

11242

25
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"**

**CARCINOMA DE VESICULA Y COLECISTITIS
XANTOGRANULOMATOSA EXPERIENCIA
RADIOLOGICA EN EL INNSZ**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN RADIOLOGIA**

P R E S E N T A

DRA. MA. ESTELA MORENO CEDILLOS

**PROFESOR DEL CURSO: DR JORGE HERNANDEZ ORTIZ
REVISOR DE TESIS: DR. FRANCISCO QUIROZ Y FERRARI**



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**
MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

1. INTRODUCCION	1
2. OBJETIVO	3
3. MATERIAL Y METODOS	4
4. RESULTADOS	7
5. DISCUSION	17
6. CONCLUSION	20
7. BIBLIOGRAFIA	22
8. FIGURAS	25

CARCINOMA DE VESICULA Y COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA;
EXPERIENCIA RADIOLOGICA EN EL INNSZ

INTRODUCCION

El carcinoma (CA) de vesicula es el quinto tumor más frecuente del tracto gastrointestinal en los Estados Unidos.(1,8,9,10,20). En México se ha observado que ocupa un lugar alto en los hospitales que manejan predominantemente pacientes con grupo sanguíneo puro "O" positivo, que corresponde principalmente a los grupos indígenas. También se ha encontrado una alta frecuencia del carcinoma de vesicula y vias biliares en el estado de Guanajuato, probablemente por factores de dieta y/o de exposición laboral a agentes cancerígenos. (24)

En general, el CA de vesicula se presenta más frecuentemente en la mujer que en el hombre con una relación de 3:1. Se piensa que esta predilección se debe a la mayor incidencia de colelitiasis en las mujeres, ya que el 70 a 80% de los cánceres de vesicula presentan colelitiasis. Se diagnostica tardíamente y por ende tiene mal pronóstico. Entre los factores predisponentes se encuentran la vesicula en porcelana (calcificación de la pared vesicular)(5,7) pues más de 25% de estos casos se complican con carcinoma; también se citan a la adenomiosis, pólipos

vesiculares, enfermedad inflamatoria intestinal y poliposis familiar.(1,12)

Se han descrito varios patrones radiológicos de presentación,(1,4,10,16) los cuales correlacionan bastante con las piezas macroscópicas patológicas.(11,20,21) Los más frecuentemente utilizados son los siguientes:

Patrón I: Masa intraluminal: La presentan el 15-25% de los tumores. Estos tipos de carcinoma tienden a expandirse dentro de la luz de la vesícula antes de invadir su pared y en general se les ha asignado un mejor pronóstico. Se llegan a confundir con pólipos de colesterol, adenomas, todo biliar o colecistitis xantogranulomatosa.

Patrón II: Engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular. En la mayor parte de las series esta forma de presentación representa el 20-30% de los carcinomas de vesícula. Este patrón es el que se diagnostica menos frecuentemente, pues puede obscurecerse por la presencia de litiasis o se confunde con padecimientos vesiculares no neoplásicos como colecistitis aguda y/o crónica o colecistitis xantogranulomatosa.

Patrón III: Masa que reemplaza a la vesícula: Esta es la forma más común que se describe en la literatura y representa el 40-65% de los tumores. Llega a confundirse con tumores hepáticos o con colecistitis xantogranulomatosa.(1,15-18)

El patrón I y II son los que presentan más falsas negativas.(17)

Se han descrito también otros patrones ultrasonográficos para detectar cánceres tempranos, tales como masa fungante, luz vesicular ocupada, engrosamiento de la mucosa o elevación de la mucosa,(11) y también se ha descrito al US Doppler a color como un elemento más de apoyo diagnóstico para diagnosticar CA de vesícula al demostrar vascularidad en la luz vesicular.(19)

Sin embargo, y a pesar de los nuevos métodos diagnósticos con que se cuentan, se observa un número significativo de casos que no se diagnostican en el periodo pre-operatorio,(8-11) principalmente los casos tempranos, y otros que no siendo tumorales, tienen una apariencia radiológica y aún clínica y patológica de malignidad, como son colecistitis xantogranulomatosa y enfermedades inflamatorias graves vesiculares como el Síndrome de Mirizzi y piocolecisto.(2,4,12-18) Estas entidades se diagnostican infrecuentemente en el periodo pre-operatorio y son las que generalmente se toman como falsas positivas del CA de vesícula.(12,17)

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es hacer un análisis radiológico de los patrones de presentación y extensión del CA de vesícula, y con qué entidades se asocia. En el análisis se puso especial énfasis a los estudios de Ultrasonido (USG) y de Tomografía Computada (TAC), ya que se ha descrito que estos métodos tienen mayor sensibilidad para detectar

cambios en la vesícula y tejidos adyacentes que otros métodos como la colecistografía oral. La colangiografía percutánea o retrógrada endoscópica son sensibles para detectar neoplasias en vías biliares, pero poco específicas para diagnosticar CA de vesícula y brindan también en general pobre detalle de visualización de la vesícula biliar. (1,3,4,20)

Como se ha reportado que el CA de vesícula es indistinguible radiológicamente de la colecistitis xantogranulomatosa, ya que ésta también se puede presentar con engrosamiento de la pared vesicular, componente o masa intraluminal y masa que llena o reemplaza a la vesícula e inclusive puede presentar pobre demarcación de los bordes de la pared vesicular y fenómeno inflamatorio perivesicular que imite extensión hepática neoplásica de la vesícula,(12-16) decidimos hacer también un análisis radiológico de presentación de la colecistitis xantogranulomatosa y comparar ambos para ver si había diferencias importantes.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos una investigación retrospectiva en los archivos de patología del INNSZ de todos los casos de CA de vesícula corroborados histológicamente en el periodo comprendido de 1985 a mayo de 1991.

Analizamos los estudios radiológicos sin consultar los reportes previos, estudiando las siguientes variables:

1.- Presencia de masa que llena o reemplaza a la vesícula

- 2.- Engrosamiento y simetría de la pared vesicular
 - 3.- Presencia o no de componente intraluminal (lodo biliar o tejido sólido presente dentro de la vesícula, con definición de la pared vesicular)
 - 4.- Vesícula escleroatrófica
 - 5.- Vesícula no visible
 - 6.- Vesícula en porcelana
 - 7.- Colelitiasis
 - 8.- Invasión directa al hígado
 - 9.- Adenopatía
 - 10.- Masa con reforzamiento periférico
 - 11.- Presencia de halo
 - 12.- Dilatación de vías biliares intra y/o extrahepáticas
 - 13.- Metástasis a distancia
 - 14.- Ascitis
 - 15.- Otros hallazgos (Aumento del tamaño del páncreas, irregularidad o zonas de estenosis de vías biliares, etc)
- Posteriormente consultamos los expedientes clínicos para obtener los siguientes datos:
- 1.- Edad y sexo del paciente
 - 2.- Antecedentes de adenomiosis, pólipos vesiculares, vesícula en porcelana, cuadros sugerentes de patología biliar.
 - 3.- Presentación clínica.
- A) Paciente asintomático

B) Síntomas: Ictericia, dolor abdominal, pérdida de peso, masa palpable, fiebre o colangitis, cuadro de abdomen agudo, hepatomegalia.

4.- Diagnóstico de ingreso

5.- Estudios radiológicos efectuados (fecha, hallazgos e impresión diagnóstica)

6.- Diagnóstico pre-quirúrgico

7.- Diagnóstico histopatológico y cómo se efectuó (Por biopsia, cirugía o autopsia)

8.- Estadaje y resecabilidad del tumor

9. Asociación con otras entidades (Vesícula en porcelana, adenomiosis, litiasis vesicular, pólipos vesiculares, colecistitis aguda y/o crónica, colecistitis xantogranulomatosa, otras neoplasias, etc.)

10.- Sobrevida (Vive a la fecha; fecha de última nota de expediente, fecha de defunción)

Se revisó también el archivo radiológico en búsqueda de casos de vesícula en porcelana para revisarlos de la misma manera (radiológicamente y con el expediente clínico)

El estadaje se llevó a cabo utilizando la siguiente tabla:

Estadio	Involucro
I	Intramucosa
II	Submucosa y muscularis
III	Serosa
IV	Serosa y adenopatía regional
V	Extensión hepática y metástasis a dis

RESULTADOS

Se encontraron 48 casos de CA de vesícula.

39 casos fueron clasificados histopatológicamente como CA de vesícula. 9 casos más fueron clasificados como probable primario en vesícula vs en vías biliares (5) o páncreas (4). El adenocarcinoma fue el tipo más frecuente (89%), seguido del Carcinoma de células escamosas, que se encontró en 8% de los casos. El 3% restante presentó los siguientes tipos histopatológicos: carcinoide, y otro de células aviculares. Solamente dos de los pacientes con adenocarcinoma presentaron el tipo papilar.

El Diagnóstico histopatológico se hizo por Biopsia por aspiración en 11 casos y por cirugía en 34. Un caso se diagnosticó por autopsia.

La estadificación fue la siguiente:

Estadio	Número de casos
I	2
II	4
III	9
IV	8
V	25

Hubo solamente un caso de vesícula en porcelana, el cual (Caso 33) tenía como antecedente el haber sido colecistectomizada y presentar vesícula en porcelana. Además de este caso, hubo otros 2 que tuvieron presentación como Síndrome de Mirizzi (caso 2 y 18).

La otra asociación que se encontró fue con colecistitis xantogranulomatosa, encontrándose 3 casos (Casos 13, 26 y 42). Se encontró un caso con adenoma vesicular (caso 35). Uno de los pacientes presentó posteriormente (2 años después), CA de vejiga (caso 16).

No se encontraron casos con adenomiosis o pólipos vesiculares. Tampoco se encontró ningún caso con enfermedad inflamatoria intestinal o poliposis familiar.

36 fueron mujeres y 10 hombres y la edad de presentación fue de un promedio de 61 años, con un rango de 30-86 años.

28 presentaron litiasis vesicular, 23 mujeres y 5 hombres. 17 tenían antecedentes de cuadros de cólico vesicular.

La presentación clínica más frecuente fue:

Asintomático	0
Dolor abdominal	39
Ictericia	32
Pérdida de peso	34
Masa palpable	20
Fiebre o colangitis	14
Abdomen Agudo	2
Hepatomegalia	17

El Dx de ingreso fué:

CA de vesicula	3
Otros:	
Neoplasia de higado	4
Síndrome de Mirizzi	1
Colecistitis Aguda	1
Higado metastásico	3
Ictericia en estudio	10
Colecistitis Crónica Litiásica	10
Litiasis coledociana	2
Colangitis	2
Prob. CA de duodeno	1
Prob CA de Páncreas	4
Prob Neoplasia de Ampula de Vater	2
Hepatomegalia en estudio	2
Masa abdominal	1

El Dx Pre-quirúrgico o impresión médica final fué:

CA de Vesicula	4
Hepatocarcinoma vs CA de Vesicula	2
Sx de Mirizzi	1
Piocollecisto	1
Higado metastásico vs CA de vesicula	1
Ictericia Obstructiva	9
Colecistitis crónica agudizada	2
Coledocolitiasis	3

Colecistolitiasis	4
Estenosis de vias biliares	2
Prob. CA de Páncreas	5
Prob. CA de Ampula de Vater	1
Ileo Biliar	1

En 2 casos no se encontró el expediente clínico. Solamente 4 de los casos que fueron intervenidos quirúrgicamente fueron considerados resecables. No ha podido tenerse constancia de tiempo de sobrevida. Únicamente se encontró a un paciente con 5 años de sobrevida. Hasta el presente ha habido 18 defunciones comprobadas. El resto de los pacientes se han perdido o cuentan con notas en el expediente escritas en el presente año (1991)

ANÁLISIS RADIOLOGICO

Se realizaron estudios de US a 42 pacientes y TAC a 28 pacientes. En 6 pacientes no se realizaron estudios pre operatorios, contando únicamente con estudios en el periodo post operatorio. En uno de los pacientes no se realizó ningún estudio de imagen. No se encontraron 6 expedientes radiológicos.

La impresión diagnóstica radiológica fue la siguiente:
(Estos datos fueron tomados del expediente clínico)

Diagnóstico	# casos	Porcentaje
-------------	---------	------------

CA de vesicula	17 casos	35.42
CA de vesicula vs HepatoCA	2	4.16
CA vesicula o vias biliares	2	4.16
CA vesicula vs Colecistitis xantogranulomatosa	2	4.16
CA de páncreas	8	16.66
Padecimiento vesicular no neoplásico*	8	16.66
Descripción unicamente	2	4.16
Diagnóstico conocido	6	12.5
Sin estudios de imagen	1	2.08
Total	48	

* Incluye colecistitis aguda o crónica y piocolecisto

En cuanto al patrón radiológico de presentación:

Estos datos se obtuvieron analizando los estudios radiológicos (35 casos en total)

Crterios radiológicos	# casos	Porcentaje
1. Componente intraluminal*	16	45.71%
2. Engrosamiento de la pared	22	62.85%
3. Masa que llena o reemplaza a la vesicula	17	48.57%
4. Vesicula escleroatr6fica	8	22.85%
5. Vesicula no visible	8	22.85%
6. Vesicula en porcelana	1	2.85%

7. Presencia o antec. de litiasis	28	80 %
8. Extensión hepática	19	54.28%
9. Adenopatía	11	31.42%
10. Reforzamiento periférico	5	14.28%
11. Halo	3	8.57%
12. Dilatación Vías biliares	26	74.28%
13. metástasis	13	37.14%
14. Aumento del páncreas	7	20 %
15. Irreg. vías biliares	8	22.85%
16. Ascitis	5	14.28%

* Incluye lodo biliar y/o tejido sólido dentro de la vesícula

El patrón de presentación se definió en todos los casos en los que se hizo ultrasonido y en el 80% de los casos en que se realizó TAC (28 casos). La extensión se definió tanto con US como con TAC, siendo la TAC discretamente superior, sobre todo para detectar adenopatía, que se diagnosticó en los 11 casos en los que se presentó por imagen, a diferencia del US, que los diagnosticó solamente en 4 casos.

El estadio en que se encontraron los pacientes en los que se emitió el diagnóstico de CA de vesícula por estudios de imagen fue el siguiente:

Estadio	# casos
I	0
II	1

III	4
IV	4
V	14
Total	23

CA DE VESICULA Y SU ASOCIACION A OTRAS ENTIDADES

VESICULA EN PORCELANA

Se revisaron los archivos radiológicos de 1985-1991, encontrándose 16 casos de vesícula en porcelana. De éstos, solamente 1 se diagnosticó histopatológicamente como CA de vesícula. Hubo otro caso en que además de presentarse como vesícula en porcelana, en los estudios de imagen se detectó extensión hepática y ascitis, pero la paciente murió en su domicilio y no llegó a corroborarse el diagnóstico de CA de vesícula por patología, por lo que no se incluyó en el estudio. Comparado con el 25 a 61% de las vesículas en porcelana que se malignizan, en nuestros pacientes el porcentaje fue muy bajo (6.25%)

Se encontró también asociación con las siguientes entidades:

AdenoCA de Próstata	1 caso
Colecistitis crónica y aguda	1
Vesícula escleroatrófica	2
Litiasis vesicular	4
Colédocolitiasis	2
CA de Páncreas	1

Síndrome de Mirizzi 1
Colecistitis Xantogranulomatosa 1

En el resto de los casos se encontró vesícula en porcelana en pacientes con padecimientos crónicos (DM, hepatopatía) como hallazgo aislado.

El rango de edad de presentación fue de 51-85 años con una edad media de 68 años. 11 fueron mujeres y 4 hombres

COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA

Se encontraron 68 casos en los archivos de patología, considerando como colecistitis xantogranulomatosa a todas las piezas que presentaran reacción xantogranulomatosa microscópica, con presencia de histiocitos espumosos, células gigantes, reacción fibroblástica y mezcla de células plasmáticas y polimorfonucleares. De éstos, solamente se encontraron 61 expedientes clínicos y 45 expedientes radiológicos.

Los siguientes datos se obtuvieron de los expedientes clínicos:

Edad de presentación: 22 a 93 años, con una edad promedio de 57 años.

31 de los pacientes fueron mujeres y 30 fueron hombres.

Los diagnósticos clínicos emitidos fueron:

Diagnóstico	# Casos
CCL	30
CCL+ Colédocolitiasis	9

Sx Mirizzi	3
Colecistitis aguda	2
Piocollecisto	6
CA de Vesicula	2
Pseudoquiste de páncreas	1
Ictericia obstructiva	3
Colangitis	2
Peritonitis	1
Hepatocarcinoma	1
Hepatitis crónica activa	1

Los Dx radiológicos emitidos fueron:

(Datos tomados del expediente clínico)

Diagnóstico	# casos
CCL	28
CCL + Coledocolitiasis	11
Sx Mirizzi	6
CCL Agudizada	3
Piocollecisto	4
Vesicula en porcelana	1
Colecistitis enfisematosa	1
CA de Vesicula	3
CA de páncreas	2
CCL + Hemangioma hepático	1
Pseudoquiste de páncreas + Microlitiasis	1
Neoplasia de Ampula de Vater	1
Absceso Hepático Amibiano	1

No se emitió diagnóstico

5

Entidades que se encontraron asociadas a Colecistitis
Xantogranulomatosa

Entidad	# Casos
Piocollecisto	3
CA de Páncreas	2
Colecistitis crónica y aguda	4
Colecistitis enfisematosa	1
CCL + Adenomiosis	1
Sx Mirizzi	8
Sind. Gorham	1
Vesícula en porcelana	1
CA de Vesícula	3
AdenoCA de Próstata + Sx Mirizzi	1
AdenoCA de Ampula de Vater + Sx Mirizzi	1

Al realizar el examen radiológico de los criterios radiológicos se encontraron los siguientes hallazgos: (Datos tomados de los expedientes radiológicos)

Criterio radiológico	# Casos	porcentaje
1. Componente intraluminal	25	55.55
2. Pared gruesa	33	73.33
3. Masa que llena o reemplaza la vesícula	3	6.66
4. vesícula grande	12	26.66
5. Vesícula escleroatrófica	18	40
6. Vesícula no visible	3	6.66

7. Vesícula en porcelana	1	2.22
8. Colecistitis enfisematosa	1	2.22
9. Presencia o antecedente de litiasis	44	97.77
10. Extensión hepática	3	6.66
11. Adenopatía	1	2.22
12. Reforzamiento periférico	0	0
13. Halo	5	11.11
14. Dilatación de vías biliares	18	40
15. Metástasis	1	2.22
16. Aumento del tamaño del páncreas	2	4.44
17. Ascitis	1	2.22

DISCUSION

El CA de vesícula se encontró con más frecuencia en mujeres, con una relación de 3.6:1, y la edad promedio de presentación fue de 61 años.

Las entidades con que se encontró asociación fueron las siguientes:

Entidad	# de casos	Porcentaje
1. Vesícula en porcelana	1	2.08%
2. Síndrome de Mirizzi	3	6.25
3. Colecistitis Xantogranulomatosa	3	6.25
4. Litiasis (cualquier tamaño)	28	58.33

Como se ha reportado en la literatura, el diagnóstico se hizo en etapa avanzada, encontrándose 25 pacientes (52%) en estadio V. En ninguno de los pacientes que presentaron

estadio I se llegó a hacer el diagnóstico radiológico. Tanto el US como la TAC fueron de utilidad para establecer el diagnóstico, siendo el US superior para determinar el patrón de presentación vesicular y la TAC para delimitar la extensión tumoral.

Como se reporta en la literatura, el adenocarcinoma fue el tipo histológico más frecuente, presentándose el tipo papilar únicamente en 2 pacientes (4.16% de los casos), lo cual fue menor a lo esperado y además señala un mayor grado de malignidad en estos casos de CA.

En cuanto a sintomatología, el síntoma más frecuente fue dolor abdominal 39 casos (81.25%) seguido de pérdida de peso (34 casos 70.8%). La ictericia se presentó en 32 casos (66.66%)

A pesar de lo avanzado de los casos, llama la atención que se practicó cirugía en 34 de ellos, aunque en la mayoría de los casos, la cirugía se realizó para hacer procedimientos paliativos o derivar las vías biliares, las cuales se encontraron dilatadas en el 74.28% de los casos, siendo este hallazgo superado solamente por el antecedente o presencia de litiasis (80%).

El diagnóstico clínico de ingreso más frecuente fue el de ictericia en estudio y colecistitis crónica litiasica en 10 pacientes en cada caso (20.8%). Después de ser estudiado, el diagnóstico pre-quirúrgico o médico final más frecuente fue el de Ictericia Obstructiva en 9 casos (18.75%)

El engrosamiento de la pared vesicular fué el patrón radiológico de presentación en CA de vesícula más frecuente (62.85%), seguido de masa que llena o reemplaza a la vesícula (48.57%), a diferencia de los hallazgos encontrados en colecistitis xantogranulomatosa, en donde, aunque el engrosamiento de la pared fué el más frecuente (73.33%), el componente intraluminal fué más frecuente (55.55%) que masa que llena o reemplaza a la vesícula, la cual se presentó únicamente en 3 casos (6.66%). También se observó una frecuencia mayor de vesículas escleroatróficas en colecistitis xantogranulomatosa (40%), a diferencia del CA de vesícula, en donde la vesícula escleroatrófica se encontró únicamente en el 22.85% de los casos.

Los casos de colecistitis xantogranulomatosa que presentaron extensión hepática fueron los que se presentaron simultáneamente con CA de vesícula, por lo que estos hallazgos se atribuyen más a la presencia de CA que a colecistitis xantogranulomatosa.

El diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa no se realizó en ninguno de los casos por estudios de imagen, a pesar de que es más frecuente que el CA de vesícula y que más frecuentemente se asocia a otras entidades, siendo la más frecuente el Sx de Mirizzi (14.70%). Esto probablemente se debe a que la presentación pseudotumoral es poco frecuente en nuestros pacientes. Se llegó a asociar a CA de vesícula en 3 casos (6.25% para CA de vesícula, 4.41% para colecistitis xantogranulomatosa).

La asociación del CA de vesícula con vesícula en porcelana fué menor a la esperada, encontrándose en 6.25% para vesícula en porcelana que presenta malignización y en 2.08% para CA de vesícula que se acompaña de otras entidades.

CONCLUSION

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, podemos hacer las siguientes consideraciones para nuestra población estudiada:

El CA de vesícula se presenta más frecuentemente en mujeres en la quinta década de la vida.

Los síntomas más frecuentes son: dolor abdominal, pérdida de peso e ictericia.

El antecedente o la presencia de litiasis vesicular es de 80%.

El diagnóstico clínico que más frecuentemente se emite en estos casos es el de ictericia obstructiva.

El adenocarcinoma es el tipo histopatológico más frecuente; el tipo papilar es poco frecuente en nuestros pacientes.

El diagnóstico se hace en etapa avanzada, encontrándose la mayor parte de los pacientes en estadio V.

Radiológicamente el patrón de presentación más frecuente es el de engrosamiento de la pared vesicular, seguido de masa que llena o reemplaza a la vesícula. El patrón de componente intraluminal es el menos frecuente.

El diagnóstico radiológico de CA de vesícula llega a emitirse hasta en un 47.9% de los casos, siendo único en el 35.42% de los casos.

No se diagnostican las etapas tempranas.

Las entidades con que se asocia en orden de frecuencia son: Litiasis vesicular, colecistitis xantogranulomatosa y síndrome de Mirizzi (en igual frecuencia) y vesícula en porcelana.

El US y la TAC son estudios sensibles para determinar el patrón de presentación y extensión del CA de vesícula.

Los diagnósticos diferenciales radiológicos del CA de vesícula son CA de páncreas y padecimientos vesiculares no neoplásicos.

La dilatación de vías biliares es un hallazgo frecuente.

En relación a la Colecistitis Xantogranulomatosa:

La colecistitis con reacción xantogranulomatosa es más frecuente que el CA de vesícula, siendo rara la presentación macroscópica pseudo tumoral.

Se presenta en igual proporción tanto en hombres como en mujeres.

El rango de edad de presentación es más amplio que en el CA de vesícula, encontrándose incluso pacientes en la tercera década de la vida.

El diagnóstico es histopatológico. Clínica y radiológicamente el diagnóstico que más frecuentemente se emite es el de colecistitis crónica litiasica.

Se asocia altamente al síndrome de Mirizzi.

Se asocia al CA de vesícula en 4.41% de los casos.

Se llega a asociar a otros procesos tumorales aunque en menor frecuencia con la que se asocia al CA de vesícula.

Se llega a asociar también con vesícula en porcelana.

El patrón radiológico de presentación más frecuente es el engrosamiento de la pared vesicular, seguido de componente intraluminal.

El patrón III o masa que llena o reemplaza a la vesícula es poco frecuente.

Se llega a encontrar vesícula escleroatrófica hasta en el 40% de los casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Lane John et al. Primary carcinoma of the gallbladder: A pictorial essay. Radiographics 1989 Vol.9 #2.p.209-228
2. Franquet, T., Montes, M et al. Primary Gallbladder Carcinoma; Image Findings in 50 patients with pathologic correlation. Gastrointest Radiol 16:143-148 (1991)
3. Thorsen, K., Quiroz, F. et al. Primary Biliary Carcinoma: CT evaluation. Radiology 1984; 152:479-483.
4. Orloff M, Robinson G. Tumors of the Gallbladder. Gastrointestinal Textbook of Bockus. Ch192 p3677-3689
5. Kane, Robert, Jacobs R et al. Porcelain Gallbladders: Ultrasound and CT appearance. Radiology 1984;152:137-141.
6. Way L, Altman D. Neoplasms of the Gallbladder and Bile Ducts. Hepatology-Zakim CH92 p1734
7. Berk R, Armbuster T et al. Carcinoma in the Porcelain Gallbladder. Radiology 106:29-31, January 1973
8. Collier N, Carr d. et al. Preoperative Diagnosis and its effect on the treatment of carcinoma of the gallbladder.

9. Araki T, Karikomi M et al. Intraluminal Papillary Carcinoma of the Gallbladder: Prognostic value of Computed Tomography and Sonography. Gastrointest Radiol 13:261-265 (1988).
10. Tsuchiya Y. Early Carcinoma of the Gallbladder: Macroscopic Features and US findings. Radiology 1991;179:171-175.
11. Kimura W, Nagai, H et al. Clinicopathologic Study of Asymptomatic Gallbladder Carcinoma found at autopsy. Cancer 64:98-103,1989.
12. Herrera M, Reyes E et al. Colecistitis Xantogranulomatosa "Entidad clinica o curiosidad patológica". La Revista de investigaci3n clinica ene-mar-89. vol41 #1 p.53-56.
13. Hanada K, Nakata H. Radiologic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. Am J Roentgenol,148:727,1987.
14. Reyes C, Jablokow V. Xanthogranulomatous cholecystitis. Ann Surg 47:322,1981.F
15. Cossi A, Scholz j et al. Computed Tomography of Xanthogranulomatous Cholecystitis. Gastrointest Radiol 12:154-155 (1987)
16. Lichtman J, Varma V. Ultrasound demonstration of Xanthogranulomatous Cholecystitis. J Clin Ultrasound 15:342-345, June 1987.
17. Chii Kuo Y, Jeng-Yaw L et al. Ultrasonographic difficulties and pitfalls in diagnosing Primary Carcinoma of the gallbladder. J Clin Ultrasound 18:639-647, October 1990
18. Kumar A, Aggarwal S et al. Ultrasonography of Carcinoma of the Gallbladder: An analysis of 80 cases. J Clin Ultrasound 18:715-720, November/December 1990.
19. Suminski N, Johnson M, Ralls P. Color Doppler Sonography in gallbladder carcinoma. J Clin Ultrasound 19:183-186, March/April 1991.
20. Roberts J and Daugherty S. Primary Carcinoma of the gallbladder. The Surgical Clinics of North America. Aug 1986 Vol 66#4 p.743-750

21. Sumiyoshi K, Nagai E. Pathology of carcinoma of the gallbladder. World Journal of Surgery Vol 15#3 p315-321 (1991)

22. Chijiwa K, Sumiyoshi K. Impact of recent advances in hepatobiliary Imaging techniques in the preoperative diagnosis of carcinoma of the gallbladder. World Journal of Surgery 1991;Vol 15#3 p 322-327

23. Sleisenger/ Fortrand. Gastrointestinal Disease. Fourth Edition 1989. Ch92 Neoplasms of the Gallbladder and Bile Ducts. p.1734

24. Villalobos y col. Estudio prolectivo de 10 años de cáncer del aparato digestivo. Rev. Gastroenterol. Mèx. 1990;55,1:17-24



FIG. 1. Engrosamiento importante de la pared vesicular con extensión hepática

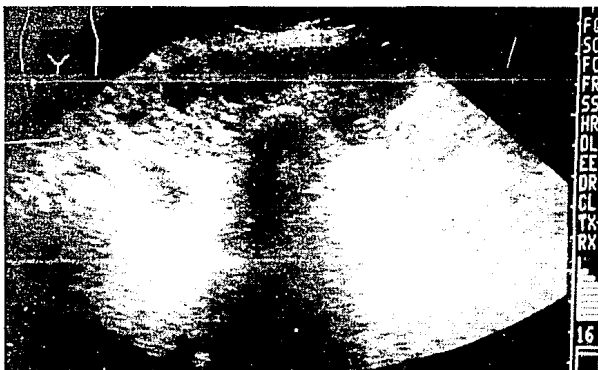


FIG. 2. Engrosamiento de la pared vesicular, litiasis y componente intraluminal.



FIG. 3. TAC. Gran tumoración de vesícula biliar con extensión hepática.