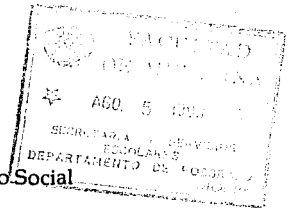




11209  
20  
2003

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital General  
Centro Médico "La Raza"

**XANTOGRANULOMATOSIS DE LA  
VESICULA BILIAR**  
**ANALISIS RETROSPECTIVO Y EPIDEMIOLOGICO**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

**CIRUGIA GENERAL**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN** PRESENTA **MARIA ISABEL TENORIO REYES**

México, D.F.

Marzo, 1993



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.

HOSPITAL GENERAL  
CENTRO MEDICO LA RAZA

**XANTOGRANULOMATOSIS  
DE LA  
VESICULA BILIAR**

**ANALISIS RETROSPECTIVO Y EPIDEMIOLOGICO**

**T E S I S**

Que para obtener el titulo de  
**CIRUGIA GENERAL**  
presenta

**MARIA ISABEL TENORIO REYES**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**DRA. GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ**

**Médico Base H.G.C.M.L.R.**



México.D.F.

Marzo:1993

## INDICE:

INTRODUCCION.....	1
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
COMENTARIOS.....	11
CONCLUSIONES.....	16
RESUMEN.....	18
BIBLIOGRAFIA.....	29

## INTRODUCCION

La Colecistitis Xantogranulomatosa es una patologia que afecta la pared vesicular, influyendo en la fisiologia de la misma y con manifestaciones comunes a otros tipos de colecistopatias.

Anatómicamente: la vesícula se ubica en el lecho - del hígado, en la línea que divide anatómicamente a este órgano en lóbulos derecho e izquierdo.

Tiene forma de pera, con capacidad promedio de 50ml y esta dividida en 4 porciones anatómicas: fondo, - cuerpo, infundíbulo y cuello.

En el fondo la pared contiene una gran cantidad del músculo liso del órgano, en contraste con el cuerpo que es mayor area de almacenamiento y contiene gran cantidad del tejido elástico. La convexidad del cuello puede distenderse formando una dilatación conocida como infundíbulo o bolsa de Hartmann.

La pared de la vesícula esta formada por músculo - liso y tejido fibroso, su interior está revestido con epitelio columnar alto que contiene colesterol y globulos de grasa. El moco secretado hacia la vesícula se origina en las glándulas tubuloalveolares y las células globulares de la mucosa que reviste el infundíbulo y el cuello (1).

La Colecistitis Xantogranulomatosa es una variante rara de la Colecistitis crónica (2,3,4,5). Cuya sintomatología está asociada a las manifestaciones clínicas de esta (2,5,6), algunos pacientes presentan además datos compatibles con neoplasia como anorexia, o masa palpable (3,7). Los estudios radiográficos, ultrasonido, tomografía axial computarizada, angiografía y colangiografía muestran hallazgos tambien compatibles con carcinoma vesicular (2,3,8,9, 10,11,12 ).

Su fisiopatología no ha sido suficientemente aclarada, sin embargo se ha propuesto como evento inicial la condensación de la bilis y algunas veces - mucina en los senos de Rokitanski-Aschoff con ruptura e inflamación, o bien en algunos casos ulceración de la mucosa secundaria a colelitiasis. La penetración de la bilis a la pared causa acúmulos de histiocitos capaces de fagocitar colesterol y otros lípidos biliares y al resolverse la reacción inflamatoria, aparece fibrosis y cicatrización semejante a lo que ocurre en la pielonefritis xantogranulomatosa (13,14,15).

Se caracteriza macroscópicamente por su apariencia tumoral con acentuado grosor de la pared y la presencia de nódulos amarillentos y en la mayor parte de los casos acompañada de litiasis (16).

Histológicamente se distingue por la existencia de histiocitos espumosos (foto 1), células gigantes - (foto 2), reacción vascular y fibroblástica intensa

(foto 3) y una mezcla de células plasmáticas y polimorfonucleares (17,18).



El objetivo del presente estudio, tiene como finalidad el analisis y evaluación retrospectiva de nuestra experiencia con 52 casos de Colecistitis Xantogranulomatosa.

## MATERIAL Y METODOS :

Durante el periodo comprendido entre el primero de Junio de 1989 y el treinta de Mayo de 1992 se revisaron los expedientes de los pacientes sometidos a colecistectomia y cuya pieza quirúrgica se envió al servicio de patologia del Centro Médico la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social. Se incluyeron en el presente estudio todos los casos en los cuales se llegó al diagnostico definitivo de Colecistitis Xantogranulomatosa. Se analizó su indice de presentación en relación a la Colecistitis Crónica y Aguda y también en lo referente a la Litiasis concomitante. También se determino su presencia en -- cuanto a edad y sexo.

Se excluyeron en el presente estudio todos los pacientes en quienes el diagnostico definitivo no fué exacto y todos aquellos en quienes no se pudo comprobar el diagnostico de Xantogranulomatosis de la Vesícula Biliar, así como los pacientes en quienes

la Colectectomia no fué terapéutica.

Fuerón excluidos del presente estudio todos los pacientes con expedientes incompletos en quienes no se pudo llevar un buen seguimiento Pre, Trans y Post operatorio.

## RESULTADOS :

De 1007 pacientes con Colectectomía cuyas piezas quirúrgicas fueron enviadas al servicio de patología del Centro Médico la Raza IMSS, por el servicio de Cirugía General. Se obtuvieron 52 vesículas Xantogranulomatosas con una incidencia del 5.1% (52-1007), 35 de los pacientes pertenecían al sexo femenino y 17 al masculino con una relación de 2:1 - mujer - hombre. El promedio de edad fue de 48.2 (Con un rango de 24 a 84 años). Los 52 pacientes tenían historia de enfermedad vesicular crónica, 12 de ellos (24%), manifestaron agudización del cuadro con evidencia histológica de inflamación aguda. Uno de -- nuestros pacientes (1.9%) presentó datos sugerentes de neoplasia de vesícula biliar: ictericia progresiva, pérdida de peso y masa palpable en hipocondrio derecho. Individualmente, dos pacientes de nuestra serie presentaron ictericia obstructiva (3.8%), en uno más el cuadro se acompañó de piocolecisto (1.9%)

y uno más curso con Pancreatitis Aguda Edematosa - que respondió al manejo médico empleado (1.9%). 7.6% de todos los pacientes no tenían litiasis vesicular (4-52) por lo tanto el 92.4% de los casos si tenían relación con la presencia de calculos.

Todos los pacientes fueron sometidos a cirugía. - 98.1% con diagnostico preoperatorio de Colecistitis Crónica y solo uno bajo sospecha de Cancer Vesicular. A todos los pacientes se les practicó Colecistectomía sin incidentes transoperatorios pudiendo ser removida la vesícula en su totalidad en el 100% de los casos.

Las características macroscópicas referidas en la hoja individual del reporte de patología de las vesículas estudiadas fueron: Vesícula Congestiva un caso 1.9%, Vesícula Coraliforme un caso 1.9%, carac

terísticas neoplásicas un caso 1.9%. vesícula escleroatrofíca un caso 1.9%. 12 de las Vesículas presentaban la mucosa ulcerada (23% ).

Microscópicamente todos los casos mostraron indistintamente la presencia de histiocitos infiltrando la pared vesicular, con zonas de fibrosis y necrosis, además es evidente la presencia de células inflamatorias y multinucleadas con colesterol intracelular, los senos de Rokitansky Aschoff presentaban los hallazgos característicos de la Xantogranulomatosis con ruptura de los mismos debido a la invasión progresiva de lípidos y sales biliares, imágenes que mostramos en las fotos de los cortes de las piezas quirúrgicas de nuestros pacientes.

## COMENTARIOS :

En 1970 se reportaron los primeros casos de Colecistitis Xantogranulomatosa, tratandose de 7 pacientes cuyas características fuerón catalogadas como pseudotumores de la vesícula biliar (6,19). Mc Coy fué el primero en emplear el termino de inflamación Xantogranulomatosa en 1976 (5,17) se trata de una entidad rara con una incidencia que varia del 0.7% al 1.8% según lo publicado por multiples autores (3,16) En la serie que presentamos , éste es el dato de mayor importancia ya que el 5.1% corresponde a una incidencia mucho mayor a lo esperado. Entre el 92 y el 97% de los casos de Xantogranulomatosis de la vesicula biliar se asocian a litiasis (6), acorde a lo encontrado en nuestro reporte ya que la litiasis estuvo presente en el 92.4% de nuestros pacientes.

Muchos autores asumen la tesis de que la Colecistitis Xantogranulomatosa es una simple variante convencional de la Colecistitis Crónica (2,3,7,16) y que

difiere solo en la intensidad del proceso. Las características histopatológicas de estos pacientes demuestran la presencia de células inflamatorias multinucleadas que normalmente encontramos en la Colecistitis Crónica. La fisiopatología de este padecimiento no es una tesis unificada, algunos autores consieran que es debido al traumatismo crónico de la mucosa vesicular, con la formación de úlceras e invasión de la pared de histiocitos así como ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff (3), en nuestra serie solo 12 de los 52 pacientes presentaron úlceras en la mucosa de la pared vesicular, lo cual no le confiere un caracter de inminencia para su presentación en la totalidad de los pacientes para explicarlo como factor desencadenante de la Xantogranulomatosis. Otros autores enfatizan la asociación del proceso con una agudización de la Colecistitis crónica, sin embargo solo el 24 % de nuestros pacientes evidenciaron la presencia de cuadro agudo (3). En todos los casos es concluyente la



presencia de linfocitos y polimorfonucleares, células multinucleadas, así como, la invasión de la pared vesicular por histiocitos y de los senos de Rokitsky-Aschoff por sales biliares y lípidos con la consecuente ruptura de los mismos dándole las características patognomónicas a la Xantogranulomatosis (3,6,7). Las secuencias hipotéticas de este cuadro vesicular se derivan específicamente de observaciones experimentales obtenidas de prototipos y modelos de Pielonefritis Xantogranulomatosa (2).

La sintomatología generalmente está asociada a las manifestaciones clínicas desencadenadas por la Colecistitis crónica (6,10,16), algunos pacientes además presentan signos y síntomas compatibles con neoplasias de la vesícula biliar, como anorexia, ictericia, pérdida de peso y masa palpable (2,10), solo uno de nuestros pacientes manifestó un cuadro compatible con Cáncer vesicular requiriendo de diag

nostico diferencial.

Los estudios radiograficos, simples o contrastados como el ultrasonido y la tomografia axial computada presentan signos que en la mayoria de los casos no son especificos y crean imagenes que hacen sospechar la presencia de carcinomas (2,3,8,9,10,11,12)

El tratamiento de este padecimiento requiere de remover completamente la vesicula biliar. La colecistectomia esta indicada en todos los casos (10), - sin embargo, algunas de las veces técnicamente es dificil el abordaje de la vesicula biliar debido a la presencia de múltiples adherencias de tipo fibroso y de organos adyacentes (3). La perforación de la vesicula biliar es otra complicación latente y con alta morbimortalidad (9), estas condiciones generalmente dificultan la extracción completa de la vesícula biliar, en estos casos la Colecistectomia

parcial esta indicada (4,20). En todos los casos de nuestra serie se practicó Colectistectomia completa.

## CONCLUSIONES :

Es evidente que el estudio histopatológico de los pacientes con diagnóstico de Colecistitis Xantogranulomatosa presentan evidencia de inflamación crónica ordinaria (3) y la litiasis es común en la mayoría de los casos (2,10,13,16). La diferencia radica en la presencia de fibrosis de la pared vesicular además de invasión por histiocitos y ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff (2,3,6) que resultan los datos más significativos de esta patología. La incidencia mostrada en nuestra serie, se encuentra muy por encima de lo observado en la mayoría de las series, lo cual constituye el dato más significativo estadísticamente ya que se encuentra 2.8 veces más frecuente. No observamos diferencias significativas en cuanto a lo reportado para edad y sexo ni en lo referente a su relación con la presencia de litiasis.

En los 52 pacientes se realizó Colecistectomía completa; histológicamente las características de la pared vesicular con la presencia de células inflamatorias e histiocitos además de zonas de fibrosis y necrosis tisular, células multinucleadas con colesterol en su interior y la ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff estuvieron presentes en la totalidad de los casos.

## RESUMEN :

La Colecistitis Xantogranulomatosa es un proceso inflamatorio de la vesicula biliar con características independientes, su incidencia en la mayoría de las publicaciones varia del 0.7 al 1.8 %, el traumatismo crónico y su asociación con litiasis en el 92 al 97 % de los casos se explican como la causa principal de la infiltración de la pared de la vesicula por histiocitos y células inflamatorias y posteriormente la lesión y ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff, estas características le confieren diferencias significativas con la Colecistitis Crónica no Xantogranulomatosa .

Las manifestaciones clinicas y los estudios diagnosticos muestran signos variables y en algunos de los casos son semejantes a los que se presentan en las neoplasias de la vesicula biliar, estas dificultades para el diagnostico y sobre todo para el ma-

jo terapéutico ya que generalmente la vesícula presenta múltiples adherencias que dificultan la Colecistectomía completa. Presentamos 52 casos en una revisión retrospectiva de 1007 Colecistectomías en 3 años con una incidencia de 5.1 %, no encontrando diferencia significativa en lo reportado por otros autores con las manifestaciones clínicas y hallazgos de nuestra serie.

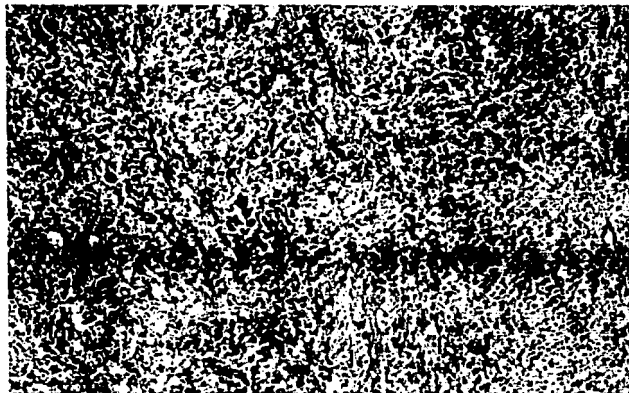


FOTO #1. MOSTRANDO LOS HISTIOCITOS ESPUMOSOS.



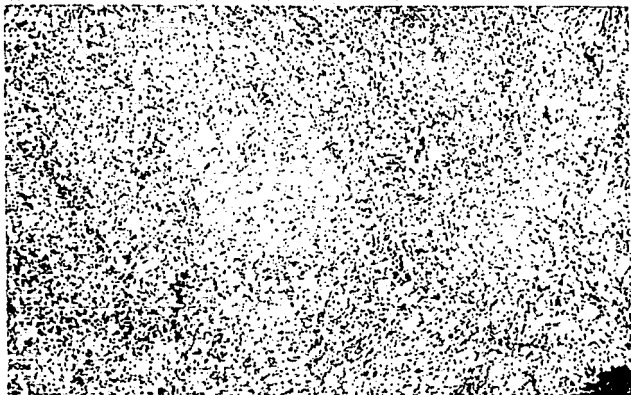


FOTO # 2 MOSTRANDO LAS CELULAS GIGANTES.

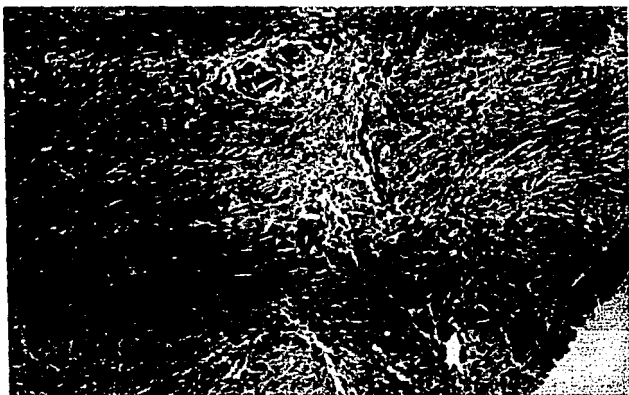


FOTO # 3 REACCION VASCULAR Y FIBROBLASTICA INTENSA

# PACIENTES CON COLECISTECTOMIA

NO  
XANTOGRANULOMATOSAS

94.8



XANTOGRANULOSAS

5.16

MUESTRA DE 1007 PACIENTES

# VESICULAS XANTOGRANULOMATOSAS

INCIDENCIA

MUJERES

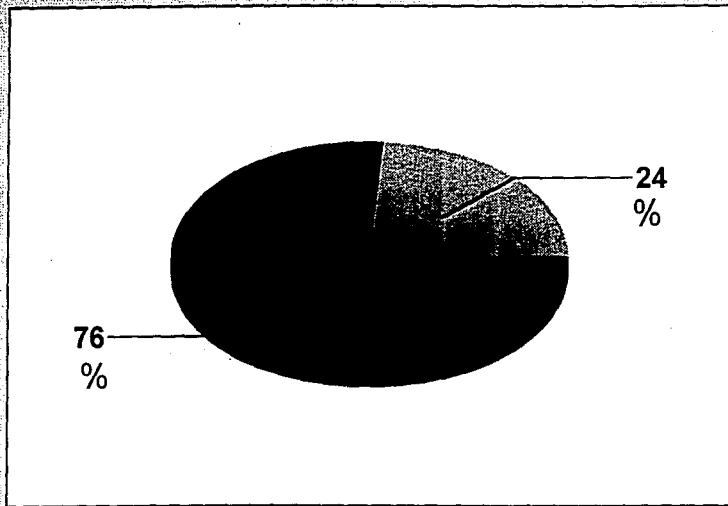
HOMBRES

70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

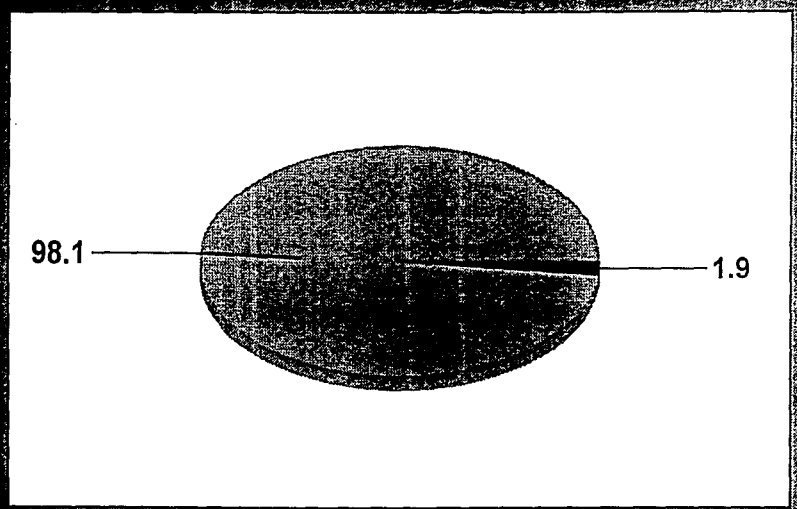
70  
60  
50  
40  
30  
20  
10  
0

MUESTRA DE 52 PACIENTES

# CASOS DE XANTOGRANULOMATOSIS



COLELITIASIS CRÓNICA



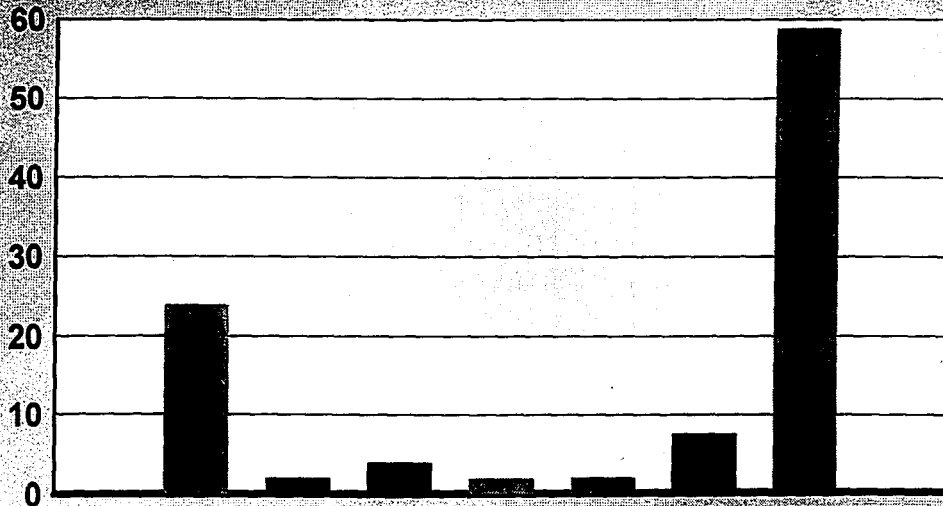
 Colecistitis Crónica

 Cancer vesicular

ENFERMEDAD

VESICULAR

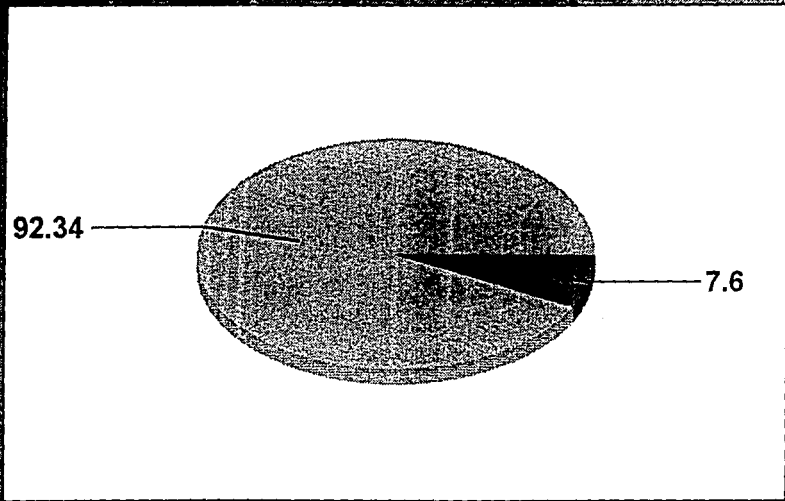
CRONICA



Agudización Neoplasia Ictericia Obstructiva Pilocolecisto Pancreatitis Aguda Edematosa No tenian Litiasis No presentaron complicaciones

Muestra de 52 Pacientes

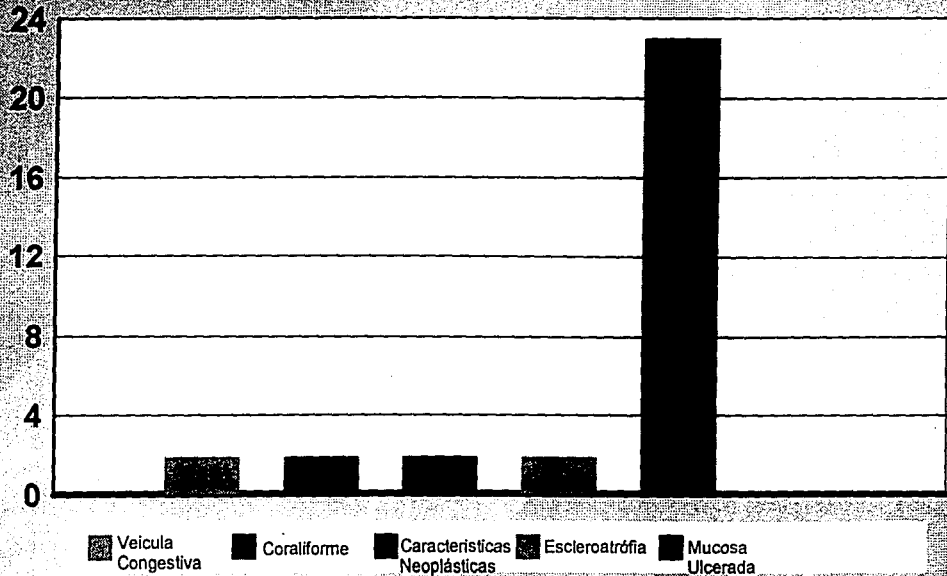
ESTADÍSTICA RESUMIDA CRÓNICA



■ Presencia de Calculos

■ Sin Presencia de Calculos

# VESICULAS ESTUDIADAS





ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz SI, Elish, Cowles WH. Operaciones abdominales. 8a.ed. Buenos Aires Argentina .Editorial Médica Panamericana, S.A. 1984.
2. Bendow EW. Xanthogranulomatous cholecystitis. Br J Surg 1990; 72:255-56.
3. Roberts KM, Parsons MA. Xanthogranulomatous cholecystitis clinicopathological study of 13 cases. J clin Pathol 1987; 40:412-17.
4. Bornman PC, Terblanche J. Subtotal cholecystectomy. For the difficult gallbladder in portal hypertension and cholecystitis. Surgery 1985; 98:1-6.
5. Bluth EI, Katz MM, Merritt CRB, Sullivan MA, Mitchell WT. Echographic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. JCU 1979; 7:123-4.

6. Dao AH, Wong SW, Adkins RB. Xanthogranulomatous cholecystitis :a clinical and pathologic study of twelve cases. Am Surg 1989; 55:32-35.
7. Goodman ZD, Ishak KG. Xanthogranulomatous cholecystitis. Am J Surg Pathol 1981;5:653-9.
8. Hanada K, Nakata H, Nakayama T, Tsukamoto Y, Terashima H, Kuroda Y, Okuma R. Radiologic findings in xanthogranulomatous cholecystitis. AJR 1987; 148:727-30.
9. Houston JP, Sampson MA, Collins MC. Ultrasound - diagnosis of gallbladder perforation incase of xanthogranulomatous cholecystitis. Br J Radiol 1989;62:273-4.
10. Howard TJ, Bennion RS, Thompson JE. Xanthogranulomatous cholecystitis. Am Surg 1991;57:821-26.

11. Lichtman JB, Varma VA. Ultrasound demonstration of xanthogranulomatous cholecystitis. JCU 1987; 15:342-5.
12. Thorsen MK, Quiroz F, Lawson TL, Smith DF, Foley WD, Stewart ET. Primary biliary carcinoma: CT - evaluation. Radiology 1984; 152:479-83.
13. Amazon K, Rywlin AM. Ceroid granulomas of the gallbladder. Am J Clin Pathol 1980; 73:123-7.
14. Malek RS, Elder S. Xanthogranulomatous Pyelonephritis. A critical analysis of 26 cases of the literature. J Urol 1978; 119:589-93.
15. Herrera HM, Reyes GE, Quintanilla ML, De la Garza VL, Viniegra VL, De la Rosa LC. Colectitis Xanthogranulomatous. Entidad clinica o curiosidad patologica. La Rev. Invest Clin 1989; 41:53-56.

16. Reyes CV, Jablolkow VR, Reid R. Xanthogranulomatous cholecystitis: report of seven cases. *Am Surg* 1981;47:322-5.
17. McCoy JJ, Vila R, Petrossian G, McCall RA, reddy KS. Xanthogranulomatous cholecystitis: report of two cases. *J S C Med Assoc* 1976;72:78-9.
18. Lopez P, Estes ML. Inmuno Histochemical Chrarcaterization of histiocytes in sinus histiocytosis with massive limphadenopathy. Analysis an extranodal case. *Human Pathology* 1989;20:711-20
19. Christensen AH, Ishak KG. Benign tumors and -- pseudotumors of the gallbladder: report of 180 cases. *Arch Pathol* 1970; 90:423-32.
20. Cottier DJ, Mac Vay C, Anderson JR .Subtotal -- cholecystectomy. *Br J Surg* 1991;78:1326-32.