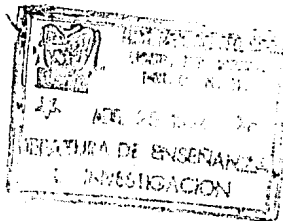




11209 74 2ej.

Universidad Nacional Autónoma de México

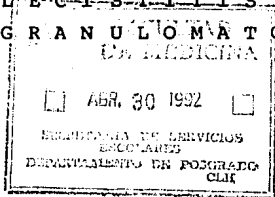
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional  
I.M.S.S.



*[Handwritten signature]*

COLECISTITIS  
XANTOGRANULOMATOSA  
DE MEDICINA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



*Wab*

**TESIS DE POSTGRADO**

PARA OBTENER EL TITULO EN LA  
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DRA. MARTHA ESPERANZA RAMIREZ MARTINEZ

Asesor de Tesis

DR. MANUEL CHAVELAS LL.

México, D.F. 1992





Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	<u>Página</u>
° INTRODUCCION	1
° DEFINICION	4
° ANTECEDENTES HISTORICOS	5
° INCIDENCIA	6
° ENFERMEDADES ASOCIADAS	10
° ANATOMIA PATOLOGICA	12
° BACTERIOLOGIA	17
° ESTUDIO HISTOQUIMICO	18
° ETIOPATOGENIA	19
° MANIFESTACIONES CLINICAS	21
° EXAMENES RADIOLOGICOS	24
° HALLAZGOS OPERATORIOS	26
° COMPLICACIONES	28
° PRESENTACION DE SERIE	29
° CONCLUSIONES	36
° BIBLIOGRAFIA	38
° FE DE ERRATAS	41

## INTRODUCCION

La Colecistitis Xantogranulomatosa es una entidad clinico patológica de reciente identificación, que ha creado la necesidad de realizar estudios para identificar su incidencia, prevalencia, complicaciones, métodos de diagnóstico, así como la formulación de nuevas hipótesis en relación a la etiopatogenia que explique - la evolución de una entidad reconocida y tratada desde muchos - años antes como la Colecistitis Crónica hacia un proceso Xantogranulomatoso, que ha demostrado características clinicas y patológicas que la diferencian en forma ostensible de procesos inflamatorios, sin esta característica. Se trata de un proceso inflamatorio que se presenta en vesículas biliares con inflamación crónica, en la mayor parte de los casos y/o aguda subyacente, las manifestaciones clinicas se reportan desde un cuadro asintomático con hallazgo incidental en laparotomía por otra causa, hasta un cuadro de inflamación aguda sin antecedentes, o como agudización de un proceso crónico, hasta la manifestación de complicación tal como la presencia de absceso perivesicular o fístula (Colecisto-duodenal, Colecisto-Colónica ó Colecisto-Cutánea), en relación a la -- presentación con la utilización de métodos diagnósticos el hallazgo más común en Colecistografía oral y Colangiografía IV es la exclusión de la vesícula, la ultrasonografía generalmente reporta la presencia de paredes engrosadas y litos, la tomografía computada reporta engrosamiento de la pared y en algunos casos, masa a nivel de lecho vesicular o hilio hepático siendo necesario en algunos casos el diagnóstico diferencial con neoplasia. De los puntos más importantes que determinan la diferenciación de esta patología son los hallazgos macroscópicos, que consiste en engrosamiento de la pared vesicular, múltiples adherencias a órganos vecinos presencia de nódulos de color amarillo en la superficie, fibrosis, y, en algunos casos la presencia de una masa en el drea vesicular que al igual que la imagen radiológica requiere establecer diagnóstico de enfermedad maligna o benigna de vesícula biliar.

La presencia de litos en el interior del órgano es otro - de los hallazgos asociados más frecuentes. Así como macroscópicamente se traduce en una patología llamativa, microscópicamente se identifica un patrón que permite realizar su diagnóstico con precisión consistiendo básicamente en la presencia de histiocitos es pumosos con depósitos de lípidos y colesterol, células gigantes, células plasmáticas, polimorfonucleares, linfocitos, remanentes - epiteliales y en algunos casos, denudación o ulceración de la mucosa en las zonas de lesión.

Las complicaciones asociadas más sobresalientes, es la - formación de fístulas a órganos vecinos y a piel, que conducen a una evolución postoperatoria más prolongada en algunos casos.

Ya comentados los aspectos que han determinado el reconocimiento de un proceso patológico específico, considero de importancia el establecer las bases que han llevado al desarrollo de - las hipótesis etiopatogénicas.

En 1976 se establece la primera comparación, del desarrollo de reacción Xantogramulomatosa en vesícula biliar con la observada en pacientes con pielonefritis, ésta última fundamentada en la presencia de infección crónica y cálculos, mismos factores encontrados en la gran mayoría de los pacientes. En este mismo - año se postula que la presencia de lípidos y lipofucsina dentro - de los histiocitos, es secundaria a la degradación y extravasación de bilis en el tejido intersticial, proponiéndose que esto sucede a través de los Senos de Rokitansky Aschoff, produciéndose una - reacción Xantogramulomatosa secundaria a la fagocitosis de produc tos de metabolismo biliar por histiocitos, que da la imagen carac terística de esta patología.

Como último punto, cabe mencionar la asociación observada con Carcinoma, que aún cuando los reportes y las series son peque ñas, parece ser significativa.

El propósito del presente trabajo, es la presentación de una serie de 21 casos de pacientes con diagnóstico de Colecistitis Xantogranulomatosa, estudiados en forma retrospectiva, en un periodo comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1989 en el Hospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera".

El interés de la revisión de la incidencia de esta patología en un Hospital de Segundo Nivel, radica en el aumento progresivo de los casos reportados a partir de la identificación de una entidad nosológica en años recientes (1970), que probablemente ha sido subestimada en relación a su frecuencia, dado que previo a esta fecha y en los años inmediatos al primer reporte, el número de casos reportados era sumamente bajo.

Además cabe mencionar la necesidad de reconocer los factores que intervienen en su prevalencia, y que ayuden en la identificación de esta patología, así como el conocimiento de las posibles complicaciones que pueden presentarse, con el fin de reducir al mínimo a aquellos factores susceptibles de ser controlados.

## DEFINICION

La *Colecistitis Xantogranulomatosa* se define por una forma poco usual de enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar, con características macro y microscópicas notables.

Macroscópicamente se encuentra un acentuado engrosamiento y fibrosis de la pared vesicular, generalmente acompañado de múltiples adherencias a órganos vecinos, presencia de nódulos de color amarillo, que con frecuencia semejan tejido neoplástico. Microscópicamente se distingue por la presencia de Histiocitos espumosos, Células Gigantes, Reacción Vascular y Fibroblástica Intensa, y una mezcla de Células Plasmáticas y Polimorfo-Nucleares.

Las características antes mencionadas, han hecho que se formulen múltiples definiciones de esta patología, que van desde una forma de *Colecistitis Crónica* hasta una inflamación reactiva exagerada del tejido vesicular, no obstante, el desconocimiento a la fecha de las condiciones que conllevan a la evolución Xantogranulomatosa, limitan la posibilidad de una definición completa y adecuada.

## ANTECEDENTES HISTORICOS

En la revisión de los antecedentes históricos es de gran interés el reconocimiento y enfrentamiento a una patología muy joven en relación a su identificación, pues no han pasado aún 20 años de la primera descripción de ésta, misma que se realizó en el año de 1970, correspondiendo a Christensen Ishak,<sup>1</sup> el reporte de 7 casos de pacientes sometidos a Colectistectomía, con hallazgos macro y microscópicos de lo que en la actualidad reconocemos como reacción Xantogranulomatosa. Este reporte se encuentra en un trabajo publicado bajo el título de Tumores Benígnos y Pseudo tumores de vesícula biliar, y en el apartado de Colectistitis Fibro Xantogranulomatosa.

En 1976<sup>2</sup> se publica el trabajo "Granuloma Histiocítico-Ce-roide de Vesícula Biliar", constituido por el reporte y revisión de 13 casos cuyos hallazgos corresponden a esta patología, y sustentado por los autores la hipótesis de la extravasación de lípidos y pigmentos biliares oxidados a cromolípido como factores desencadenantes de reacción granulomatosa.

No obstante la descripción previa con diferentes denominaciones, en 1976 se utiliza por primera vez, el término descriptivo de Colectistitis Xantogranulomatosa, para la presentación de 2 casos con las características clínicas y microscópicas que ahora conocemos, el autor de este trabajo es Mc Coy,<sup>3</sup> quien no sólo determina el nombre en esta entidad aún en vigencia, sino sienta también las bases en relación a una de las hipótesis más aceptadas de la Etiopatogenia, estableciendo la similitud que existe entre la Colectistitis Xantogranulomatosa y la Pielonefritis Xantogranulomatosa, subrayando la presencia de factores comunes en ambas como son, la infección crónica y la asociación con cálculos en estos órganos.



Los 2 trabajos previos son la base para el cuarto antecedente de la identificación de este tipo de Colecistitis en el año de 1980, realizado por los autores Amazon y Ryulin,<sup>4</sup> quienes publican 2 casos, y denominan a esta patología con el nombre de "Gravulomas Ceroides de Vesícula Biliar".

En 1961 fue identificado la presencia de Colesterol en una proporción 18 a 1 en vesículas portadoras de Colecistitis Xantogranulomatosa, y el segundo grupo, titulado este mismo compuesto, en vesículas con Colecistitis Crónica, siendo los autores de este trabajo Reyes, Jablow y Reid.<sup>6</sup>

El primer antecedente en relación a la identificación y caracterización de los hallazgos tomográficos, corresponde a Düber y colaboradores<sup>11</sup> en el año de 1984.

La asociación directa de Colecistitis Xantogranulomatosa y Carcinoma de Vesícula Biliar, fue observada por Benbow,<sup>17</sup> quien en 1989 revisa 43 casos de Carcinoma de Vesícula Biliar, encontrando lesión Xantogranulomatosa subyacente en 3 casos, que corresponde a un porcentaje mayor (8.6%), que la presencia de Colecistitis Xantogranulomatosa en vesículas con enfermedad inflamatoria únicamente (1.2%). Previo a este reporte (Goodman e Ishak)<sup>5</sup> - encontraron ambas patologías simultáneas, más no se estableció relación directa de ambas.

El primer reporte de bacteriología que identifica los microorganismos asociados a este padecimiento, (Klebsiella y E. Coli) corresponde a Dao y colaboradores<sup>19</sup> en el año de 1989.

Otro de los precedentes históricos, que por lo reciente de la identificación de esta patología, debe considerarse, es la primera proposición de clasificación, la publicada en el año de 1990 por Franco y cols.<sup>23</sup>

Como último antecedente quiero mencionar el primer trabajo mexicano, que identifica a esta poco usual variedad de inflamación de vesícula biliar en nuestro país, realizado como un análisis retrospectivo de 10 años, siendo identificados 40 pacientes - portadores de esta patología.<sup>20</sup>

## INCIDENCIA

El aumento progresivo observado desde los primeros reportes, se explica, por el surgimiento de nuevas comunicaciones y familiarización por parte del Patólogo y el Cirujano con la misma. Considerando lo reciente de la identificación de este tipo de inflamación Xantogranulomatosa de la vesícula, aún no es posible definir a ciencia cierta, las variaciones en relación a distribución geográfica, por sexo y etaria, ya que la mayoría de los reportes hasta la fecha son series pequeñas y en algunos casos el análisis de estos factores muestra discrepancia.

Las cifras citadas hasta el momento, en relación a la frecuencia de presentación de lesión Xantogranulomatosa en piezas obtenidas quirúrgicamente varían de .7% reportado en 1981<sup>7</sup>, hasta 13.2% en un análisis realizado en la India en 1989<sup>21</sup>, sin embargo en la mayoría de los reportes la incidencia calculada es menor al 3%.<sup>14,20,24</sup>

Distribución Geográfica. La frecuencia observada en América es baja, contando con cálculo de la misma en 3 países: Estados Unidos de Norteamérica .7%<sup>6</sup> Brasil 2.9%<sup>24</sup>; México 1.8%<sup>20</sup>. En Europa se registra una frecuencia de 1.8%<sup>14</sup>, reportada por un trabajo de origen inglés, y 5.2% en Italia.<sup>23</sup> Del Continente Asiático - se tiene información de 2 países: Japón con una primera comunicación en donde se observa una frecuencia de 1.2%<sup>2</sup> y la cifra más reciente que asciende al 9%<sup>13</sup>; la India con un único reporte observa la frecuencia más alta hasta hoy, 13.2%<sup>21</sup>.

Distribución por Sexo. La incidencia por sexo, tiende a mostrar una frecuencia mayor en el sexo masculino en comparación con la observada en los casos de Colecistitis, no obstante, algunas publicaciones refieren predominancia en el sexo femenino<sup>7</sup>, más las series con mayor número de pacientes muestran preponderancia

en la afección en el sexo masculino ó relación 1:1<sup>6,14,19,20</sup>

Sin embargo, es importante reconocer que aún no es posible determinar la relación exacta de la distribución, pues dentro del grupo de reportes más recientes, (La Serie Hindú con 21 casos) encontramos una frecuencia 4 veces mayor en el sexo femenino.<sup>21</sup>

Distribución Etaria. Se ha observado afectación por esta patología en los grupos de edades de la tercera a la novena década de la vida<sup>14,19</sup>, pero la edad media de presentación se encuentra en la sexta década: 54.8a., 51.3a., 52 y 57a.<sup>24,20,6,19</sup>

Interesante es señalar que aún no hay evidencia en la literatura de la presencia de inflamación Xantogramulomatosa en edades pediátricas, y constituye este uno mas de los puntos a investigar sobre esta patología.

## ENFERMEDADES ASOCIADAS

Ha sido motivo de investigación clínica, la búsqueda de enfermedades que se relacionan con la patogenicidad o el desarrollo de esta enfermedad, o en su defecto, se asocian en forma directa. Es así, que en año de 1951 se publicó un trabajo<sup>6</sup> que descarta la posibilidad de hipercolesterolemia como factor causal o coadyuvante, también han sido descartadas otras patologías como la Diabetes Mellitus o enfermedad ácido péptica.

Aún cuando no se han sentado bases firmes que sustenten asociación directa de carcinoma y Colecistitis Xantogramulomatosa existen 3 reportes en donde se observan ambas patologías simultáneas en pacientes. En 1981 Goodman e Ishak,<sup>5</sup> en su serie de 47 casos encuentran 5 con carcinoma. En 1988 Roberts y Parsons,<sup>14</sup> estudian 29 casos con hallazgos de carcinoma coexistente en 3. Por último, el trabajo más representativo y específicamente dirigido a investigación de la presencia simultánea de estas lesiones, y el estudio de las implicaciones que esto representa corresponde al realizado por Benbow,<sup>18</sup> que en el año de 1989 comunica la revisión de 43 casos de carcinoma de vesícula biliar, encontrando asociación con CXG en 3 (8.6%).

La razón de la asociación de estas entidades no es clara, y se explica con los siguientes postulados:<sup>22</sup>

1. El carcinoma y la CXG son complicaciones de Colelitiasis y Colecistitis de larga duración o intensidad mayor.
2. La presencia de carcinoma promueve o facilita la disrupción tisular permitiendo o facilitando la entrada de bilis en el estroma, iniciando así la respuesta Xantomatosa.

Las implicaciones que resultan de esta asociación, son im

portantes, ya que cuando ambas lesiones coexisten en una pieza - quirúrgica, cabe la posibilidad de omitir la identificación del tumor, o sobre o subestimar la extensión del mismo, con la consiguiente falla en la etapificación, o en su defecto hacer diagnóstico de carcinoma en un caso de lesión benigna, conllevando a una evaluación pronóstica en detrimento del paciente.<sup>14,16,17,18</sup>

## ANATOMIA PATOLOGICA

De acuerdo a los hallazgos histológicos observados, y particularmente los diferentes patrones de distribución del infiltrado inflamatorio, podemos distinguir 3 subtipos<sup>23</sup> :

- ° Multinodular. Constituida por la presencia de nódulos múltiples en la pared vesicular, con áreas no afectadas por infiltrado, entre los mismos.
- ° Focal. Se observa afección localizada a un área específica de la pared vesicular o nódulo único.
- ° Difusa. Distribución generalizada de infiltrado Xantogranulomatoso, cuya apariencia macroscópica semeja carcinoma de vesícula biliar o en la región del hilio hepático<sup>14,15</sup>.

Apariencia Macroscópica. Se observa vesícula con paredes engrosadas y fibrosas, reportado en dimensión hasta de 1.5 cms. de grosor<sup>19</sup>, la superficie serosa es irregular con presencia de nódulos de color amarillo con distribución localizada múltiple, o en su defecto engrosamiento nodular generalizado, infiltración de las mismas características a órganos vecinos es un hallazgo frecuente<sup>2,4,14</sup>, particularmente a hígado, duodeno, colon transverso y epíplon.

El tamaño de las lesiones varía considerablemente, sus bordes mal definidos, pueden presentar necrosis y hemorragia<sup>6</sup>. Es posible identificar nódulos de consistencia firme, más lo frecuente, es la consistencia suave y la friabilidad, la firmeza se ha asociado con lesiones avanzadas.<sup>1,16</sup> Con cierta frecuencia estas nodulaciones, sobresalen en la superficie mucosa, en la que puede encontrarse áreas ulceradas necróticas o denucladas.

La vesícula por sí misma puede ser lo suficientemente irregular, para sugerir la presencia de carcinoma, y requerir examen fresco congelado durante el período transoperatorio para descartar esta posibilidad.<sup>6,70,14,18</sup>

Casi invariablemente se reportan cálculos de colesterol ó mixtos con los siguientes porcentajes de este hallazgo en diferentes series, 86% en la serie de Reyes y cols,<sup>4</sup> 92% reportado por Roberts y Parsons,<sup>14</sup> Takahashi<sup>2</sup> lo encuentra en el 86%, y Goodman e Ishak, en el 100%.<sup>5</sup>

Indoan Microscopica. El examen al microscopio óptico, revela pared engrosada, las áreas de lesión aparecen con distribución focal o difusa de bordes no definidos y en algunos casos infiltrantes.<sup>14</sup> Es posible distinguir pequeños focos de tejido Xanto granulomatoso en los casos localizados, y relacionados con senos de Rokitansky Aschoff y confinados a la pared vesicular; las lesiones difusas suelen afectar el espesor total de la pared, con extensión variable a la serosa, grasa adyacente, tejido conectivo. Puede observarse remanentes de mucosa en estas áreas<sup>14</sup>.

Las regiones infiltradas, están poco delimitadas, presentan células inflamatorias de tipo agudo e invariablemente crónico. Las células características que determinan el diagnóstico de esta lesión, son los histiocitos, generalmente abundantes, asociado a células gigantes multinucleadas de tipo cuerpo extraño, también se encuentran depósitos lípidos extracelulares, linfocitos y células plasmáticas, con reacción vascular fibroblástica<sup>1</sup>. Cabe puntualizar que casi sin excepción se encuentra subyacente, algún grado de colecistitis crónica, y en menor número colecistitis aguda<sup>19,24</sup>.

Los histiocitos, ya mencionados como las células características de esta patología, se describen morfológicamente en dos



variedades: espinosos redondeados, y en huso con mayor contenido granular y nucleo elongado. Ambos tipos celulares se observan en la mayoría de las lesiones, sin embargo en las más grandes o de aspecto tumoral, predominan las células en huso, con un patrón de distribución o crecimiento en empalizada<sup>14</sup>. En la variedad focal, las células son básicamente redondeadas<sup>7,14</sup>. Estos aspectos se relacionan con la mayor o menor presencia de depósitos intracitoplasmáticos de pigmento amarillo-café, que consiste básicamente en productos de degradación de la bilis.

Han sido utilizadas múltiples tinciones para la identificación del contenido de estos depósitos. Fligiel<sup>7</sup> reporta: reacción de Gmelin positiva para la presencia de bilis, que muestra la progresión característica de color amarillo pasando por verde, azul, violeta, púrpura, anaranjado y rojo; tinción de Van Gieson que toma el pigmento intracitoplásmico a color verde; también se mostrada la presencia de lipofuscina con tinciones de PAS, Fontana-Masson y tinción de Negro Sudan; es manifiesta la identificación de colesterol depositado en gotas en la mayoría, y en algunos casos se observan presencia de granulos de Hemosiderina.

Las células gigantes son generalmente del tipo de reacción a cuerpo extraño, ocasionalmente tipo Touton, y frecuentemente contienen inclusiones cristaloides.

En las áreas de necrosis, son abundantes los leucocitos - PMN, y restos nucleares, la mucosa suele estar ulcerada y predomina infiltrado inflamatorio agudo, estos hallazgos se asocian estrechamente con lesiones tempranas.<sup>19</sup> La observación de fibrosis - que reemplaza al infiltrado inflamatorio es vista en las lesiones crónicas.<sup>14,19,25</sup>

Es importante puntualizar que el aspecto microscópico general de la CXG, guarda gran semejanza con la observada en la FXG

condición asociada con cálculo renal e infección crónica<sup>3,6,14,19</sup>.

Biopsia por aspiración con aguja fina. Martha Hales y F. Miller<sup>25</sup> reportaron un caso de Colecistitis Xantogranulomatosa -- con diagnóstico transoperatorio por biopsia con aguja fina, y comentar la visualización predominante de histiocitos con citoplasma finamente vacuolado y células gigantes multinucleadas ocasionales, refiriendo que es posible realizar diagnóstico diferencial -- mediante este método, distinguiendo de otras patologías que también contienen característicamente histiocitos, tales como: Linfoma Histiocítico ó Malacoplaquia, no obstante en los casos en los que la apariencia macroscópica hacen sospechar la posibilidad de proceso maligno, teniendo acceso a realizar estudio transoperatorio en fresco, considero más adecuado adoptar por este último, ya que las ventajas propuestas por los autores citados, no son relevantes. Además debemos recordar que es conocido la confusión -- diagnóstica con neoplasia y la posibilidad de encontrar ambas patologías en la misma pieza. También ha sido sugerido por los autores, la utilización de este método para acceso percutáneo dirigido radiológicamente, más considero tampoco es aplicable. El -- riesgo de desarrollo de fistula, en caso de realizar la biopsia -- con este acceso podría ser elevado, y sumado a las posibles complicaciones inherentes al procedimiento, no es aplicable.

Diagnóstico Patológico Diferencial. Macroscópicamente la patología maligna de vesícula biliar, es la entidad confundida -- con más frecuencia<sup>1,5,6,25,29</sup>. Esta capacidad de simular neoplasia está condicionada por la cantidad de adherencias, el aspecto tumoral, e infiltración a órganos vecinos, además de la participación en la formación de fístulas<sup>14,17,18</sup>.

Microscópicamente también es necesario establecer diagnóstico diferencial, en primer lugar con carcinoma, con las implicaciones mencionadas anteriormente y recordando que la coexistencia

de ambas imágenes llevan a cometer errores de pronóstico, de - -  
aquí la necesidad de realizar un estudio histopatológico acuciosa

Toda lesión histiocítica debe distinguirse de las siguientes:<sup>25</sup>

- ° Histiocitosis Proliferativa.
- ° Histiocitosis X.
- ° Histiocitosis Maligna.
- ° Linfoma Histiocítico.
- ° Lesión por Micoplasma.
- ° Malacoplaquia.
- ° Colesterolosis.

La más frecuente de las lesiones antes mencionadas, es la Colesterolosis, que suele ser hallazgo incidental, y se presenta como producto de la entrada de los lípidos biliares a la mucosa vesicular, es fagocitada por macrófagos. Pudiendo observarse - -afección mucosa difusa ó limitada a una pequeña área que se presenta como pólipo.<sup>25,22</sup>

Es evidente que al renglón de Anatomía Patológica es el más vasto, de los aspectos estudiados de esta enfermedad, y que ha permitido sentar bases para la formulación de los postulados - hipotéticos de la etiopatogenia y desarrollo de la misma.

Microscopía electrónica. La revisión bajo microscopía electrónica, da cuenta de la presencia de células histiocíticas de conformación elíptica, citoplasma granular electrodense, con inclusiones de configuración elongada, triangular, en aguja, de bordes bien definidos, que corresponden a depósitos de bilis no cristalina, material lípido osmiofílico y Colesterol<sup>6,7</sup>.

## BACTERIOLOGIA

Los resultados de la investigación de las bacterias que se asocian a Colecistitis Xantogramulomatosa, no difieren significativamente de los descritos en casos de inflamación vesicular no Xantogramulomatosa, en la que los gérmenes implicados con mayor frecuencia son *E. Coli* y *Klebsiella*.<sup>19</sup>

En Enero de 1989 sale publicado el primer y único trabajo del que tengamos información hasta la fecha,<sup>19</sup> de investigación bacteriológica. En este estudio fueron realizados cultivos de bilis en 12 pacientes portadores de Colecistitis Xantogramulomatosa, -- con resultados positivos en 8, y sin desarrollo en 4 (66% pos., - 33% neg.). Los organismos aislados fueron los siguientes: *Klebsiella* en 5 casos, *E. coli* en 2 casos, *Proteus mirabilis* 1 caso, *Enterobacter* y *Citrobacter* 1 caso respectivamente.

El crecimiento de más de 1 organismo, estuvo presente en 3 casos. Estos resultados no muestran tendencias o implicaciones específicas de algún germen causal asociado en la etiopatogenia, ni deferencias ostensibles en relación a otras enfermedades inflamatorias de la vesícula.

## ESTUDIO HISTOQUIMICO

En Julio de 1961, Reyes y Jablono<sup>6</sup>, publicaron los resultados de el análisis clínico, realizado para determinar el contenido de triglicéridos y Colesterol en vesículas portadoras de - Colecistitis Xantogranulomatosa, comparando con la titulación en vesículas sanas, y en un segundo grupo, conformado por vesículas afectadas por Colecistitis Crónica:

- ° El contenido de Colesterol es significativamente mayor en las vesículas con inflamación Xantogranulomatosa que en los controles.
- ° El contenido de triglicéridos, se encuentra reducido -- también en este mismo grupo.
- ° La relación de Colesterol: Triglicéridos está ostensiblemente aumentada, en relación a los grupos no problema.
- ° La titulación sérica de estos compuestos en los pacientes, no muestra alteración alguna con respecto a los valores normales.

Y se concluye que el gran contenido de Colesterol por grupo, en el tejido vesicular, es manifestación de un fenómeno local y no alteración metabólica sistémica.

## ETIOPATOGENIA

Las bases en el estudio de los fenómenos que conducen al desarrollo de una afección vesicular Xantogramulomatosa, corresponden a Mc Coy <sup>3</sup>, en 1976 quién señala la similitud entre la PXG y la CXG, patológicas en las que la presencia de cálculos e infección crónica suelen ser un hallazgo común.

A esta fecha no se ha aclarado en forma precisa la etiopatogenia de esta entidad, y algunos autores han señalado a esta lesión como una variante convencional de la Colecistitis Crónica<sup>4,5,6,7</sup>, que difiere en intensidad, o como una respuesta reactiva -- exagerada<sup>7</sup>, observando que generalmente la apariencia microscópica da evidencia de inflamación crónica<sup>14</sup>, y cálculos se encuentran presentes en la mayoría de los casos<sup>2,5,6,13,14</sup>. Sin embargo otros autores han enfatizado una asociación con un ataque reciente de Colecistitis Aguda, en un cuadro subyacente de Colecistitis Crónica y Litiasica .

Uno de los puntos importantes es la identificación de los senos de Rokitanski Aschoff en la asociación con focos de Colecistitis Xantogramulomatosa<sup>2,5,14,19</sup>, y la ulceración o denudación de la mucosa, también común<sup>14</sup>.

Se sugiere que el mecanismo implicado en la iniciación de este fenómeno, es una combinación de inflamación aguda, y/o obstrucción por cálculos o por tumores del tracto biliar<sup>5</sup>. La ulceración de la mucosa o la ruptura de los senos de Rokitanski Aschoff, consecutiva a obstrucción o inflamación crónica, permite la entrada de bilis a través del estroma, los macrófagos se dirigen al sitio de inflamación, y fagocitan lípidos y pigmentos biliares para formar células Xantomatosas morfológicamente redondeadas; cuando este proceso inflamatorio tiende a organizarse, estas células toman configuración elongada o en huso<sup>14</sup>, es en este estado donde existe más posibilidad de confusión con neoplasia desde

el punto de vista micro y macroscópica. También se observa células Gigantes, de reacción a cuerpo extraño o tipo Touton.

Cuando la lesión aumenta en tamaño, los lípidos dentro de las Células Xantogranulomatosas, pueden derivarse de la superficie serosa o de epiplón adyacente<sup>6,11</sup> La falla en el drenaje del infiltrado inflamatorio en fase aguda, produce la extensión de reacción Xantogranulomatosa a estructuras vecinas, o a formación de fistulas<sup>14</sup>.

Esta secuencia hipotética se deriva de las observaciones experimentales en el prototipo de inflamación Xantogranulomatosa.

Cabe mencionar también, la teoría de Dao y Cols.<sup>19</sup> publicada en 1981, en la que más que la obstrucción por litos, se asume que los cálculos producen trauma mecánico en la mucosa, con la consiguiente producción de mediadores de inflamación de origen Lisosomal. Las enzimas lisosomales metabolizan lisolecitina a partir de bilis, la actividad de superficie de esta sustancia produce mayor lesión al epitelio, y a su vez mayor liberación enzimática. Con el paso del tiempo la invasión bacteriana intensifica la inflamación, que al extenderse en profundidad en la pared vesicular, involucra a los senos de Rokitanski Aschoff, con distensión y oclusión por bilis y mucina, hasta la ruptura de los mismos, -- produciéndose extravasación del contenido vesicular a tejido adyacente, causando reacción inflamatoria. La degradación de la bilis resulta en colesterol y lípidos biliares, que son fagocitados y depositados por histiocitos, dando la apariencia Xantogranulomatosa.

Lo reciente de la identificación de la afección Xantogranulomatosa de la vesicular biliar, propone un vasto campo de investigación, para llegar al conocimiento de las causas y evolución de la misma.

## MANIFESTACIONES CLINICAS

Los pacientes portadores de esta patología no presentan un cuadro clínico característico, que conduzca a establecer sospecha diagnóstica preoperatoria. Tampoco han sido identificados otros factores por enfermedades asociadas,<sup>20</sup> que ante su evidencia al interrogatorio nos condujeran a un diagnóstico presuntivo.

El tiempo de evolución sintomática de los pacientes, tiene de ser mayor de 1 año, en la mayoría de las comunicaciones<sup>6,19, 20,23</sup>, no obstante, también se reportan como primer y único complejo sintomático, el presentado escasos días previos a cirugía.

Síntomas. Los síntomas predominantes consisten en dolor epigástrico o cuadrante superior derecho, en la asociación a ingesta de alimentos hipercolecistoquinéticos, a menudo se presenta acompañado de náusea y vómito, y en casos de agudización, puede presentarse fiebre. La ictericia otro de los hallazgos observados en proporción que va del 25 al 50%<sup>19,23</sup>, según algunas series, comprendiendo una incidencia mayor de este síntoma, en el grupo de pacientes con enfermedad vesicular Xantogranulomatosa -- que en los relacionados con Colecistitis Inflamatoria.<sup>20</sup> Interesante es señalar con respecto a la ictericia, que en relación a sus causas la frecuencia de Coledocolitiasis es menor, y mayor la de síndrome de Mirizzi o la ausencia de causa aparente, cuando se estudian comparativamente grupos de Colecistitis Xantogranulomatosa y Colecistitis Inflamatoria<sup>20</sup>.

Roberts y Parsons<sup>4</sup> encontraron que el 85% de los pacientes experimentan cuando menos, un episodio de Colecistitis Aguda, y a proximadamente en el 40%, esta es la primera y única manifestación de la enfermedad, que conduce al paciente a ser sometido a Colecistectomía. Estos datos no conducen a un patrón de presentación específica.



Es importante señalar la gran variedad de presentación -- clínica observada, que va desde hallazgo incidental durante cirugía hasta la presencia de fístula Colecistocutánea.<sup>14</sup> Así tenemos que los cuadros clínicos observados pueden ser de la siguiente manera:

- ° Asintomático. Hallazgo incidental en cirugía por otra causa.
- ° Agudo. Primer cuadro de dolor intenso en cuadrante superior derecho, fiebre acompañada de náusea y vómito, - en algunos casos con hipersensibilidad en el área vesicular, con presencia o no de ictericia.
- ° Ictericia y/o Colangitis. Ictericia silenciosa, u obstrucción de vías biliares acompañada de dolor fiebre y ataque al estado general.
- ° Crónico. Se reportan también la presencia de dolor en cuadrante superior derecho hasta por 10 años, con o sin ataques intermitentes, y asociado con frecuencia, a agudización previa al evento quirúrgico.
- ° Simulando Carcinoma. Por la presencia de dolor de cuadrante superior derecho, masa palpable, pérdida de peso ataque al estado general e ictericia suele confundirse con carcinoma.

El trabajo de Herrera Hernández y colaboradores<sup>20</sup> es el -- primer precedente de la distribución en relación al cuadro clínico de CXG, en comparación con un grupo control de pacientes portadores de inflamación vesicular no Xantogranulomatosa en donde se observan los siguientes resultados:

	<u>C X G</u>	<u>C C L</u>
<i>Colecistitis crónica litídica</i>	17 (42.5%)	55 (66%)
<i>Ictericia obstructiva</i>	12 ( 30% )	11 (14%)
<i>Colecistitis aguda</i>	7 (17.5%)	9 (11%)
<i>Colecistitis aguda + Ictericia obstructiva</i>	3 ( 7.5%)	3 ( 4%)
<i>Litiasis asintomática</i>	0	2 (2.5%)
<i>Otros</i>	1 ( 2.5%)	2 (2.5%)

En algunos pacientes como único síntoma, sólo presentan - masa palpable en cuadrante superior derecho y anorexia <sup>11</sup>.

Es evidente y se conforma con los datos antes reportados, que el cuadro clínico no conduce a establecer diagnóstico presuntivo.

Hallazgos de laboratorio. No se reportan hallazgos bio - químicos o hematológicos consistentes, además de leucocitosis - (hasta en 50% 19), y neutrofilia, elevación de bilirrubinas en algunos casos (25%) , y elevación de Fosfatasa Alcalina hasta en - 30% de los pacientes <sup>12</sup>.

## EXAMENES RADIOLOGICOS

Así como los hallazgos clínicos no son consistentes con los encontrados en Colecistitis y Colelitiasis, tampoco lo son los radiológicos.

La evaluación radiológica ha sido reportada con los siguientes métodos:

- ° *Colecistografía Oral.* La vesícula biliar excluida en la mayor parte, o mal definida con presencia de cálculos <sup>6</sup>.
- ° *Colangiografía IV.* Excluida o escasamente opacificada con cálculos en su interior.<sup>13</sup>
- ° *Ultrasonografía.* El hallazgo más común es la presencia de cálculos y paredes engrosadas. Así también, con menor frecuencia, se ha reportado la aparición de masa tumoral <sup>13,14</sup>, que requiere otros estudios para esclarecer la sospecha.
- ° *Tomografía Computada.*<sup>10,11,13,15</sup> Muestra paredes engrosadas, los límites entre el hígado adyacente y la vesícula, pueden no estar definidos. La pared se observa irregular o lobulada, y se observa la presencia de litos.
- ° *Angiografía.* Realizada por la sospecha de enfermedad maligna en 4 casos <sup>13</sup>. Sin ser posible descartarlo en 2 por la presencia de irregularidad y estenosis en la Arteria Cística.

Varios estudios <sup>6,10,11,13,14</sup>, confirman nuevamente, que la Colecistitis Xantogranulomatosa puede simular Carcinoma de vesícula biliar, y el diagnóstico diferencial radiológico, es extremadamente difícil en casos de cambios inflamatorios severos,<sup>13,15</sup> aún con

la utilización de Tomografía Computada, ya que el halo de atenuación alrededor de la pared de la vesícula biliar, signo específico de Colecistitis complicada, no se presenta en este tipo de pacientes. Este hecho probablemente refleje que el principal hallazgo en Colecistitis Xantogranulomatosa no es la presencia de líquido o emudado, sino fibrosis con cambios Xantogranulomatosos.<sup>13</sup>

## HALLAZGOS OPERATORIOS

Las características físicas observadas durante la cirugía es otro de los puntos generalmente constantes. La vesícula suele encontrarse rodeada de adherencias fibrosas que se extienden a estructuras adyacentes. La pared se encuentra ostensiblemente engrosada, y en su interior, casi invariablemente se constata la -- presencia de edículos de Colesterol o mixtos. Los focos Xantogranulomatosos aparecen como nódulos de color amarillo, ya sean únicos o múltiples, o en su defecto cuando la enfermedad muestra un patrón difuso, se observa aspecto irregular nodular generalizado o presencia de masa tumoral. Puede no haber alteraciones o distorsión de la apariencia del tejido adyacente en los casos nodulares. La observación de las lesiones nodulares o el aspecto tumoral pueden llevar al cirujano, a solicitar Exámen transoperatorio en fresco.

En algunos pacientes puede observarse la presencia de tejido de aspecto Xantogranulomatoso en estructuras contiguas<sup>14,24,19</sup> particularmente a hígado, duodeno, colon transverso y epipión. - También se ha documentado la presencia de abscesos perivesiculares o con extensión hepática.<sup>24</sup>

Existe en la literatura, 2 reportes que señalan la presencia de fistulas 14,20 , identificadas como Colecisto-Coledociana, Colecistocolónica y Colecistocutánea. Así como perforación de vesícula biliar 19 .

El trabajo de Herrera y Cols.<sup>20</sup> muestra la distribución de los hallazgos T-O en un grupo de pacientes con Colecistitis Xantogranulomatosa, en comparación con un segundo grupo portador de Colecistitis Crónica Litídica, sin encontrar diferencia estadísticamente significativa entre ambos, sin embargo la sospecha de Carcinoma y la realización de ETO, fué significativamente mayor en -

el grupo problema, 15% y 0% respectivamente.

Una vez más, cabe señalar la importancia de las implicaciones de la confusión diagnóstica con Carcinoma, en estos pacientes. Pues el período transoperatorio puede llevar a errores en el manejo, que indefectiblemente van en perjuicio de nuestros pacientes.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones inherentes a esta patología, señaladas previamente, son perforación de vesícula biliar<sup>19</sup>, fístula a piel o a órganos vecinos<sup>14,20</sup> y Colangitis por Síndrome de Mirizzi.<sup>20</sup>

En relación a la evolución P-Op. e incidencia de complicaciones en este período, solo contamos con escasos reportes. Herrera y cols.<sup>20</sup>, no encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a infección de herida, absceso intrabdominal, fiebre indeterminada, IVUS, TEP y Neumonía, cuando comparan 1 grupo de 40 pacientes con enfermedad vesicular Xantogranulomatosa y un 2do. grupo de Colecistitis Crónica. No obstante es probable que la frecuencia vaya en relación directa con la severidad de la enfermedad, ya que Roberts y Parsons,<sup>14</sup> en su serie de 13 pacientes entre los que se encuentran 3 con fístulas y 1 con absceso perivesicular, se observa absceso subfrénico en 1 (7.6%) e inf. de herida en 3 (23%).

Las fístulas como complicación, es otro de los puntos en favor, con la asociación etiopatogénica establecida entre Pielonefritis Xantogranulomatosa y Colecistitis Xantogranulomatosa que apoyan la hipótesis del desarrollo a partir de infección crónica y cálculos.<sup>12</sup>

**COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL**  
**Reporte de 21 casos.**

La Colecistitis Xantogranulomatosa, es una variedad de enfermedad inflamatoria de la vesícula biliar, que se distingue por la presencia de infiltración Xantogranulomatosa, manifiesta macroscópicamente por engrosamiento y nódulos en la pared, secundario a la extravasación de bilis y sus productos, desde la mucosa hasta el estroma. Mucho se habló de lo inusual de esta lesión en las primeras comunicaciones, no obstante día a día se nota un incremento en el número de casos y series reportadas, la mayoría en estudios retrospectivos, que hacen pensar que ha sido subestimada la incidencia de la misma, probablemente al desconocimiento de sus características.

La finalidad del presente trabajo, es dar a conocer una serie de 21 casos de pacientes sometidos a Colectistectomía, en un Hospital General de 2do. nivel, con Dx. Histopatológico definitivo de Colecistitis Xantogranulomatosa. Reportamos los hallazgos en relación a: manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, hallazgos radiológicos, características de hallazgos transoperatorios, procedimientos realizados, y complicaciones.

Material y Métodos.

Se Revisaron Los registros de Patología de las piezas obtenidas por Colectistectomía, en el Hospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera" IMSS, en un período comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1989. Fueron seleccionados 38 casos diagnosticados como "Colecistitis Xantogranulomatosa"; 8 casos excluidos por no contar con registros completos para su análisis; se realizó revisión Histopatológica por 1 Médico de Base (Patólogo), de las pie -



zas de 30 pacientes, incluyendo a los pacientes cuyas laminillas - reunieron los siguientes criterios:

Afección mural difusa o focal, con presencia de Histiocitos, depósitos de colesterol y lípidos, células gigantes multinucleadas del tipo de reacción a cuerpo extraño, y células de infiltrado inflamatorio agudo o crónico. 21 casos reunieron los criterios y fueron incluidos. Se llevó a cabo revisión de expedientes clínicos de estos pacientes para obtener los síntomas, signos, hallazgos de laboratorio y radiológicos, así como los transoperatorios, evolución y complicaciones.

Las características microscópicas, y diagnósticos patológicos asociados, fueron compilados de los registros de Patología.

Resultados:

#### Incidencia

La Incidencia de Colecistitis Xantogranulomatosa en piezas obtenidas por enfermedad vesicular aguda o crónica, no es posible conocerla, ya que fueron descartados del estudio, 8 pacientes en quienes no se pudo confirmar el diagnóstico, por no contar con los registros clínicos. Esto hace que el cálculo de la incidencia, con los casos en quienes se estableció el diagnóstico, no sea representativo.

La distribución por sexo guarda una relación 1:1 en nuestra serie, encontrando 11 pacientes del sexo masculino y 10 del sexo femenino. La edad varió en un rango de 32 a 71 años, con un promedio de edad de 52.2 años.

#### Enfermedades asociadas

Las enfermedades concomitantes encontradas fueron las siguien

tes: Pancreatitis previa 2 pacientes; HAS en 7 pacientes (33%); Litiasis Renoureteral en 2 pacientes; Diabetes Mellitus 2 pacientes; Pseudoquiste de Pancreas y úlcera duodenal en 1 paciente con cuadro de Pancreatitis aguda previo; cardiopatía isquémica en 1 paciente; insuficiencia arterial, asociada a obesidad y Diabetes Mellitus en 1 paciente.

### Síntomas y Signos

La duración de los síntomas varió en un rango de 1 día a 30 años, con un promedio de 3.1 años. 19 pacientes (90%) con antecedentes de cuando menos 1 cuadro agudo previo. 2 pacientes con la manifestación, cuadro agudo previo a la cirugía. 12 casos (57%) presentaron el último cuadro de agudización, dentro de los últimos 30 días, y 7 en los últimos 6 meses. El síntoma más frecuente fue dolor (100%), epigástrico e hipocondrio derecho. Se observó ictericia con patrón obstructivo en 5 (23%) pacientes al ingreso, y 2 refirieron antecedentes de ictericia, acolia y coluria con remisión previo a su ingreso (33% en total). Fiebre, sólo se presentó en 1 paciente, acompañado de ictericia y datos de irritación peritoneal. Los hallazgos a la exploración física: hipersensibilidad en el área vesicular en 8 pacientes (38%), de los cuales 4 fueron operados por proceso agudo. Masa palpable en 2 casos.

### Hallazgos de Laboratorio

Se observó Leucocitosis en 4 pacientes, 2 concurrentes con período de agudización. Leucopenia en 2 pacientes. Elevación de Bilirrubinas en 5 pacientes (23%). Titulación de Fosfatasa alcalina, elevada en 5 pacientes (4 concurrente con hiperbilirrubinemia). De estos pacientes, con evidencia de ictericia clínica y bioquímica, sólo se encontró Coledocolitiasis en 1 y el resto sin causa aparente.

### Hallazgos Radiológicos

En 4 de los 21 pacientes se realizó Colecistografía oral, que mostró invariablemente vesícula excluida, y documentó la presencia de litos en 1 caso. Los resultados del examen ultrasonográfico en los 21 casos, se fundamentaron en el espesor y superficie de la pared vesicular y en la presencia de litos; los resultados fueron - los siguientes:

Pared engrosada	11 casos
Pared aspecto normal	10 casos
Litiasis	16 casos

El análisis de la asociación de estas características mostró que el engrosamiento de pared y la presencia de litos, fué el hallazgo más frecuente (11 casos); pared normal y litiasis en (7 casos). También se reportó dilatación de coledoco, sin evidencia de litiasis coledociana en (8 casos). Se estableció sospecha diagnóstica radiológica de Cáncer en un paciente (clínicamente se encontró masa palpable), este mismo paciente requirió examen Patológico transoperatorio por sospecha de malignidad.

De Los 21 pacientes, 17 fueron sometidos a Colectomía electiva y 4 como Urgencia. Los hallazgos más relevantes fueron la presencia de adherencias a epiplón, hígado, duodeno y colon. La vesícula, de diferentes dimensiones, característicamente de paredes engrosadas y fibrosa. Se encontró la presencia de cálculos en 18 casos (85%). Los Dx. establecidos por hallazgos transoperatorios fueron:

Vesícula Escleroatrófica	en 5 casos
Pble Carcinoma	3 casos
Hidrocolecisto	2 casos
Piocollecisto	6 casos

Vesícula en Porcelana	1 caso
Colecistitis Crónica	4 casos

Al observar infiltrado perivesicular y aspecto tumoral se realizó estudio Patológico transoperatorio en 2 casos (9.5%) por sospecha de neoplasia. 2 pacientes cursaron con coledocolitiasis.

### Tratamiento

Se realizó colecistectomía parcial en 4 pacientes. Colecistectomía y exploración de vía biliar en 4 pacientes. Colecistectomía y exámen transoperatorio en 2 pacientes. El resto de los pacientes fueron sometidos a Colecistectomía convencional. Fue necesario el empleo de drenajes al lecho vesicular en 18 pacientes (85%). Los días de estancia hospitalaria en promedio fué de 5.4, en un rango de variación de 4 a 10 días.

### Complicaciones

Las complicaciones observadas ascendieron al 23% de los casos estas fueron: infección de herida quirúrgica leve, fístula de - ascitis, fístula biliar de bajo gasto, tromboembolia pulmonar con buena respuesta a manejo. Las complicaciones antes referidas se presentaron en 1 paciente respectivamente. No se observó ninguna muerte postoperatoria en este grupo de pacientes. La evolución de los pacientes que presentaron complicación fué buena en plazo corto.

### Discusión

Desde la primera descripción de esta entidad,<sup>1</sup> existen escasas series que reportan un número significativo de pacientes, que nos permitiría conocer la incidencia real de esta enfermedad, así como sus características. No obstante, la tendencia cada vez mayor a -

comunicar estos casos, nos llevan a considerar que su frecuencia - ha sido subestimada.

La frecuencia de Colecistitis Crónica en el sexo masculino, - es significativamente menor en relación al femenino. Y es evidente en la mayor parte de los trabajos previos, 20, 21, 23 que la CXG - - tiende a presentarse con mayor frecuencia en el sexo masculino, o en relación: 1:1 como el caso de esta serie.

El análisis de las enfermedades concomitantes a esta Patología, no muestran asociación significativa alguna. Al igual que en estudios previos, además de carcinoma no existe otra entidad que - se asocie a ésta.

Ya ha sido mencionado previamente que la existencia de un cuadro clínico específico en esta enfermedad, no es evidente, sin embargo, es de relevancia que la mayor parte de los pacientes tienen antecedentes de un cuadro de agudización previo al hallazgo operatorio de esta enfermedad, como ha sido reportado en el trabajo de Roberts y Parsons, y confirmado en nuestro grupo de estudio. Así mismo la frecuencia de ictericia, que es mayor en estos pacientes en comparación con grupos controles, llama la atención, pues al - igual que en reportes previos la frecuencia de causa no aparente - de la misma, es alta 20. También se confirma con los resultados - obtenidos en este análisis la necesidad de establecer diagnóstico diferencial con carcinoma, por la presencia de masa palpable, imagen radiológica sugestiva de tumor, y apariencia tumoral durante - la cirugía, llevando a requerir examen transoperatorio en fresco - en 2 pacientes 16, 25, 20.

No difieren los resultados de examen ultrasonográfico en nuestra serie, de los reportados con anterioridad, y se confirma que - la presencia de litos y pared engrosada son las características - más frecuentes.

Los hallazgos transoperatorios muestran una vez más la variedad de presentación clínica y anatómica que puede observarse en esta patología. Y hago hincapié, en que no obstante, existe gran diferencia de presentación macroscópica, existen características casi invariables tales como: adherencias, fibrosis, irregularidades de la pared vesicular. Además cabe mencionar que en comparación con el estudio de Herrera y colaboradores, realizado en población mexicana, la frecuencia de complicaciones (hidrocolesisto y piocolesisto) es mayor en este grupo presentado.

El reporte de los procedimientos realizados en estos pacientes, nos llevan a pensar que este proceso inflamatorio, enfrenta al cirujano con una dificultad mayor en la disección y escisión vesicular que la observada en casos de enfermedad no Xantogranulomatosa. Más no es posible la comparación con otras series pues no existen reportes previos a este respecto.

La frecuencia de complicaciones encontradas no difieren de lo publicado por Herrera y cols.<sup>20</sup>, sin embargo es importante señalar que en el estudio de Roberts y Parsons<sup>14</sup> la frecuencia y gravedad de las complicaciones observadas, parece estar en relación directa con la severidad del cuadro clínico.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- *Es una variedad de enfermedad inflamatoria de vesícula biliar en respuesta a la presencia de bilis dentro del estroma.*
- 2.- *Los reportes a la fecha no permiten establecer bases definitivas para el conocimiento integral de la misma.*
- 3.- *La hipótesis etiopatogénica más viable a la fecha, se fundamenta en la presencia de cálculos e inflamación, coadyuvantes para la extravasación de bilis, a través de la mucosa.*
- 4.- *La Etiopatogenia, fundamentada en la presencia de Cálculos e inflamación crónica, es análoga a la observada en Pielonefritis Xantogranulomatosa.*
- 5.- *Enfermedad inflamatoria vesicular, aguda ó crónica subyacente es un hallazgo constante.*
- 6.- *Se observa una incidencia mayor en favor del sexo masculino, que la observada en la Colecistitis Crónica.*
- 7.- *No hay evidencia, hasta la fecha, de afección en edades pediátricas.*
- 8.- *La asociación de CXG y Carcinoma de vesícula biliar, es mayor que la observada en enfermedad vesicular no Xantogranulomatosa.*
- 9.- *Existen 3 subtipos de la enfermedad, identificados por su patrón histológico y macroscópico.*

- 10.- La identificación de la enfermedad se fundamenta en el exámen microscópico.
- 11.- La investigación bacteriológica, no difiere de los hallazgos en otros tipos de Colecistitis.
- 12.- Las manifestaciones clínicas de la enfermedad, no guardan un patron característico.
- 13.- Se observan formas de presentación, que varían desde las complicaciones más graves de inflamación vesicular, hasta hallazgo incidental.
- 14.- Los hallazgos de laboratorio no reportan datos significativos.
- 15.- El hallazgo ultrasonográfico más frecuente, lo constituyen paredes engrosadas y litos.
- 16.- La apariencia radiológica puede llevar a confusión diagnóstica con Carcinoma.
- 17.- Los hallazgos operatorios son característicos, pero pueden conducir sospecha de Neoplasia.
- 18.- La proporción de ETO requeridos en este grupo, es mayor que en otras enfermedades.
- 19.- La frecuencia de complicaciones es inherente a la severidad de la lesión.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Christensen A H, Ishak K G . Benign tumors and pseudotumors of the gallbladder. *Arch Pathol*; 40:412.1967.
- 2.- Takahashi K. Oka. H, Hakozaki H, Kojima M . Ceroid-like histiocytic granuloma of gallbladder. *Acta Pathol Jpn*; 26:25-46.1976.
- 3.- Mc Coy J J, Vila R , Petrossian G, Mc Call R A, Reddy K S . Xanthogranulomatous cholecystitis. *J S C Med Assoc*; 72:781-9.1976.
- 4.- Amazon K. Ryulin A M . Ceroid granulomas of the gallbladder *Am J Clin Pathol*; 73:123-7.1980.
- 5.- Goodman Z A , Ishak K G. Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Am J Surg Pathol*. 5:563-9.1981.
- 6.- Reyes C V, Jablckow V R, Reid R. Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Am Surgeon*; 47:322-5.1981.
- 7.- Fligiel S, Lewin K J. Xanthogranulomatous Cholecystitis. - *Arch Pathol Lab Med*; 106:302-4.1982.
- 8.- Charpentier P, Prade M, Bognel L, Gadenne L, Duvillard P . Malacoplakia of the Gallbladder. *Human Pathology*; 14:827- 828.1983.
- 9.- Thorsen M K, Quiroz F, Lawson T L, Smith A F, Foley WD, - - Stewart E T . Primary Biliary Carcinoma: C T Evaluation. - *Radiology*; 152:479-483.1984.

- 10.- Thorsen M K, Quiroz F, Lawson F L, Smith D F, Foley W D, Stewart E T. Primary biliary carcinoma: C T Evaluation. *Radiology* 1984; 152:479-83.
- 11.- Düber L, Stokel S, Wagner P K, Müller J. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking carcinoma of the gallbladder. *J Comput Assist Tomogr*; 8:1195-1198.1984.
- 12.- Parsons M A, Harris S C, Grainger R G, Ross B, Smith J A, Williams J L. Fistula and Sinus formation in Xanthogranulomatous Pyelonephritis. *B J Urol*; 58:488-93.1986.
- 13.- Hanada K, Nakata H, Nakayama T, Tsukamoto Y, Terashima H, Kuroda Y, Okuma R. Radiologic findings in Xanthogranulomatous cholecystitis. *A J R*; 148:727-30.1987.
- 14.- Roberts K M, Parsons M A. Xanthogranulomatous cholecystitis. *J Clin Pathol*; 40:412-7.1987.
- 15.- Cossi A, Scholz J, Fretz H, Larsen R. Computed Tomography of Xanthogranulomatous cholecystitis. *Gastrointest Radiol*; 12:154-55.1987.
- 16.- Roberts K M, Parsons M A. Simultaneous Xanthogranulomatous cholecystitis and primary adenocarcinoma of the gallbladder. *Histopathology*; 13:708.1988.
- 17.- Benbow E W, Taylor P M. Simultaneous Xanthogranulomatous cholecystitis and primary adenocarcinoma of gallbladder. *Histopathology*; 12:672-5.1988.
- 18.- Benbow E W. Xanthogranulomatous cholecystitis associated with carcinoma of the gallbladder. *Postgrad Med J*; 65:528-31.1989.

- 19.- Dao A H, Wong S W, Adkins R E Jr . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Am Surg*; 55:32-5.1989.
- 20.- Herrera H, Reyes G, Quintanilla M, de la Garza V, Viniegra V, de la Rosa L . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Rev - Invest Clin*; 41:53-6.1989.
- 21.- Solanki R L , Arora H L, Gaur S K, Anand V K, Gupta R . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Indian J Pathol Microbiol*; 32:256-60.1989.
- 22.- Benbow E W . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Br J Surg*; 77:255-6.1990.
- 23.- Franco V, Aragona F, Genova G, Florena A M, Stalla M, Campesi G . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Pathol Res Pract*; 186:383-90.1990.
- 24.- Melo S, Melo R . Xanthogranulomatous cholecystitis . *Patologia*; 27:157-160.1989.
- 25.- Hales S, Miller R . Diagnosis of Xanthogranulomatous cholecystitis by fine needle aspiration biopsy . *Acta Cytol*; 31: 493-496.1987.

**FE DE ERRATAS**

*Página: 38,39.*

*Duplicación de cita bibliográfica, números 9 y 10.*