LA RIVISTA PRATICA PER IL MEDICO PRATICO

"LIFE" PRACTICE

NUMERO 02 2026

DIAGNOSTICA

Dermatiti, psoriasi e diagnosi differenziale in Medicina Generale



pag. 25

STRATEGIA

Vitamina D e prediabete: riduzione del rischio o suggestione clinica?



pag. 31

PRATICA

Polipo della colecisti: reperto incidentale, follow-up e decision making



pag. 45

Una storia clinica per comprendere la medicina della vita reale

parte 1

ANNO III - NUMERO 02/2026 - Editore Mediconsult Srl - Copia Omaggio

Polipo della colecisti: reperto incidentale, follow-up e decision making



Articolo redatto da:
Italo Paolini
Segretario Regionale SIMG Marche
Medico di Medicina Generale Arquata del Tronto (AP)

VIDEO

INTRODUZIONE

Andrea ha eseguito un'ecografia addominale che era stata richiesta con duplice obiettivo: documentare la possibile steatosi epatica (viste le sue abitudini alimentari e di vita, le sue analisi, il suo status fisico) ed escludere altre patologie concomitanti. Il referto conferma il fegato steatosico con ecostruttura diffusamente iperecogena (steatosi epatica di primo grado o "lieve") e segnala un reperto inatteso: piccola formazione polipoide della colecisti di 5 mm, iperecogena, senza cono d'ombra posteriore, fissa alla parete in ortostatismo e clinostatismo. Non vi sono calcoli biliari, la parete della colecisti appare regolare e il dotto biliare comune è nella norma.

Ricordo le sue caratteristiche: lavoro sedentario, indice di massa corporea di 28,4 kg/m², ipertensione arteriosa in trattamento con un ACE-inibitore e dislipidemia in dieta. Da qualche mese riferisce digestione lenta, gonfiore post-prandiale e un fastidio sordo, saltuario, in ipocondrio destro. I sintomi non sono specifici, ma nel contesto di sovrappeso, sospetta steatosi epatica e storia metabolica complessiva, una rivalutazione strumentale dell'addome, non eseguita negli ultimi due anni, mi sembrava opportuna.
Andrea legge la parola "polipo" nel referto e si spaventa. Contatta lo studio per un appuntamento urgente, preoccupato di avere un tumore. Conoscendolo bene, avverto subito, quando viene in studio, la sua preoccupazione dovuta anche ad una brutta esperienza oncologica vissuta da un suo caro amico affetto da neoplasia pancreatica.
Rivedo le immagini anche con il mio ecografo e durante il nostro colloquio, rivaluto, spiegandogli gli elementi di rilievo, la situazione collegando le immagini (**fig.1-2**) con le loro caratteristiche, il referto ecografico, alla sua anamnesi, fattori di rischio specifici per malignità delle lesioni polipoidi della colecisti. Il mio obiettivo è tranquillizzarlo, ma sulla base di elementi oggettivi e scientificamente corretti in relazione al

suo problema. La valutazione clinica non ha elementi di allarme: Andrea non ha superato i 60 anni, non è di etnia asiatica, non ha diagnosi di colangite sclerosante primitiva e il polipo è peduncolato, non sessile. Non vi è ittero, calo ponderale involontario né massa palpabile in ipocondrio destro. La sua dolenzia con senso di peso post-prandiale riferita è aspecifica, diversa dal profilo tipico della colica biliare.
Il mio orientamento diagnostico sui suoi disturbi è verso cause indipendenti dalla colecisti e dal polipo descritto: dispepsia funzionale, malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) o gastrite. La correlazione causale tra il polipo e i sintomi riferiti è clinicamente improbabile: un polipo di queste dimensioni, in assenza di calcolosi associata, è virtualmente sempre asintomatico.

Su queste basi spiego ad Andrea il significato del reperto: le caratteristiche ecografiche e il contesto clinico orientano fortemente verso uno pseudopolipo di colesterolo, che rappresenta la forma più frequente e, quando confermato come tale, non ha potenziale di trasformazione maligna. Spiego però anche che l'ecografia stratifica il rischio, ma non consente una certezza istologica.
Il rischio di malignità per un polipo inferiore a 10 mm in assenza di fattori di rischio è inferiore allo 0,5%. L'intervento chirurgico immediato non è indicato e comporterebbe rischi sproporzionati rispetto al beneficio atteso.
Spiego ancora ad Andrea che, per un polipo di 5 mm senza fattori di rischio, le linee guida europee non prevedono un follow-up obbligatorio. Tuttavia, considerando la sua forte preoccupazione e scegliendo un atteggiamento che lo tranquillizzi totalmente, programmiamo un controllo ecografico (previsto per polipi di dimensioni superiori) a 6, 12 e 24 mesi. Se il polipo risulterà stabile al termine del biennio, il monitoraggio potrà essere interrotto.
L'occasione della visita mi consente inoltre di parlare della sua steatosi epatica, del suo rischio cardiovascolare, del suo



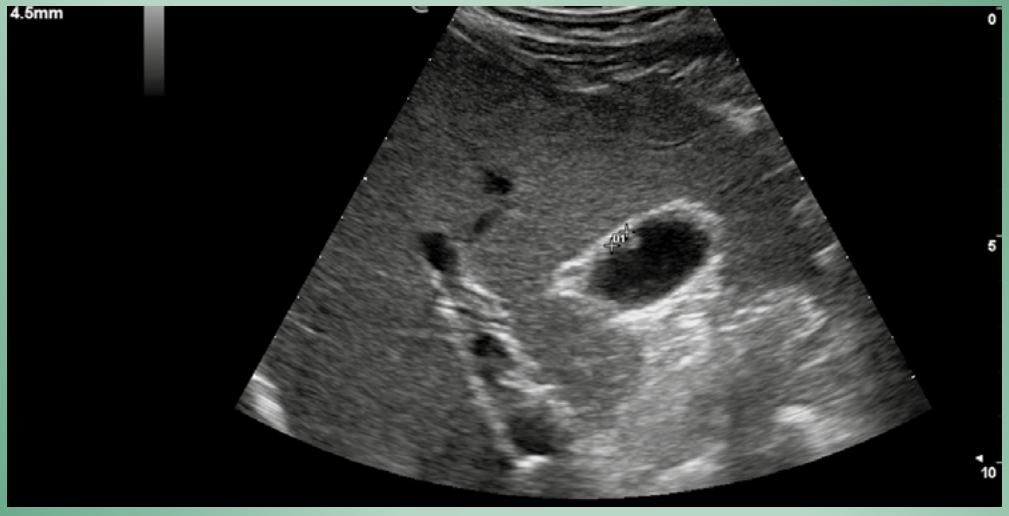


Figura 1 e 2.
Scansioni
asse lungo-asse corto
colecisti

TABELLA 1. CLASSIFICAZIONE DELLE LESIONI POLIPOIDI DELLA COLECISTI

CATEGORIA	TIPO DI LESIONE	PREVALENZA	POT. MALIGNO	CARATTERISTICHE TIPICHE
Pseudopolipi	Polipo di colesterolo	60–90%	Nullo	Multipli, < 10 mm, peduncolati, iperecogeni
	Adenomiomatosi focale	5–10%	Molto basso	Ispessimento focale, artefatti a coda di cometa
	Polipo infiammatorio	Rara	Nullo	Associato a colecistite cronica
Polipi Veri	Adenoma (tubulare/villoso)	4–5%	Alto (premaligno)	Solitario, isoecogeno, spesso sessile
	Adenocarcinoma	Rara	Maligno	Base larga, crescita rapida, invasione parietale
	Altri (lipomi, emangiomi)	Molto rara	Nullo	Variabili in base al tessuto di origine

controllo pressorio e della necessità di modificare alimentazione e livello di attività fisica come elementi decisamente più importanti.

Andrea esce dallo studio rassicurato, con un piano di gestione chiaro e condiviso. A parole dice di voler seguire i consigli ricevuti. È rimasto impressionato dal confronto, che gli ho fatto vedere direttamente, tra la maggiore ecogenicità del parenchima epatico rispetto alla corticale renale. Utilizzo spesso questo metodo visivo, con buona efficacia, per spiegare il significato ecografico della steatosi.
Vedremo per Andrea. Comunque penso che questa visita ed il colloquio avuto siano stati utili sia per il problema che lo ha determinato e per la gestione complessiva dei suoi problemi.

Approfondimento: Inquadramento, Diagnostica e Gestione

Le lesioni polipoidi della colecisti non costituiscono un'entità patologica omogenea, bensì un gruppo eterogeneo di alterazioni della parete che sporgono nel lume dell'organo.
La distinzione fondamentale per l'orientamento clinico risiede nella separazione tra lesioni "pseudoneoplastiche" (non neoplastiche) e polipi "veri" (neoplastici). I polipi di colesterolo rappresentano la stragrande maggioranza dei reperti (60–90%). La loro origine è legata alla deposizione di esteri del colesterolo nella lamina propria della mucosa, dove vengono fagocitati da macrofagi, creando la tipica struttura macroscopica a "fragola". Sono pseudopolipi senza potenziale maligno, spesso multipli, peduncolati e inferiori ai 10 mm.
Un'altra forma benigna, abbastanza frequente, è l'adenomiomatosi focale, caratterizzata dall'ispessimento della tonaca muscolare e dalla presenza dei seni di Rokitansky-Aschoff. Queste sono piccole invaginazioni della mucosa della cistifellea che penetrano attraverso lo strato muscolare della parete della colecisti. La loro presenza, solitamente segno di colecistite cronica, è caratteristica della adenomiomatosi della colecisti (una condizione benigna in cui si osserva una pro"Life"razione eccessiva della mucosa e un ispessimento della parete muscolare) ed è riconoscibile ecograficamente per gli artefatti a coda di cometa all'interno dei seni stessi.
I polipi veri includono gli adenomi – lesioni premaligne che seguono la sequenza adenoma-carcinoma analoga a quella del colon – e, più raramente, l'adenocarcinoma in situ. La loro identificazione precoce è il fulcro di ogni protocollo di sorveglianza.
La **tabella 1** sintetizza la classificazione delle lesioni polipoidi secondo prevalenza e potenziale maligno.

Diagnostica ecografica: accuratezza e limiti

L'ecografia transaddominale è l'indagine di primo livello per l'identificazione e il monitoraggio delle lesioni polipoidi della colecisti. La metodica è ampiamente disponibile, ripetibile e non invasiva, ma la sua accuratezza è operatore-dipendente e il valore predittivo positivo per i veri polipi può essere limitato, soprattutto per lesioni di piccole dimensioni.
Quando il reperto nasce da una valutazione POCUS, è opportuno confermarlo con ecografia formale con allegato referto. Nel caso di un reperto già descritto da ecografia formale, la POCUS del MMG può avere un ruolo utile di revisione, counseling e integrazione clinica, senza sostituire l'esame diagnostico di riferimento.
Le sfide diagnostiche principali includono la distinzione tra un polipo vero e un calcolo biliare adeso alla parete o un aggregato di fango biliare. I criteri classici di identificazione – assenza di cono d'ombra posteriore e fissità della lesione ai cambiamenti di decubito – possono risultare inaffidabili per calcoli molto piccoli (2–3 mm), responsabili di falsi positivi. Recenti studi indicano che fino all'83% delle lesioni diagnosticate come polipi con dimensioni inferiori a 5 mm non vengono identificate nei controlli successivi o all'esame istopatologico post-operatorio.

La morfologia della lesione (**fig.3**) è un elemento centrale, assieme alle dimensioni, nella stratificazione del rischio.
Un polipo sessile, con base di impianto più ampia rispetto all'altezza, soprattutto se associato a ispessimento focale della parete è considerato un elemento di maggiore attenzione perché più frequentemente associato a lesioni neoplastiche rispetto ai polipi peduncolati.
L'esplorazione Doppler può fornire informazioni sulla vascolarizzazione, sebbene la sensibilità sia limitata per lesioni di piccole dimensioni.

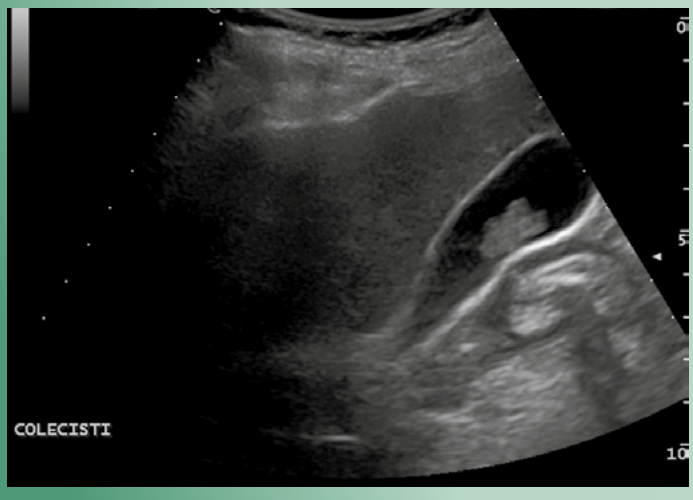


Figura 3.
Lesione con caratteristiche di forte sospetto per malignità

Stratificazione del rischio: le linee guida ESGAR/EAES 2022

Le linee guida congiunte ESGAR/EAES del 2022 hanno aggiornato i criteri di sorveglianza sulla base di una revisione sistematica della letteratura, introducendo soglie più definite e un orizzonte temporale di follow-up ridotto a 2 anni. I principali fattori di rischio per malignità codificati sono:

- Età superiore ai 60 anni (soglia innalzata dai 50 anni delle linee guida 2017): l'incidenza del carcinoma della colecisti aumenta significativamente dopo la sesta decade.
- Storia di colangite sclerosante primitiva (PSC): rappresenta un importante fattore di rischio per malignità. Nelle linee guida europee 2022, la presenza di PSC rientra tra i fattori che orientano verso colecistectomia per lesioni di 6–9 mm, se il paziente è operabile e accetta l'intervento; per lesioni ≤5 mm è indicato invece follow-up ecografico a 6, 12 e 24 mesi.
- Etnia asiatica: studi epidemiologici documentano una maggiore suscettibilità genetica o ambientale nelle popolazioni di origine asiatica.
- Morfologia sessile o ispessimento focale della parete > 4 mm: aumentano la probabilità di lesione neoplastica e sono fattori di rischio indipendenti.

Algoritmo di sorveglianza e protocollo di follow-up

La **tabella 2** sintetizza il protocollo raccomandato in base alle dimensioni del polipo e alla presenza di fattori di rischio. Per le lesioni di 6–9 mm senza fattori di rischio, il follow-up ecografico è programmato a 6, 12 e 24 mesi. Se la lesione rimane stabile nel biennio, il monitoraggio può essere interrotto: la base scientifica di questa riduzione risiede nel fatto che le lesioni neoplastiche mostrano quasi sempre crescita significativa o dimensioni già superiori a 10 mm al momento del riscontro.
La crescita dimensionale è il parametro più critico durante il follow-up. Le linee guida definiscono come "significativo" un aumento di almeno 2 mm in 2 anni. Il raggiungimento della soglia dei 10 mm costituisce indicazione assoluta alla colecistectomia. Se invece si verifica un aumento < 2 mm ma



TABELLA 2. PROTOCOLLO DI SORVEGLIANZA ECOGRAFICA PER I POLIPI DELLA COLECISTI (ESGAR/EAES 2022)

DIMENSIONE	FATTORI DI RISCHIO	PROTOCOLLO CONSIGLIATO	CRITERI DI INTERRUZIONE
≤ 5 mm	Assenti	Nessun follow-up richiesto	Immediata
≤ 5 mm	Presenti*	Ecografia a 6, 12 e 24 mesi	Stabilità a 2 anni
6–9 mm	Assenti	Ecografia a 6, 12 e 24 mesi	Stabilità a 2 anni
6–9 mm	Presenti*	Colecistectomia raccomandata	N/A (intervento)
≥ 10 mm	Qualsiasi	Colecistectomia raccomandata	N/A (intervento)

***Fattori di rischio: età >60 anni, origine asiatica, colangite sclerosante primitiva (PSC), morfologia sessile, inclusa la presenza di ispessimento focale della parete colecistica >4 mm.**

la lesione rimane < 10 mm, la decisione clinica deve essere individualizzata in un contesto multidisciplinare, tenendo conto dell'età biologica, delle comorbidità e delle preferenze del paziente.

Ruolo del Medico di Medicina Generale: counseling e gestione

Il medico di Medicina Generale è la figura centrale nella gestione del paziente con riscontro incidentale di polipo della colecisti. Il suo ruolo si articola in tre dimensioni principali: l'interpretazione clinica del referto, il counseling al paziente e il coordinamento del follow-up. Sul piano del counseling, è fondamentale rassicurare il paziente con dati oggettivi: il rischio di trasformazione maligna per un polipo inferiore a 10 mm in assenza di PSC è inferiore allo 0,5%.

La parola "polipo" evoca spesso timori oncologici, ma è opportuno spiegare che la sorveglianza ecografica non è un rinvio dell'intervento, bensì una strategia proattiva per evitare i rischi della chirurgia inutile. La colecistectomia laparoscopica, pur essendo un intervento mini-invasivo con tempi di recupero rapidi, comporta una percentuale di lesioni delle vie biliari dello 0,3–0,6%, complicanza grave che non si giustifica in assenza di indicazione solida.

Studi clinici dimostrano che la colecistectomia eseguita per sintomi aspecifici in presenza di polipi fallisce nel risolvere la sintomatologia nel 61% dei casi.

Il dolore epigastrico di Andrea deve essere pertanto trattato come entità indipendente, con indagini mirate (es. test per H. pylori, eventuale endoscopia digestiva superiore) e terapia empirica antisecretoria.

In merito all'appropriatezza prescrittiva, nel contesto del Sistema Sanitario Nazionale italiano il codice RAO più indicato per i controlli seriali di sorveglianza è il codice P (Programmabile, 180 giorni). Il codice D (Differibile, 30–60 giorni) è appropriato per il primo approfondimento specialistico post-POCUS. Il codice B (Breve, 10 giorni) va riservato esclusivamente ai casi con forte sospetto clinico di malignità.

Criteri di referral chirurgico e imaging di secondo livello

L'invio allo specialista chirurgo (chirurgo generale o epatobiliare) è indicato quindi nelle seguenti circostanze:

1 ► Dimensioni ≥ 10 mm: soglia universale per la colecistectomia profilattica.
2 ► Lesioni di 6–9 mm con fattori di rischio: età > 60 anni, etnia asiatica, PSC o morfologia sessile.
3 ► Sintomatologia biliare tipica: coliche biliari ricorrenti con dolore in ipocondrio destro, post-prandiale, con eventuale irradiazione scapolare.





4 ► Crescita documentata durante il follow-up: se la lesione raggiunge i 10 mm, è indicata la valutazione per colecistectomia; se aumenta di almeno 2 mm nel periodo di follow-up di 2 anni, la decisione va individualizzata considerando dimensione attuale, fattori di rischio, comorbidità e possibile discussione multidisciplinare.

5 ► Coesistenza di calcolosi biliare sintomatica, episodi compatibili con colica biliare o incertezza diagnostica tra polipo, microcalcolo adeso e sludge: in questi casi può essere indicata una rivalutazione specialistica o un imaging mirato.

L'imaging di secondo livello non è necessario per la maggior parte dei pazienti con polipi di piccole dimensioni, ma diventa essenziale in casi selezionati.
L'ecografia con mezzo di contrasto (CEUS) permette di distinguere un polipo vero – che mostra enhancement arterioso – dallo sludge biliare addensato, potenzialmente evitando interventi inutili. L'ecoendoscopia (EUS), con la sua risoluzione spaziale superiore, consente di analizzare i singoli strati della parete e di identificare micro-caratteristiche morfologiche dei polipi borderline (8–10 mm). La TC addome con contrasto è lo strumento di scelta per la stadiazione oncologica in caso di sospetto carcinoma avanzato.

Conclusioni per la Pratica Quotidiana

La gestione del polipo della colecisti di piccole dimensioni richiede equilibrio, evitando sia l'eccesso di interventismo sia la negligenza diagnostica.
Lo studio POLYP condotto nei Paesi Bassi ha evidenziato che il 50% delle colecisti rimosse per polipo conteneva solo colesterolosi benigna, e solo il 9% dei pazienti operati presentava un adenoma neoplastico. Questi dati sottolineano la necessità di un'adesione rigorosa ai criteri di rischio prima di proporre la chirurgia.

In sintesi, per il medico di Medicina Generale il percorso raccomandato davanti a un polipo incidentale è il seguente: valutare i fattori di rischio, rassicurare il paziente con dati oggettivi, programmare il follow-up appropriato e trattare i sintomi aspecifici come entità indipendente. Se il polipo rimane stabile per 2 anni, il monitoraggio può essere sospeso con tranquillità.

La medicina moderna si muove verso una personalizzazione del rischio: un polipo non è una diagnosi che impone un intervento immediato, ma un segnale che richiede contestualizzazione clinica e monitoraggio mirato.