

Colecistitis xantogranulomatosa *Xantogranulomatous cholecystitis*

Carlos M. Canullán, Enrique Petracchi, Nicolás Baglietto, Sebastián Di Summa, Bernabé M. Quesada, Juan E. Álvarez Rodríguez, Luis T. Chiappetta Porras

Departamento de
Cirugía Hospital Cosme
Argerich

Presentado en la Academia de Cirugía, sesión 3 de abril de 2013

RESUMEN

Antecedentes: la colecistitis xantogranulomatosa es una enfermedad inflamatoria con destrucción de la pared vesicular, cuya prevalencia oscila entre el 0.7 y 13,2% de las colecistectomías.

Objetivos: analizar la incidencia, forma de presentación y resultados del tratamiento de esta patología en un Centro de Cirugía HPB de la Ciudad de Buenos Aires.

Lugar de aplicación: Departamento de Cirugía HIGA Dr. Cosme Argerich.

Diseño: retrospectivo

Población: colecistectomías realizadas en el HIGA Argerich, entre abril de 2008 y abril de 2010.

Método: análisis histopatológico de las piezas de colecistectomía. Estratificación de la presentación clínica en formas incidentales o pseudotumorales. Análisis de las complicaciones intraoperatorias y posoperatorias, estadía hospitalaria y mortalidad.

Resultados: de 815 colecistectomías videolaparoscópicas 32 (3,9%) fueron colecistitis xantogranulomatosas. Dieciocho fueron hombres y 14 mujeres. Edad media 40,6 años. Los pacientes se evaluaron por ecografía y en las formas pseudotumorales se agregó una TC abdominal. Veintisiete fueron formas incidentales y 5 pseudotumorales. El tiempo operatorio promedio fue de 114 minutos y no hubo conversiones. Dos bilirragias intraoperatorias se controlaron en las formas pseudotumorales y una bilirragia y 2 pseudoaneurismas rotos de la arteria hepática fueron reoperados en las formas incidentales. La estadía posoperatoria promedio fue de 2,6 días.

Conclusión: la colecistitis xantogranulomatosa puede presentarse como un proceso inflamatorio habitual o remedar un cáncer de vesícula. Las imágenes son imprescindibles para el diagnóstico diferencial. Fueron más frecuentes las complicaciones intraoperatorias en las formas pseudotumorales y las posoperatorias en las incidentales. El cirujano debe conocer esta entidad y sus eventuales complicaciones.

■ **Palabras clave:** colecistitis xantogranulomatosa, infección vesicular, vesícula

ABSTRACT

Background: xantogranulomatous cholecystitis is an inflammatory disease characterized by the destruction of the gall bladder wall, with a prevalence between 0.7 and 13.2 % of the cholecystectomies.

Objectives: to analyze the incidence, form of presentation, and results of the treatment of this pathology in a HPB center of Buenos Aires.

Setting: Department of Surgery, HIGA Dr Cosme Argerich.

Design: retrospective.

Population: all the cholecystectomies performed in the Surgery Department of the HIGA Argerich.

Method: we analyzed the anatomopathological pieces of the cholecystectomies performed in the Dr Cosme Argerich Hospital Department of Surgery. Patients were divided into 2 groups according to the presentation form, A) incidental and B) pseudotumoral. We analyzed postoperative complications, length of hospital stay, and mortality.

Results: 815 laparoscopic cholecystectomies were performed, of which 32 cases where xantogranulomatous cholecystitis (3.9%). Eighteen where men and 14 women. The mean age was 40.6 years. Abdominal sonography was performed and in the pseudotumoral presentation an abdominal TC was added. Twenty seven where incidental forms, and 5 pseudotumoral forms. The mean operatory time was 114 minutes, and there were no conversions to open surgery. Two intraoperative bile leaks were resolved in the pseudotumoral form, and one bile leak and two bleeding pseudoaneurism of the hepatic artery where reoperated in the incidental form group. Hospital mean length of stay was of 2.6 days

Conclusion: xantogranulomatous cholecystitis can be presented as an usual inflammatory disease, or as a pseudotumor. Imaging is essential for differential diagnosis. The general surgeon must know this entity and the eventual operative and postoperatives complications.

Recibido el
10 de julio 2013.

Aceptado el
10 de septiembre 2013

■ **Key words:** xantogranulomatous cholecystitis, gall bladder infection, gall bladder

Introducción

La colecistitis xantogranulomatosa (CXG) es una enfermedad inflamatoria caracterizada por la destrucción de la pared vesicular, cuya prevalencia en las distintas series oscila entre el 0,7 al 13,2% de las colecistitis.^{2,3} Fue descrita por primera vez por Christensen e Ishak en 1970 y luego por McCoy en 1976.^{1,2} La inflamación fibroxantogranulomatosa de la vesícula, el granuloma ceroides o el granuloma histiocítico de aspecto ceroides son sinónimos que describen esta patología. Los síntomas son similares a los de una colecistitis aguda o crónica, con la característica de ser de larga data, suelen estar asociados a anorexia, pérdida de peso, ictericia y signos como masa palpable en hipocondrio derecho. La incidencia es más frecuente entre la 5ª y 6ª década de la vida y existe un predominio en el sexo masculino. Su incidencia está en aumento, probablemente debido a que actualmente es más reconocida por los patólogos e internistas.³

El objetivo de esta presentación es mostrar la incidencia, la forma de presentación y los resultados del tratamiento de esta patología en un Centro de cirugía HPB de la Ciudad de Buenos Aires.

Material y métodos

Se analizaron retrospectivamente los estudios histopatológicos de las colecistectomías realizadas en el Departamento de Cirugía del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich durante el periodo abril 2008 y abril 2010. El patrón histopatológico de la CXG se caracteriza por la presencia de marcada inflamación crónica o aguda de la pared vesicular, y presencia de histiocitos con depósitos de colesterol y lípidos, y células gigantes multinucleadas de tipo xantomatos.

Según la forma de presentación clínica, se or-

denaron los pacientes en dos grupos: aquellos con tumor vesicular (forma tumoral) y aquellos en los que el diagnóstico fue sospechado durante la cirugía y confirmado por el estudio histopatológico posterior (forma incidental). En todos los casos, la ecografía de ingreso fue realizada por cirujanos del servicio de Cirugía General (Figura 1).

Se evaluaron las características de la pared, la continuidad con el lecho hepático y de la línea mucosa. Se realizó TC (tomografía computarizada) de abdomen en aquellos pacientes con tumor vesicular al ingreso. Todos los pacientes fueron abordados por videolaparoscopia.

Se analizaron la forma de presentación, las complicaciones, el tiempo de hospitalización y la morbilidad.

Resultados

Entre abril de 2008 y abril de 2010 se realizaron 815 colecistectomías videolaparoscópicas. En 32 casos el diagnóstico histopatológico fue de CXG (3,9%). De los 32 casos, 18 fueron hombres y 14 mujeres (relación masculino: femenino - 1,2:1). El rango de edad fue entre 16 y 76 años, con una media de 40,6 años. En 27 casos el diagnóstico de colecistitis se realizó sobre la base de la ecografía (Tabla 1) y en los 5 restantes que se presentaron con tumor vesicular se completó el estudio con TC de abdomen.

La tomografía computarizada confirmó la sospecha de tumor vesicular, permitiendo evaluar la continuidad de la línea mucosa, la ausencia de imágenes no litiasicas endoluminales y el engrosamiento de la pared vesicular sin invasión de órganos vecinos (Figura 2). De estas, todas fueron CXG, coexistiendo en un paciente un carcinoma de cístico que fue diagnosticado en la cirugía por congelación. En un paciente que consultó por tumor vesicular con infiltración de pared confirmada por TC se realizó punción citológica preoperatoria que resultó negativa.

Los 32 casos fueron operados por videolaparoscopia. No hubo conversiones. El tiempo operatorio promedio fue de 114 minutos, con un rango entre 50 y 195. Los cinco casos de presentación a forma tumoral fueron confirmados por congelación durante la cirugía. Se realizó biopsia por congelación en todos ellos. En cuatro oportunidades, la biopsia fue negativa, con hallazgos de inflamación de tipo xantogranulomatosa. En el caso restante se diagnosticó un carcinoma ubicado en el conducto cístico en el contexto de un proceso inflamatorio vesicular xantogranulomatosa con invasión de la vía biliar e implantes peritoneales positivos para células neoplásicas.

La colangiografía intraoperatoria (CIO) se realizó en todos los casos. En cuatro de ellos evidenció coledocolitiasis que fue resuelta por vía transcística.



Ecografía con marcado engrosamiento de la pared vesicular y conservación de la línea mucosa.

Se hallaron dos estenosis de la vía biliar principal, una inflamatoria y otra asociada al carcinoma de localización cística. Fue necesario repetir la CIO durante la cirugía en dos pacientes en los que se detectó bilirragia. En aquel que presentaba una estenosis inflamatoria, la causa fue un conducto subvesicular, y en el otro se confirmó una lesión lateral del hepático derecho. Ambos pertenecían al grupo de pacientes con tumor vesicular. La lesión lateral del hepático derecho fue resuelta con la colocación de un tubo de Kehr y la bilirragia de origen subvesicular asociada a estenosis de la vía biliar se resolvió con un drenaje biliar percutáneo interno-externo. Otro paciente perteneciente al grupo con tumor vesicular presentó una fístula colecistocolónica, detectada durante el acto quirúrgico y resuelta mediante colecistectomía y cierre primario del colon.

Los pacientes con CXG incidental no presentaron complicaciones intraoperatorias. El tiempo promedio de internación posoperatoria fue de 2,6 días, con un rango de 1 a 18 días.

Se presentaron 3 complicaciones posoperatorias mayores en dos pacientes, ambos pertenecientes al grupo de CXG incidental. El primero presentó un cuadro de dolor posoperatorio inmediato con estudios complementarios no concluyentes que derivaron en una re-laparoscopia al primer día posoperatorio sin hallazgos significativos. Evolucionó con bilirragia. Mediante una CPRE se confirmó el diagnóstico de fuga por el cístico y se colocó un *stent* endoscópico. A los 7 días, momento de la extracción del drenaje abdominal, presentó un sangrado masivo con descompensación hemodinámica que motivó una laparotomía en la que se evidenció la presencia de un pseudoaneurisma de la arteria hepática roto que requirió ligadura. El otro paciente presentó un sangrado a través del drenaje al 4º día posoperatorio con descompensación hemodinámica y requerimiento de transfusiones, lo que obligó a realizar una angiografía que evidenció un pseudoaneurisma de la arteria hepática. Al no poder resolverse por vía endovascular, debió ser operado para ligadura de la arteria hepática

Discusión

La CXG es una enfermedad poco frecuente, con patrón anatomopatológico característico, que compromete la pared y respeta la mucosa. Puede invadir órganos vecinos, provocando en muchos casos fístulas en el duodeno y el colon. Todas las series han demostrado presencia de cálculos o barro biliar en los pacientes con CXG, con una elevada incidencia de coledocolitiasis.

Su fisiopatología aún permanece incierta; la inflamación aguda o crónica de la vesícula junto a la obstrucción del flujo de salida por litiasis, provocaría entrada de bilis y mucina a través de los senos de Rokitansky-Aschoff o ulceraciones en la mucosa. Esta extravasación de bilis y fagocitosis por parte de los his-

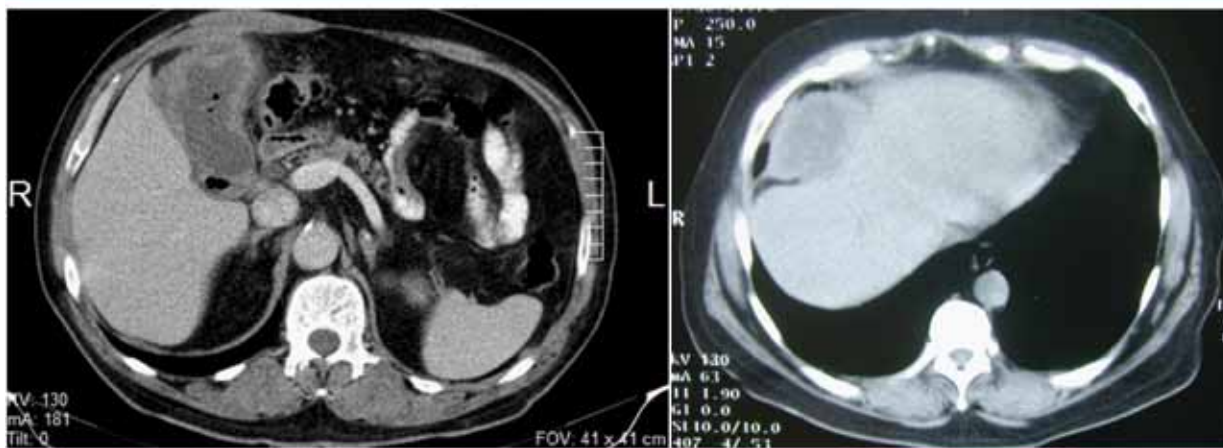
Diagnóstico ecográfico preoperatorio		
	Número	Porcentaje
Colecistitis aguda	11	34,5
Litiasis vesicular sintomática	6	18,7
Colestasis aguda	6	18,7
Pancreatitis aguda biliar	4	12,5
Tumor vesicular	4	12,5
Absceso de pared	1	3,1

tiocitos determina una intensa reacción inflamatoria con acumulación de células tipo xantomas y posterior reacción fibroblástica y cicatrización, lo que desencadena una marcada fibrosis de la pared vesicular, nódulos intramurales, engrosamiento asimétrico y extensión a estructuras vecinas; esto puede provocar fístulas en el duodeno o el colon.¹

La expresión de proteína p53, PCNA y beta catenina en la CXG es similar a la observada en las colecistitis crónicas, indicando la naturaleza inflamatoria de esta patología.⁵ Otros estudios han descartado la posibilidad de considerarla un estado premaligno al estudiar la prevalencia de la degeneración del CEA y del CA 19-9. Las lesiones mínimas mucosas inadvertidas para las imágenes hacen que exista una línea mucosa conservada, dato fundamental en la forma tumoral para la diferenciación con el cáncer de vesícula.⁷ Coincidiendo con la mayoría de las publicaciones, esta forma de colecistitis fue más frecuente en hombres¹⁻³. El promedio de edad fue de 40,6 años, mientras que en la mayoría de las series, la mayor frecuencia se observa entre la 5ª y la 6ª década^{1-3,6-8}. Se pueden diferenciar 2 formas de presentación, la forma incidental y la forma tumoral. Al igual que en otras series esta última representó el 15,6% de las CXG evaluadas^{8,10}.

La ecografía permitió en todos los casos identificar la forma tumoral, observando indemnidad de la línea mucosa, engrosamiento de la pared vesicular con expansión extraluminal, sin presentar imagen compatible con invasión del lecho hepático ni de órganos vecinos. Todos estos hallazgos fueron ratificados con TC abdominal. Nuestra forma de interpretar las imágenes coincide con la de Zhang y Uchiyama.⁷ En un solo caso se diagnosticó un carcinoma cístico asociado a una forma tumoral de CXG; es baja la asociación con cáncer al igual que en la mayoría de las series.^{3,6} La punción con aguja fina en el paciente que consultó por un absceso de pared fue para descartar enfermedad neoplásica no resecable. Algunos autores como Casas y col.⁶ utilizan el mismo concepto para indicar citología preoperatoria. El PET scan no resulta de utilidad para el diagnóstico

FIGURA 2



TC de abdomen con engrosamiento de la pared vesicular, indemnidad de la línea mucosa y aire en el interior vesicular.

diferencial con cáncer de vesícula, ya que tiene una alta incidencia de falsos positivos.¹¹

En el 20 % de los casos, los pacientes presentaron ictericia (n=6). De los 6 pacientes con colestasis, en cuatro oportunidades el hallazgo fue de coledocolitiasis y en los 2 restantes se detectó una estenosis benigna y otra provocada por un adenocarcinoma de cístico. Como plantea Ravula Phani Krishna⁸ la CXG puede ser el origen de la estenosis de la vía biliar. En los pacientes con CXG de forma tumoral, la colecistectomía fue más dificultosa y el tiempo operatorio mayor. Hubo 2 bilirragias intraoperatorias tratadas mediante un tubo de Kehr y un drenaje biliar percutáneo colocado durante la cirugía, y una colorrafia por fístula colecistocolónica. Sorpresivamente, los pacientes con CXG de forma incidental presentaron, como se ha mencionado, 3 complicaciones posoperatorias mayores, 2 de las cuales fueron sangrados de pseudoaneurismas. Este tipo de complicación hemorrágica ha sido descrita

por otros autores.⁹ Puede atribuirse al mismo proceso inflamatorio o a una lesión vascular intraoperatoria.

Conclusión

La CXG es una forma agresiva de inflamación vesicular, que puede presentarse como un proceso inflamatorio habitual o como un tumor vesicular. Las imágenes son imprescindibles para el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula en las formas tumorales. Es importante que el cirujano reconozca la existencia de esta entidad y de sus eventuales complicaciones intraoperatorias y posoperatorias.

La forma más frecuente es la incidental.

Las complicaciones intraoperatorias predominan en la forma tumoral y las posoperatorias en la incidental.

La incidencia de pseudoaneurisma de la arteria hepática es mayor que en las otras formas de colecistitis.–

Referencias bibliográficas

- Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. Arch Pathol Lab Med 1970; 90:423-32.
- McCoy JJ, Vila R, Petrossian G, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis. J C S Med Assoc 1976;72:781-9.
- Guzmán-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years' experience. World J Surg 2004 Mar;28(3):254-7. Epub 2004 Feb 17.
- Ghosh M, Sakhuja P, Agarwal AK. Xanthogranulomatous cholecystitis: a premalignant condition? Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2011 Apr;10(2):179-84.
- Agrawal V, Goel A, Krishnani N, Pandey R, Agrawal S, Kapoor VK. p53, carcinoembryonic antigen and carbohydrate antigen 19.9 expression in gall bladder cancer, precursor epithelial lesions and xanthogranulomatous cholecystitis. J Postgrad Med 2010 Oct-Dec;56(4):262-6.
- Casas D, Pérez-Andrés R, Jiménez J, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis: a radiological study of 12 cases and review of the literature. Abdominal Imaging 21:456-460 (1996)
- Zhang ling-fu, Houchun-sheng, Liu jian-yu, et al. Strategies for diagnosis of xanthogranulomatous cholecystitis masquerading as gallbladder cancer. Chinese Medical Journal 2012; 125(1):109-13.
- Ravula PK, Ashok K, Rajneesh KS, et al. Xanthogranulomatous inflammatory strictures of extrahepatic biliary tract: Presentation and surgical management. J Surg Gastrointest. 2008 May; 12 (5): 836-41
- Shimada K, Sakamoto Y, Minori E, et al. Pseudoaneurysm of the cystic artery associated with xanthogranulomatous cholecystitis. Dig Surg 2008; 25:8-9.
- Grandapu S, Surajit S, et al. Perfidious gallbladders – A diagnostic dilemma with xanthogranulomatous cholecystitis. Ann R Coll Surg Engl 2007; 89:168-72.
- Makino I, Yamaguchi T, Sato N, et al. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking gallbladder carcinoma with a false-positive result on fluorodeoxyglucose PET. World J Gastroenterol 2009 August 7; 15(29):3691-3.