polyps in cholecystectomy patients with results of Pathological Anatomy.

**Methodology:** A non-experimental, analytical, cohort, retrospective study was carried out. The information was collected from the medical records, risk estimation was made for the cohort (crude and adjusted relative) and level of statistical significance, with the help of the Stata 16 program.

**Results** Of the 84 with gallbladder polyps, in this study the mean age of the patients was 45.55 years  $\pm$  11.62 years, polyp size 9.19  $\pm$  2.12 millimeters, wall thickness 3.35  $\pm$  1, 34 millimeters. In the multivariate analysis, it was found that the variables associated with malignant gallbladder polyps are age >50 years (RRa 2,23 95%CI 1,09 – 8.56; p =0,021), the size of the polyp >10mm (RRa 3,04 95%CI 1,33 – 8.97; p =0,043) wall thickness >4mm (RRa 1,33 95%CI 1,14 – 2.35; p=0,041).

**Conclusion:** Age >50 years, polyp size >10mm, and wall thickness >4mm increase the risk of malignant polyp.

Keywords: Risk factors, Gallbladder Polyp, histopathological study. .(Source DeCS BIREME)

## INDICE

<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>9</b>
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	9
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN .....	10
1.4. OBJETIVOS .....	10
1.4.1. <i>General</i> .....	10
1.4.2. <i>Específico</i> .....	10
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	10
1.6. DELIMITACIÓN .....	11
1.7. VIABILIDAD.....	11
<b>CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	11
2.1.1. <i>Antecedentes Internacionales</i> .....	11
2.1.2. <i>Antecedentes nacionales</i> .....	15
2.2. BASES TEÓRICAS .....	17
2.3. HIPÓTESIS GENERAL .....	25
2.3.1. <i>Hipótesis de investigación (Hi)</i> .....	25
2.3.2. <i>Hipótesis específicas</i> .....	25
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b> .....	<b>25</b>
3.1. DISEÑO DE ESTUDIO .....	25
3.2. POBLACIÓN.....	26
3.3. MUESTRA.....	26
3.3.1. <i>Tamaño muestral y tipo de muestreo</i> .....	26
3.3.2. <i>Criterios de inclusión</i> .....	27
3.3.3. <i>Criterios de exclusión</i> .....	27
3.4. VARIABLES DEL ESTUDIO .....	27
3.4.1. <i>Definiciones conceptuales</i> .....	27
3.4.2. <i>Operacionalización de variables</i> .....	29
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	31
3.6. PROCESAMIENTO DE DATOS Y PLAN DE ANÁLISIS.....	31
3.7. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
3.8. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN .....	31
<b>RESULTADOS Y DISCUSION</b> .....	<b>32</b>
RESULTADOS .....	32
DISCUSIÓN.....	43
<b>CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>47</b>
5.1 CONCLUSIONES.....	47
5.2 RECOMENDACIONES.....	47
<b>CAPÍTULO VI: RECURSOS Y CRONOGRAMA</b> .....	<b>49</b>
6.1. FUENTE DE FINANCIAMIENTO.....	49
6.2. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES .....	49
6.3. CRONOGRAMA.....	49
6.4. PRESUPUESTO .....	50
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>51</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>56</b>

1.	ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS .....	56
2.	CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS.....	57
3.	CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA.....	58
4.	CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE.....	59
5.	ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS.....	60
6.	REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN.....	61
7.	CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER.....	62
8.	MATRIZ DE CONSISTENCIA .....	63
9.	INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	64
10.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	65



## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### ***1.1. Descripción de la realidad problemática***

El Pólipo de Vesicular Biliar (GBP) o GP son proyección o elevaciones de la mucosa o pared Vesicular con potencial de malignización cuando posee diferentes características propias del pólipo como pueden ser pediculados o sésiles, así como diferentes tamaños o cantidades, y como característica principal suelen ser asintomáticos y solo presentar síntomas cuando hay litiasis vesicular de por medio; así como factores intrínsecos de los pacientes que aumentan el riesgo de malignización <sup>1</sup>. En la actualidad en nuestro medio no hay estudios multicentricos o analíticos que indiquen asociación y factores de riesgo bien determinados que aumenten el riesgo de desarrollar cáncer de vesícula biliar Estudios previos descriptivos nos indican una prevalencia por el sexo femenino de 60 a 67 % y una predominancia en la edad alrededor de los 50 año<sup>2,3</sup>.

La incidencia más estudiada en Latinoamérica proviene de Chile donde las cada 27.3/100000 tiene hallazgo de pólipo en vesícula biliar, así también guarda relación que los países que más colecistectomías han realizado tienen menos incidencia de Cáncer de Vesícula Biliar<sup>4</sup>.

El diagnóstico temprano es fundamental debido a que este tipo de cáncer tiene alta mortalidad; se calcula que alrededor de 5% de pacientes sobreviven a los 5 años mientras que una gran cantidad de pacientes diagnosticados sobrevive más allá de los 6 meses <sup>5</sup>.

Es bien sabido que hay factores intrínsecos como la edad, el sexo, la cantidad de pólipos que una persona pueda tener y las características de este, sin embargo hay estrecha relación con factores extrínsecos ligados al estilo de vida del paciente, como niveles altos de triglicéridos o consumo de carnes roja y tabaquismo <sup>6</sup>.

La falta de estudios en el en nuestra actualidad nacional sobre la asociación factores de riesgo y pólipo vesicular de alto riesgo reafirma una necesidad de investigación al ser un tópico relevante por su importancia creciente, es por eso

la importancia de ser un tema de prioridad entre los objetivos de investigación de nuestro país.

### **1.2. Formulación del problema**

Habiendo presentado el contexto de este trabajo de investigación, se busca responder a la pregunta

**¿Cuáles son los Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020?**

### **1.3. Línea de Investigación**

El presente trabajo se encuentra en las prioridades sanitarias “Enfermedades no transmisibles: Cáncer “. Según las “Prioridades Nacionales de Investigación en Salud 2019- 2023”<sup>7</sup>.

### **1.4. Objetivos**

#### **1.4.1. General**

- Determinar los factores de riesgo clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del enero 2010- diciembre 2020

#### **1.4.2. Específico**

- Determinar si los factores de riesgo clínico epidemiológicos están asociada a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del enero 2010- diciembre 2020
- Determinar si los factores de riesgo histopatológicos están asociados a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del enero 2010- diciembre 2020

### **1.5. Justificación del Estudio**

La razón de abordar una patología poco común, es por el hecho que no existe una guía de práctica clínica establecida nacional, así también la decisión quirúrgica que se toman alrededor de este tema solo tienen fundamento a concesos y no es una práctica basada en evidencia.

El número de hallazgos de pólipo por resultado de Ultrasonografía abdominal (USG) está en aumento, y las complicaciones posquirúrgicas inmediatas o a largo plazo cambian el estilo de vida de los pacientes condicionándolos, en muchos casos a restricciones dietéticas que a largo plazo no se llegan a cumplir.

Existe un desconocimiento por parte de los pacientes y médicos tratantes sobre la relación de los factores de riesgo, evolución, y mortalidad de esta enfermedad.

### ***1.6. Delimitación***

El presente estudio abarca la revisión retrospectiva de historias clínicas y características clínico epidemiológicas e histopatológicas de pólipos vesiculares en el Servicio de Cirugía general del Hospital Rezola de Cañete del enero 2010- diciembre 2020

### ***1.7. Viabilidad***

Datos de resultados de laboratorio de los pacientes colecistectomizados atendidos en el mencionado hospital, de los cuales se recolectará la información.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### ***2.1. Antecedentes de la Investigación***

#### ***2.1.1. Antecedentes Internacionales***

Hye Yon Park y Col (2015) tuvo como objetivo determinar la relevancia del punto de corte de 10mm como criterio general para indicación de cirugía, siendo la población caracterizada por tener GBP benignos o maligno. 56 pacientes fueron diagnosticados con GBP maligno en los cuales solo 4

pacientes se encontraban dentro de los 10 a 12mm y uno de <10mm; cuando se tuvo en cuenta la población total se encontró que 411 pacientes (49%). En el análisis múltiple de regresión logística al con un IC 95% se pudo obtener que el tamaño del pólipo es un factor de riesgo importante de malignidad de polipo de vesícula biliar OR = 1.516; 1.356-1.694 p= <0,001 así como la edad y la presencia de síntomas también se asociaron a alto riesgo de malignización OR 1.120, 1.078-1.164 P < 0.001; y, OR 5.019 1.649-15.276 P = 0.005 respectivamente. En este estudio se aplicó el área bajo la curva de ROC utilizando como punto de corte diferentes tamaños de GBP empezando desde los 10mm y donde la sensibilidad y especificad del GBP fue 82.2% y 19.6% y así aumentando la sensibilidad según se fue aumentando el tamaño hasta los 14mm donde la sensibilidad cayo hasta 80% pero con un aumento de la especificad de hasta 71% con alto valor predictivo negativo(VPN) de hasta 98% y valor predictivo positivo de 22%. Variables como como IMC, colesterol total, bilirrubina total y transaminasas no obtuvieron asociación estadísticamente significativa. La variable síntomas obtuvo un OR de 5.019 (1.649-15.276; p=0.005), edad OR 1.120 (1.078-1.164 p<001) , media de la edad de pólipo vesiculares benignos fue 47 vs 60 para GBP malignos con diferencia estadística significativa (p<0.05) <sup>8</sup>

Sung Ryol Lee y col (2019), realizaron un estudio con una población de 516 personas que se realizaron colecistectomía de las cuales 124 pacientes presento pólipo con características de malignidad. La media en el grupo de canecer fue 35 a 85 años (65.5 años) el cual fue superior estadísticamente al grupo de sin cáncer que tuvo una media de 23-82 años (42 años) (p<0.001). Los factores de riesgo significativos fueron el tamaño del pólipo y la edad para malignidad en pacientes con pólipo en vesícula biliar (p<0.046, OR=7.750; IC 95% :1.036 – 57.982) para el tamaño, p<0.001, OR=1.124; IC 95%; 1.084-1-166 para la edad del paciente). Además de estos factores estudiados también se halló que el análisis de Área de superficie corporal y transaminasas fueron factores asociados a malignidad de pólipo de vesícula biliar(p<0.05). Entre los pacientes con cáncer, cuando se estableció el corte 10.05 mm la sensibilidad y especificad fue 82.4% y 49.4%; sin embargo, el área bajo la curva de ROC mostro que el tamaño ideal para malignidad fue 12.05mm <sup>9</sup>

Pinar Sarkut y col evaluaron los factores que inciden en la decisión quirúrgica en pacientes con GBP, en pacientes mayores de 50 años 20 de 22 pacientes fueron adenocarcinomas ( $p < 0.0001$ ), la incidencia de pólipos verdaderos fue de 3.8% en pacientes  $< 50$  años y 44% en pacientes  $> 50$  años  $p < 0.05$ ; para el tamaño para pólipos  $> 10$ mm hubo diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.0001$ ), de los 20 pacientes 12 no presentaron síntomas ( $p = 0.62$ ). concluyeron que el riesgo de malignidad aumentó en pacientes  $> 50$  años con pólipo  $> 10$  milímetros<sup>10</sup>

Aldouri et al (2008) realizaron un estudio recolectando datos de pacientes que se realizaron ultrasonografía abdominal en “Leed Teaching Hospital NHS trust” donde 5391 fueron pacientes colecistectomizados y con resultado histopatológico Pólipos vesiculares fueron encontrados en 3,3% y fueron  $> 10$ mm en el 0,1% de los casos; una edad mayor de 60 años, etnia india, pólipo solitario  $> 10$ mm, y engrosamiento severo de la pared vesicular se asociaron independiente a una mayor probabilidad de desarrollar cáncer de vesícula biliar. La prevalencia de malignidad es significativamente mayor en la etnia india en comparación la raza caucásica (5,5% vs 0,8), asimismo documentaron una alta probabilidad de desarrollar cáncer con un grosor  $> 5$ mm como engrosamiento severo, engrosamiento irregular y pólipo solitario  $> 10$ mm.<sup>11</sup>

Byung Hyo Cha y col realizaron un trabajo para evaluar el resultado clínico de pacientes con diagnóstico No incidental e incidental de cáncer de vesicular biliar. Todos los pacientes con pólipo  $> 10$ mm, pólipo sésil, cambios en el número, forma o tamaño fueron a colecistectomía. Se encontró en aquellos pacientes con hallazgo incidental de cáncer de vesícula que el 33% tuvo pólipo vesicular ( $p = 0.001$ ). En la Kaplan-Meier Survival Curves la población con hallazgo incidental se asoció a mayor sobrevida al primer, segundo y tercer año en comparación con el otro grupo. ( $p < 0.01$ )<sup>12</sup>

Sung Noh Hong y Col, estudiaron la asociación de cáncer colorectal (CRNs) y Cáncer de vesícula biliar. La prevalencia de pólipo en vesícula biliar fue mayor

en el grupo con cáncer colorectal (9.4% vs. 7.4%,  $P=0.032$ ); así como una Vesícula enferma se asoció en mayor cantidad a CRNs en relación a vesícula normal: 33.2% (174/523) vs. 26.4% (1,084/4,103) ( $P = 0.002$ ). En relación al tamaño se tomó un punto de corte de 5mm, siendo pólipos >5mm y <5mm, en el análisis multivariado, el OR ajustado para riesgo de CRN fue 1.12 (95% CI, 0.85-1.46) and 1.79 (IC 95%, 1.15- 2.77), respectivamente. A mayor tamaño del pólipo, mayor fue el riesgo ( $P = 0.022$ ). Entre las dos condiciones estudiadas si se encontró relación cuando evaluaron a los pacientes >50 años (47.0% vs. 38.1%;  $P = 0.044$ ), en donde aquellos con CRN tuvieron resultados más significativos en relación a los <50 años (24.1% vs. 19.6%;  $P = 0.104$ ). En el análisis multivariado los pólipos vesiculares fueron un factor de riesgo considerado independiente para CRN (adjusted OR, 1.29; 95% CI, 1.03-1.62) <sup>13</sup>

Jaehoon Lee y Col, Analizaron 50 pacientes con pólipo en vesícula biliar de 1 a 2 cm. Pacientes con GBP maligno tuvieron más edad que pacientes con Polipos benignos ( $65.5 \pm 10.5$  años vs.  $55.5 \pm 10.4$  años,  $P=0.002$ ). El corte ideal para pólipos entre 1 a 2cm resulto ser 63 años cuando se analizó el análisis univariado con un intervalo de confianza de 95% OR (9.3 2.5–34.6),  $P=0.0008$ , análisis multivariado OR 22.8 (IC 95%, 2.1–231.3  $p=0.011$ ). La. Recepción visual de F-FDG en pólipos malignos OR 16.0 (IC 95%, 3.9–65.8,  $P=0.0001$ ). La variable GP/L se mostró como el predictor más significativo en el análisis univariado y multivariado OR 36.8 (IC 95% 7.3–185.6,  $P=0.00001$ ) y OR 55.7 (IC 95%, 5.5–558.8,  $P=0.0006$ ) seguido de la edad; cuando el punto de corte es 1.14 la sensibilidad y especificidad fue 85% y 87% respectivamente. La recepción visual de F-FDG en GPS es muy útil al predecir malignidad y ayudaría en la decisión quirúrgica cuando el tamaño es de 1 a 2cm<sup>14</sup>

Sarici y Duzgun (2016) realizaron un estudio analizando retrospectivamente 109 pacientes con diagnóstico de pólipo vesicular, objetivo fue determinar la relevancia del criterio “>10mm” y determinar el punto de corte de los tumores T1b que requieren manejo quirúrgico adicional. Del total de 109 pólipos, 15 pacientes tuvieron pólipos malignos. Doce pacientes malignos tenían tumores T1b con pólipos de tamaño >15 mm. Documentaron que pólipo >10mm estuvo

asociado a pólipo maligno 1,72 veces (IC95%: 1.254–1.881  $p < 0,001$ ) así mismo la edad  $>50$  años estuvo asociado a pólipo maligno (IC95%: 1.108–1.345  $p < 0.001$ )<sup>15</sup>

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

*Contreras y col. en el año 2016*, analizaron 128 exámenes ecográficos e histopatológicos de pacientes con diagnóstico de pólipo vesicular. Los pacientes fueron colecistectomizados por diagnóstico de pólipo vesicular 2008-2014. El 67,2% fue de sexo femenino, 43,3 años fue la edad promedio del estudio. El porcentaje de pólipos encontrados por examen anatomopatológico fue 74,2%, de los cuales los pseudopolipos tuvieron más prevalencia (94,7%) y el resto fueron pólipos verdaderos (5,3%). No se encontraron pólipos malignos, el tamaño máximo del pólipo fue 13 mm. El Valor predictivo positivo (VPP) del examen ecográfico para diagnóstico de pólipo vesicular fue 74,21%. El coeficiente de Spearman encontró una correlación muy baja, directa y significativa ( $Rho=0,189$ ;  $p= 0,032$ ). El diagnóstico ecográfico y anatomía patológica tuvieron una correlación directa. El ultrasonido es un método diagnóstico fidedigno para el diagnóstico de pólipo vesicular.<sup>3</sup>

Cabezas en el año 2012, en Perú, realizó un estudio retrospectivo, con el objetivo de describir características clínico epidemiológicas y anatomopatológico de pólipos vesiculares en un hospital de Trujillo, el estudio se realizó durante el 2006 y 2010. 62 historias clínicas fueron incluidas en el estudio, se describe entre los resultados, frecuencia de 14 pólipos vesiculares por año, edad promedio 45,65  $\pm$  15,64 años. Más frecuente en el sexo femenino frente al sexo masculino en proporción de 4/1. Los pólipos de colesterol representaron un 74,19%. En cuanto a los pólipos vesiculares benignos, el 64,91% fueron  $<10$ mm en cuanto a los pólipos vesiculares malignos y solitarios fueron  $>10$ mm (100% fueron malignos y solitarios). En su mayoría, los pólipos benignos se encontraron en las personas  $<50$  años y los pólipos malignos en los  $> 50$  años <sup>16</sup>

Torres en el 2019 realizo un estudio descriptivo sobre las características ecográficas y anatomopatológico en pacientes colecistectomizados por pólipo vesicular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, se recopiló la información de 133 pacientes. El sexo femenino representó el 60,2%. El 64,7% fueron mayores o igual a 50 años. Sólo en 56 pacientes (42,1%) evidenciaron pólipos según resultado de anatomía patológica, el 14,3% igual o mayor a 10mm y el 57,1% fueron pólipos solitarios.<sup>2</sup>

Mejía y col realizaron un estudio tipo cohorte retrospectivo donde analizaron donde analizaron 368 biopsias de pacientes colecistectomizados que posteriormente tuvieron resultado de anatomía patológica indicando pólipo vesicular y sus diferentes tipos hallados del 2004 al 2012. Se encontró de la muestra total que el 78,3% fueron de sexo femenino con edad promedio de 45,5 años; 176 pacientes muestras tuvieron pólipos múltiples y 85 litiasis biliar presente. 26 (7%) biopsias fueron adenocarcinomas (Pólipo Verdadero maligno) y 237 pólipos benignos (pseudopolipos y adenomas). El tamaño promedio de pólipo maligno fue de  $10,7 \pm 11,0$  mm y para los benignos de  $4,0 \pm 3,0$ ; el tamaño de la vesícula biliar para pólipo maligno fue  $7,9 \pm 1,9$  cm y el grosor de la pared vesicular  $3,5 \pm 2,3$  y para pólipo benigno  $7,0 \pm 1,7$  cm y  $2,4 \pm 0,8$  cm respectivamente con un valor de p de  $<0,001$ . En el análisis bivariado se encontró que el tamaño del pólipo, grosor de la pared y tamaño del pólipo obtuvieron un RRC (riesgo relativo crudo) de 1,27; 1,98 y 0,50 respectivamente.<sup>17</sup>

Roa et al (2014) estudio el cáncer de vesícula en Chile, analizando 1366 casos, en los cuales se estudiaron variables macroscópicas, microscópicas y supervivencia de los pacientes con cáncer. El sexo femenino mayores de 55 años con longitud de vesícula biliar mayores de 9,5 cm tenían un riesgo relativo 5,05 de cáncer de vesícula ( $p=<0,001$ ). Aquellos con un grosor de la pared de la vesícula biliar inferior a 7 mm tuvieron una mejor tasa de supervivencia a 5 años que aquellos con un espesor de la pared de la vesícula biliar mayor de 10 mm.<sup>18</sup>



## **2.2. Bases teóricas**

### 2.2.1 Pólipo

Es una lesión o elevación, de la pared gastrointestinal que se proyecta de la luz, de constitución variable como puede ser mucosa o submucosa o incluso llegar a un plano más profundo <sup>19-21</sup>.

Según la forma que este se proyecta y crece hacia la luz puede adquirir una forma pediculada el cual se caracteriza por tener un menor riesgo a malignizar o en su defecto adoptar una forma sésil, a diferencia de lo anterior mencionado, no tiene tallo, pero si cuenta con una base de implantación con algo riesgo de malignización. Asimismo, se observa un intermedio siendo la forma donde el pedículo no es vidente y tiene una base estrecha.<sup>21</sup>

### 2.2.2 Pólipo Vesicular

Los pólipos de la vesícula biliar son excrecencias de la pared mucosa de la vesícula biliar. Por lo general, se encuentran incidentalmente en la ecografía o después de la colecistectomía, pero en ocasiones pueden provocar síntomas similares a los causados por los cálculos en la vesícula biliar. La mayoría de estas lesiones no son neoplásicas sino hiperplásicas o representan depósitos de lípidos (colesterosis). Con el uso generalizado de la ecografía, las lesiones polipoides de la vesícula biliar se detectan cada vez más. Sin embargo, las imágenes son insuficientes para excluir la posibilidad de carcinoma de vesícula biliar o adenomas pre malignos. Este tema revisará la importancia clínica y el diagnóstico diferencial de los pólipos de la vesícula biliar y proporcionará un enfoque práctico para su manejo<sup>22,23</sup>

### 2.2.3 Tipos de pólipo Vesicular

Anteriormente se usaba la clasificación de Christensen e Ishak en 1970 el cual dividía a los pólipos de vesícula biliar en tumores benignos, pseudotumores y tumores malignos.

Actualmente los pólipos de vesícula biliar son clasificados en pólipos No neoplásicos (pólipo de colesterol o colesterosis, pólipo inflamatorio,

adenomiosis o hiperplasia adenomatosa) y Neoplásico (Adenoma y Adenocarcinoma.

- Pólipo Benigno o verdadero: Representa alrededor del 70% de todos los pólipos encontrados en piezas patológicas. La colesterosis tiene un rasgo característico en el cual se deposita lípidos dentro de la pared quística.

Los pólipos de colesterol es enfermedad benigna que suele diagnosticarse de forma incidental durante una Colectomía o una ecografía. Sin embargo, han aparecido algunos pacientes que asocian síntomas como dolor a estos pólipos. Diferentes estudios mencionan una variación en la prevalencia de estos pólipos, estudios quirúrgicos colocan a estos tipos de pólipos entre un 9 y 26% <sup>24</sup>, sin embargo otras bibliografías en Latinoamérica indican entre 50 – 60%<sup>25</sup> En cuanto a su patología la vellosidad hiperplásica se llena de estas células y se expande, creando pequeños nódulos amarillos debajo del epitelio. En alrededor de dos tercios de los casos, estos nódulos tienen menos de 1 mm de diámetro.

Los Pólipo Inflamatorios es de prevalencia más inusual entre los pólipos no neoplásicos, suelen tener una apariencia sésil o pedunculada en la observación ecográfica consiste en granulación y tejido fibroso con células plasmáticas y linfocitos. Los pólipos suelen tener entre 5 y 10 mm de diámetro, aunque se han descrito pólipos inflamatorios de más de 1 cm.<sup>25,26</sup>

El Pólipo adenomiosis o hiperplasia adenomatosa (representa alrededor de un 25%) es una anomalía de la vesícula biliar caracterizada por un crecimiento excesivo de la mucosa, engrosamiento de la pared muscular y divertículos intramurales. La prevalencia de adenomiosis de la vesícula biliar es baja, pero parece tener una prevalencia mayor en mujeres que en hombres. En un informe, por

ejemplo, solo se encontraron 103 casos de adenomiomatosis en más de 10 000 colecistectomías (1 por ciento) y en 61 pacientes (2,7 por ciento) de un total de 2290 pacientes con colecistectomía que tenían pólipos diagnosticados por ecografía.<sup>27-29</sup>

**Pólipo Neoplásico:** Los pólipos adenomatosos de la vesícula biliar son las lesiones neoplásicas benignas más frecuentes de la vesícula biliar. Aunque se desconoce la verdadera incidencia, en la mayoría de las series es inferior al 1 - 0,5 por ciento. Los adenomas de la vesícula biliar son tumores epiteliales benignos compuestos por células que se asemejan al epitelio del tracto biliar. Estas lesiones se clasifican histológicamente en tipos papilares y no papilares. Se ha propuesto una clasificación similar a la de los pólipos intestinales, en la que los adenomas se dividen en tubulares, papilares y mixtos. El riesgo de cáncer aumenta con el tamaño del pólipo; los pólipos adenomatosos  $\geq 10$  mm tienen un riesgo de malignidad del 37 al 55 por ciento. La mayoría de los pólipos malignos de la vesícula biliar son adenocarcinomas. Los adenocarcinomas son menos comunes en contraste con otras partes del tracto gastrointestinal (ejm: los adenomas son más frecuentes en el Colon). Los carcinomas de células escamosas, los cistoadenomas mucinosos y los adenoacantomas de la vesícula biliar son raros..<sup>30-32</sup>

#### 2.2.4 Factores de Riesgo de malignidad

La incidencia de cáncer de vesícula biliar oscila entre el 43 y el 77 por ciento en pólipos de más de 1 cm y el 100 por ciento en pólipos de más de 2 cm. En un análisis retrospectivo que utilizó una red nacional y un registro de

histopatología en los Países Bajos, un total de 2085 de 220 612 colecistectomías contenían un pólipo (0,9 por ciento). De estos pólipos, el 56 por ciento eran neoplásicos (40 por ciento adenomas, 60 por ciento malignos). Los pólipos neoplásicos diferían de los pólipos no neoplásicos en tamaño (18,1 mm versus 7,5 mm). En un umbral de  $\geq 1$  cm, la sensibilidad y especificidad para los pólipos neoplásicos fue del 68 y 70 por ciento, respectivamente.<sup>33-36</sup>

Varios estudios demostraron que la edad mayor de 50 a 60 años se asocia con un mayor riesgo de pólipos malignos<sup>37</sup>

En una revisión sistemática de 21 estudios, la morfología sésil en un pólipo de vesícula biliar es un factor de riesgo independiente de malignidad y se asoció con un aumento de siete veces en el riesgo de cáncer de vesícula biliar. La etnia india es un factor de riesgo independiente.<sup>38</sup>

Se ha descrito la Colangitis esclerosante primarias con lesiones masivas/pólipos de la vesícula biliar exhiben una alta tasa de malignidad en pacientes con PSC entre un 14 a 57%<sup>39</sup>.

#### 2.2.5 Factores relacionados a malignidad

Existe evidencia contradictoria de que la presencia de cálculos biliares concomitantes es un factor de riesgo para el cáncer de vesícula biliar; si está presente, el riesgo asociado es pequeño. También se propone que la presencia de cálculos biliares puede impedir una evaluación adecuada del pólipo. No hay evidencia concluyente de que la presencia de adenomiomatosis aumente el riesgo de cáncer de vesícula biliar. Si el riesgo aumenta, la magnitud del aumento del riesgo parece ser pequeña (probablemente no más del doble del riesgo)<sup>40,41</sup>.

#### 2.2.6 Técnica diagnóstica ecográfica

Los pólipos de la vesícula biliar generalmente se descubren incidentalmente en imágenes con ultrasonografía transabdominal. Ninguna de las modalidades de imagen disponibles puede distinguir inequívocamente los pólipos benignos de los malignos. Esto solo puede lograrse mediante el examen histológico de la vesícula biliar después de la colecistectomía.

La ecografía abdominal tiene una utilidad clínica fundamental en el diagnóstico oportuno de los pólipos vesiculares de alto riesgo de malignización, además de ser una técnica de bajo costo, inocuo y con una sensibilidad que oscila entre 90 – 99% para detectar la presencia de pólipo en vesícula biliar. Esta técnica ha sido operador dependiente desde el momento que se empezó a utilizar en la práctica clínica, así mismo este debe cumplir ciertas características como diferencias bien los pólipos de de colelitiasis o en su defecto detectar la presencia de barro biliar o invaginaciones poco comunes que se proyectan de la pared de la vesícula biliar. Ecográficamente la Vesícula presenta una forma ovalada y alargada de polo a polo, aproximadamente 10 cm de longitud y un eje transversal de 4 cm. El grosor de la pared tiene un máximo de 3 mm, así mismo estos datos pueden tener variaciones anatómicas tanto en localización como número.

Esta técnica proporciona imágenes de las estructuras que conforman este órgano, puede realizar mediciones profundas mediante el uso de ondas ultrasónicas que rebotan en los tejidos y se recogen en una imagen fija, hiperecogénica y que nos permite ver la luz de la vesícula biliar. No obstante en la actualidad se cuentan con técnicas modernas que sobrepasan la sensibilidad de la ecografía que en algunos casos puede descender hasta un 50 %; estas técnicas como la ecografía endoscópica o la colangiografía magnética (CRMN), resultan inocuas a diferencia de otras técnicas que son más agresivas como la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE), además que esta técnica tiene un carácter resolutivo y orientado a otras patologías en específico pero que puede orientar sobre el estado de la vesícula.<sup>42-44</sup>

La TC abdominal puede estadificar el cáncer de vesícula biliar al revelar invasión hepática o metástasis en pacientes con pólipos grandes o engrosamiento anormal de la pared de la vesícula biliar sospechoso de malignidad. Por lo demás, la TC tiene baja sensibilidad para detectar pólipos pequeños y pólipos de colesterol y no se utiliza de forma rutinaria. La tomografía computarizada multidetector también parece ser inferior a la ecografía de alta resolución y la USE en la detección de pólipos malignos. La ecografía endoscópica (EUS) puede ser de utilidad en pacientes seleccionados con sospecha de pólipo maligno que no pueden o no quieren someterse a una cirugía. Sin embargo, la EUS no se puede recomendar de forma rutinaria en la

evaluación de los pólipos de la vesícula biliar. Aunque la USE tiene la ventaja de obtener imágenes de la vesícula biliar a través de la pared gástrica, sin atenuación perjudicial por la grasa subcutánea o la interferencia del gas intestinal, la precisión de la USE para diferenciar los pólipos vesiculares neoplásicos de los no neoplásicos es limitada.<sup>43,44</sup>

Los pólipos de colesterol suelen ser lesiones polipoides múltiples, homogéneas, pedunculadas y más ecogénicas que el parénquima hepático. Pueden o no contener puntos hiperecogénicos y tener una superficie similar a una mora. Los pólipos de colesterol suelen ser menores de 1 cm. A diferencia de los pólipos de colesterol, la colesterolesis difusa no tiene un hallazgo ultrasonográfico específico. Como resultado, el diagnóstico generalmente se realiza durante la cirugía. Los adenomas son homogéneos, son isoecogénicos con el parénquima hepático, tienen una superficie lisa y no suelen tener pedículo. La morfología de los pólipos sésiles y el espesor focal de la pared de la vesícula biliar de más de 4 mm son factores de riesgo de malignidad. Los adenocarcinomas son estructuras polipoides homogéneas o heterogéneas que suelen ser isoecogénicas con el parénquima hepático y presentan una superficie similar a una mora.<sup>43,45-47</sup>

### 2.2.7 Colectomía

La colectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos abdominales más comúnmente realizados, y en los países desarrollados muchos se realizan por vía laparoscópica. Como ejemplo, el 90 por ciento de las colectomías en los Estados Unidos se realizan por vía laparoscópica.<sup>48</sup>

La colectomía laparoscópica se considera el "estándar de oro" para el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de cálculos biliares. Este procedimiento resulta en menos dolor postoperatorio, mejor estética y estancias hospitalarias más breves e incapacidad laboral que la colectomía abierta. La preparación requiere un ayuno de al menos 6 horas para reducir al mínimo la presencia de gas intestinal y preparar la vesícula ya distendida por el ayuno para una mejor visualización a la hora de realizar la cirugía. Por este medio es más factible y se facilita la extracción de la vesícula biliar.<sup>49</sup> La operación por este medio es realizada mayormente en pacientes

sintomáticos sin embargo la mayor parte de patologías relacionada con pólipo vesiculares son asintomáticas. Se prefiere el abordaje laparoscópico ya que aumenta la visibilidad quirúrgica.

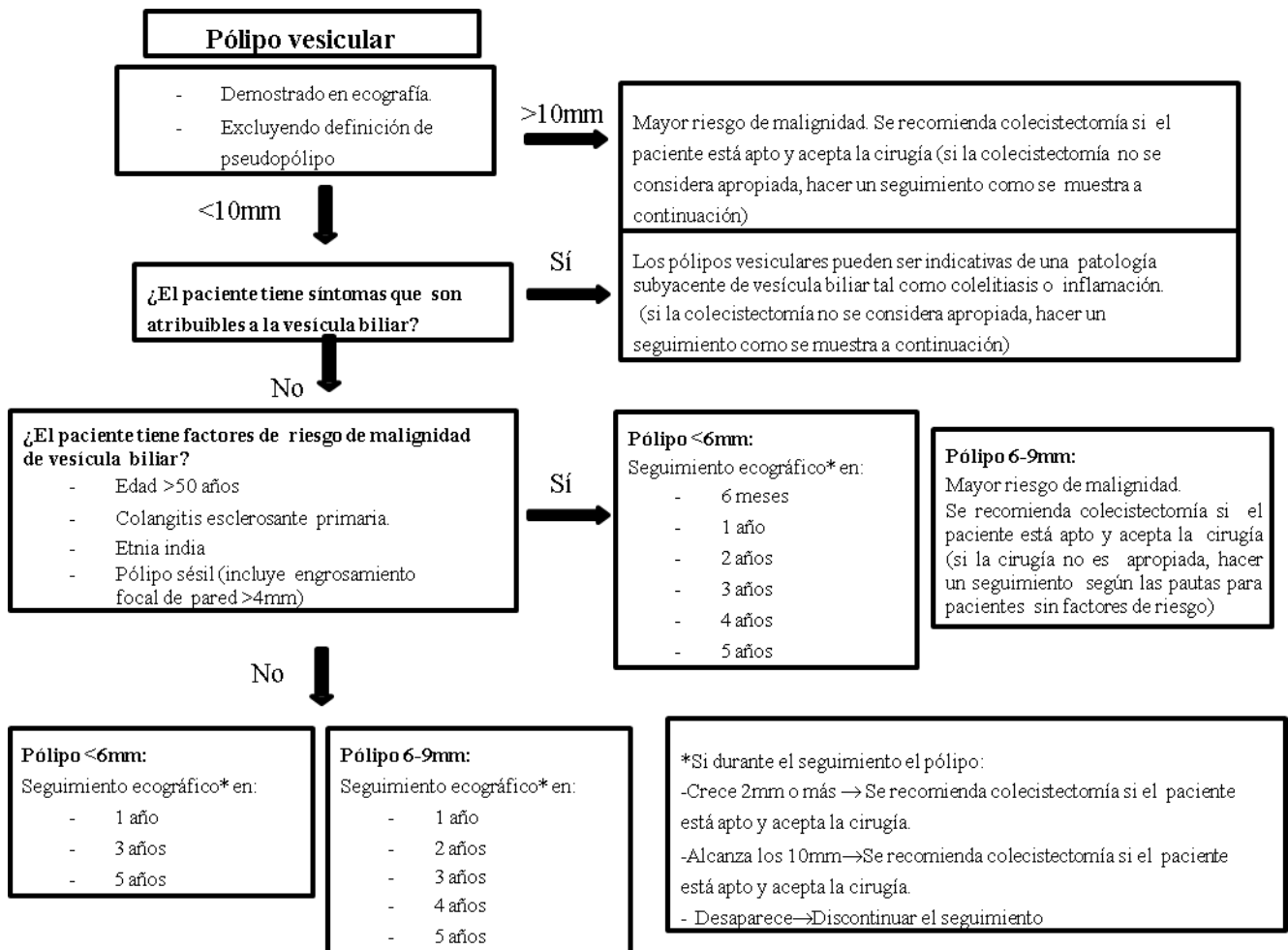
Las indicaciones para Colectomía laparoscópica son las mismas para colectomía abierta:

- Colelitiasis sintomática con o sin complicaciones
- Colelitiasis asintomática en paciente en los cuales el riesgo para cáncer de vesícula biliar es mayor o complicaciones de los cálculos biliares
- Colectitis acalculosa
- Pólipo vesicular >10mm
- Vesícula biliar de porcelana<sup>48-50</sup>

#### 2.2.8 Indicaciones de colectomía en pólipo vesicular

La colectomía está indicada en pacientes con síntomas biliares y pólipos, pólipos con tamaño mayor o igual de 10 mm<sup>51</sup> y/o la presencia de litos biliares y factores de riesgo que aumentan el riesgo de malignización de los pólipos vesiculares, pólipos en vesícula biliar que muestren un aumento en el crecimiento en controles posteriores a partir de los 6 meses; La Sociedad Estadounidense de Endoscopia Gastrointestinal sugiere que los pacientes se sometan a ecografías anuales cada 12 meses. La necesidad de seguimiento se demostró en un estudio de 1027 pacientes con pólipos en la vesícula biliar que fueron seguidos durante más de un año. Se observó un aumento en el tamaño de los pólipos en 36 pacientes (3,5 por ciento), de los cuales nueve (0,8 por ciento) eran neoplásicos (definidos como malignos o pre malignos).<sup>52</sup>

## Algoritmo de manejo de Poliposis Vesicular<sup>53</sup>





## 2.2.9 Estudio anatomopatológico

En orden de realizar un adecuado examen macroscópico, las piezas a observar deben consignar características tales como: tamaño de la vesicular, número y tamaños de cálculos, presencia del tumor y su adecuada descripción. En cuanto al examen microscópico debe informar el tipo de corte histológico, grado o nivel de infiltración permitiendo la estratificación adecuada del tumor.<sup>35,54</sup>

### **2.3. Hipótesis General**

#### **2.3.1. Hipótesis de investigación (Hi)**

Los factores clínico epidemiológicos e histopatológico difieren en los pacientes con pólipos vesiculares.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas**

- Los factores clínico epidemiológicos están asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020
- Los factores histopatológicos están asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Diseño de estudio**

Observacional, Analítico tipo cohorte retrospectivo.

El estudio es Observacional por que no se intervino en la población estudiada.

Analítico, se buscó asociación entre las variables de estudio.

Cohorte: se determinó el riesgo de desarrollar el evento a estudiar en dos grupos; de los cuales los expuestos son aquellos que presentaron un factor de riesgo y, los no expuestos no presentan factores de riesgo.

Retrospectivo: es un estudio que se analizó en el presente, pero con datos pasados, así podemos observar las características de los individuos que desarrollaron la enfermedad.

### 3.2. Población

La población corresponde a los pacientes con pólipo vesicular en resultado de anatomía patológica colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete. Se incluyó a todos los pacientes con resultado histopatológico de pólipo vesicular, colecistectomizados en el periodo de estudio 2010 - 2020 y que cumplieron con los criterios de selección.

### 3.3. Muestra

#### 3.3.1. Tamaño muestral y tipo de muestreo

Para el cálculo del tamaño de muestra se utilizó la fórmula de comparación de proporciones. Para calcular el tamaño muestra se las herramientas brindadas durante el Curso de Titulación por Tesis 2020 Modalidad Virtual de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma<sup>55</sup>, según metodología revisada. Se calcula un tamaño muestral de 84, con una relación de riesgo en expuestos con riesgo en no expuestos de 2:1 y un nivel de confianza del 95% y poder de 80%

Diseño de Cohortes	
$P_1$ : RIESGO EN EXPUESTOS	0.57
$P_2$ : RIESGO EN NO EXPUESTOS	0.29
NIVEL DE CONFIANZA	0.95
PODER ESTADÍSTICO	0.8
BETA	0.2
$r$ : RAZÓN NO EXPUESTOS/EXPUESTOS	2
$n'$ : TAMAÑO DE MUESTRA INICIAL	36
$n$ : TAMAÑO DE MUESTRA CON LA CORRECCIÓN DE YATES	42
TAMAÑO MUESTRA EXPUESTOS	42
TAMAÑO DE MUESTRA NO EXPUESTOS	42
TAMAÑO MUESTRA TOTAL	84

Fuente: Alonso A., "Estudios de Cohortes", Departamento de Estadística Universidad Carlos III Madrid

### **3.3.2. Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años, colecistectomizados con diagnóstico anatomopatológico de pólipo vesicular
- Pacientes con informe de ecografía y resultado de anatomopatológico y datos que contengan las variables estudiadas en la historia clínica.

### **3.3.3. Criterios de exclusión**

- Pacientes que no cuenten con resultado completo de anatomía patológica con las variables propuestas en el estudio.
- Historias clínicas con datos incompletos

## **3.4. Variables del estudio**

### **Variable independiente**

- Edad
- Sexo
- Tamaño del pólipo
- Síntomas del paciente
- Numero de pólipos en ecografía previa
- Grosor de la pared vesicular en ecografía previa
- Tipo de base
- Numero de pólipos
- Litiasis Vesicular

### **Variable dependiente**

Tipo de pólipo Vesicular

#### **3.4.1. Definiciones conceptuales**

**Pólipo vesicular:** Proyección de la mucosa de la vesícula biliar hacia la luz, que se identifican mediante el estudio ecográfico. Se clasifica en pseudopólipos y pólipos verdaderos, los que a su vez se dividen en benignos y malignos<sup>52</sup>

**Ecografía:** Técnica de imagen por ultrasonido que permite la visualización de compartimientos internos y estructuras mediante ondas que retornan desde los órganos internos.<sup>30,44</sup>

**Estudio Anatomopatológico:** Es el estudio de piezas anatómicas que confirma y proporciona información acerca de tejido tumoral procedente de pacientes con diferentes afecciones. <sup>23</sup>

**Litiasis Vesicular:** Cálculos biliares presentes en la vesícula biliar compuestos en su mayoría de colesterol.<sup>35</sup>

**Edad:** Años de la persona al momento de realizado la operación<sup>16,17</sup>

**Sexo:** Categoría física y biológica de los pacientes<sup>16</sup>

**Dimensiones de la Vesícula:** Grosor de la vesícula biliar expresada en milímetros.<sup>17</sup>

**Síntoma del Paciente:** Predominancia de un síntoma como dolor hipocondrio derecho, Fiebre, Náuseas, Vómitos, Ictericia, pérdida de peso y dispepsia.<sup>2,16</sup>

**Pólipo maligno:** Pólipo verdadero neoplásico o Neoplasia maligna de la vesícula biliar más frecuentemente de tipo Adenocarcinoma. <sup>15,56,57</sup>

### 3.4.2. Operacionalización de variables

	<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FUENTE</b>
Variables definidas por el investigador	EDAD	Tiempo de vida de los pacientes sometidos a cirugía.	Independiente	Cuantitativa	De razón	>50 años	Historia clínica Ficha de recolección de datos
	SEXO	Categoría física y biológica de los pacientes	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Resultado Anatómico-patológica	Resultado Anatómico-patológica	Está determinado por las características reales del pólipo registradas en el informe histopatológico.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Polipo Maligno (Adenocarcinoma) Polipo Benigno (Adenoma y pseudopolipo)	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Característica Ecográfica	Tipo de Base	Está determinado por el tipo de unión del pólipo vesicular a la cara interna de la pared vesicular	Independiente	Cualitativa	Nominal	Pedunculado Sesil	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Dimensiones de la vesícula Biliar	Grosor de la pared	Está determinado por el tamaño en mm de la pared vesicular	Independiente	Cuantitativa	Continua	Milímetros	Historia clínica Ficha de recolección de datos

Litiasis Vesicular	Litiasis	Presencia de cálculos biliares	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Síntomas del pacientes	Síntoma predominante	Síntoma predominantes que acompaña al paciente durante la enfermedad	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sintomático Asintomático	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Diagnostic o Preoperatorio	Diagnostico Preoperatorio	Diagnostico con el que el paciente es hospitalizado	Independiente	Cualitativa	Nominal Politomica	1: Colecistitis crónica calculosa 2: Pólipo Vesicular 3: Abdomen agudo quirúrgico 4: otros diagnósticos	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Numero de pólipos Vesiculares	#Pólipos Vesiculares	Cantidad de pólipos reales en anatomía patológica	Independiente	Cualitativa	Nominal	Solitario Multiple	Historia clínica Ficha de recolección de datos

### **3.5. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

La recolección de datos se realizó a partir de historias clínicas de pacientes y resultados de anatomía patológica de pacientes que fueron colecistectomizados por hallazgo de pólipo vesicular u otro diagnostico en el Hospital Rezola en el periodo 2010 - 2020

Se recopiló información de las historias clínicas utilizando la ficha de recolección de datos. La primera parte de la ficha de recolección de datos considera las variables de las cuales se busca relación (Edad, Sexo, Cantidad de Pólipos, grosor de la pared, tipo de base.) y la segunda que corresponde a los datos obtenidos de informes de anatomía patológica (Tipo de pólipo, numero de pólipos).

### **3.6. Procesamiento de datos y plan de análisis**

Los datos serán recolectados e importados a una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2016 de la cual se depurarán las historias que cumplan con criterios de inclusión. Luego de revisada la información se hará uso del programa estadístico Stata16 realizando de se analizará la relación entre variables con la exacta de Fisher. Para el análisis se realizará el análisis bivariado mediante tablas de doble entrada para reportar el riesgo relativo crudo y luego análisis multivariado obteniendo un riesgo relativo ajustado con intervalo de confianza del 95%.

### **3.7. Aspectos éticos de la investigación**

**Confidencialidad:** Los datos personales obtenidos de las historias clínicas no serán revelados

### **3.8. Limitaciones de la investigación**

- ✓ Los datos objetivados por a técnica de imagen elegida está sujeta a errores operador dependiente.
- ✓ Estudio solo de 1 hospital s de referencia cuyos resultados no se pueden extrapolar a otros hospitales.

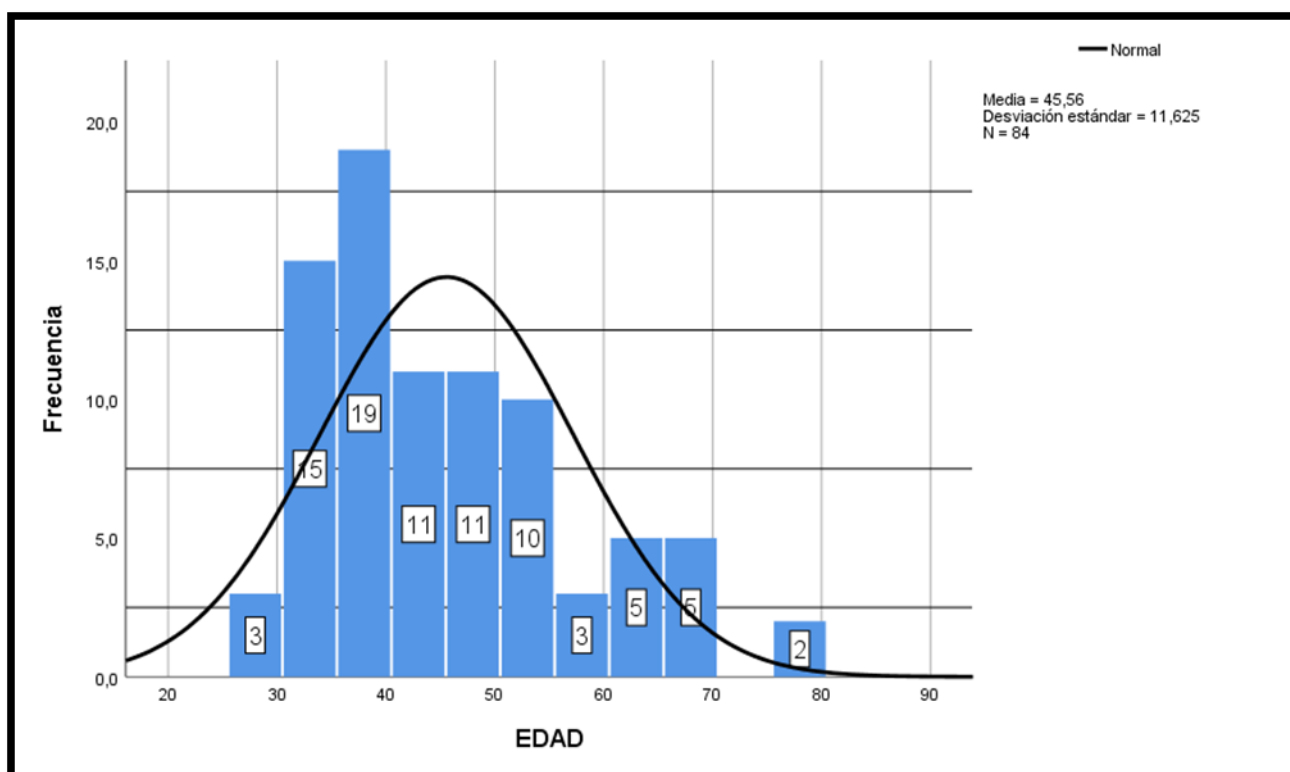
- ✓ Escasos estudios nacionales con resultados comparables.
- ✓ Resultados no comparables por poca cantidad de fichas revisadas.

## RESULTADOS Y DISCUSION

### RESULTADOS

**Grafico N° 1**

Frecuencia de las edades de los pacientes con Colectectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020



**Tabla N°1**

Frecuencias y porcentajes de los factores clínico epidemiológicos e histopatológicos de los pacientes con pólipo vesicular colectectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>Edad</b>	Menor igual de 50	58	69.0%
	Mayor a 50	26	31.0%
	Total	84	100.0%
<b>Sexo</b>	Masculino	44	52.4%
	Femenino	40	47.6%
	Total	84	100.0%



<b>Síntomas</b>	No	41	48.8%
	Si	43	51.2%
	Total	84	100.0%
<b>Tipo de Base</b>	Pediculado	54	64,28
	Sésil	30	35,72
	Total	84	10,0%
<b>Colelitiasis</b>	No	17	20,2%
	Si	67	79,8%
	Total	84	100.0%
<b>Numero de Pólipos</b>	Solitario	47	55,96%
	Múltiple	37	44,04%
	Total	84	100.0%
<b>Tamaño de Pólipo (milímetros)</b>	Menor o igual a 10	50	59,5%
	Mayor de 10	34	40,5%
	Total	84	100%
<b>Tamaño de Pared (milímetros)</b>	Menor igual a 4	52	61,9%
	Mayor a 4	32	38,1%
	Total	84	100,0%
<b>Tipo de Pólipo</b>	Benigno	75	89,3%
	Maligno	9	10,7%
	Total	84	100.0%

\*Elaborado por el investigador

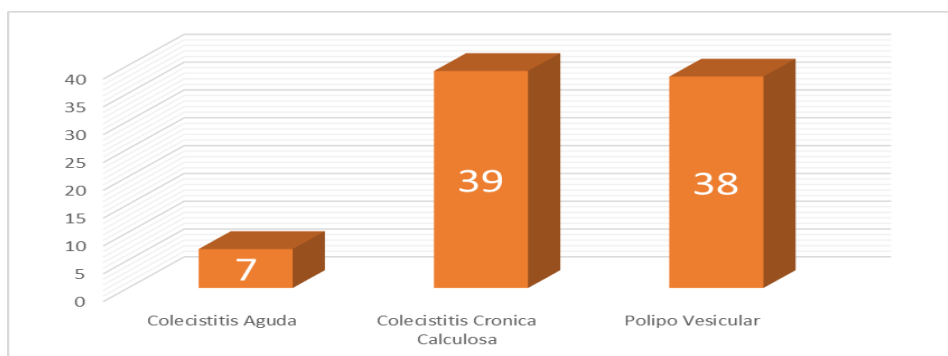
En el Hospital Rezola de Cañete, durante los periodos 2010 y 2020, se encontraron un total de 84 reportes de pacientes colecistectomizados con diagnóstico de pólipo. En la Tabla N°1 Podemos observar frecuencias y porcentajes de los factores clínico-epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares durante el periodo 2010-2020 se encontraron evidenciando que el 31%(26) eran > 50 años 69%(58) ≤ 50 años.

En referencia al sexo se encontró que el sexo masculino fue de 52,4%(44) y sexo femenino 47,6% (40). Referente a la presencia de síntomas, el 51,2%(43) presentaron algún síntoma en contraste con el 48,6%(41) que fueron asintomáticos. El tipo de base del 64,28%(54) fue pediculado y el 35,72%(30) % fue de tipo Sésil. Con relación a la colelitiasis encontrada por histopatología fue de un 79,8%(67) encontradas en piezas de anatomía patológica frente a un 20,2%(17) que no hubo litos en vesícula biliar. Así mismo el número de pólipos encontrados en las muestras fue de un 44,04%(37) que presentaron múltiples pólipos a diferencia de un 55,96%(47) que fueron pólipos solitarios. En referencia las medidas obtenidas de la pared vesicular un grosor mayor de 4 milímetros se

representó con 61,9%(62) y menor o igual a 4 38,1(32). De los 84 pacientes incluidos en el estudio 10,7%(9) correspondieron a pólipo maligno tipo Adenocarcinoma y 89,3%(75) a Pólipo Benigno de los cuales el tipo más frecuente fue de Pólipo Inflamatorio 56%(47), seguido de colesterol 23,8%(20), Pólipo Hiperplásico 6%(5), y Adenoma 3,6%(3) como se muestran en el Grafico N°3. El tamaño de los pólipos mayores o iguales a 10 milímetros fue de 40,5%(34) y menores de 10 milímetros 59,5%(50)

### Grafico N° 2

Diagnostico Preoperatorio de los pacientes con pólipo vesicular  
Colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

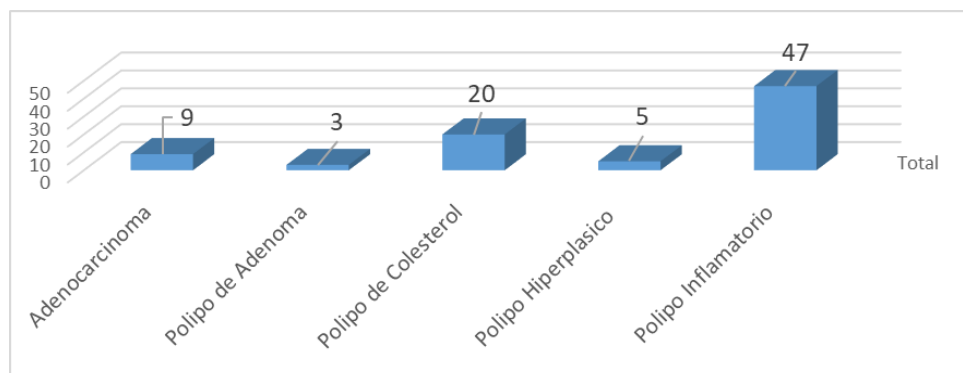


\*Elaborado por el investigador

En el grafico N°2 podemos apreciar que el diagnostico Pre-operatorio más frecuente de los pacientes colecistectomizados fue Colecistitis crónica calculosa que represento 46,4%(39) seguido del diagnóstico de Pólipo Vesicular 45,5%(38) y Colecistitis Aguda 8,3%(7).

### Grafico N° 3

Tipo de Pólipo por Histopatología de los pacientes con pólipo vesicular  
colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020



\*Elaborado por el investigador

**Tabla N° 2**

Análisis edad, tamaño de pared y tamaño de Pólipo de los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable	N	Media	sd	p50	p25	p75	min	max
Edad	84	45.55	11.62	43	37.5	55	28	79
Tamaño de pólipo (milímetros)	84	9.19	2.12	8.75	7.5	10.5	6	15
Tamaño de pared (milímetros)	84	3.35	1.34	3.15	2.3	4.2	1.5	8.2

\*Elaborado por el investigador

En la Tabla N° 2 se describe la media de la variable Edad fue 45,55 años  $\pm$  11,62 y la mediana 43 años con un rango intercuartílico de 37.5 a 55 años, la edad mínima de los pacientes incluidos en este estudio fue de 28 años y la edad máxima fue de 79. La media del tamaño de los pólipos fue de 9,19  $\pm$  2,12 milímetros y mediana de 8,75 con un rango intercuartílico de 7,5 a 10,5. El promedio del tamaño de la pared fue de 3,35 milímetros, mediana de 3,5 milímetros con un rango intercuartílico de 2.3 a 4,2 siendo el tamaño mínimo de 1,5 y máximo de 8,2 milímetros.

### Análisis Bivariado

**Tabla N°3**

Factores clínico-epidemiológicos e histopatológicos según tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos	TIPO DE POLIPO				P
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)		
EDAD	Nº	%	Nº	%	
Mayor de 50 años	7	26.92%	19	73.08%	0.003*
Menor o igual de 50 años	2	3.45%	56	96.55%	
SEXO	Nº	%	Nº	%	
FEMENINO	8	20.00%	32	80,00%	0.012*
MASCULINO	1	2.27%	43	97,73%	
SINTOMAS	Nº	%	Nº	%	

Si	7	16,28%	36	83,72%	0.157*
No	2	4,88%	39	95,12%	
<b>TIPO DE BASE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Sésil	4	23,53%	26	76,47%	0.562*
Pediculado	5	2,00%	49	98,00%	
<b>COLELITIASIS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Si	8	11,94%	59	88,06%	0.679**
No	1	5,88%	16	94,12%	
<b>TAMAÑO DE POLIPO (mm)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Mayor a 10	7	20,59%	27	79,41%	0.027*
Menor o igual 10	2	4,00%	48	96,00%	
<b>NUMERO DE POLIPO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Múltiple	3	8,11%	34	91,89%	0.741*
Solitario	6	12,77%	41	87,23%	
<b>GROSOR DE PARED (mm)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	
Mayor de 4	7	21,88%	25	78,13%	0.024*
Menor igual de 4	2	3,85%	50	96,15%	

\*Prueba exacta de Fisher

En la Tabla N°3 se utilizó la prueba estadística exacta de Fisher para relacionar las variables con el Tipo de Pólipo en las cuales se encontró asociación entre las variables edad (0,003), sexo (0,012), Tamaño de pólipo (0,027), Grosor de pared (0,024); siendo esta la prueba estadística debido a que las variables no presentan una distribución normal.

**Tabla N°4**

Relación entre edad y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
EDAD	Nº	%	Nº	%	N°(%)	
Mayor de 50 años	7	26,92%	19	73,08%	26	100%
Menor o igual de 50 años	2	3,45%	56	96,55%	58	100%
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	0,008					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	4,80		IC 95% (1.721 - 35.373)			

\*Elaborado por el investigador

En la tabla N°4 se analiza la relación entre la Edad de los pacientes y el tipo de pólipo obtenido de las historias clínicas, obteniendo como resultado que, de los pacientes con resultado de pólipo Maligno 7 tenían mayor de 50 años y 2 menor o iguales a 50 años; así mismo se demostró que los mayores a 50 años tienen un 4,80 veces riesgo de malignidad que los pacientes menores o iguales de 50 años IC 95% (1.721 - 35.373), siendo estadísticamente significativo  $p=0,008$ ).

**Tabla N°5**

Relación entre sexo y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
SEXO	Nº	%	Nº	%	N°(%)	
FEMENINO	8	20,00%	32	80,00%	40	100%
MASCULINO	1	2,27%	43	97,73%	44	100%
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P						0,037
Riesgo Relativo crudo (RRc)	8,88		IC 95% (1.13 – 68.11)			

\*Elaborado por el investigador

Con respecto a la tabla N°5 analiza la relación del sexo con el tipo de pólipo en pacientes con pólipo vesicular donde 8 pacientes corresponden al sexo femenino frente a 1 paciente masculino, así mismo se constató que el riesgo es 8,88 veces el de encontrar pólipo maligno en comparación con el sexo masculino IC 95% (1.13 – 68.11); siendo estadísticamente significativo ( $p = 0,037$ ).

**Tabla N°6**

Relación entre Síntomas y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO		TOTAL
	Maligno N(%)	BENIGNO	

			N°(%)			
SINTOMAS	Nº	%	Nº	%	N°(%)	
Si	7	16,28%	36	83,72%	43	100%
No	2	4,88%	39	95,12%	41	100%
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	0,120					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	3,3		IC 95% (0.72 – 12.27)			

\*Elaborado por el investigador

En la tabla N°6 se analizó la relación de la presencia de síntomas en los pacientes con pólipo vesicular, obteniendo como resultado que del grupo de pólipos malignos 7 presentaron algún síntoma, frente a 2 pacientes fueron asintomáticos; así mismo se evidencia que del grupo de pacientes que sí tuvieron algún síntoma el riesgo de 3,3 veces en comparación con los pacientes que no tuvieron síntomas IC 95% (0.72 – 12.27), la relación no es estadísticamente significativa ( $p = 0,120$ ). Exacta de Fisher  $p=0,157$ .

### Tabla N°7

Relación entre Tipo de base y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
Tipo de Base	Nº	%	Nº	%	N°(%)	
Sésil	4	23,53%	26	76,47%	40	100%
Pediculado	5	2,00%	49	98,00%	54	100%
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	0,018					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	1,44		IC 95% (0,42 – 4,96)			

\*Elaborado por el investigador

Con respecto a la tabla N°7 se analizó la relación entre el tipo de base del pólipo y el tipo de pólipo según su resultado anatomopatológico, donde se encontró que del grupo de Pólipos malignos 4 tuvieron base Sésil frente a 5 pólipo que tuvo base pedicular; siendo el grupo de Base Sésil el que presenta un riesgo de 1,44 veces en comparación con la base pedicular IC 95% (0,42 –

4,96), la relación no es estadísticamente significativa ( $p = 0,018$ ), exacta de Fisher  $p = 0,562$ .

**Tabla N°8**

Relación entre Litiasis y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
COLELITIASIS	N°	%	N°	%	N°(%)	
Si	8	11,94%	59	88,06%	67	100%
No	1	5,88%	16	94,12%	17	100%
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P						0,492
Riesgo Relativo crudo (RRc)	2,2		IC 95% (0.26 – 15.32)			

\*Elaborado por el investigador

En tabla N°8 se analizó la relación entre la Colelitiasis asociada y el tipo de pólipo según su resultado anatomopatológico, donde se encontró que del grupo de Pólipos malignos 8 estuvieron asociados a Colelitiasis vesicular I frente 1 que no presento Colelitiasis asociada; siendo el grupo de Colelitiasis el que presenta un riesgo de 2,2 veces en comparación con la base pedicular IC 95% (0,42 – 4,96), la relación no es estadísticamente significativa IC 95% (0.26 – 15.32)  $p = 0,492$ , exacta de Fisher  $p = 0,679$ .

**Tabla N°9**

Relación entre Tamaño de pólipo vesicular y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO	TOTAL
------------------------	----------------	-------

TAMAÑO DE POLIPO (mm)	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)		N°(%)	
	N°	%	N°	%	N°(%)	
Mayor a 10	7	20,59%	27	79,41%	34	100%
Menor o igual 10	2	4,00%	48	96,00%	50	100 %
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	<0,001					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	5,14		IC 95% (1.14 – 23.3)			

\*Elaborado por el investigador

En tabla N°10 se analizó la relación entre el Tamaño del pólipo y el tipo de pólipo según su resultado anatomopatológico, donde se encontró que del grupo de Pólipos malignos 7 estuvieron asociados a con signos de un tamaño de pólipo mayor a 10 milímetros y 2 un tamaño menor o igual a 10 milímetros; teniendo el primer grupo un riesgo de 5,14 veces en comparación al grupo menor de 10 centímetros la relación es estadísticamente significativa IC 95% (1.14 – 23.3). Prueba de Fisher ( $p=0,027$ )

**Tabla N°10**

Relación entre Numero de pólipo vesicular y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
NUMERO DE POLIPO	N°	%	N°	%	N°(%)	
Múltiple	3	14,58%	34	85,42%	37	100%
Solitario	6	5,56%	41	94,44%	47	100 %
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	0,123					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	0,63		IC 95% (0.17 – 2,37)			

\*Elaborado por el investigador

En tabla N°11 se analizó la relación entre la presencia de pólipos múltiples o solitario en los pacientes con resultado de tipo de pólipo por patología, donde



se encontró que del grupo de Pólipos malignos 3 estuvieron asociados a con la presencia de múltiples pólipos y 6 con pólipos; así mismo el grupo de pólipos múltiples tiene un riesgo de 0,63 veces con respecto al grupo de pólipos solitarios. La relación no es estadísticamente significativa IC 95% (0.17 – 2,37). Prueba exacta de Fisher ( $p = 0,741$ ) indico no haber relación entre las variables.

**Tabla N°11**

Relación entre Grosor de la pared y tipo de pólipo en los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable Independiente	TIPO DE POLIPO				TOTAL	
	Maligno N(%)		BENIGNO N°(%)			
GROSOR DE PARED	N°	%	N°	%	N°(%)	
Mayor de 4	7	21,88%	25	78,13%	32	100%
Menor igual de 4	2	3,85%	50	96,15%	52	100 %
Total	9	10,7%	75	89,3%	84	100%
Valor de P	0,025					
Riesgo Relativo crudo (RRc)	5,68		IC 95% (1.24 – 25.94)			

\*Elaborado por el investigador

En tabla N°12 se analizó la relación entre el grosor de la pared vesicular con el resultado de tipo de pólipo por patología, donde se encontró que del grupo de Pólipos malignos 7 estuvieron asociados un tamaño mayor de 4 milímetros y 2 con un tamaño menor o igual de 4 milímetros; así mismo el grupo de que tuvo un tamaño mayor de 4 milímetros tiene un riesgo de 5,68 veces con respecto al grupo sin engrosamiento superior a 4 milímetros. La relación es estadísticamente significativa IC 95% (1.24 – 25.94) Prueba exacta de Fisher ( $p = 0,024$ ).

**Tabla N° 12**

Análisis multivariado de los Factores de riesgo de los pacientes con pólipo vesicular colecistectomizados en el Hospital Rezola de Cañete enero 2010 - diciembre 2020

Variable	Análisis Bivariado		Análisis Multivariado	
	Valor p	RRc (IC95%)*	Valor p	RRa (IC95%)*
EDAD (> 50 años)	0.008	4,80 (1,72-35,37)	0.021	2,23 (1,09 – 8,56)
SEXO FEMENINO	0.037	8,88 (1,13 – 68,11)	0.195	3,02 (0,56 – 16,28)
SINTOMAS (Si)	0.120	3,33 (0,72 – 1,27)	0.866	0,89 (0,25 – 3.17)
TIPO DE BASE (SESIL)	0,18	1,44 (0,42 – 4,96)	0.43	0,64 (0,58– 3.48)
COLELITIASIS (Si)	0.492	2,02 (0,26 – 15,32)	0.748	1,37 (0,19 – 9.54)
TAMAÑO DEL POLIPO (mm)	<0.001	5,14 (1,14 – 23,3)	0.043	3,04 ( 1,33 – 8.97)
NUMERO DE POLIPOS (M)	0.123	0,63 (0,17 – 2,37)	0.176	0,44 ( 0,24 – 8.94)
GROSOR DE PARED (mm)	0.025	5,68 (1,24 – 25,94)	0.041	1,33 ( 1,14 – 2.35)

\*IC 95 %: intervalo de confianza del 95 %; RRa: riesgo relativo ajustado; RRC: riesgo relativo crudo.

En la Tabla N°12 podemos observar el análisis multivariado de los factores asociados a pólipo de tipo maligno, obtenido mediante el análisis estadístico.

Se halló que la edad de los pacientes >50 años tiene 2,23 veces riesgo de asociarse a pólipo maligno, en contraste con los pacientes que se encontraron en el grupo menores de 50 años ( $\leq 50$  años) (IC 95% 1,09 – 17.56), con un  $p = 0,021$ , siendo estos resultados estadísticamente significativos

Así mismo con la variable Tamaño de Pólipo, en el cual se encontró que el grupo de pólipos que tienen un tamaño mayor a 10 milímetros tienen un 3,04 veces más de riesgo frente al grupo menores o iguales a 10 milímetros de asociarse con pólipo maligno (1,33 – 8.97),  $p = 0,043$  lo. Asimismo, los pacientes que tuvieron un grosor de pared mayor de 4 milímetros presentaron un riesgo de 1,33 veces de asociarse a pólipo maligno (IC95% (1,14 – 2.35),  $p = 0,041$ , siendo esta variable estadísticamente significativa. En referencia a la variable Sexo (Femenino) tuvo un riesgo de 6,23 en referencia al sexo masculino sin embargo no fue estadísticamente significativa (IC 95% 0,56 – 16.28) ( $p = 0,195$ ). Las variables Síntomas, tipo de base y Numero de pólipos no fueron estadísticamente significativas 0,89 (IC 95% 025 – 317  $p = 0,866$ ), 0,64 (IC95% 0,58 – 3,48  $p = 0,43$ ) y 0,44 (IC95% 0,24 – 8,94  $p = 0,176$ ) respectivamente.

## Discusión

El cáncer de Vesícula biliar, neoplasia maligna o polipo verdadero maligno (GBC) es un problema de salud nacional e internacional debido a su diagnóstico tardío tiene una alta mortalidad<sup>5</sup>, por ello se debe estudiar los factores de riesgo extrínsecos e intrínsecos que se asocian a la malignidad de un pólipo vesicular. Para lograr este objetivo se utilizó como instrumento de medición una ficha de recolección de datos diseñada por el propio investigador. Este estudio se desarrolló debido a la baja prevalencia en nuestro país según reportada por literatura oscila entre 4-7% en población adulta latinoamericana<sup>58</sup> y 10-12% en nuestro país <sup>59</sup>.

En nuestro estudio la mediana de la edad fue de 45,55 ±11,62 años (pólipos malignos 50,7± 12,8 años y pólipos benignos 44,3 ± 10,8 años), en datos que son similares a Contreras y col<sup>3</sup> donde el promedio de edad de pacientes con presencia de pólipos vesiculares fue de 43,3 años así también Cabezas Sánchez<sup>16</sup> encontró un promedio de edad 45,65 +/-15,64 años (pólipos benignos 45,55 ±11,62 y, malignos 50 ± 11.32 años), ,es importante señalar que algunos estudios señalan la edad de 65 como factor de riesgo para la aparición de pólipos como lo demuestra los resultados encontrados por Jaehoon Lee y Col<sup>14</sup> donde el promedio de edad de los pólipos malignos es superior al de benignos (65.5 ± 10.5 años vs. 55.5 ± 10.4 años).

Es importante mencionar que a pesar que otras revisiones señalan un promedio de edad diferente al señalado anteriormente que es alrededor de los 45 años<sup>59</sup>, existe una diferencia de edad de alrededor de 10-15 años para aparición de pacientes con diagnóstico de cáncer de vesícula; así mismo señalar que el grupo etario de adultos jóvenes tuvo una presencia considerable en los estudios mencionados por lo que es imperativo investigar las causas de enfermedad en edades más tempranas de las que señalan como factor de riesgo para pólipo vesicular y cáncer de vesícula biliar.

La literatura internacional menciona el corte de edad de 50 - 60<sup>52</sup> años como un factor de riesgo a tener en cuenta para el seguimiento del paciente o indicación directa de colecistectomía<sup>53,60</sup>, sin embargo la mayoría de estudios se basan en estudios descriptivos en poblaciones diferentes.

El sexo femenino y litiasis vesicular son factores de riesgo para la aparición de pólipos vesiculares en diferentes estudios<sup>3,59-61</sup>, sin embargo en nuestro estudio no se obtuvo un resultado significativo durante el análisis

En el presente estudio se encontró que la edad mayor de 50 años elevó el riesgo 2,2 veces de asociarse a pólipo maligno, resultado que es similar al de Pinar Sarkut y col<sup>10</sup> donde evaluaron los factores que afectan la decisión encontraron que el 21% de pacientes estudiados tenían pólipos malignos de los cuales todos eran pacientes >50 años concluyó que cuando este se asocia con pólipos solitarios y mayores de 10 milímetros aumenta el riesgo significativamente ( $p < 0,001$ ), Aldouri et al<sup>11</sup> encontró que una edad >60 años se asocia independientemente asociado a mayor probabilidad de desarrollar cáncer de vesícula, resultados que son similares al de presente estudio. Sung Ryol Lee<sup>9</sup> encontró en su población que la edad estuvo asociada significativamente a pólipo maligno  $p < 0,001$ , OR=1.124; IC 95%; 1.084-1-166 para la edad del paciente). Roa et al<sup>18</sup> encontró que hay riesgo relativo de 5 veces en mujeres mayores de 55 años con vesícula biliar de longitud superior a 9,5 mm cm en comparación con 2,5 veces para las mujeres menores de esta edad.

Existe una alta prevalencia en el grupo >50 años en la mayoría de estudios revisados, resultado que coincide con en diferentes estudios realizados en diferentes ciudades donde los pólipos malignos se distribuyeron todos en este grupo de edad<sup>2,3,16,62</sup> ha mostrado.

El punto de corte de edad 50 años en un estudios demostró ser un factor de riesgo independiente para desarrollar cáncer de vesícula, sin embargo la mayoría de estudios no apoyan estos resultados, el porcentaje pólipos malignos en el grupo <50 años fue bajo y no presentaron otras comorbilidades, sin embargo Sung et al<sup>13</sup> donde encontró que una vesícula enferma se asoció en mayor cantidad a Cáncer colorectales (CRN) en relación a vesícula normal: 33.2% (174/523) vs. 26.4% (1,084/4,103) ( $P = 0.002$ ), así mismo los pólipos vesiculares fue un factor de riesgo considerado independiente para CRN (OR ajustado , 1.29; 95% CI, 1.03-1.62), La edad mayor de 50 años debe ser tomada en cuenta para un seguimiento continuo (3 a 6 meses de la primera consulta) así como posible relación con el cáncer colorectal, se desconoce el mecanismo por el cual un adenoma puede llegar a desarrollar adenocarcinoma

sin embargo es pertinente tener en cuenta otros tipos de enfermedades asociadas al hallazgo de un pólipo maligno.

El tamaño del pólipo promedio en el presente estudio fue de  $12,3 \pm 2,05$  mm para los pólipos malignos y  $8,54 \pm 1,98$  mm para los pólipos benignos, siendo mayor la del pólipo maligno, resultados que son similares a los de Mejía y col<sup>17</sup> donde el grupo de pólipo maligno fue de  $10,7 \pm 11,0$  mm y para los benignos de  $4,0 \pm 3,0$ , resultados que indican que el promedio de tamaño de los pólipos malignos es superior al benigno.

En el análisis bivariado y en el multivariado resultó ser estadísticamente significativo, un tamaño >de 10 milímetros aumento el riesgo en 3,04 veces de asociarse a pólipo maligno, Sarici y Duzgun<sup>15</sup> encontraron que un tamaño de pólipo >10mm estuvo asociado a pólipo maligno 1,72 veces (IC95%: 1.254–1.881  $p < 0,001$ ) así mismo la edad >50 años estuvo asociado a pólipo maligno (IC95% : 1.108–1.345  $p < 0,001$ ). Sarkut et al<sup>10</sup> encontró diferencia estadísticamente significativa para pólipos >10 mm para ser un predictor de malignidad ( $p < 0,0001$ ), hay estudios que señalan porcentajes altos donde se hallaron pólipos asociados a malignidad cuando se estudió el tamaño de 10-15 milímetros como Hye Yon Park et al<sup>8</sup> que encontró que el tamaño de pólipo estuvo asociado a malignidad en un 44% y 67%. Sung Ryol Lee et al<sup>9</sup> reportó que el tamaño del pólipo es un factor de riesgo muy significativo para malignidad en pacientes con pólipo de vesícula biliar ( $p < 0,046$ , OR=7.750; IC 95% :1.036 – 57.982) así mismo estableció un tamaño ideal de 12.05 mm como punto de corte para pólipo de malignidad cuando se asoció a resultados de laboratorio como transaminasas. Los estudios mencionados apoyan los resultados en relación al tamaño del pólipo vesicular como factor independiente para indicación de colecistectomía, así mismo la decisión de intervención quirúrgica es apoyada por exámenes auxiliares (Ejm transaminasas) u otro factor de riesgo como la edad o síntomas del paciente.

El grosor de la pared vesicular en el presente estudio tuvo una media de  $5,41 \pm 1,52$  mm en el grupo de pólipos malignos y  $3,10 \pm 1,09$  mm en el grupo de pólipos benignos, se puede observar una diferencia significativa de alrededor de 1.5 mm entre ambos grupos, resultados similares obtuvieron Mejía et al<sup>17</sup> donde el grosor promedio obtenido fue  $3,5 \pm 2,3$  para pólipos maligno y  $2,4 \pm$

0,8 para pólipos benignos. Hubo predominancia de una pared engrosada en el grupo de pólipos malignos, engrosamiento que puede ser asimétrico debido a infiltración de adenocarcinoma dentro de la pared vesicular, asimismo asociado con inflamación o infección de la pared vesicular Kim et al<sup>63</sup> encontraron en su análisis multivariado que , el engrosamiento de la pared del GB > 10 mm y la fue un factor predictivo independiente para un engrosamiento neoplásico de la pared vesicular, el promedio de grosor de pared en su estudio fue de  $19,4 \pm 7,7$  para engrosamiento de pared vesicular neoplásico ( $P < 0,01$ ), en nuestro estudio se evidencio un riesgo de 1,33 veces cuando el engrosamiento de la pared es >4 mm. así mismo Aldouri et al<sup>11</sup> documentaron una alta probabilidad de desarrollar cáncer con un grosor >5mm como engrosamiento severo, engrosamiento irregular y pólipo solitario >10mm, sin embargo no fue significativo para un engrosamiento regular <5mm. Se puede observar que el riesgo de pólipo maligno aumenta cuando el grosor de la pared vesicular es mayor, sin embargo, no hay un consenso para definir un seguimiento o manejo basados en datos obtenidos por métodos convencionales, sin embargo al encontrar un paciente con 2 o más factores de riesgo mencionados en este estudio se debe considerar con alto grado de sospecha que se trate de un polipo maligno tipo adenocarcinoma, debido a que se confirma que el riesgo de que se trate de un paciente portador de una vesícula enferma aumenta de 1 a 3 veces cuando se toma en consideración datos como la edad o el grosor de pared y hasta 5 veces cuando se encuentran más de un factor en la evaluación considerado en otros estudios en poblaciones diferentes como el tamaño de la vesícula, inflamación crónica y/o estados inflamatorios como obesidad o diabetes.

Una de las limitaciones del estudio fue el error por el operador, el registro correcto de los datos y la conservación de los mismos debido a que los datos son evaluados por distintos médicos lo que aumenta la probabilidad de sesgo, sin embargo, los resultados anatomopatológico fueron analizados en una sede diferente del hospital donde se realizó el estudio con profesionales capacitados, se consideró que esto no repercutió en gran medida.

El estudio representa la realidad de una población específica como es la provincia de Cañete y los resultados son difícilmente extrapolables debido a las diferencias sociodemográficas con la población nacional.

Por otro lado, la muestra del estudio no es muy grande, lo que puede reducir las habilidades estadísticas. Esto puede limitar los hallazgos, a pesar de ello los resultados de esta investigación son importantes, ya que ayudan a sentar un precedente de futuros estudios con mayor población al ser parte de la poca bibliografía nacional con la que se cuenta actualmente.

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

- La edad >50 años se asoció a riesgo de pólipo vesicular de tipo maligno en este estudio de manera significativa.
- El sexo femenino no se asoció significativamente al pólipo vesicular de tipo maligno en este estudio.
- Los síntomas son un factor clínico que no se asoció significativamente a pólipo vesicular de tipo maligno.
- El tipo de base no se asoció a riesgo de pólipo vesicular de tipo maligno en este estudio de manera significativa.
- La Litiasis vesicular no se asoció a riesgo de pólipo vesicular de tipo maligno.
- El tamaño del pólipo >10mm se asoció significativamente a riesgo de pólipo vesicular maligno.
- El número de pólipos encontrados no se asoció significativamente a riesgo de pólipo vesicular maligno.
- El grosor de la pared vesicular >4mm se asoció significativamente a riesgo de pólipo vesicular de tipo maligno.

### **5.2 Recomendaciones**

- ✓ Tomando en consideración la edad del paciente se sugiere un seguimiento más estrecho al señalado en la bibliografía extranjera.

- ✓ Optimizar la correcta medición del tamaño del pólipo vesicular, así como identificar otros factores de riesgo al momento de realizado en el primer examen del paciente
- ✓ Realizar un seguimiento ecográfico estrecho teniendo presente los criterios descritos en este estudio y estudios similares nacionales debido a que difieren en cuanto a puntos de corte para toma de decisiones.
- ✓ Desarrollar un modelo de manejo de pacientes teniendo en cuenta factores de riesgo asociados y factores de riesgo poco estudiados que no se asociaron significativamente en el análisis ajustado.
- ✓ Desarrollar estudios multicentricos para disminuir el sesgo de cantidad de pacientes y perdida de datos
- ✓ Estudiar los subtipos de pólipos vesiculares, la infiltración de pared y grado de displasia y analizar la relación con otro tipo de desenlaces.



## CAPÍTULO VI: RECURSOS Y CRONOGRAMA

### 6.1. Fuente de financiamiento

Autofinanciado

### 6.2. Recursos humanos y materiales

### 6.3. Cronograma

Actividades	Agosto		Septiembre		Octubre		Noviembre		Diciembre		Enero
	S1-S2	S3-S4	S1-S2	S3-S4	S1-S2	S3-S4	S1-S2	S3-S4	S1-S2	S3-S4	S1-S2
Titulo objetivos y justificación del estudio	X	X									
Investigación Bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X			
Elaboración de Marco Teórico	X	X	X	X	X	X	X	X			
Recolección de Datos			X	X	X						
Procesamiento de Datos						X	X				
Análisis de Datos							X	X			
Corrección de errores					X	X	X	X	X	X	
Evaluación de Resultados									X	x	
Informe Final											X

#### 6.4. Presupuesto

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO S/.	COSTO TOTAL S/.
Hojas bond	4 cientos	10.00	40.00
Impresión de ficha de recolección de datos	200 impresiones	0.20	40.00
Lapiceros	20 unidades	1.00	20.00
Movilidad	40 pasajes al hospital Nacional 2 de Mayo y Hospital Nacional Hipólito Hunanue	2.00	80.00
Empastado	5	25.00	125.00
Anillados	3	6.00	18.00
Curso de Tesis	1	5000.00	5000.00
TOTAL			5323.00

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heitz L, Kratzer W, Gräter T, Schmidberger J, EMIL study group. Gallbladder polyps - a follow-up study after 11 years. *BMC Gastroenterol.* 18 de marzo de 2019;19(1):42.
2. Torres Rodríguez JK. Características ecográficas y anatomopatológicas en pacientes colecistectomizados por pólipo vesicular en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de enero 2016 a julio del 2018. *Repos Inst - UPEU* [Internet]. 27 de febrero de 2019 [citado 22 de octubre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1630>
3. Contreras Castro E, Alfaro Fernández P, Contreras Castro F, Luna Victoria R, Contreras Alomía I. Correlación entre diagnóstico ecográfico e histopatológico de poliposis vesicular en la Clínica Good Hope 2008-2014. *Horiz Méd Lima.* abril de 2016;16(2):27-32.
4. Goetze TO. Gallbladder carcinoma: Prognostic factors and therapeutic options. *World J Gastroenterol.* 21 de noviembre de 2015;21(43):12211-7.
5. Hundal R, Shaffer EA. Gallbladder cancer: epidemiology and outcome. *Clin Epidemiol.* 2014;6:99-109.
6. Leng S, Zhao A, Li Q, Pei L, Zheng W, Liang R, et al. Metabolic status and lifestyle factors associated with gallbladder polyps: a covariance structure analysis. *BMC Gastroenterol.* 1 de noviembre de 2018;18(1):159.
7. Minsa aprobó las prioridades nacionales para promover la investigación en salud (2019 – 2023) [Internet]. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. [citado 22 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/minsa-aprobo-las-prioridades-nacionales-para-promover-la-investigacion-en-salud-2019>
8. Park HY. Is cholecystectomy a reasonable treatment option for simple gallbladder polyps larger than 10 mm? *World J Gastroenterol.* 2015;21(14):4248.
9. Lee SR, Kim HO, Shin JH. Reasonable cholecystectomy of gallbladder polyp - 10 years of experience. *Asian J Surg.* enero de 2019;42(1):332-7.
10. Sarkut P. Gallbladder polyps: Factors affecting surgical decision. *World J Gastroenterol.* 2013;19(28):4526.
11. Aldouri AQ, Malik HZ, Waytt J, Khan S, Ranganathan K, Kummaraganti S, et al. The risk of gallbladder cancer from polyps in a large multiethnic series. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* enero de 2009;35(1):48-51.
12. Cha BH, Bae JM. Comparison of clinical outcomes of incidental and non-incident gallbladder cancers: a single-center cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2014;15(3):1281-3.
13. Hong SN, Lee TY, Yun SC. The Risk of Colorectal Neoplasia in Patients with Gallbladder Diseases. *J Korean Med Sci.* septiembre de 2015;30(9):1288-94.

14. Lee J, Yun M, Kim KS, Lee JD, Kim CK. Risk stratification of gallbladder polyps (1-2 cm) for surgical intervention with 18F-FDG PET/CT. *J Nucl Med Off Publ Soc Nucl Med.* marzo de 2012;53(3):353-8.
15. Sarici IS, Duzgun O. Gallbladder polypoid lesions >15mm as indicators of T1b gallbladder cancer risk. *Arab J Gastroenterol Off Publ Pan-Arab Assoc Gastroenterol.* septiembre de 2017;18(3):156-8.
16. Cabezas Sánchez DD. Características Clínico Epidemiológicas Y Anatomopatológicas De Pólipos Vesiculares En El Hospital Belén De Trujillo [Internet]. [Hospital Belen de Trujillo]: UNIVERSIDAD NACIONAL DE TRUJILLO; 2012. Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/195?show=full>
17. Mejía CR, Mayta K, Cárdenas MM, Verástegui-Díaz A, Quiñones-Laveriano DM, Maravi-Coronado J, et al. Factores de riesgo para la malignidad de los pólipos vesiculares en dos hospitales públicos de Perú. *Rev Colomb Gastroenterol.* diciembre de 2020;35(4):414-20.
18. Roa I, Ibacache G, Muñoz S, de Aretxabala X. Gallbladder cancer in Chile: Pathologic characteristics of survival and prognostic factors: analysis of 1,366 cases. *Am J Clin Pathol.* mayo de 2014;141(5):675-82.
19. Arévalo F, Aragón V, Alva J, Perez Narrea M, Cerrillo G, Montes P, et al. Pólipos colorectales: actualización en el diagnóstico. *Rev Gastroenterol Perú.* abril de 2012;32(2):123-33.
20. Matos ASB de, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. [Gallbladder polyps: how should they be treated and when?]. *Rev Assoc Medica Bras* 1992. junio de 2010;56(3):318-21.
21. Chen SA, Feng ZN, Li S, Zhang YC, Sun XL, Liu ZH, et al. EUS-guided gallbladder polyp resection: A new method for treatment of gallbladder polyps. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int HBPD INT.* 2019;18(3):296-7.
22. Bhattacharjee P, Nanda D. Prospective observational study on cholelithiasis in patients with carcinoma gall bladder in a tertiary referral hospital of Eastern India. *J Cancer Res Ther.* 2018;0(0):0.
23. Al Manasra AR, Qandeel H, Al-Hurani M, Mazahreh T, Hamouri S. Gallbladder polyps between ultrasound and histopathology. *Australas Med J.* 1 de enero de 2018;11.
24. Salmenkivi K. CHOLESTEROSIS OF THE GALL-BLADDER. A CLINICAL STUDY BASED ON 269 CHOLECYSTECTOMIES. *Acta Chir Scand Suppl.* 1964;105:SUPPL 324:1-93.
25. Matos ASB de, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Pólipos da vesícula biliar. Como e quando tratar? *Rev Assoc Médica Bras.* 2010;56(3):318-21.

26. Maeyama R, Yamaguchi K, Noshiro H, Takashima M, Chijiwa K, Tanaka M. A large inflammatory polyp of the gallbladder masquerading as gallbladder carcinoma. *J Gastroenterol.* octubre de 1998;33(5):770-4.
27. Li Y, Tejirian T, Collins JC. Gallbladder Polyps: Real or Imagined? *Am Surg.* 1 de octubre de 2018;84(10):1670-4.
28. Yang HL, Sun YG, Wang Z. Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indications for surgery. *Br J Surg.* marzo de 1992;79(3):227-9.
29. Owen CC, Bilhartz LE. Gallbladder polyps, cholesterolosis, adenomyomatosis, and acute acalculous cholecystitis. *Semin Gastrointest Dis.* octubre de 2003;14(4):178-88.
30. Aloia TA, Járufe N, Javle M, Maithel SK, Roa JC, Adsay V, et al. Gallbladder cancer: expert consensus statement. *HPB.* agosto de 2015;17(8):681-90.
31. Farinon AM, Pacella A, Cetta F, Sianesi M. «Adenomatous polyps of the gallbladder» adenomas of the gallbladder. *HPB Surg World J Hepatic Pancreat Biliary Surg.* abril de 1991;3(4):251-8.
32. 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 Lond Engl.* septiembre de 2016;33 Pt A:28-35.
33. Yin SN, Chi J, Liu L, Ding N, Ji YD, Yuan JM. Dual-energy CT to differentiate gallbladder polyps: cholesterol versus adenomatous. *Acta Radiol Stockh Swed* 1987. febrero de 2021;62(2):147-54.
34. Song ER, Chung WS, Jang HY, Yoon M, Cha EJ. CT differentiation of 1-2-cm gallbladder polyps: benign vs malignant. *Abdom Imaging.* abril de 2014;39(2):334-41.
35. Taskin OC, Basturk O, Reid MD, Dursun N, Bagci P, Saka B, et al. Gallbladder polyps: Correlation of size and clinicopathologic characteristics based on updated definitions. *PloS One.* 2020;15(9):e0237979.
36. 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.* mayo de 2019;33(5):1564-71.
37. Szpakowski JL, Tucker LY. Outcomes of Gallbladder Polyps and Their Association With Gallbladder Cancer in a 20-Year Cohort. *JAMA Netw Open.* 1 de mayo de 2020;3(5):e205143.
38. Bhatt NR, Gillis A, Smoothery CO, Awan FN, Ridgway PF. Evidence based management of polyps of the gall bladder: A systematic review of the risk factors of malignancy. *Surg J R Coll Surg Edinb Irel.* octubre de 2016;14(5):278-86.
39. Buckles DC, Lindor KD, Larusso NF, Petrovic LM, Gores GJ. In primary sclerosing cholangitis, gallbladder polyps are frequently malignant. *Am J Gastroenterol.* mayo de 2002;97(5):1138-42.

40. Kim JH, Jeong IH, Han JH, Kim JH, Hwang JC, Yoo BM, et al. Clinical/pathological analysis of gallbladder adenomyomatosis; type and pathogenesis. *Hepatogastroenterology*. junio de 2010;57(99-100):420-5.
41. Nabatame N, Shirai Y, Nishimura A, Yokoyama N, Wakai T, Hatakeyama K. High risk of gallbladder carcinoma in elderly patients with segmental adenomyomatosis of the gallbladder. *J Exp Clin Cancer Res CR*. diciembre de 2004;23(4):593-8.
42. Hoyos SI, Sierra EC. Pólipos de la vesícula. *Rev Colomb Cir*. 1 de enero de 2010;25(1):37-41.
43. Polverosi R, Zambelli C, Sbeghen R, Caracciolo F, Berlanda G. [Ultrasonography and computerized tomography in the diagnosis of gallbladder carcinoma]. *Radiol Med (Torino)*. mayo de 1994;87(5):643-7.
44. Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. *SEMERGEN - Med Fam*. 1 de enero de 2016;42(1):25-30.
45. Wennmacker SZ, Lamberts MP, Di Martino M, Drenth JP, Gurusamy KS, van Laarhoven CJ. Transabdominal ultrasound and endoscopic ultrasound for diagnosis of gallbladder polyps. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 de agosto de 2018;8:CD012233.
46. Miwa H, Numata K, Sugimori K, Kaneko T, Maeda S. Vascular evaluation using transabdominal ultrasound for gallbladder polyps. *J Med Ultrason* 2001. abril de 2021;48(2):159-73.
47. Cocco G, Basilico R, Delli Pizzi A, Cocco N, Boccatonda A, D'Ardes D, et al. Gallbladder polyps ultrasound: what the sonographer needs to know. *J Ultrasound*. junio de 2021;24(2):131-42.
48. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirota M, Miura F, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14(1):91-7.
49. Ruiz VG, Medina MAR, Oñate LAO, Martínez MDS, Díaz SG, Díaz JFG, et al. Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: experiencia del Hospital General de México. *Rev Mex Cir Endoscópica*. 2013;14(1):18-21.
50. Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, Sherman S, McHenry L, Watkins JL, et al. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. *Gastrointest Endosc*. febrero de 2007;65(2):247-52.
51. Morera-Ocón FJ, Ballestín-Vicente J, Calatayud-Blas AM, de Tursi-Rispoli LC, Bernal-Sprekelsen JC. Indicaciones quirúrgicas en los pólipos de vesícula biliar. *Cir Esp*. 1 de mayo de 2013;91(5):324-30.
52. Vila M, Lladó L, Ramos E. Enfoque y tratamiento de los pólipos en la vesícula biliar. *Med Clínica*. 1 de febrero de 2018;150.

53. Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps. *Eur Radiol.* 2017;27(9):3856-66.
54. Roa E. I. Proposición de procesamiento de biopsias de la vesícula biliar, clasificación y etapificación del cáncer de la vesícula biliar. *Rev Chil Cir.* 2005;436-42.
55. De La Cruz-Vargas JA, Correa-Lopez LE, Alatrística-Gutierrez de Bambaren M del S, Sanchez Carlessi HH, Luna Muñoz C, Loo Valverde M, et al. Promoviendo la investigación en estudiantes de Medicina y elevando la producción científica en las universidades: experiencia del Curso Taller de Titulación por Tesis. *Educ Médica.* 1 de julio de 2019;20(4):199-205.
56. Levy AD, Murakata LA, Rohrmann CA. Gallbladder carcinoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiogr Rev Publ Radiol Soc N Am Inc.* 2001;21(2):295-314; questionnaire, 549-55.
57. García JJC, Aguirre CR, Lizárraga JR, Machado JFE, Pluma VHC. Cáncer de vesícula biliar como hallazgo histopatológico posterior a la colecistectomía. Prevalencia e incidencia en el Hospital Ángeles Pedregal. 2010;(3).
58. Monge DZ, Monge RB, Ovarés CU. PÓLIPOS DE LA VESÍCULA BILIAR.
59. Bugosen Tannous M, Tagle Arróspide M, Huerta-Mercado Tenorio J, Scavino Levy Y. Pólipos vesiculares: características clínicas y anatomopatológicas en pacientes colecistectomizados en la Clínica Anglo Americana entre los años 1999-2007. *Rev Gastroenterol Perú.* enero de 2011;31(1):32-7.
60. Furukawa H, Kosuge T, Shimada K, Yamamoto J, Kanai Y, Mukai K, et al. Small Polypoid Lesions of the Gallbladder: Differential Diagnosis and Surgical Indications by Helical Computed Tomography. *Arch Surg.* 1 de julio de 1998;133(7):735-9.
61. Frecuencia y características del cáncer de vesícula biliar en un hospital de referencia al sur del Perú, 2009-2014: estudio descriptivo [Internet]. 2018 [citado 10 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/investigacion/estudios/7184.html>
62. Myers RP, Shaffer EA, Beck PL. Gallbladder polyps: epidemiology, natural history and management. *Can J Gastroenterol J Can Gastroenterol.* marzo de 2002;16(3):187-94.
63. Kim HJ, Park JH, Park DI, Cho YK, Sohn CI, Jeon WK, et al. Clinical usefulness of endoscopic ultrasonography in the differential diagnosis of gallbladder wall thickening. *Dig Dis Sci.* febrero de 2012;57(2):508-15.

## ANEXOS

### 1. ACTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
**Manuel Huamán Guerrero**  
Oficina de Grados y Títulos

#### ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "**Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 - diciembre 2020**", que presenta el Sr. **MELVYN HAROLD CHAVEZ MAURICIO** identificado con **DNI 47839189**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

**Gelman Elías Pomachagua Perez**  
ASESOR DE LA TESIS



**DR. JHONY DE LA CRUZ VARGAS**  
DIRECTOR DE TESIS

Lima, 7 de Noviembre del 2022



## 2. CARTA DE COMPROMISO DEL ASESOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas  
Oficina de Grados y Títulos  
Formamos seres para una cultura de paz

### Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepta el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Sr. Melvyn Harold Chavez Mauricio, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

GERMAN ELÍAS POMACHAGUA PEREZ

Lima, 28 de Octubre de 2022

**3. CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA**



**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-2016-SUNEDU/CD

**Facultad de Medicina Humana**  
Manuel Huamán Guerrero



Oficio Electrónico N° 2079-2022-FMH-D

Lima, 28 de noviembre de 2022

Señor  
**MELVYN HAROLD CHAVEZ MAURICIO**  
Presente. -

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A PÓLIPOS VESICULARES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, ENERO 2010 – DICIEMBRE 2020", desarrollado en el contexto del VIII Curso Taller de Titulación por Tesis, presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 17 de noviembre de 2022.

Por lo tanto, queda usted expedito con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



Mg. Hilda Jurupe Chico  
Secretaria Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

*"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"*

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco | Central: 708-0000  
Lima 33 - Perú / [www.urp.edu.pe/medicina](http://www.urp.edu.pe/medicina) | Anexo: 6010

#### 4. CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE



GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
Dirección Regional de Salud  
HOSPITAL REZOLA CAÑETE

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Cañete, 27 de diciembre del 2022

#### CARTA N° 069 -2022-DIRESA-L-HRC-UADI

Prof. Jhony De La Cruz Vargas  
Director del Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas  
Universidad Ricardo Palma  
Lima  
Presente. -

**ASUNTO:** Aceptación de Trabajo de Investigación

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted, para expresarle un cordial saludo y en atención al documento informarle que la Unidad de Docencia del Hospital Rezola Cañete da la aceptación al alumno de la Facultad de Medicina Humana: **Melvyn Harold Chavez Mauricio**, para que puedan desarrollar y ejecutar el proyecto de tesis Titulada: "**FACTORES CLINICO EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A POLIPOS VESICULARES EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE ENERO2010 - DICIEMBRE 2022**".

Asimismo, solicitamos lo siguiente:

- Que remita a la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación el proyecto de Investigación.
- Que el investigador realice informe periódico acerca de los avances del proceso de recolección de información a la Unidad de Apoyo a la Docencia.
- Que el investigador garantice el cumplimiento con los criterios éticos en la investigación.
- Que se comprometa a presentar los resultados de la investigación en una reunión con los Jefes de Departamento del Hospital Rezola-Cañete.
- Que el investigador se comprometa a entregar una copia de su informe final de la de investigación de manera física y digital.

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

  
M.C. Manuel Cárdenas de la Cruz  
Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación

## 5. ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMNA  
Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas Unidad  
de Grados y Títulos

FORMAMOS SERES HUMANOS PARA UNA CULTURA DE PAZ

### ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

Los abajo firmantes, director, asesor y miembros del Jurado de la Tesis titulada “FACTORES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A PÓLIPOS VESICULARES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, ENERO 2010 – DICIEMBRE 2020”, que presenta el Sr. MELVYN HAROLD CHAVEZ MAURICIO para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, dejan constancia de haber revisado el borrador de tesis correspondiente, declarando que este se halla conforme, reuniendo los requisitos en lo que respecta a la forma y al fondo.

Por lo tanto, consideramos que el borrador de tesis se halla expedito para la impresión, de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos, y ha sido revisado con el software Turnitin, **quedando atentos a la citación que fija día, hora y lugar, para la sustentación correspondiente.**

En fe de lo cual firman los miembros del Jurado de Tesis:

Dr. Aurelio Arturo Orellana Vicuña.  
PRESIDENTE

Dr. Cesar Ramón Razuri Bustamante

MIEMBRO

Dr. Juan Carlos Ezequiel Roque Quezada  
MIEMBRO

Dr. Jhony De La Cruz Vargas  
Director de Tesis

Mg. Germán Elías Poma Chagua Pérez  
Asesor de Tesis

Lima, 13 de enero de 2023

## 6. REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

# Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020

by Mauricio, Chavez

Submission date: 14-Jan-2023 01:14AM (UTC+0500)  
Submission ID: 1992471827  
File name: Melvyn\_harold\_chavez\_Mauricio\_-\_Tesis\_-\_Correcciones.doc (2.75M)  
Word count: 11405  
Character count: 60857

harold

### ORIGINALITY REPORT

**19%** SIMILARITY INDEX  
**17%** INTERNET SOURCES  
**2%** PUBLICATIONS  
**5%** STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

1	<a href="https://repositorio.urp.edu.pe">repositorio.urp.edu.pe</a> Internet Source	7%
2	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Internet Source	4%
3	Submitted to Universidad Ricardo Palma Student Paper	1%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	1%
5	<a href="https://www.gastrocol.com">www.gastrocol.com</a> Internet Source	1%
6	<a href="https://es.slideshare.net">es.slideshare.net</a> Internet Source	1%
7	<a href="https://1library.co">1library.co</a> Internet Source	1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Student Paper	<1%
9	<a href="https://pesquisa.bvsalud.org">pesquisa.bvsalud.org</a>	

## 7. CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VIII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS

## CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que el Sr.

**MELVYN HAROLD CHAVEZ MAURICIO**

Ha cumplido con los requisitos del curso-taller para la Titulación por Tesis durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2021 y enero 2022 con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis: **“FACTORES CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS E HISTOPATOLÓGICOS ASOCIADOS A PÓLIPOS VESICULARES EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL REZOLA DE CAÑETE, ENERO 2010 – DICIEMBRE 2020**

”. Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 28 de noviembre de 2022.



Dr. Jhony De La Cruz Vargas  
Director del Curso Taller



Dra. María del Socorro Alarista Guerrero Vda. de Bumarén  
Decana



## 8. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivo General	HIPOTESIS	Variable	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTO	PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuáles son Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020 ?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar los factores de riesgo clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del 2010-2020</p> <p><b>OBJETIVO ESPECIFICOS</b> Determinar si los factores de riesgo clínico epidemiológicos asociados a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del 2010-2020 Determinar si los factores de riesgo histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el Hospital Rezola de Cañete del 2010-2020</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL:</b> Los factores clínico epidemiológicos e histopatológico difieren en los pacientes con pólipos vesiculares.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS:</b> Los factores clínico epidemiológicos están asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020 Los factores histopatológicos están asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020</p>	<p>Variable dependiente Pólipo vesicular con resultado de anatomía patológica</p> <p>Variable independiente: Edad Tipo de Base Sexo Tamaño del pólipo vesicular Numero de pólipos en anatomía patológica Litiasis asociada Síntomas del paciente Grosor de la pared vesicular Litiasis Vesicular</p>	<p>Observacional , analítico tipo cohorte retrospectivo.</p>	<p><b>POBLACIÓN Y MUESTRA:</b> Pacientes varones o mujeres mayores de 18 años que han sido sometidos a colecistectomía, ya sea convencional o laparoscópica que posteriormente cuenten con resultado de anatomía patológica de pólipo vesicular en el servicio de Cirugía General del Hospital Rezola de Cañete de enero 2010-diciembre 2020</p>	<p>La técnica de recolección de datos es la documentación</p>	<p>Estadística Analítica Análisis bivariado y multivariado con regresión logística obteniendo Riesgo relativo crudo y ajustado</p>

9. Instrumento de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"  
UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

**"Factores Clínico epidemiológicos e histopatológicos asociados a pólipos vesiculares en el servicio de Cirugía del Hospital Rezola de Cañete, enero 2010 – diciembre 2020"**

EDAD \_\_\_\_\_ años

SEXO: 1) Masculino 2) Femenino

Tipo de cirugía \_\_\_\_\_

Síntomas predominantes referidos en Historia clínica por el paciente

**Resultados Ecográficos u otra técnica de imagen (Tomografía, resonancia)**

- a) Tamaño del pólipo \_\_\_\_ mm
- b) N° de Polipos \_\_\_\_\_
- c) Colelitiasis Sí. NO
- d) Otras características ( Sésil, pediculado)

---

---

---

Resultados Anatomopatológico

Tamaño obtenido \_\_\_\_\_mm

Numero de Pólipos \_\_\_\_\_

**Característica o tipo de Pólipo (Grosor de la pared) (Tamaño de Vesícula Biliar)**

**a)Pólipo con características malignas**

**b)Pólipo benigno**

---

---

---

---



### 10. Operacionalización de variables

	<b>NOMBRE DE LA VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>TIPO</b>	<b>NATURALEZA</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FUENTE</b>
Variables definidas por el investigador	EDAD	Tiempo de vida de los pacientes sometidos a cirugía.	Independiente	Cuantitativa	De razón	>50 años	Historia clínica Ficha de recolección de datos
	SEXO	Categoría física física y biológica de los pacientes	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Resultado Anatómico-patológica	Resultado Anatómico-patológica	Está determinado por las características reales del pólipo registradas en el informe histopatológico.	Dependiente	Cualitativa	Nominal	Polipo Maligno (Adenocarcinoma) Polipo Benigno (Adenoma y pseudo polipo)	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Característica Ecográfica	Tipo de Base	Está determinado por el tipo de unión del pólipo vesicular a la cara interna de la pared vesicular	Independiente	Cualitativa	Nominal	Pedunculado Sésil	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Dimensiones de la vesícula Biliar	Grosor de la pared	Está determinado por el tamaño en mm de la pared vesicular	Independiente	Cuantitativa	Continua	Milímetros	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Litiasis Vesicular	Litiasis	Presencia de cálculos biliares	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Historia clínica Ficha de recolección de datos

Síntomas del paciente	Síntoma predominante	Síntomas predominantes que acompañan al paciente durante la enfermedad	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sintomático Asintomático	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Diagnóstico Preoperatorio	Diagnóstico Preoperatorio	Diagnóstico con el que el paciente es hospitalizado	Independiente	Cualitativa	Nominal Politómica	1: Colecistitis crónica calculosa 2: Pólipo Vesicular 3: Abdomen agudo quirúrgico 4: otros diagnósticos	Historia clínica Ficha de recolección de datos
Número de pólipos Vesiculares	#Pólipos Vesiculares	Cantidad de pólipos reales en anatomía patológica	Independiente	Cualitativa	Nominal	Solitario Múltiple	Historia clínica Ficha de recolección de datos