COLECISTITIS CRÓNICA XANTOGRANULOMATOSA COMO HALLAZGO HISTOLÓGICO POSTERIOR A UNA COLECISTECTOMÍA

CHRONIC XANTHOGRANULOMATOUS CHOLECYSTITIS AS A HISTOLOGICAL FINDING AFTER A CHOLECYSTECTOMY

*Arnaldo Montiel Roa¹, Domingo Aguilera Maidana²,
Alma Masi Miranda³, Celso Fernández Pereira³*

RESUMEN

La colecistitis crónica xantogranulomatosa es poco común. Se caracteriza por densos infiltrados de células escamosas acompañada de fibrosis. Se ha propuesto que tal vez la ruptura e infiltración intramural de la bilis y mucina sean los causantes de la reacción xantogranulomatosa característica. Su aspecto a veces origina confusión con una neoplasia maligna. Puede ocasionar infiltración a otras estructuras, fistulas o perforación. Presentamos el caso de un masculino de 75 años que ingresó con el diagnóstico de síndrome icterico obstructivo litiasico que ante el fracaso de dos ERCP se realizó colecistectomía con CPO cuyo resultado de biopsia informó colecistitis crónica xantogranulomatosa. Buena evolución sin complicaciones.

Palabras clave: colecistitis, inflamación, xantogranulomatosa, colecistectomía.

ABSTRACT

Chronic xanthogranulomatous cholecystitis is uncommon. It is characterized by dense squamous cell infiltrates accompanied by fibrosis. It has been proposed that rupture and intramural infiltration of bile and mucin may be the cause of the characteristic xanthogranulomatous reaction. Its appearance sometimes causes confusion with a malignancy. May cause infiltration to other structures, fistulas or perforation. We present the case of a 75-year-old man who was admitted with a diagnosis of an icteric obstructive lithiasic syndrome, who underwent the failure of two ERCP cholecystectomy with CPO, whose biopsy result reported chronic xanthogranulomatous cholecystitis. Good evolution without complications.

Keywords: cholecystitis, inflammation, xanthogranulomatous, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La denominada Colecistitis Xantogranulomatosa es una condición inflamatoria crónica, poco común; muy rica en macrófagos. Se caracteriza por la presencia de los densos infiltrados de células espumosas acompañada de fibrosis con variable afectación de una o más capas de la pared vesicular⁽¹⁾. Se la describe como una variedad de la colecistitis crónica y su descripción se remonta a los años 70. Por lo general

es más común en las mujeres con sintomatología similar a la colecistitis crónica y a pesar de ser considerada una rareza, su número de casos va en aumento;⁽²⁾ a tal punto que ciertos países como Japón reporta mayor número de casos de esta afección que de cáncer de vesícula. Histológicamente tiene como característica los nódulos intramurales de color amarillo café, fibrosis proliferativa secundaria a inflamación destructiva crónica e histiocitos espumosos. Si bien su patogénesis se desconoce, se ha postulado que probablemente la ruptura e infiltración intramural de la bilis y mucina provenientes de la oclusión de los senos de Rokitansky – Ashoff sean en principio las causantes de la reacción xantogranulomatosa en la pared de la vesícula⁽³⁾, de esa forma la bilis extravasada causa la inflamación con la formación de los nódulos típicos⁽⁴⁾. En esta variedad de colecistitis, la vesícula se halla contraída. Suele haber cálculos. Generalmente a la macroscopía puede ser confundida con una neoplasia maligna por su aspecto. Si bien es una lesión benigna, puede tener un comportamiento agresivo por la infiltración a otras estructuras, fistulización o perforación de la vesícula⁽⁵⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 75 años de edad, conocido portador de litiasis vesicular que acudió al servicio de urgencias con historia de dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, sin irradiación, de varias semanas de evolución, exacerbado 72 horas antes del ingreso; de moderada a severa intensidad, agregándose posteriormente coloración amarillenta de piel y mucosas con coluria y acolia, 24 horas antes, motivo por el cual acudió a la consulta. Se solicitan estudios laboratoriales, en los cuales llaman la atención al hemograma la presencia de leucocitosis (13.500 blancos por mm3 con neutrofilia) y un perfil hepático alterado a expensas de aumento de la bilirrubina total (8,4 mg/dl con predominio de la fracción

1. Jefe de Servicio. Instituto de Previsión Social. Paraguay

2. Cirujano de Planta. Hospital Central; Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay.

3. Residentes de 3er. Año. Hospital Central, Instituto de Previsión Social. Paraguay

Autor correspondiente: Dr. Domingo Aguilera. Correo electrónico: djaguile@ips.gov.py

Artículo recibido: 19.03.18 - Artículo aceptado: 23.03.18

Autofinanciado por los autores. Los autores no declaran ningún conflicto de interés.

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

Figura 4.

conjugada de 5,5 mg/dl) y de la fosfatasa alcalina con valor de 675. Se indica internación, con hidratación parenteral e inicio de antibioticoterapia empírica con amoxicilina sulbactam 1.5 gr cada 8 horas. La ecografía abdominal muestra una vesícula biliar de paredes engrosadas con múltiples cálculos en su interior, vías biliares intra hepáticas no dilatadas y un colédoco de 8 mm. En su 2do día de internación en sala se solicita CPRE la cual se realiza progresándose hasta D2 constatándose papila pequeña, nulo drenaje biliar, se realiza precorte de papila no pudiéndose canalizar la vía biliar. Se deja al paciente con NVO y control clínico para reintentar procedimiento en 72 horas. Se vuelve a solicitar nuevo control

de perfil hepático con valores normalizados, no obstante, se intenta de vuelta canalizar la vía biliar a las 72 horas con una CPRE siendo nuevamente infructuoso el procedimiento, ante esta circunstancia se decide intervención quirúrgica. Se accede por vía convencional por abordaje oblicuo subcostal, se constata vesícula de paredes muy engrosadas, necróticas, muy friable, fétida con múltiples adherencias a epiplón mayor y colon trasverso (sin trayecto fistuloso aparente) múltiples microcálculos en el interior de la vesícula, cístico corto y grueso, vía biliar no impresionada dilatada. Se realiza colecistectomía de fondo a cuello, se realiza colangiografía intraoperatoria mediante canalización del cístico constatándose buen pasaje de contraste a duodeno sin imagen de defecto de relleno. Se realiza ligadura del muñón cístico y colocación de drenaje de cavidad exteriorizado por contrabertura. Paciente con buena evolución no presenta complicaciones médicas, es dado de alta al 4to día post quirúrgico con indicaciones y retorno por consultorio con informe de anatomía patológica. Vuelve en 3 semanas portando informe que describe a la microscopía: "Fragmentos de tejido con inflamación aguda y crónica xantogranulomatosa con extensa necrosis de la pared, no se observa proceso neoplásico maligno, compatible con colecistitis aguda y crónica xantogranulomatosa". (Figuras 1 al 4)

DISCUSIÓN

La colecistitis crónica xantogranulomatosa es una entidad relativamente rara, poco frecuente y ocasionalmente confundida en primer término con una neoplasia de vesícula.

En un gran número de casos el diagnóstico es histológico con la biopsia de la pieza operatoria.

La clínica por lo general es indistinguible de la colecistitis crónica simulando los mismos síntomas. Llama la atención al momento de la intervención el aspecto macroscópico de la vesícula biliar que se encuentra particularmente engrosada con marcado magma inflamatorio y con muchas adherencias que dificulta la disección obligando muchas veces a la conversión si el acceso es laparoscópico.

La conducta quirúrgica y el tratamiento final no difiere de lo propuesto para el tratamiento de la colecistitis crónica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Reaño G, Sanchez J, Ruiz E, Celis J, Payet E, Berrospi F et al. Colecistitis xantogranulomatosa: Análisis de 6 casos. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 2005;25(1), 93-100.
- 2) Laimev P, Martínez C, Martínez D, Martínez P, Benavides C, & Molina, C. (2007). Características clínicas y epidemiológicas de la colecistitis crónica xantogranulomatosa. *Revista chilena de cirugía* 2007; 59(2), 122-6.
- 3) Cárdenas-Lailson LE, Torres-Gómez B, Medina-Sánchez S, Mijares-García JM. & Hernández-Calleros, J. Epidemiología de la colecistitis xantogranulomatosa. *Cirugía y Cirujanos*, 2005; 73(1): 19-23.
- 4) Burgos AM, Csendes A, Villanueva M, Cárdenas G, Narbona S, Caballero M. Hallazgos clínicos e histopatológicos en pacientes con adenomiomatosis vesicular. *Revista chilena de cirugía* 2016; 68(5): 363-7.
- 5) Jarquín Ortiz JA. Comportamiento Clínico y Epidemiológico de Colecistitis Xantogranulomatosa en Hospital Bautista en el Periodo comprendido de enero 2011 a diciembre 2014 (Doctoral dissertation, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua). 2015.