



Pólipo de vesícula com lesão em pólipo pequeno: relato de caso

Gallbladder polyp with small polyp lesion: case report

DOI: 10.56238/isevjhv2n4-008

Recebimento dos originais: 19/06/2023

Aceitação para publicação: 11/07/2023

Helen Brambila Jorge Pareja

Especialista em Cirurgia Geral e Cirurgia do Aparelho Digestivo

Mestre em Ciências da Saúde

Instituição: UNOESTE – Universidade do Oeste Paulista

E-mail: Brambila_hj@hotmail.com

Ana Luiza Souza Nunes

Graduanda em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: aluizasn@gmail.com

Bárbara Maia Brito

Graduanda em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: barbaramsbrito@gmail.com

Fernanda Soares Franca Bispo

Graduanda em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: fernandasfbispo@gmail.com

Giulia da Cruz Guedes

Graduanda em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: giuliaguedes19@gmail.com

Isabelly Lima Werlang Lopes

Graduanda em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: isabelly.lrdg@gmail.com

Lucas de Freitas Dourado

Graduando em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: lucasfreitas.dourado@gmail.com

Pedro Lucas Apolinário

Graduando em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: pedroapolinario2000@gmail.com

Victor Gabriel Campelo Oliveira

Graduando em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: victorgabrielcampelooliveira@gmail.com

Victor Gabriel Medeiros Marcelino

Graduando em Medicina

Instituição: UniRV – Universidade de Rio Verde

E-mail: victor_gabriel2308@hotmail.com

RESUMO

O pólipo de vesícula biliar é uma elevação da parede da vesícula biliar que pode ser classificada em diferentes tipos. Os pólipos de colesterol são os mais comuns, seguidos pelos pólipos inflamatórios e os adenomatosos. Geralmente, os pólipos são assintomáticos, mas podem causar dor abdominal, náuseas e outros sintomas em alguns casos. O diagnóstico é feito por exames de imagem, como a ultrassonografia abdominal, que é o método preferido devido à sua precisão e baixo custo. Pólipos maiores que 1cm, sintomáticos ou em pacientes com fatores de risco, geralmente requerem colecistectomia (remoção da vesícula biliar). Alguns pólipos podem ser malignos, como o adenocarcinoma, que é mais comum em pólipos maiores que 1cm. Neoplasias papilíferas do trato biliar, como o colangiocarcinoma, também podem estar associadas a pólipos vesiculares. O manejo e o prognóstico dependem do tipo e das características dos pólipos encontrados. O relato de caso em questão traz a Colecistectomia Vídeolaparoscópica como escolha de tratamento, com base nos benefícios e indicações da técnica.

Palavras-chave: Pólipo de vesícula, Etiologia, Sintomas, Diagnóstico, Tratamento.

1 INTRODUÇÃO

O pólipo de vesícula biliar (PV) é uma elevação da parede da vesícula biliar que se projeta para o lúmen. O tipo mais comum são os chamados pseudo ou pólipos de colesterol, representando 60% a 90% dos casos de PV. Estes são formados pela precipitação de colesterol ou sais biliares, que formam projeções no lúmen interno da parede da vesícula biliar. A presença de pólipos de colesterol pode ser indicativa de doença patológica da vesícula biliar, como a colecistite crônica (WILES et al., 2017). Já os pólipos inflamatórios representam 5% a 10% dos casos de PV e costumam estar associados à inflamação da mucosa e da parede da vesícula biliar. Geralmente, esse tipo está associado a crises repetidas de colecistite e cólica biliar aguda. Tanto os pseudopólipos quanto os pólipos inflamatórios apresentam baixo risco de desenvolvimento de neoplasias. Assim como raramente excedem o tamanho de 1cm e costumam ser múltiplos. Os pólipos adenomatosos, denominados como verdadeiros, são neoplásicos, porém são raros e frequentemente associados a cálculos biliares. Seu tamanho pode variar de 5mm a 20mm (JONES et al., 2022).

Estudos sobre os pólipos de vesícula biliar demonstraram que há uma prevalência maior entre os homens, geralmente acometidos na idade entre 40 a 58 anos. (RIDDELL et al., 2022). Entretanto, outras literaturas mostraram que a incidência é maior em pacientes ainda mais velhos, demonstrando que esta é uma doença de acometimento tardio. (JONES et al., 2022). A ultrassonografia abdominal é o exame de imagem de escolha para o diagnóstico dos pólipos, devido à sua elevada especificidade e sensibilidade, além de possuir baixo custo e ser mais acessível à maioria da população. (MARTINHO et al., 2010).

Os pólipos vesiculares (PVs) podem ser classificados de acordo com suas características físicas: em sésseis quando tem uma base alargada; e em pedunculados, quando está aderido à mucosa por meio de uma base membranosa. Além disso, podem ser classificados conforme sua histologia em: benignos, que pode ser hiperplásico ou metaplásico; e maligno, sendo esta última a forma neoplásica, como adenomas e carcinomas (ANDREA et al., 2020). Para os PVs que são classificados como malignos, o adenocarcinoma representa cerca de 85% dos casos e na maioria das vezes são diagnosticados incidentalmente na ultrassonografia abdominal. Estudos indicam que um pólipo ≥ 10 mm é um preditor de malignidade (MEJIA et al., 2021). O adenocarcinoma pode ser classificado histologicamente em papilar, tubular e mucinoso. (RUEDA et al., 2017)

A maioria dos PVs são assintomáticos. Entretanto, alguns pacientes que possuem cálculos de colesterol, relataram uma hipofunção da vesícula, tendo sintomas característicos de estase biliar, dor abdominal, náuseas e intolerância ao se alimentar. Pacientes que possuem lesões adenomatosas maiores, conseqüentemente podem apresentar maiores sintomas. Esses pólipos podem chegar a tamanhos tão grandes, que são possíveis de serem palpados no abdome. Além disso, podem estar presentes o sinal de Murphy e dor à palpação profunda do ponto cístico. (JONES et al., 2022).

Os pólipos da vesícula biliar costumam ser encontrados através de exames de imagem, como uma tomografia ou ultrassonografia abdominal. Sendo a ecografia abdominal, o exame ideal para o diagnóstico dos PVs devido à elevada sensibilidade e especificidade, com respectivamente 93% e 95,8%. (MARTINHO et al., 2010) Os pólipos podem se apresentar na forma de lesão única ou de natureza múltipla. Assim como podem ser encontrados na presença ou ausência de cálculos biliares, sendo mais comum a sua ausência. Durante o exame, deve ser feita a diferenciação entre cálculos biliares e pólipos da vesícula biliar. Os cálculos biliares geralmente são móveis e os pólipos são fixados na parede do lúmen da vesícula biliar. A maioria dos pólipos são hipodensos e menores que 1 cm de diâmetro. Eles podem aparecer na forma de polipóides ou sésseis. Pólipos

singulares que têm uma densidade tecidual e são maiores que 1 cm de diâmetro carregam um maior potencial maligno (JONES et al., 2022).

De acordo com o Instituto Brasileiro do Fígado (IBRAFIG), o manejo do paciente depende das características dos pólipos vesiculares e do quadro clínico apresentado. Nesse sentido, em lesões igual ou maior que 1cm de diâmetro deve ser encaminhado para a colecistectomia, pois tem um alto risco de progressão para um câncer de vesícula. Entretanto, em pacientes sintomáticos, idade maior que 50 anos ou portadores de colangite esclerosante primária tem indicação para a colecistectomia independente do tamanho dos pólipos vesiculares. Os PVs menores que 1cm e sem fatores de risco, devem ser acompanhados através da ultrassonografia abdominal a cada seis meses, caso seja notada a evolução do tamanho, pode ser indicada a realização da cirurgia.

As neoplasias papilíferas do trato biliar são classificadas em neoplasia papilífera dos ductos biliares (NPIDB), neoplasia da região ampular e neoplasia papilar intracolecística. A neoplasia papilífera dos ductos biliares (NPIDB) é caracterizada por inúmeras lesões papilíferas que compreendem células epiteliais em um eixo delgado fibrovascular apoiado no tecido conjuntivo da lâmina própria. Além disso, essa forma de neoplasia nas vias biliares leva a produção de mucina e é um tumor macio e friável. Essa neoplasia é um tipo raro, abrangendo cerca de 3 a 9% dos colangiocarcinomas. Diante disso, podem ser ressecados e ter um prognóstico mais favorável quando comparado a outros tipos histopatológicos de colangiocarcinomas. Ademais, o NPIDB tem uma capacidade de se estender na porção superficial da mucosa das vias biliares e por esse motivo faz-se necessário a realização de uma ressecção ampla da neoplasia. Contudo, as características mais cruciais para realização do diagnóstico da NPIDB é identificar a mucobilia, a forma em como os canais biliares estão distribuídos e espessos, além do contraste e metabolismo do nódulo (RESENDE et al., 2014).

As neoplasias da região ampular ainda não possuem pesquisas específicas, então seu estudo é bastante limitado. Estas neoplasias são caracterizadas por um espectro de mudança displásica, crescimento exofítico e também possuem uma linhagem celular variável intestinal ou gástrico/pancreatobiliar. Sua classificação até o presente momento é dividida em adenocarcinomas convencionais da ampola ou como adenomas do duodeno. Essas neoplasias são relativamente raras no mundo, constituindo 33% dos tumores primários ampulares e 5,5% das duodenopancreatectomias/ampulectomias. A idade mais comum é pacientes com 64 anos, sendo este um dado semelhante ao de pacientes com outros cânceres da região periampular. As neoplasias papilotubulares intra-ampulares exibem um espectro de displasia, sendo que mais de 80% dos casos apresenta mistura de baixo e alto grau de focos displásicos na mesma lesão. É importante

ressaltar que, uma vez iniciada a transformação neoplásica da lesão, ela pode progredir rapidamente, mesmo sendo detectada precocemente. (RESENDE et al., 2014).

A Neoplasia Papilar Intracolecística é uma entidade rara e pouco descrita na literatura, corresponde a 0,4-0,61% de todas as colecistectomias. É similar à neoplasia papilífera intraductal das vias biliares e ao tumor papilomucinoso de lesão intraductal do pâncreas, compartilhando os mesmos subtipos histológicos (pancreatobiliar, intestinal, gástrica e oncocítica). É uma lesão intraluminal com crescimento exofítico, pré-maligno e associado à progressão para carcinoma em mais de 50% dos casos. Os pacientes são frequentemente assintomáticos, embora até metade apresentem dor abdominal e 20% têm colelitíase concomitante. A ultrassonografia abdominal é o principal exame radiológico que descreve a lesão papilar como um pólipó. O diagnóstico definitivo é anatomopatológico e incidental, com IHC MUC-5A e CK20 caracterização. Atualmente, a colecistectomia não é recomendada para lesões polipóides menores que 1 cm na ausência de sintomas. Em casos de avaliação/acompanhamento radiológico duvidoso, a colecistectomia pode ser realizada para estudo anatomopatológico completo. Em ausência de componente invasivo ou envolvimento locorregional, no período de cinco anos o prognóstico é bom, com uma sobrevida de 90% (PASCUAL et al., 2022).

2 RELATO DE CASO

A.F.S, sexo masculino, em seguimento ambulatorial de síndrome do intestino irritável, apresentando descompensação clínica da doença, com diarreia (sete episódios por dia, sem sangue e muco), hiporexia, perda de peso, realizado exames complementares para a doença, diagnosticando de forma incidental o pólipó de vesícula. Antecedentes pessoais somente o acompanhamento da síndrome do intestino irritável. Sem outras comorbidades. Relata ser tabagista (1 maço/ano).

Paciente apresentava ultrassonografia de abdome demonstrando um pólipó de 9/7 mm e nefrolitíase.

Os exames laboratoriais mostraram hemoglobina de 14,1; hematócrito de 42,6%; plaquetas de 169.000; leucócitos de 6.635; ferro de 126; ferritina de 93,7; vitamina B12 de 765; vitamina D = 36,9; glicemia de 92; colesterol Total de 202; ureia de 24; creatinina de 1; sódio de 143; TGO de 37; TGP de 53; TSH de 15,9 e T4 no valor de 0,71.

Foi optado pelo tratamento cirúrgico do pólipó de vesícula biliar, realizado a Colecistectomia Vídeolaparoscópica. Paciente teve um dia de internação, recebeu dieta no mesmo

dia e alta no dia seguinte, com retorno ambulatorial em 15 dias para retirada dos pontos e avaliação da biópsia, a qual diagnosticou a neoplasia papilífera intracolecística.

3 DISCUSSÃO

O pólipo de vesícula biliar (PV) é uma elevação da parede da vesícula biliar que se projeta para o lúmen. O tipo mais comum são os chamados pseudo ou pólipos de colesterol, representando 60% a 90% dos casos de PV. A presença de pólipos de colesterol pode ser indicativa de doença patológica da vesícula biliar, como a colecistite crônica (WILES et al., 2017). Tanto os pseudopólipos quanto os pólipos inflamatórios apresentam baixo risco de desenvolvimento de neoplasias. Assim como raramente excedem o tamanho de 1cm e costumam ser múltiplos. Os pólipos adenomatosos, denominados como verdadeiros, são neoplásicos, porém são raros e frequentemente associados a cálculos biliares. Seu tamanho pode variar de 5mm a 20mm (JONES et al., 2022). No presente estudo, o paciente apresentava um pólipo de 9/7 mm, constatando que ele se enquadra dentro dos dados levantados até então.

Estudos sobre os pólipos de vesícula biliar demonstraram que há uma prevalência maior entre os homens, geralmente acometidos na idade entre 40 a 58 anos. (RIDDELL et al., 2022). Entretanto, outras literaturas mostraram que a incidência é maior em pacientes ainda mais velhos, demonstrando que esta é uma doença de acometimento tardio. (JONES et al, 2022). No nosso caso foi paciente do sexo masculino, mas o que divergiu da literatura é a idade, pois paciente é jovem.

A etiologia da formação de pólipos é a partir da precipitação de colesterol ou sais biliares, que formam projeções no lúmen interno da parede da vesícula biliar. A presença de pólipos de colesterol pode ser indicativa de doença patológica da vesícula biliar, como a colecistite crônica (WILES et al., 2017). Dentre os exames laboratoriais apresentados pelo paciente foi possível perceber uma hipercolesterolemia, com o colesterol total de 202 mg/dL.

A maioria dos PVs são assintomáticos. Entretanto, alguns pacientes que possuem cálculos de colesterol, relataram uma hipofunção da vesícula, tendo sintomas característicos de estase biliar, dor abdominal, náuseas e intolerância ao se alimentar. Pacientes que possuem lesões adenomatosas maiores, conseqüentemente podem apresentar maiores sintomas. Esses pólipos podem chegar a tamanhos tão grandes, que são possíveis de serem palpados no abdome. Além disso, podem estar presentes o sinal de Murphy e dor à palpação profunda do ponto cístico. (JONES et al., 2022).

O presente paciente realizava seguimento ambulatorial da síndrome do intestino irritável, porém chegou com uma descompensação clínica apresentando diarreia, hiporexia, perda de peso,

realizado exames complementares para a doença, diagnosticando de forma incidental o pólipo de vesícula. Os sintomas apresentados demonstram um quadro clínico atípico, demonstrando a variação da sintomatologia de acordo com as particularidades de cada paciente.

Os pólipos da vesícula biliar costumam ser encontrados através de exames de imagem, como uma tomografia ou ultrassonografia abdominal. Sendo a ecografia abdominal, o exame ideal para o diagnóstico dos PVs devido à elevada sensibilidade e especificidade, com respectivamente 93% e 95,8% (MARTINHO et al., 2010). No presente caso o paciente realizou uma ultrassonografia de abdome, não necessariamente o exame ideal, porém foi capaz de identificar o pólipo.

Os PVs podem ser classificados conforme sua histologia em: benignos, que pode ser hiperplásico ou metaplásico; e malignos, sendo esta última a forma neoplásica, como adenomas e carcinomas (ANDREA et al., 2020). Para os que são classificados como malignos, o adenocarcinoma representa cerca de 85% dos casos e na maioria das vezes são diagnosticados incidentalmente na ultrassonografia abdominal. Estudos indicam que um pólipo ≥ 10 mm é um preditor de malignidade (MEJIA et al., 2021). Apesar do paciente apresentar um pólipo de vesícula com parâmetro inferior ao estabelecido como preditor de malignidade, o mesmo poderia se encontrar dentro dos 85%, devido a descoberta incidental durante a ultrassonografia.

A decisão para indicação de colecistectomia ou de acompanhamento ultrassonográfico depende dos seguintes fatores: tamanho do(s) pólipo(s); presença ou não de sintomas; presença ou não de cálculos biliares; presença ou não de fatores de risco para neoplasia maligna de vesícula biliar. Há indicação de colecistectomia, independente de sintomas, para pacientes com: pólipo maior ou igual a 10 mm, devido à maior chance de malignidade; pólipo de 6 a 9 mm associados a colelitíase ou fatores de risco para neoplasia de vesícula biliar; pólipo com crescimento, de 2mm ou mais, ao longo de duas ou mais ultrassonografias; pólipo e diagnóstico de colangite esclerosante primária (TelessaúdeRS UFRGS, 2021).

De acordo com o Instituto Brasileiro do Fígado (IBRAFIG), o manejo do paciente depende das características dos pólipos vesiculares e do quadro clínico apresentado. Nesse sentido, em lesões igual ou maior que 1cm de diâmetro deve ser encaminhado para a colecistectomia, pois tem um alto risco de progressão para um câncer de vesícula. Entretanto, em pacientes sintomáticos, idade maior que 50 anos ou portadores de colangite esclerosante primária tem indicação para a colecistectomia independente do tamanho dos pólipos vesiculares. Os PVs menores que 1cm e sem fatores de risco, devem ser acompanhados através da ultrassonografia abdominal a cada seis meses, caso seja notada a evolução do tamanho, pólipos maiores que 1cm, pode ser indicada a

realização da cirurgia. No nosso caso, o tratamento optado foi a colecistectomia videolaparoscópica com biópsia, devido ao fato do paciente ser sintomático.

O adenocarcinoma pode ser classificado histologicamente em papilar, tubular e mucinoso (RUEDA et al., 2017). As neoplasias papilíferas do trato biliar são classificadas em neoplasia papilífera dos ductos biliares (NPIDB), neoplasia da região ampular e neoplasia papilar intracolecística (RESENDE et al., 2014). No retorno ambulatorial do paciente em 15 dias para retirada dos pontos e avaliação do resultado da biópsia, foi diagnosticado a neoplasia papilífera intracolecística.

A Neoplasia Papilar Intracolecística é uma entidade rara e pouco descrita na literatura, corresponde a 0,4-0,61% de todas as colecistectomias. É uma lesão intraluminal com crescimento exofítico, pré-maligno e associado à progressão para carcinoma em mais de 50% dos casos. Os pacientes são frequentemente assintomáticos, embora até metade apresentem dor abdominal e 20% têm colelitíase concomitante. A ultrassonografia abdominal é o principal exame radiológico que descreve a lesão papilar como um pólipo. O diagnóstico definitivo é anatomopatológico e incidental, com IHC MUC-5A e CK20 caracterização. Em ausência de componente invasivo ou envolvimento locorregional, no período de cinco anos o prognóstico é bom, com uma sobrevida de 90% (PASCUAL et al., 2022).

4 CONCLUSÃO

Com base na discussão acima, podemos concluir que o pólipo de vesícula biliar é uma elevação da parede da vesícula biliar que se projeta para o lúmen. Os pólipos de colesterol são os mais comuns, representando a maioria dos casos de pólipos de vesícula. Geralmente, esses pólipos têm baixo risco de desenvolver neoplasias e costumam ser múltiplos e de tamanho inferior a 1cm. Por outro lado, os pólipos adenomatosos são neoplásicos, associados a cálculos biliares e podem variar em tamanho.

A idade e o gênero podem influenciar a prevalência dos pólipos de vesícula biliar, com maior incidência em homens e geralmente em faixas etárias mais avançadas. No entanto, existem variações individuais nesses padrões.

O diagnóstico dos pólipos de vesícula biliar geralmente é feito por meio de exames de imagem, como a ultrassonografia abdominal, que é altamente sensível e específica. Os pólipos podem ser classificados em benignos, como os hiperplásicos e metaplásicos, e malignos, como os adenomas e carcinomas. Pólipos com tamanho igual ou superior a 10mm têm maior chance de malignidade.

A decisão de realizar a colecistectomia ou o acompanhamento ultrassonográfico depende de vários fatores, incluindo o tamanho dos pólipos, a presença de sintomas, a presença de cálculos biliares e fatores de risco para neoplasia maligna de vesícula biliar. Recomenda-se a colecistectomia para pólipos maiores ou iguais a 1cm, sintomáticos, em pacientes com idade acima de 50 anos ou com colangite esclerosante primária.

No caso discutido, o paciente apresentava um pólipo de 9/7mm, o que o colocava dentro dos padrões identificados na literatura. Apesar de ser sintomático e ter idade mais jovem, a decisão de realizar a colecistectomia foi tomada levando em consideração os sintomas clínicos e o diagnóstico incidental da neoplasia papilífera intracolecística.

A neoplasia papilífera intracolecística é uma entidade rara, pré-maligna e associada à progressão para carcinoma em mais de 50% dos casos. O diagnóstico definitivo é feito por meio de exames anatomopatológicos, e o prognóstico é geralmente favorável quando não há componente invasivo ou envolvimento locorregional.

Em resumo, o manejo dos pólipos de vesícula biliar depende das características individuais de cada paciente, incluindo o tamanho dos pólipos, a presença de sintomas e fatores de risco. A colecistectomia é indicada em casos específicos, visando a prevenção de complicações futuras. O acompanhamento clínico e o diagnóstico precoce desempenham um papel importante na identificação de pólipos com potencial maligno.

REFERÊNCIAS

Citação: Riddell ZC, Corallo C, Albazaz R, and Foley KG. Gallbladder polyps and adenomyomatosis. *Br J Radiol* 2023; 96: 20220115.

https://www.birpublications.org/doi/10.1259/bjr.20220115?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

Citação: 1. Matos ASB de, Baptista HN, Pinheiro C, Martinho F. Pólipos da vesícula biliar. Como e quando tratar?. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010;56(3):318–21. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302010000300017>

<https://www.scielo.br/j/ramb/a/Y8DpJL7CSgwhLSrk7PGwKxG/?lang=pt>

Citação: Jones MW, Deppen JG. Gallbladder Polyp. [Updated 2022 Oct 24]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470211/>

Citação: Rev. Colombiano Gastroenterol. vol.35 no.4 Bogotá out./dez. 2020 Epub 12 de julho de 2021

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572020000400414#B9

Citação: Villarreal Juris A, Albán Tigre J, Barrera Sáenz C, Villarreal Juris R, Albán Tigre J, Endara Altamirano F. POLIPOSIS VESICULAR Y RIESGO DE MALIGNIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS. *Rev Med Vozandes*. 2020; 31 (2): 66 - 78

https://revistamedicavozandes.com/wp-content/uploads/2021/01/08_A0_08.pdf

Citação: Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, Arvanitakis M, Lahaye M, Soltes M, Perinel J, Roberts SA. Management and follow-up of gallbladder polyps : Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur Radiol*. 2017 Sep;27(9):3856-3866. doi: 10.1007/s00330-017-4742-y. Epub 2017 Feb 9. PMID: 28185005; PMCID: PMC5544788.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4656361/>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5544788/pdf/330_2017_Article_4742.pdf

Citação: Lou MW, Hu WD, Fan Y, Chen JH, E ZS, Yang GF. CT biliary cystoscopy of gallbladder polyps. *World J Gastroenterol*. 2004 Apr 15;10(8):1204-7. doi: 10.3748/wjg.v10.i8.1204. PMID: 15069726; PMCID: PMC4656361.

Apodaca-Rueda, M., Cazzo, E., De-Carvalho, R. B., & Chaim, E. A.. (2017). Prevalência do câncer de vesícula biliar em pacientes submetidos à colecistectomia: experiência do Hospital de Clínicas da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. *Revista Do Colégio Brasileiro De Cirurgiões*, 44(3), 252–256. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017003005>

Citação: 1. Resende V, Santos JPL da S, Gomes RV, Vidigal PVT, Pedrosa MS. Papillary neoplasias of the biliary tract. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2014Nov;41(6):445–50. Available from: <https://doi.org/10.1590/0100-69912014006011>

<https://www.scielo.br/j/rcbc/a/N94yvdyN5S3jnSkzsKS3vy/?lang=pt>



Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS), Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde. Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Geral Adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 7 Dez 2020. Disponível

em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Protocolo_Cirurgia_geral.pdf. <https://www.reed.es/AheadOfPrintFicha.aspx?id=12605&hst=0&idR=0>

Wiles R, Thoeni RF, Barbu ST, Vashist YK, Rafaelsen SR, Dewhurst C, et al. Management and follow-up of gallbladder polyps: joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery - European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). *Eur Radiol* 2017 Sep;27(9):3856-66. Doi 10.1007/s00330-017-4742-y.