

CASOS CLÍNICOS

Colecistitis xantogranulomatosa

Drs. VERÓNICA SILVA O, GUILLERMO ARÍSTIDES F, MANUEL ÓRDENES V,
EDISSON MOYA P, RENATO CASSALINO F

Servicio de Cirugía y Anatomía Patológica, Hospital de Quilpué, Facultad de Medicina,
Universidad de Valparaíso

RESUMEN

Se presenta un reporte de cuatro casos de colecistitis xantogranulomatosa, de un total de 1920 biopsias de pacientes colecistectomizados en el servicio de cirugía del Hospital de Quilpué, entre los años 1993 y 2002. Esto constituye un 0,2% del total de vesículas extirpadas. Tres casos corresponden al sexo masculino, uno al femenino; con una edad promedio de 62 años. El diagnóstico preoperatorio fue de ictericia obstructiva en tres casos y en dos de ellos, el diagnóstico macroscópico intraoperatorio fue de cáncer vesicular. El estudio histopatológico demostró una colecistitis xantogranulomatosa, sin evidencia de malignidad.

PALABRAS CLAVES: *Colecistitis xantogranulomatosa, cáncer vesicular*

SUMMARY

We present a report of four cases of xantogranulomatous cholecystitis in 1920 biopsys of the patients that underwent a cholecystectomy in the surgical service of Quilpué Hospital, between 1993 and 2002. This constitutes a 0.2% of all the gallblader especimens. Three cases were male and one female, with an average age of 62 years. The preoperative diagnosis was obstructive jaundice in three cases, and in two of them the macroscopic intraoperative diagnosis was gallbladder cancer. The histopathologic study shows a xantogranulomatous cholecystitis, without any malignancy evidence.

KEY WORDS: *Xanthogranulomatous cholecystitis, gallbladder cancer*

INTRODUCCIÓN

La colecistitis xantogranulomatosa es una variedad de colecistitis crónica o aguda, de muy baja frecuencia 0,7-13%.¹⁻⁸ Esta entidad fue descrita por primera vez por Christensen e Ishak en 1970, como pseudo-tumor de la vesícula biliar.⁹ No fue hasta 1981 en que Goodman e Ishak, del Instituto de Patología de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos, acuñaron el término de colecistitis xantogranulomatosa, por su similitud con la pielonefritis xantogranulomatosa.^{1,5} Este tipo de respuesta

inflamatoria es comúnmente vista en mujeres adultas con síntomas de colecistitis aguda.^{1,5} La lesión simula microscópicamente un tumor maligno apareciendo como una masa nodular amarilla, mal definida, que se extiende a la pared vesicular y puede infiltrar el tejido perivesicular y órganos vecinos como duodeno, colon o hígado.^{1,6}

No es infrecuente que en estudios de tomografía computada o ecotomografías se confunda con carcinoma.^{5,7,15} Histológicamente se caracteriza por predominio de histiocitos espumosos, linfocitos y células plasmáticas. En variadas propor-

ciones se encuentran polimorfonucleares, células gigantes, fibroblastos, bandas de colágeno y cristales de colesterol.¹

La patogenia de esta enfermedad es aún oscura, sin embargo se ha sugerido que la obstrucción al flujo biliar por cálculos, la ulceración de la mucosa y la ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff, con la subsecuente extravasación de bilis, jugarían un papel importante.¹

El objetivo del presente trabajo es reportar una serie de casos de esta patología y su dificultad para diferenciarla con cáncer vesicular.

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisan las biopsias de 1920 colecistectomías realizadas en el servicio de cirugía del Hospital de Quilpué entre junio de 1993 y julio de 2002, encontrando 4 pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa, los que constituyen la muestra de este estudio. Se revisan retrospectivamente su historia clínica, los hallazgos ecotomográficos, intraoperatorios y el resultado histopatológico.

RESULTADOS

De los 4 pacientes que ingresaron a este reporte, 3 fueron de sexo masculino y uno femenino, con una edad promedio de 62 años (50 a 70). La incidencia de colecistitis xantogranulomatosa fue de 0,2% del total de biopsias revisadas.

Caso 1: Paciente masculino de 60 años, sin antecedentes de importancia, que consulta por dolor cólico intermitente en hipocondrio derecho de 7 meses de evolución, asociado a ingesta de alimentos grasos y vómitos biliosos ocasionales. Al examen físico, destaca dolor a la palpación de hipocondrio derecho. Los exámenes de rutina preoperatorios fueron normales. La ecotomografía abdominal describe, vesícula de tamaño normal, de paredes delgadas con cálculo único de 19 mm y vía biliar principal de calibre normal, la conclusión ecotomográfica fue de colelitiasis. Se programa para colecistectomía laparoscópica electiva con diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica litiásica. Es intervenido encontrando un plastrón perivesicular y adherencias de asas de intestino delgado firmes, que impiden su disección, por lo que se convierte a cirugía abierta. Durante la disección del plastrón, se produce apertura vesicular dando salida a líquido purulento. El bacinete vesicular se encuentra íntimamente adherido al hepático común. Se realiza colecistectomía directa con cístico y vía biliar de calibre conservado. La

impresión diagnóstica fue colecistitis aguda empíma vesicular y Mirizzi tipo I. El estudio histopatológico concluyó, colecistitis xantogranulomatosa.

Caso 2: Paciente femenino de 68 años con antecedentes de cólicos biliares hace más de 20 años. Ingresó al servicio de urgencia por cuadro de 6 días de evolución, caracterizado por ictericia, coluria y prurito, así como dolor en hipocondrio derecho irradiado al dorso. Al examen físico destaca: afebril, ictericia de piel y escleras, con abdomen sensible en epigastrio, no se palpan masas.

Los exámenes de laboratorio muestran bilirrubina total, directa y fosfatasas alcalinas elevadas. La ecotomografía abdominal muestra una vesícula de paredes engrosadas (8 mm), con un cálculo en su interior, con vía biliar intra y extrahepáticas dilatadas con un probable cálculo en colédoco. Es intervenida con diagnóstico preoperatorio de ictericia obstructiva, colecistitis aguda y coledocolitiasis; encontrando vesícula de paredes engrosadas, con lumen ocupado completamente por cálculo único de gran tamaño, cístico dilatado de 8 mm, y colédoco de 2 cm. Se realiza colecistectomía directa y coledocostomía, la que da salida a bilis clara, con exploración positiva para 1 cálculo pequeño en colédoco distal. El diagnóstico postoperatorio fue de colecistitis crónica reagudizada y coledocolitiasis. El examen histopatológico de la pieza operatoria demostró colelitiasis xantogranulomatosa, sin evidencias de neoplasia.

Caso 3: Paciente masculino de 70 años con antecedente de insuficiencia renal crónica, hipertensión arterial y accidente vascular encefálico secueledado. Refiere cólicos biliares a repetición de larga data. Consulta en el servicio de urgencia, por cuadro caracterizado por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, ictericia y coluria de 7 días de evolución, sin fiebre. Al examen físico destaca ictericia de piel y escleras, abdomen sensible en cuadrante superior derecho, con Murphy negativo. Los exámenes de laboratorio muestran un aumento de la bilirrubina total y directa. La ecotomografía abdominal revela, una vía biliar extrahepática dilatada (8-9 mm), con vesícula pequeña de paredes delgadas, con un cálculo único en su interior de 10 mm. Es intervenido con diagnóstico preoperatorio de ictericia obstructiva, colecolitiasis y probable coledocolitiasis; encontrándose adherencias firmes de epiplón a la vesícula y duodeno íntimamente adherido a la pared vesicular. Se realiza colecistectomía directa y exploración de colédoco que mide 1,5 cm, sin encontrar cálculos en su interior. Llama la atención el color amarillo intenso y el engrosamiento del fondo de la pared vesicular, siendo el diagnóstico postoperatorio de probable neoplasia

vesicular. El examen histopatológico demostró una colecistitis xantogranulomatosa sin evidencias de malignidad.

Caso 4: Paciente masculino de 50 años, sin antecedentes mórbidos de importancia. Refiere cuadro de dolor abdominal cólico en hipocondrio derecho, de 8 días de evolución, al que se agrega ictericia tres días previos a su ingreso y coluria, sin fiebre. Al examen físico, destaca ictericia de piel y escleras, dolor en cuadrante superior derecho, Murphy positivo y masa palpable. Los exámenes muestran una hiperbilirrubinemia de tipo directo, sin leucocitosis. La Ecotomografía abdominal describe una vesícula distendida de paredes engrosadas, irregulares con múltiples cálculos en su interior, con vía biliar intra y extrahepática dilatadas. Se opera con diagnóstico de ictericia obstructiva probable cáncer vesicular; encontrándose un gran plastrón perivesicular de difícil disección, con vesícula de paredes engrosadas, irregulares, de color verde amarillento íntimamente adherida a la vía biliar dando el aspecto de neoplasia vesicular con infiltración a la vía biliar. Se decide una colangiopancreatografía, endoscópica retrógrada postoperatoria (al cuarto día), la que demostró una vía biliar intrahepática dilatada con una disminución del calibre en hepático común, sin cálculos, por lo que se coloca una endoprótesis. Es dado de alta a la semana de evolución y reingresa a los 35 días de postoperatorio por hemorragia digestiva alta masiva, demostrándose endoscópicamente una hemobilia. Es reintervenido practicándose coledocostomía, comprobándose migración de la prótesis hacia el hepático derecho. Por coledocoscopia se identifica sangramiento activo a ese nivel, se coloca sonda Foley pediátrica con balón inflado en el hepático derecho y el paciente es trasladado al Hospital Clínico de la Universidad Católica en Santiago, donde se realiza arteriografía y embolización, controlando la hemorragia.

En resumen, cabe destacar entre los hallazgos clínicos que todos los pacientes presentaron cólico biliar y dolor en hipocondrio derecho; tres presenta-

ron ictericia y coluria y uno masa palpable (Tabla 1). Entre los hallazgos ecotomográficos dos pacientes presentaron vesícula con paredes engrosadas y tres dilatación de la vía biliar encontrándose solo en uno de ellos cálculo en colédoco y en otro disminución del calibre del hepático común a la ERCP (Tabla 2). En relación al diagnóstico preoperatorio y postoperatorio, en un solo caso se sospechó neoplasia vesicular antes de la cirugía. De los cuatro casos en dos hubo sospecha de cáncer en el intraoperatorio (Tabla 3).

COMENTARIOS

La colecistitis xantogranulomatosa es una forma poco frecuente de patología vesicular, con incidencias que van de un 0,7 a un 13,2% según diferentes autores,^{1,3,4} en nuestros casos solo alcanzó un 0,2%.

La literatura señala que el sexo más afectado es el femenino,^{1,3,8} sin embargo en nuestros casos predominó el masculino.

La clínica, el examen físico y los resultados de laboratorio, no son útiles para diferenciar esta patología con otras enfermedades vesiculares o de la vía biliar más frecuentes.^{3,4,8}

Tabla 2
HALLAZGOS ECOTOMOGRÁFICOS

Pacientes	1	2	3	4
Colelitiasis cálculo único	+	+	+	-
Colelitiasis cálculos múltiples	-	-	-	+
Pared vesicular engrosada	-	+	-	+
Pared vesicular delgada	+	-	+	-
Dilatación vía biliar	-	+	+	+
Coledocolitiasis	-	+	-	-

Tabla 3

Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico postoperatorio
1. Colecistitis crónica litiásica	Colecistitis aguda empiema vesicular Miritzi tipo I
2. Ictericia obstructiva colecistitis aguda coledocolitiasis	Colecistitis crónica reagudizada coledocolitiasis
3. Ictericia obstructiva colecistitis crónica, litiásica observación coledocolitiasis	Observación neoplasia vesicular
4. Ictericia obstructiva observación neoplasia vesicular	Neoplasia vesicular infiltración vía biliar

Tabla 1
CLÍNICA

Pacientes	1	2	3	4
Cólico biliar	+	+	+	+
Dolor en HD	+	+	+	+
Ictericia	-	+	+	+
Coluria	-	+	+	+
Vómitos	+	-	-	-
Masa palpable en HD	-	-	-	+

La ecotomografía abdominal es la técnica de elección para investigar a pacientes con patología vesicular; el engrosamiento de la pared y los cálculos son los hallazgos más frecuentes en la colecistitis xantogranulomatosa, pero inespecíficos.^{2,3} Algunos grupos han señalado los nódulos y bandas hipoecogénicas, como los hallazgos más característicos de esta enfermedad,^{2,13,14} lo que no estuvo presente en nuestros casos. La tomografía computada es otro examen útil para detectar nódulos intramurales.¹⁵ Existen otros métodos diagnósticos, que parecen útiles en definir si se trata de una colecistitis xantogranulomatosa o un cáncer vesicular, como son la punción aspiración con aguja fina dirigida por ecotomografía como lo señalan Shukla y Das,^{11,12} así mismo Kato y cols., sugieren la utilidad de la angiografía ultrasónica, aunque sin ser específica puede ayudar al diagnóstico.¹⁶ En la literatura se menciona un caso de resonancia magnética, pero no es concluyente para diferenciarla de cáncer vesicular.¹⁷

Algunos pacientes presentan abscesos perivesiculares o hepáticos, perforación vesicular u fístulas enterobiliares, con cifras que van desde un 23 a un 32%.^{1,3,8,11} En nuestros casos encontramos adherencias de vesícula a asas de intestino delgado, un Mirizi tipo I, y una disminución del lumen del hepático común.

La colecistitis xantogranulomatosa puede simular una neoplasia o coexistir con un carcinoma de la vesícula.^{1,2,5,7,10} En los casos presentados en dos hubo sospecha intraoperatoria de cáncer, pero en ninguno fue confirmado por la biopsia.

Se debe recalcar la importancia de contar con el resultado del análisis diferido de la pieza quirúrgica, para definir una conducta adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Albores-Saavedra, Earld D, Klimstrad: Tumors of the Gallbladder, extrahepatic bile ducts and ampulla of vater. Atlas of tumor pathology. Armed forces Institute Pathology 1998; 163-5.
- Kim R, Lee S, Gong G *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis: radiological findings with histologic correlation that focuses on intramural nodules. AJR 1999; 172: 949-53.
- Parra J, Acinas O, Bueno J *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis: clinical sonographic and CT findings in 26 patients. AJR 2000; 174: 979-73.
- Roberts KM, Parsons MA: Xanthogranulomatous cholecystitis: Clinico-pathological of 13 cases. J Clin Pathol 1987; 40: 412-7.
- Goodman ZD, Ishak KG: Xanthogranulomatous cholecystitis. Am J Surg Pathol 1981; 5: 653-9.
- Yoshida J, Chijiwa K, Shimura H *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis versus Gallbladder cancer: Clinical differentiating factors. Am Surg 1997; 63: 367-71.
- Benbow W: Xanthogranulomatous cholecystitis associated with carcinoma of the Gallbladder. Postgraduate Medical Journal 1989; 65: 528-31.
- Houston JP, Collins MC, Cameron I *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis. Br J Surg 1994; 81: 1030-2.
- Christensen AH, Ishak KG: Bening tumors and pseudotumors of the Gallbladder report of 180 cases. Arch Pathol 1979; 90: 423-32.
- Dixit V, Anand P, Anurag G *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis. Digestive Diseases and Sciences 1988; 43: 940-42
- Shukla S, Krishnani N, Jain M *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis. Fine needle aspiration cytology in 17 cases. Acta Cytol 1997; 41: 413-8.
- Das DK, Tripathi RP, Bhambhani S *et al*: Ultrasound-guided. Fine-needle aspiration cytology diagnosis of gallbladder lesions. A study of 82 cases. Diag Cytopathol 1998; 18: 258-64.
- Litchman LB, Varma VA: Ultrasound demonstration of xanthogranulomatous cholecystitis. J Clin Ultrasound 1987; 15: 342-5.
- Kim PN, Ha HK, Kim YH *et al*: US findings of xanthogranulomatous cholecystitis. Clin Radiol 1998; 53: 290-5.
- Chun KA, Ha HK, Yu ES *et al*: Xanthogranulomatous cholecystitis: CT features with emphasis on differentiation from Gallbladder carcinoma. Radiology 1997; 203: 93-7.
- Kato T, Tsukamoto Y, Naitoh Y *et al*: Ultrasonographic angiography in Gallbladder diseases. Acta Radiol 1994; 35: 605-13.
- Furuta A, Ishibashi T, Takahashi S *et al*: MR imagine of xanthogranulomatous cholecystitis. Radiat Med 1996; 14: 315-9.