

## **COLECISTITIS AGUDA O CANCER DE VESÍCULA... ?**

Dres. Luis Ruso . FACS . Mariella Rondan , Gustavo Rodríguez, Raul Mori , Jorge Vercelli , Oscar Balboa.-

Presentado en 49° Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto 1998.

**Publicado en : Cir Uruguay 1999;69;103 – 107**

---

### **RESUMEN.**

Se presentan tres pacientes operados con diagnóstico clínico e imagenológico de cáncer de vesícula biliar (CVB) ,en los cuales se realizó una resección visceral amplia, con criterio oncológico ,pero el estudio anatómo-patológico mostró una colecistitis xantogranulomatosa .(CXG)

La CXG es una enfermedad inflamatoria de baja incidencia (0.7 % a 1.2 %) , cuyo principal interés es el diagnóstico diferencial con el CVB, incluso durante la exploración quirúrgica ,siendo extremadamente difícil en presencia de alteraciones inflamatorias severas.

Las características macroscópicas de la CXG incluyen una vesícula usualmente litiasica, con engrosamiento irregular de la pared. La histopatología, muestra acúmulos de histiocitos de citoplasma espumoso, denominadas células xantomatosas que adoptan una forma granulomatosa.-

No se han logrado establecer signos propios o específicos de CXG. El engrosamiento irregular de la pared de la vesícula, a extensión del proceso con infiltración fibrosa de órganos adyacentes ,incluyendo obstrucción biliar y adenopatías, la hacen indistinguible del CVB.-

La posibilidad de confusión diagnóstica y el riesgo de coexistencia con CVB – hasta 10 % - ha generado una fuerte controversia terapéutica. Se analiza cuán amplia debe ser la resección quirúrgica, en casos de CXG comprobada o de duda diagnóstica.

### **INTRODUCCION**

La colecistitis xantogranulomatosa (CXG), es una enfermedad inflamatoria ,poco frecuente, Su principal interés es el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula biliar (CVB) ,en sus aspectos clínicos, imagenológicos e incluso en la exploración quirúrgica. Se presentan tres pacientes operados con diagnóstico clínico e imagenológico de CVB, en los cuales se realizó una resección visceral amplia con criterio oncológico de curación, en los cuales el estudio anatómo-patológico mostró una CXG.

Se analizan los elementos para establecer el diagnóstico diferencial entre CVB y CXG. Se expone la controversia quirúrgica ,respecto a los límites de la resección en estos casos.

## CASOS CLINICOS.

### CASO 1 - MR. CI. 867.371.

Mujer de 62 años ,con antecedentes recientes de ablación del nódulo A-V e implante de marcapaso a causa de FA, portadora de hipotiroidismo .Dispepsia selectiva para excito biliares, sin cólicos hepáticos ni evidencia clínica de compromiso de la via biliar principal .Consulta por dolor y pesantez en hipocondrio derecho (HD) de varios meses de evolución. No fiebre Por indicación del cardiólogo hace dieta y ha adelgazado 17 kgs. en tres meses.

Al examen : habito pícnico,obesa,apiretica, sin ictericia . Se destaca a la palpación de HD, tumoración indolora , de limites mal definidos .-..

Rutinas, funcional hepático y dosificación de hormonas tiroideas normales.

ECO : Vesícula con ocupación sólida intra luminal ,en el medio de la cual se encuentran múltiples litiasis y engrosamiento parietal. VBP normal.

Dadas las características imagenológicas no puede descartarse se trate de un proceso proliferativo intraluminal.

TAC.(29360) Aumento del tamaño de la vesicula con tabique en su interior y áreas de mayor densidad a nivel de su cara posterior con engrosamiento parietal,asociado y colon derecho en intimo contacto. Dilatación del colédoco. Densificación de la grasa perihiliar. Las alteraciones descritas pueden observarse en un proceso neoproliferativo de la vesícula, sin poder descartar solo por las imágenes una colecistopatía crónica con asas adheridas.- ( FOTO 1 )

CGER. Mapeo de la vía biliar intra y extrahepatico sin infiltración tumoral.-  
Se decide realizar laparotomía exploradora con diagnostico de cancer de vesicula.-

Operación: la topografía vesicular, esta ocupada por un grueso proceso tumoral que infiltra y retrae el colon trasverso y el epiplón sobre la vesícula , la cual solo se observa en su fondo y se encuentra incluida en el hígado. El hígado en el lecho vesicular se palpa indurado. Hay una adenopatía dura a nivel del pedículo hepático., que no esta infiltrado - La impresión es de un cancer de vesicula. Se realiza la resección en bloque del proceso tumoral,mediante colecistectomía, bisegmentectomía hepática de los seg. IV y V ,vaciamiento ganglionar del pedículo hepático y hemicolectomía derecha,seguido de ileotrasversostomía latero-lateral.-

La paciente evoluciona sin incidentes. Alta al 7º día po. Seguimiento a 7 meses asintomática.

Anatomía patológica( MR.13388) : Colecistitis xantogranulomatosa con adherencia a hígado y colon.Ganglios linfáticos reactivos.-

### CASO 2. - EG. CI. 2793857

Mujer de 78 años.hipertensa,diabética tipo II ,que ingresa por dolor y pesantez

en HD. sin repercusión funcional digestiva, ictericia ni adelgazamiento.  
Al examen: apirética, estado general y nutricional conservado. Se destaca tumoración palpable en HD, con características de vesícula palpable, indolora.

ECO: vesícula biliar con engrosamiento irregular de la pared y litiasis única en su interior. Vía biliar intra y extrahepática, no dilatadas.-

TAC. vesícula litiasica, con pared muy engrosada e irregular, que impresiona como proceso vegetante, que infiltra el lecho hepático en algunos sectores. No hay dilatación del resto de la vía biliar. No se observan adenopatías.  
En suma: cáncer de vesícula.-

Operación: Adherencias del epiploon mayor al fondo vesicular. Omentectomía parcial de ese sector, dejando el epiploon adherido a la vesícula. Vesícula aumentada de tamaño, consistencia petrea, paredes con engrosamientos irregulares brotantes; retraída sobre el lecho hepático. El hígado está umbilicado a nivel del fondo vesicular, con aspecto de infiltración neoplásica.- No se verifican adenopatías regionales ni a nivel del pedículo hepático. Se realiza bisegmentectomía hepática IV - V, colecistectomía y vaciamiento ganglionar del pedículo hepático.-

Evolución posoperatoria sin incidentes. Alta a 5 días de posoperatorio.  
Seguimiento a 6 meses: asintomática.-

Anatomía Patológica (HM.972137) Colecistitis crónica xantogranulomatosa, fibroproductiva en empuje. Xantogranuloma ulcera la mucosa. Parenquima hepático con moderada vacuolización glucogénica nuclear. Ganglios linfáticos con arquitectura conservada, con folículos linfoides prominentes e histiocitosis sinusal.-

### **CASO 3 - MP. CI. 7131171**

Mujer de 63 años, con antecedentes de tiroidectomía subtotal bilateral hace 40 años y bronquiectasias bilaterales. Dispepsia selectiva para excito-biliares de larga data.-  
Ingresó por cuadro doloroso de HD de 24 horas de evolución, con vómitos, sin fiebre, ictericia ni coluria.-

Al examen se destaca, buen estado nutricional. apirética, signo de Murphy presente, sin vesícula palpable.-

ECO - Vesícula acodada, distendida con barro biliar en su interior y cálculo único no enclavado. Paredes finas. Hígado de ecogenicidad normal. Vía biliar intra y extrahepática no dilatadas.- Funcional y enzimograma hepático, normales.

Alta hospitalaria al 5º día del ingreso, luego de buena evolución con tratamiento médico.  
En policlínica, se completa estudio del tracto digestivo superior, con FGC y EGD que fueron normales.

Se coordina con diagnóstico de litiasis vesicular.-

Operación: Tránsito de HD. Vesícula pequeña escleroatrófica, encastrada en el lecho hepático, de aspecto neoplásico. Se realiza colecistectomía incluyendo hepatectomía atípica del lecho vesicular.

Alta sin incidentes al 4º día de posoperatorio. Seguimiento a 6 meses: asintomática.

Anatomía patológica (JV.40497) Colecistitis crónica inespecífica, escleroatrófica, con extensas áreas xantogranulomatosas. La fibroesclerosis es exuberante, con

abundantes exudados linfoplasmocitarios. Parenquima hepatico con marcados elementos inflamatorios cronicos inespecificos ,que se interpretan como secundarios al proceso de vecindad.-

## COMENTARIOS.

La CXG es una enfermedad poco frecuente,de la cual existe controversia respecto a su prevalencia.

Desde que en 1981 se comunicaron 40 casos ,con una media de 4 casos-año, en los 16 años subsecuentes, se han diagnosticado 168 casos a razon de 10.5 por año (1) Se estima que entre 1 % y 2% de las piezas de colecistectomias son portadores de CXG.(1)

Series retrospectivas de Japon y USA muestran una incidencia de 0.7 a 1.2%(2) Sin embargo ,en estudios dirigidos ( 3, 4 ) la incidencia asciende entre 5.2 % y 9 %.

Por tanto no es una entidad rara, pero es mucho menos frecuente que el CVB.

El termino CXG. fue propuesto por Goodman (5) en 1981 en una revision de 40 casos,sin embargo comunicaciones previas de Christiansen ( 6 ) y Amazon describian una forma de colecistitis cronica pseudotumoral caracterizada por la presencia de nodulos amarillos o amarillo-grisaceos ,ulcerados en la superficie de la mucosa y la pared vesicular inflamada. Ellos usaron el termino inflamacion xantogranulomatosa y granulomas ceroides de vesicula,respectivamnente,a lo que hoy conocemos como CXG.

El razonamiento para selecccionar el termino CXG, tuvo dos bases : las lesiones son similares a las que se observan a nivel renal en la pielonefritis xantogranulomatosa y segundo que debia ser reconocida como una forma cronica de colecistitis. El termino contiene ambos conceptos y ha sido ampliamente aceptado. Ambas resultan de un proceso inflamatorio cronico y pueden simular enfermedades mas comunes como el CVB y el carcinoma de riñon.( 1)

Las teorias patogenicas propuestas estan basadas en rotura de los senos de Rokitansky - Aschoff, o debido a la ulceracion de la mucosa secundaria a litiasis vesicular. La extravasacion de bilis causa la acumulacion de histiocitos ,en un esfuerzo por fagocitar el colesterol, siendo la reaccion fibrosa cicatrizal , el resultado final del proceso inflamatorio. Por tanto, los empujes inflamatorios y la presencia de litiasis son factores de importancia de la CXG.( 2)

Las características macroscopicas de esta patologia incluyen una vesicula grande o pequeña,usualmente litiasica,con engrosamiento irregular de la pared ,con nodulos amarillos o amarillo-grisaceos de tamaño variado con ulceracion de la superficie de la mucosa (2 )

Los hallazos histopatologicos que definen esta entidad, estan constituidos por mezcla de histiocitos de citoplasma espumoso ,denominadas celulas xantomatosas , que se acumulan adoptando aspecto de granuloma, celulas gigantes multinucleadas y proliferacion de fibroblastos en la capa muscular de la pared vesicular. (2,3 )

La CXG, se clasifica en tres tipos ( 4 ) segun la cantidad de celulas inflamatorias, histocitos espumosos y fibrosis : focal (41 % ) , multinodular (36%) y difusa (23 %)

Las lesiones por xantogranuloma pueden ulcerar la mucosa vesicular, , pero la alteracion que se observa en el CVB ,incluye mayor destruccion de esta capa y tambien de la muscular. ( 7 )

La CXG no tiene una presentacion clinica ni humoral propia.La sintomatologia y los hallazgos de laboratorio,no difieren de aquellos pacientes con los tipos comunes de colecistitis cronicas o CVB.

En esta breve serie ningun paciente tuvo ictericia ni repercusion general y en dos casos

la sospecha de CVB fue establecida por el patrón imagenológico de la ecografía, que llevo a la confirmación por TC.

Hanada(3) , establece que el diagnostico diferencial entre CVB y CXG,es extremadamente dificultoso en los casos con severas alteraciones inflamatorias.- El grado de fibrosis ,varia considerablemente de un paciente a otro ,pudiendo ser tan severo que se confunda con un sarcoma o fibromatosis .( 4 )

Los hallazgos intraoperatorios deben considerarse fundamentales.

En dos de nuestros casos , la vesícula con signos de sufrimiento cronico,de aspecto "neoplásico" y el hallazgo de una masa pseudotumoral del lecho hepatico ,que involucra el angulo derecho del colon ,fueron factores decisivos para cambiar la estrategia quirurgica planeada y realizar una resección más amplia . El diagnostico de CXG puede realizarse ,mediante biopsia extemporanea (4) .Debe considerarse riesgosa su interpretacion ,ya que la presencia de xantogranulomas no excluye el diagnostico de CVB. Sirve si es positiva para cancer.

No se ha logrado establecer signos imagenológicos propios o específicos de CXG. El engrosamiento irregular de la pared de la vesícula,la extensión local del proceso con infiltración fibrosa de órganos adyacentes, incluyendo obstrucción biliar y adenopatías , la hacen indistinguible del CVB. (1-2 )

Ah Chum ( 7) realizo un estudio tomografico buscando establecer el diagnostico diferencial entre CXG y CVB. Entre multiples variables analizadas, la presencia de nodulos hipodensos intramurales (xantogranulomas) en un area mayor del 60% de la pared engrosada ,fue el unico factor estadisticamente especifico para el diagnostico de CXG. En los casos de CV, las areas ocupadas por nodulos intramurales fueron mucho menos extensas .

La literatura describe aprxominadamente entre 1,5 y 10 % de coexistencia entre CXG y CVB ( 7 -8 -9 ) Pero cuando el CVB asienta sobre una CXG, tiene peor pronostico.(8 ) Sin embargo , Albores-Saavedra ( 10 ) no considera la CXG como una lesion pre maligna.

La posibilidad de confusion diagnostica y de coexistencia con CVB, ha generado una fuerte controversia terapeutica.. Se discute cuan amplia debe ser la resección quirurgica, en casos de CXG comprobada o de duda diagnostica.,

Es claro que siempre debe incluirse la colecistectomia completa, pero tambien -si fuera necesario- el lecho vesicular hepatico.(4 ) La perdida del plano de disección entre la vesícula y el lecho hepatico,pueden condicionar por si mismos la necesidad de realizar una hepatectomia del lecho, en algunas circunstancias.

Lo mismo puede ocurrir con pseudo-infiltración de las vísceras adyacentes,( colon,duodeno,etc), en casos de complicaciones fistulosas.(4)

Para Roos (1) la posibilidad de una asociacion entre CXG y CV es una razon para realizar , una colecistectomia extendida incluyendo tejidos circundantes ,aun en casos de CXG.

Hanada ( 3) es mas agresivo y estima que la CXG, debe ser tratada como un cáncer de vesícula .-

Al Chum( 7) estima que si los signos tomograficos sugieren una CXG, debe considerarse una resección conservadora, solo colecistectomia.

Esta breve experiencia , deja como enseñanza que , no hay un perfil tomográfico inequívoco de CVB y que la ausencia de ictericia y repercusión general , en una tumoración de vesícula de aspecto neoplásico - aun con elementos de invasión de vísceras vecinas - tiene indicacion de biopsea extemporanea de un sector significativo de la misma y de las adenomegalias regionales ,si existen.

Pero, como en nuestro medio la incidencia de CVB es mucho mayor que la CXG, en caso de duda diagnóstica, creemos debe realizarse una resección con criterio oncológico.-

**BIBLIOGRAFÍA y CONSULTAS :** [iruso@chasque.apc.org](mailto:iruso@chasque.apc.org).