

Cirugía y Cirujanos

Volumen **73**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Febrero **2005**
January-February

Artículo:

Epidemiología de la colecistitis xantogranulomatosa

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

Epidemiología de la colecistitis xantogranulomatosa

Dr. Luis Eduardo Cárdenas-Lailson,** Dra. Bertha Torres-Gómez,* Dr. Salvador Medina-Sánchez,* Dr. Juan Manuel Mijares-García,** Dr. Jorge Hernández-Calleros***

Resumen

Objetivo: determinar las características epidemiológicas y datos clínicos de los pacientes con diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa.

Material y métodos: se analizaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa en un periodo de seis años, para obtener datos demográficos, clínicos y epidemiológicos.

Resultados: se analizaron 1425 expedientes de pacientes a quienes se les efectuó colecistectomía entre enero de 1991 y diciembre de 1996; se encontraron 35 casos de colecistitis xantogranulomatosa (2.4% del total de colecistectomías); en 74% se trataba de mujeres; la edad media fue de 44 años; 60% pertenecía a medio socioeconómico bajo; 34% con antecedentes de etilismo y tabaquismo; grupo sanguíneo O Rh positivo en 25 pacientes (71%); 13 (37%) presentaron ictericia obstructiva; 11 dilatación del colédoco, por lo que fueron sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. De las 35 colecistectomías, 15 fueron urgentes y 20 electivas; ocho laparoscópicas con dos conversiones por adherencias firmes. Se presentaron cinco complicaciones transoperatorias.

Discusión: la colecistitis xantogranulomatosa es una patología de difícil diagnóstico, que se confunde con cáncer de vesícula. La frecuencia (2.4%) fue mayor que la reportada en países desarrollados (0.7 a 1.8%), con un franco predominio en mujeres. La forma de presentación más común es la colecistitis crónica, aunque en nuestra serie numerosos pacientes tuvieron ictericia obstructiva. No se registró mortalidad y la morbilidad fue de 26%, ligeramente menor a otras series. No encontramos asociación entre colecistitis xantogranulomatosa y cáncer de vesícula.

Palabras clave: colecistitis xantogranulomatosa, epidemiología, ictericia.

Summary

Objective: In order to study patients with a diagnosis of xanthogranulomatous cholecystitis (XGC), we analyzed their demographics, epidemiology and clinical data.

Material and methods: We analyzed the clinical records of patients with a histopathologic diagnosis of XGC during a period of 6 years, obtaining demographic, epidemiologic and clinical data.

Results: Of a total of 1425 cholecystectomies performed between January 1991 and December 1996, we found 35 cases of XGC (2.4%). Twenty six (74%) were women (median age: 44 years), 60% were from a low socioeconomic group, 34% had a history of alcoholism and smoking, and 25 patients (71%) had a blood type of O positive. Thirteen patients (37%) presented obstructive jaundice, 11 had dilatation of the choledocus and were treated with ERCP. Of the 35 cholecystectomies, 15 were urgent and 20 elective. Eight were operated laparoscopically and two were converted because of firm adhesions. We had five transoperative complications.

Discussion: Pre-operative XGC diagnosis is difficult, often mistaken for gallbladder cancer. The incidence in our study (2.4%) is higher than reports in industrialized countries (0.7–1.8%), with a female predominance. The most frequent clinical presentation is that of chronic cholecystitis, but we found a high percentage of patients with obstructive jaundice. We had 0% mortality and 26% morbidity, and no association was found between XGC and gallbladder cancer.

Key words: xanthogranulomatous cholecystitis, epidemiology, jaundice.

Introducción

La inflamación fibroxantogranulomatosa de la vesícula, el granuloma ceroido o el granuloma histiocítico de aspecto ceroido, son sinónimos de lo que se conoce como colecistitis xantogranulomatosa,¹ entidad descrita por primera vez en 1970 por Christensen.²

Esta enfermedad inflamatoria es una variedad de la colecistitis crónica y aunque es poco común, cada vez es reconocida con mayor frecuencia por patólogos y clínicos, lo que en los últimos años ha provocado incremento en la frecuencia. Es

* Médico residente de Cirugía General
 ** Médico adscrito a Cirugía General
 *** Médico interno de pregrado
 Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Solicitud de sobretiros:

Dr. Luis Eduardo Cárdenas-Lailson, Tlalpan 4800, Col. Toriello Guerra, 14000 México, D. F., Fax: 5528 4228.
 E-mail: lecardenaslailson@prodigy.net.mx

Recibido para publicación: 09-08-2004.
 Aceptado para publicación: 02-09-2004.

más común que el cáncer de vesícula, como se informa en investigaciones realizadas en Japón;^{3,4} fluctúa de 0.7 a 1.8% de todos los especímenes de colecistectomía en Estados Unidos, 1.2 a 10% en Japón y 10 a 13.2% en la India.⁵

Histológicamente se caracteriza por formaciones nodulares intramurales de color amarillo-café, fibrosis proliferativa secundaria a inflamación destructiva crónica e histiocitos espumosos.⁶ Esto produce engrosamiento de la pared vesicular con extensión a otras estructuras adyacentes o formación de fistulas por la ulceración de la mucosa.⁷

La patogénesis es desconocida, pero es probable que la ruptura e infiltración intramural de la bilis y la mucina provenientes de la oclusión de los senos de Rokitsky-Ashoff sean las causas principales de la reacción xantogranulomatosa en la pared de la vesícula.⁸ También se ha mencionado que la inflamación crónica y los cálculos asociados con estasis biliar producen degeneración y necrosis de la pared vesicular, con la consecuente formación de abscesos intramurales, los cuales son reemplazados por xantogranulomas con histiocitos exógenos espumosos de células gigantes.⁷⁻⁹

Radiológica y microscópicamente, la colecistitis xantogranulomatosa puede confundirse con cáncer de vesícula biliar; una y otra pueden coexistir en 10% de los casos.¹⁰⁻¹² Si bien es una lesión benigna, puede tener un comportamiento agresivo por infiltración a otras estructuras, fistulización o perforación de la vesícula.⁴

La morbilidad por esta enfermedad es de 32% y no se dispone de datos en cuanto a la mortalidad.⁴

El objetivo del estudio fue describir los hallazgos clínicos, radiológicos y quirúrgicos, así como los resultados quirúrgicos de una serie de pacientes con colecistitis xantogranulomatosa.

Material y métodos

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa en un periodo de seis años (enero de 1991 a diciembre de 1996). Fueron excluidos aquellos con información incompleta. Se registraron las características demográficas de cada paciente, sus antecedentes personales patológicos, síntomas de presentación, tiempo de evolución, estudios radiológicos, exámenes de laboratorio, diagnóstico preoperatorio, cirugía realizada y evolución postoperatoria.

Los resultados son presentados con medidas de tendencia central y dispersión, así como en porcentajes.

Resultados

De 1425 colecistectomías efectuadas entre 1991 y 1996, se registraron 35 por colecistitis xantogranulomatosa (frecuen-

cia de 2.4% del total de la muestra, prevalencia anual de seis casos). La muestra estuvo formada por 26 mujeres (74%) entre 19 y 74 años de edad (media de 44 años) y nueve varones (26%), entre 31 y 61 años, con una media de 43. Fueron excluidos ocho casos por no tener expediente completo; 24 pacientes (69%) eran amas de casa y sólo ocho eran económicamente activos (23%); cuatro (11%) tuvieron antecedentes familiares de patología vesicular y nueve de neoplasias en diferentes localizaciones (26%). La mayoría provenía de medio socio-económico bajo (21 pacientes, 60%) y vivían en medio urbano (80%). Doce tuvieron antecedentes de alcoholismo y tabaquismo (34%). El grupo sanguíneo fue O Rh positivo en 25 (71%), seguido por el grupo A Rh positivo en 10 (29%); 18 mujeres tenían el antecedente de tres o más embarazos (69%). Otros antecedentes encontrados fueron obesidad (nueve pacientes, 26%), cirugías previas (trece pacientes, 37%) y diabetes mellitus (cuatro pacientes, 11%).

La sintomatología fue similar a la de colecistitis crónica: cólico biliar en 30 pacientes (86%), náusea y vómito en 25 (71%), ictericia y coluria en 13 (37%); 11 pacientes presentaron fiebre (31%), nueve refirieron dolor en epigastrio (26%) y cuatro además tenían diarrea (11%).

En el examen físico, 24 pacientes (69%) tenían dolor a la palpación del cuadrante superior derecho, 13 ictericia (37%), 7 signo de Murphy (20%); la vesícula fue palpable y se detectó hepatomegalia en tres casos, respectivamente (9%).

El tiempo de evolución fue de un año en 16 pacientes (46%), de uno a seis meses en 14 (40%) y entre dos a diez días en cuatro (11%); un paciente refirió sintomatología de seis horas de evolución (3%).

Los hallazgos del ultrasonido hepatobiliar más frecuentes fueron la litiasis vesicular, dilatación del colédoco y engrosamiento de la pared vesicular (cuadro I). De los 13 pacientes con ictericia obstructiva, 11 tuvieron dilatación del colédoco en el ultrasonido. A estos 11 pacientes se les realizó colangio-

Cuadro I. Datos del ultrasonido

Hallazgo	Número	Porcentaje
Litiasis vesicular	30	85.7
Dilatación del colédoco	11	31.4
Engrosamiento de la pared	8	22.8
Lodo biliar	6	17.1
Vesícula escleroatrófica	5	14.4
Masa vesicular	2	5.7
Cáncer de vesícula	1	2.8
Colección subhepática	1	2.8
Pancreatitis	1	2.8
Litiasis renal	1	2.8
Vesícula de 10 cm	1	2.8

Cuadro II. Forma de presentación

Diagnóstico	Número	Porcentaje
Colecistitis crónica	17	49
Ictericia obstructiva	11	31
Coledocolitiasis	4	11
Síndrome de Mirizzi	1	3
Causa no documentada	6	17
Colecistitis aguda	5	14
Cáncer de vesícula	1	3
Pancreatitis biliar	1	3

pancreatografía retrógrada endoscópica. Este estudio demostró cuatro coledocolitiasis (en tres se extrajeron los litos), cinco fueron normales y dos fallidas. En dos colecistografías orales se encontró vesícula excluida (6%). Otros estudios realizados fueron colangiografía percutánea y tomografía axial computarizada en un caso, respectivamente.

Los exámenes de laboratorio fueron normales en 16 pacientes (47%), en 11 (31%) se observó elevación de la bilirrubina directa y la fosfatasa alcalina, en nueve leucocitosis (26%) y en uno elevación de la amilasa sérica (3%).

En la mitad de los pacientes el diagnóstico preoperatorio fue colecistitis crónica litiásica y en una tercera parte, coledocolitiasis (cuadro II). En una mujer de 27 años de edad con ictericia obstructiva se encontró síndrome de Mirizzi tipo I, el cual se resolvió con una colecistectomía total sin complicaciones. En ningún caso se sospechó colecistitis xantogranulomatosa.

De las 35 colecistectomías, 15 fueron cirugías de urgencia (43%) y 20, electivas (57%). La colecistectomía simple abierta fue el procedimiento más común. Se realizó colecistectomía laparoscópica en ocho pacientes, con 25% de conversiones (dos pacientes con colecistitis aguda y adherencias firmes). A los 13 pacientes con ictericia se les realizó colangiografía transoperatoria y en uno se hizo derivación biliodigestiva por lesión de la vía biliar (cuadro III). Se presentaron complicaciones transoperatorias en cinco pacientes (14%): una lesión

Cuadro III. Procedimientos quirúrgicos

Procedimiento	Electivo	Urgente	%
	(n)	(n)	
Colecistectomía abierta	9	4	37
Colecistectomía abierta y colangiografía transoperatoria	5	7	
Revisión de vías biliares	0	1	37
Colecistectomía laparoscópica	6	2	23
Derivación biliodigestiva	0	1	3

Cuadro IV. Hallazgos transoperatorios

Hallazgo	Número	Porcentaje
Litiasis vesicular	25	71.4
Adherencias	15	42.8
Vesícula con paredes engrosadas	14	40.0
Vesícula escleroatrófica	10	28.0
Vesícula amarillenta	8	22.8
Coledocolitiasis	7	20.0
Empiema vesicular	4	11.4
Hidropesía vesicular	2	5.7
Hígado granular	2	5.7
Perforación	2	5.7
Síndrome de Mirizzi tipo I	1	2.8
Fístula biliar	1	2.8

de vías biliares, una perforación incidental de vesícula, una perforación del conducto cístico, una lesión de la arteria hepática derecha y un desgarro hepático grado I. En dos pacientes con colecistectomía laparoscópica fue necesaria la conversión a cirugía abierta por dificultad en la disección.

Los hallazgos transoperatorios más frecuentes fueron colelitiasis, adherencias, y vesícula con paredes engrosadas (cuadro IV). El diagnóstico histopatológico indicó colecistitis xantogranulomatosa crónica en 40%, aguda y crónica en 25.7%, y aguda en 5.7. Otros hallazgos fueron colelitiasis, senos de Rokitansky-Aschoff, empiema vesicular y colesterosis (cuadro V).

La morbilidad postoperatoria fue de 26% (nueve pacientes) y la complicación más común fue el biloma, seguido de la fístula biliar y la infección del sitio quirúrgico (cuadro VI). No se registraron defunciones.

Discusión

La colecistitis xantogranulomatosa es una patología cuyo diagnóstico es difícil y que con frecuencia se confunde con cáncer de vesícula. La frecuencia en este estudio (2.4%) fue mayor que la informada en países desarrollados (0.7 a 1.8%) y menor que en la India, donde alcanza entre 10 y 13.2%.³ Es más común que el cáncer de vesícula, el cual tuvo una frecuencia de 0.8% (doce pacientes) durante el mismo periodo de tiempo.

Aunque las diferentes series indican una distribución similar entre hombres y mujeres,^{1,4} en la presente hubo un franco predominio del sexo femenino. El promedio de edad (44 años) fue discretamente menor al informado en otras series (50 a 60 años).⁴

Cuadro V. Hallazgos histopatológicos

Hallazgo	Número	%
Colecistitis xantogranulomatosa aguda	2	5.7
Colecistitis xantogranulomatosa crónica	14	40.0
Colecistitis xantogranulomatosa aguda y crónica	9	25.7
Litiasis vesicular	20	57.1
Senos de Rokitansky-Aschoff	2	5.7
Empiema vesicular	1	2.8
Colesterosis	1	2.8

* Algunos pacientes presentaron dos o más hallazgos.

Similar a lo publicado por otros autores, generalmente se presenta como colecistitis crónica,¹³ aunque en nuestro estudio un número considerable de pacientes (34%) tuvo ictericia obstructiva, similar a lo encontrado en otras investigaciones.¹⁴⁻¹⁶ En esta serie las complicaciones de la enfermedad (perforación y fístula) fueron menos frecuentes que las informadas por otros autores.⁴⁻¹³ Ningún hallazgo en la historia clínica fue característico de colecistitis xantogranulomatosa. La presencia de masas o vesícula palpable fue un hallazgo raro.

Los estudios de laboratorio son inespecíficos; casi la mitad fue normal. En cuanto a estudios de imagen, los datos por ultrasonido más consistentes fueron la litiasis vesicular (85%) y el engrosamiento de la pared (22.8%), lo cual también es mencionado en otras series.^{7,13,14} Sin embargo, estos datos no pueden hacer la diferenciación entre cáncer de vesícula, adenomiosis y colecistitis xantogranulomatosa. Actualmente se ha estudiado la utilidad de la tomografía con emisión de positrones para el diagnóstico de la colecistitis xantogranulomatosa, con lo que se encontró una especificidad de 87.5% y una sensibilidad de 75%,¹⁷ aunque faltan estudios prospectivos para apoyar el uso de este método diagnóstico.

La mayor utilidad de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es la detección y tratamiento de complicaciones más que el diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa. El uso de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 11 pacientes permitió el diagnóstico y extracción de cálculos en tres de cuatro pacientes con coledocolitiasis.

Cuadro VI. Morbilidad postoperatoria

Complicación	Número	Porcentaje
Biloma	3	8.5
Fístula biliar	2	5.7
Infección de sitio quirúrgico	2	5.7
Atelectasia	1	2.8
Pancreatitis	1	2.8

La tomografía computarizada, colecistografía oral y colangiografía percutánea fueron empleadas en forma limitada. Estos estudios tienen escasa utilidad en el diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa.

Antes de la intervención quirúrgica en ningún paciente se sospechó la enfermedad, sólo en uno se pensó en cáncer de vesícula biliar. La mayoría de las veces la litiasis vesicular es el fundamento de la decisión quirúrgica.

Aunque la litiasis vesicular fue el hallazgo transoperatorio más común, debe destacarse la presencia de vesícula pequeña de pared engrosada y coloración amarillenta en casi la mitad de los casos.

Cuando hay sospecha de tumor o alteraciones en la pared vesicular se han descrito buenos resultados y una tasa baja de complicaciones mediante biopsia por aspiración con aguja fina guiada por ultrasonido;¹⁸ durante la cirugía puede orientar al cirujano sobre la naturaleza de la lesión.¹⁴ En la serie informada no se realizó este estudio probablemente debido a que no se sospechó la posibilidad de colecistitis xantogranulomatosa.

Aun cuando en algunas series se ha sugerido asociación entre colecistitis xantogranulomatosa y cáncer de vesícula entre 3 y 10% de los casos,^{10,12,16} en este estudio no se encontró en ningún paciente.

Ocho de los 35 pacientes fueron operados mediante cirugía endoscópica, con dos conversiones a cirugía abierta (en ambos casos por adherencias firmes), lo cual sugiere que la colecistitis xantogranulomatosa no es una contraindicación absoluta para colecistectomía laparoscópica. En colecistitis xantogranulomatosa se ha informado 19% de conversión de colecistectomía laparoscópica a modalidad abierta.¹⁹

No se registraron defunciones y la morbilidad fue discretamente menor (26%) a la indicada en otras series (32%);⁵ entre las causas se encontró formación de fístulas, bilomas y lesiones a estructuras adyacentes.

La colecistitis xantogranulomatosa es una patología rara y de difícil diagnóstico, a menudo confundida con el cáncer de vesícula. No existen hallazgos clínicos ni estudios diagnósticos que demuestren en forma confiable esta entidad. En un caso particular, la diferenciación entre colecistitis xantogranulomatosa y cáncer de vesícula puede hacerse durante la operación mediante biopsia por aspiración con aguja fina o sección en frío. Debido a la posible asociación entre estas dos patologías, el procedimiento quirúrgico de elección debe ser la colecistectomía total.

Referencias

1. Goodman ZD, Ishak KG. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Am J Surg Pathol* 1981;5:653-659.
2. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. *Arch Pathol Lab Med* 1970;90:423-432.

3. Yoshida J, Chijiwa K, Shimura H, Yamaguchi K, Kinukawa N, Honda H, Tanaka M. Xanthogranulomatous cholecystitis versus gallbladder cancer: clinical differentiating factors. *Am Surg* 1997;63:367-371.
4. Houston JP, Collins MC, Cameron I, Reed MW, Parsons MA, Roberts KM. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg* 1994;81:1030-1032.
5. Shukla S, Krishnani N, Jain M, Pandey R, Gupta RK. Xanthogranulomatous cholecystitis. Fine needle aspiration cytology in 17 cases. *Acta Cytol* 1997;41:413-418.
6. Howard TJ, Bennion RS, Thompson JE Jr. Xanthogranulomatous cholecystitis: a chronic inflammatory pseudotumor of the gallbladder. *Am Surg* 1991;57:821-824.
7. Benbow EW. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg* 1990;77:255-256.
8. Reyes CV, Jablow VR, Reid R. Xanthogranulomatous cholecystitis: report of seven cases. *Am Surg* 1981;47:322-325.
9. Fligial S, Lewin KJ. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Arch Pathol Lab Med* 1982;106:302-304.
10. Chun KA, Ha HK, Yu ES, Kim KW, Lee DH, Kang SW, Auh YH. Xanthogranulomatous cholecystitis: CT features with emphasis on differentiation from gallbladder carcinoma. *Radiology* 1997;203:93-97.
11. Yamaguchi K, Masazumi T. Subclinical gallbladder carcinoma. *Am J Surg* 1992;163:382-386.
12. Benbow EW, Taylor PM. Simultaneous xanthogranulomatous cholecystitis and primary adenocarcinoma of gallbladder. *Histopathology* 1988;12:672-675.
13. Dao AH, Wong SW, Adkins RB. Xanthogranulomatous cholecystitis: a clinical and pathologic study of twelve patients. *Am Surg* 1989;55:32-35.
14. Hales MS, Miller TR. Diagnoses of xanthogranulomatous cholecystitis by fine needle aspiration biopsy: a case report. *Acta Cytol* 1987;31:493-496.
15. Roberts KM, Parsons MA. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinicopathological study of 13 cases. *J Clin Pathol* 1987;40:412-417.
16. Guzmán-Valdivia G. Xanthogranulomatous cholecystitis: 15 years experience. *World J Surg* 2004;28:254-257.
17. Koh T, Taniguchi H, Yamaguchi A. Differential diagnosis of gallbladder cancer using positron emission tomography with fluorine-18-labeled fluoro-deoxyglucose (FDG-PET). *J Surg Oncol* 2003;84:74-81.
18. Jacobson BC, Pitman MB, Brugge WR. EUS-guided FNA for the diagnosis of gallbladder masses. *Gastrointest Endosc* 2003;57:251-254.
19. Kwon AH, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis. *J Am Coll Surg* 2004;199:204-210.