



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

"COLECISTECTOMÍA COMPLETAMENTE LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON COLECISTITIS  
XANTOGRANULOMATOSA EN EL "HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" EN UN  
PERIODO DE DIECIOCHO AÑOS"

TÉSIS:  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:  
DR. ENRIQUE RENTERÍA PALOMO

ASESOR:  
DR. LUIS EDUARDO CÁRDENAS LAILSON  
MÉDICO ADSCRITO A LA DIVISIÓN DE CIRUGÍA GENERAL Y ENDOSCÓPICA DEL HOSPITAL  
GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

CIUDAD DE MÉXICO FEBRERO 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

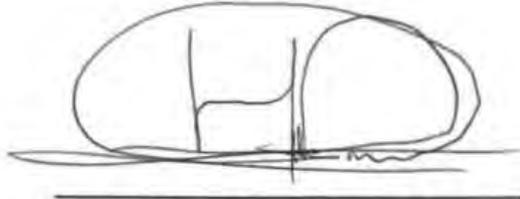
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

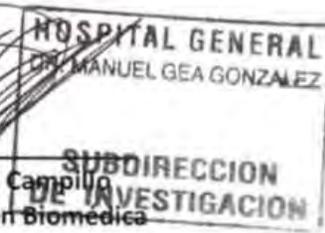
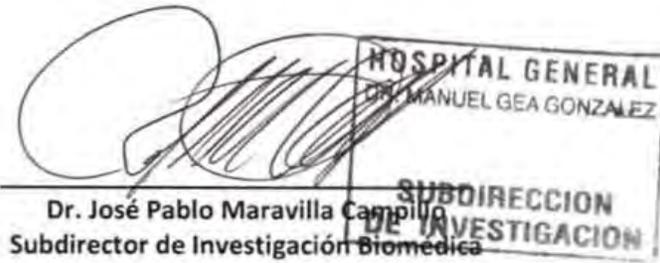
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"

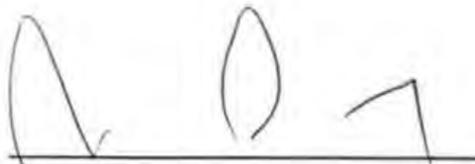
AUTORIZACIONES



Dr. Héctor Manuel Prado Calleros  
Director de Enseñanza e Investigación.



Dr. José Pablo Maravilla Campillo  
Subdirector de Investigación Biomédica



Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson  
Asesor Metodológico y Adscrito de la  
División de Cirugía y Endoscópica

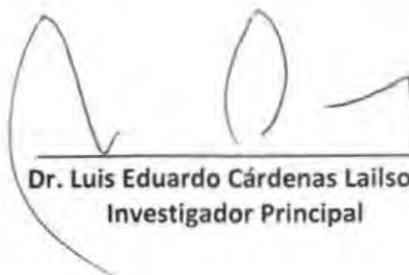


Dr. Carlos Valenzuela Salazar  
Jefe de la División de Cirugía General y Endoscópica

Este trabajo de tesis con número de registro: 04-43-2018 presentado por el Dr. Enrique Rentería Palomo, se presenta en forma con visto bueno por el tutor principal de la tesis Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson con fecha 24 de Julio del 2018 para su impresión final.



**Dr. José Pablo Maravilla Campillo**  
Subdirector de Investigación Biomédica



**Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson**  
Investigador Principal

**"COLECISTECTOMÍA COMPLETAMENTE LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA EN EL "HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ" EN UN PERIODO DE DIECIOCHO AÑOS"**

Este trabajo fue realizado en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en la División de Cirugía General y Endoscópica bajo la dirección de Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson con el apoyo del Dr. William Bryan Hall Ramírez y adscritos de la División quienes orientaron y aportaron a la conclusión de este trabajo.

**COLABORADORES:**



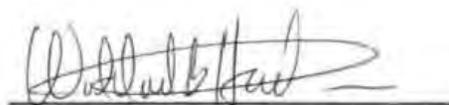
---

**Dr. Luis Eduardo Cárdenas Lailson**  
Investigador Principal



---

**Dr. Enrique Rentería Palomo**  
Investigador Asociado Principal



---

**Dr. William Bryan Hall Ramírez**  
Investigador Asociado

## ÍNDICE GENERAL

1. RESUMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. MATERIAL Y MÉTODOS
4. RESULTADOS
5. DISCUSIÓN
6. CONCLUSIÓN
7. REFERENCIAS
8. TABLAS Y FIGURAS

## 1. Resumen

**Introducción:** La colecistitis xantogranulomatosa (CXG), una variante de la colecistitis crónica, es una patología inflamatoria poco común de la vesícula biliar, presenta una incidencia del 0.7 – 10%. El diagnóstico es un reto particularmente debido a la diferencia entre patología benigna y maligna. Existe un aumento en las complicaciones que esta patología implica, tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de colecistectomía laparoscópica y la conversión a cirugía abierta en pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa del periodo de enero del 2000 a diciembre del 2017.

**Material y Métodos:** Se analizaron 106 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa del Hospital General Dr. Manuel Gea González en un periodo de dieciocho años, para obtener datos demográficos, clínicos y epidemiológicos.

**Resultados:** Se analizaron expedientes de pacientes a quienes se les efectuó colecistectomía laparoscópica, entre el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2017; se encontraron 142 casos de colecistitis xantogranulomatosa de los cuales 106 cirugías se iniciaron de manera laparoscópica (76% del total de colecistectomías), 60 eran mujeres; la edad media fue de 48 años; De las 106 colecistectomías, 52 fueron urgentes y 54 electivas; 102 cirugías se realizaron completamente laparoscópica con 4 conversiones.

**Conclusión:** La colecistitis xantogranulomatosa es una patología rara. En caso de colecistitis aguda asociada a ictericia y datos radiológicos de agudización debe hacer sospechar el diagnóstico. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica, sin embargo se asocia a un aumento en la tasa de conversión.

**Palabras clave:** Colecistectomía Laparoscópica; Colecistitis Xantogranulomatosa; Conversión Cirugía

## **2. Introducción.**

La *colecistitis xantogranulomatosa (CXG)*, una variante de la *colecistitis crónica*, es una *patología inflamatoria poco común de la vesícula biliar*, presenta una *incidencia del 0.7 – 10%*, dependiendo de la *región reportada siendo más común en el medio oriente*. [1,2] Desde 0.7 a 1.8% de todas las *colecistectomía en los Estados Unidos de Norteamérica*, 1.2 a 10% en *Japón*, hasta 10-13.2% en la *India* [3], en *Chile* 3.23% [4] y en *Guatemala* 1.2%. [5] Cada vez se reconoce con mayor frecuencia por *patólogos y clínicos*, haciendo que su frecuencia se haya incrementado en los últimos años. Es más frecuente que el *cáncer de vesícula*. Presenta en la literatura un predominio hacia el *sexo femenino* en *pacientes con edad entre 60 y 70 años*.

Descrita por primera vez en 1970 por Christensen, como un *pseudotumor benigno de la vesícula biliar*, también conocida como *granuloma ceroide* o *granuloma histiocítico de aspecto ceroide* o la *inflamación fibroxantogranulomatosa de la vesícula*. [1,2,6] Frecuentemente se puede confundir pre y *transoperatorio con cáncer de vesícula biliar*, que es el más común de la *vía biliar*. [1,2,7] A pesar de ser una *condición benigna* y que no se presente una *asociación causal* entre estas dos patologías, hay estudios que reportan una *incidencia de cáncer de vesícula y colecistitis xantogranulomatosa de hasta un 25%*. [8] No fue hasta 1981 cuando Goodman e Ishak la describieron *histopatológicamente*. [7] El diagnóstico definitivo se realiza *patológicamente*, [9] se observan *formaciones nodulares intramurales de color ocre*, *fibrosis secundario a inflamación crónica por infiltración de bilis hacia la pared vesicular* e *histiocitos con lípidos en su interior (espumosos)*. [2,10]

La *fisiopatología* es poco conocida, es probable que la *disrupción con la subsecuente infiltración intramural de bilis y mucina secundario a la oclusión de los senos de Rokitansky-Ashoff* sean el *factor principal para que se desarrolle la reacción xantogranulomatosa en la pared vesicular*. [11]

La *presentación aguda en la cual se presenta inflamación acompañada de dolor e ictericia y aumento de la pared en estudios de imagen*, puede *mimetizar otras patologías agudas del tracto biliar*. [1] El diagnóstico de *CGX* es *infrecuente*, además de su *potencial confusión con el cáncer de vesícula biliar* ya sea de *manera radiológica, intraoperatoria e histopatológica*. [2]

*El diagnóstico es un reto particularmente para aquellos pacientes que presentan involucro de estructuras adyacentes y otros órganos, debido a la diferencia entre los procedimientos terapéuticos entre patología benigna y maligna, por lo que se han propuesto resecciones radicales por la imposibilidad de descartar esta última. [12] Un diagnóstico equivoco, hasta en el 25%, resulta en una cirugía inapropiada, debido a que en caso de carcinoma vesicular el estándar de oro en el tratamiento es la colecistectomía con exploración abierta, con la adición de las comorbilidades perioperatorias que ello implique. [6, 10]*

*Existe un aumento en las complicaciones que esta patología implica, tanto en cirugía abierta como en cirugía laparoscópica, la infección de sitio quirúrgico quirúrgica desde superficial hasta órgano espacio se encuentra incrementada, así mismo existe una mayor posibilidad de formación de fístulas. [13]*

*La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro en el tratamiento de la patología de la vesícula biliar. Se reporta en la literatura que existe un aumento en el índice de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta en casos de CXG, debido a la dificultad que ocasiona la intensa fibrosis, adherencias y abscesos que se tienen a otros órganos. [2,6,10] Hay controversia del uso de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con diagnóstico de colecistitis xantogranulomatosa. [13]*

*De acuerdo con lo anterior y sabiendo que la colecistitis xantogranulomatosa es una patología poco frecuente de la vesícula biliar, la cual presenta un proceso inflamatorio característico, el cual se confunde macroscópicamente con el cáncer de vesícula biliar. En este estudio se buscó la tasa de colecistectomía completamente laparoscópica en pacientes que tienen este diagnóstico histopatológico. Se considera este periodo de tiempo debido a que a inicios del 2000 hubo un aumento en este hospital en cirugía de mínima invasión.*

### **3. Material y métodos.**

*Se realizó un estudio descriptivo, observacional retrospectivo y transversal de expedientes de pacientes mayores de 16 años en los cuales se presentó diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa, los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente del periodo de enero del 2000 a diciembre del 2017 en el Hospital General Dr. Manuel Gea González por la división de cirugía general y*

endoscópica. Se obtuvo una muestra por conveniencia de 108 casos, se asignaron de manera secuencial conforme se presentaron cronológicamente. Se incluyeron expedientes de pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa, de cualquier sexo a partir de los 16 años. Se excluyeron expedientes de pacientes que no se encuentren en el archivo clínico o que no se encuentren con la información completa necesaria.

De un periodo que incluye desde enero de 2000 hasta diciembre del 2017 se realizó revisión de los registros de los expedientes de pacientes que se realizó colecistectomías laparoscópicas, en el "Hospital General Dr. Manuel Gea González". Se buscó por resultado histopatológico para identificar pacientes que cumplieran el criterio por histopatología de colecistitis xantogranulomatosa.

Se obtuvieron todos los datos demográficos (edad, sexo) de los pacientes, comorbilidades, forma de presentación, hallazgos quirúrgicos e histopatológicos, complicaciones transoperatorias y postoperatorias, días de estancia hospitalaria y mortalidad. Todos estos datos fueron compilados en la hoja de recolección de datos. Se utilizó estadística descriptiva, los resultados se presentan con medidas de tendencia central y dispersión, así como porcentajes.

#### **4. Resultados.**

De 4925 colecistectomías laparoscópicas realizadas entre enero del 2000 a diciembre del 2017, se registraron 142 casos de colecistitis xantogranulomatosa, de las cuales se realizaron 106 cirugías de manera laparoscópica, con una frecuencia de 2.1 % del total de la muestra. La muestra se formó de sesenta mujeres (56.6%) entre 20 y 82 años de edad y cuarenta y seis hombres (43.3%), entre 23 y 84 años con una media de 48 años. Fueron excluidos seis casos por no tener expediente completo.

Únicamente ocho (7.5%) tenían antecedentes de neoplasias en diferentes localizaciones. Treinta tuvieron antecedentes de tabaquismo (28.3%), diecisiete de alcoholismo (16%).

Otros antecedentes encontrados fueron: cirugías previas (cincuenta y cinco; 51.8%), diabetes mellitus (once pacientes; 10.3%), hipertensión (veintiun pacientes; 19.8%).

Los síntomas reportados fueron: ictericia en treinta y un pacientes (29.2%), coluria en veintidos (20.7%), acolia en dieciocho (16.9%), fiebre en dieciseis pacientes (15%), dolor en epigastrio en ciento cinco pacientes (99%), náusea en cincuenta y seis (52%), vómito en cuarenta y ocho (45.2%).

En el examen físico, setenta y nueve pacientes (74.5%) tenían dolor a la palpación del hipocondrio derecho, veintitres signo de Murphy positivo (21.7%) y veintiuno tenían ictericia (19.8%), no se detectó ninguna vesícula palpable ni hepatomegalia.

El tiempo de evolución fue mayor a doce meses en treinta y dos (30.1%), de seis meses a 12 meses doce (11.3%), de 15 días a seis meses en veinticinco (23.5%), de 4 a 14 días en diecinueve (17.9%) y de menos de 3 días en dieciocho pacientes (16.9%).

El diagnóstico preoperatorio más común fue como una colecistitis crónica en cincuenta y dos pacientes 49%, colecistitis aguda en veintiocho pacientes 26.4%, pancreatitis en veintidos 20.7%, coledocolitiasis en treinta y dos pacientes 30.1%, y cáncer de vesícula en un paciente 0.95%. En ningún caso se sospechó el diagnóstico preoperatorio de colecistitis xantogranulomatosa.

A treinta y dos pacientes se les realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se realizó esfinterotomía en 85% casos y se extrajeron cálculos del colédoco en 73%, a 13 pacientes se les diagnosticó de colangitis (12.2%). En 10 pacientes la vesícula se presentaba excluida (9.4%).

De las 106 colecistectomías laparoscópicas realizadas, 52 fueron cirugías de urgencia (49%) y 54 fueron electivas (50%). Se realizó conversión de la cirugía a colecistectomía abierta en cuatro pacientes (3.7%). El promedio de tiempo quirúrgico fue de 97 minutos siendo el mínimo 35 min y el máximo 243 min. El promedio de sangrado fue de 103 mL.

Se presentaron tres complicaciones posquirúrgicas, un caso de biloma, una infección de sitio quirúrgico y tres pacientes con pancreatitis. No se registró ningún caso de mortalidad nosoperatoria.

Los hallazgos transoperatorios más frecuentes fueron colelitiasis en 82 pacientes (77.3%), adherencias en 58 pacientes (54.7%), vesícula con paredes engrosadas en 88 casos (83%), vesícula escleroatrófica en 24 pacientes (22.6%), empiema vesicular en 23 pacientes (21 %), hidropesía vesicular en seis pacientes (5.6%), cuatro casos de síndrome de Mirizzi, tres perforaciones y dos casos de fistula biliar.

Además de diagnóstico histopatológico de colecistitis xantogranulomatosa se reportaron litiasis vesicular, colecistitis aguda, colecistitis crónica, empiema y colesteriología.

## **5. Discusión.**

La colecistitis xantogranulomatosa es una patología compleja ya que no se conoce su etiología y en este momento no existe manera de prevenir la enfermedad, hasta hoy no hay características clínicas o de imagen capaces de diagnosticarla con certeza. Aún cuando se trata de una patología benigna se ha descrito su asociación con cáncer de vesícula por lo que la conducta quirúrgica debe ser la realización de la colecistectomía total. Es importante considerar que es una patología que presenta un mayor índice de complicaciones y complejidad quirúrgica.

En este estudio se muestra una prevalencia de la enfermedad con la misma frecuencia descrita en la literatura, cabe resaltar que en nuestra población de estudio se presentó un índice de conversión a cirugía abierta menor al reportado en la literatura a nivel mundial. Si bien es una enfermedad rara, el cirujano debe estar familiarizada con su forma de presentación y las múltiples comorbilidades que pudieran presentarse, para de esta manera brindar el mejor abordaje diagnóstico y terapéutico a nuestros pacientes. Si bien el estándar de oro en patología biliar es la cirugía laparoscópica en pacientes que presenten esta patología se tiene un riesgo aumentado de conversión y de complicaciones transoperatorias y postoperatorias.

## 6. Referencias.

1. Singh Milkhu C, Jarra F, Raw D, Maliyakkal A, Fadra A, Hanif Shiwani M, A Rare Pathology Of Difficult Laparoscopic Cholecystectomy: Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*. 2018;27(4):330-331.
2. Cardenas Lailson E, Torres Gomez B, Hernandez Calleros J. Epidemiología de la Colecistitis Xantogranulomatosa. *Cir Ciruj* 2005;73:19-23
3. Shukla, S., Krishnani, N., Jain, M., Pandey, R., Gupta, R.K. Xanthogranulomatous cholecystitis. Fine needle aspiration cytology in 17 cases. *Acta Cytol.*, 1997, 41: 413-418
4. Laime P., Martínez C., Martínez D., Características clínicas y epidemiológicas de la colecistitis crónica xantogranulomatosa *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 59 - Nº 2, Abril 2007; págs. 122-126
5. García Pérez, C B., Morales Linares, J.C., Marroquín, Miriam; G. R., Colecistitis xantogranulomatosa *Rev Guatemalteca Cir*. 12(1):3-7 2003
6. Qasaimeh G, Matalqah I, Bakkar S, Al Omari A, Qasaimeh M. Xanthogranulomatous Cholecystitis in the Laparoscopic Era Is Still a Challenging Disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2015;19(6):1036-1042
7. Wasnik A, Davenport M, Kaza R, Weadock W, Udager A, Keshavarzi N et al. Diagnostic accuracy of MDCT in differentiating gallbladder cancer from acute and xanthogranulomatous cholecystitis. *Clinical Imaging*. 2018;50:223-228.
8. Spinelli A., Schumacher G., Pascher A, Extended surgical resection for xanthogranulomatous cholecystitis mimicking advanced gallbladder carcinoma: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol* 2006 April 14; 12(14): 2293-2296
9. Gallarin Salamanca I, López Sánchez O, Blanco Fernández G. Xanthogranulomatous Cholecystitis. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 2016;20(11):1916-1917

10. Hale M, Roberts K, Hodson J, Scott N, Sheridan M, Toogood G. Xanthogranulomatous cholecystitis: a European and global perspective. *HPB*. 2014;16(5):448-458.
11. Benbow. E.W., Xanthogranulomatous cholecystitis associated with carcinoma of the gallbladder. *UK Postgraduate Medical Journal* (1989) 65, 528 – 531
12. Roberts K.M., Parsons M.A., Xanthogranulomatous cholecystitis: clinico- pathological study of 13 cases. *J Clin Pathol* 1987;40:412-417
13. Wang ML, Zhang T, Zang L, Lu AG, Mao ZH, Li JW, et al. Surgical treatment for xanthogranulomatous cholecystitis: A report of 74 cases. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2009; 19: 231-233

## 7. Figuras y tablas.

Cuadro I  
Forma de Presentación

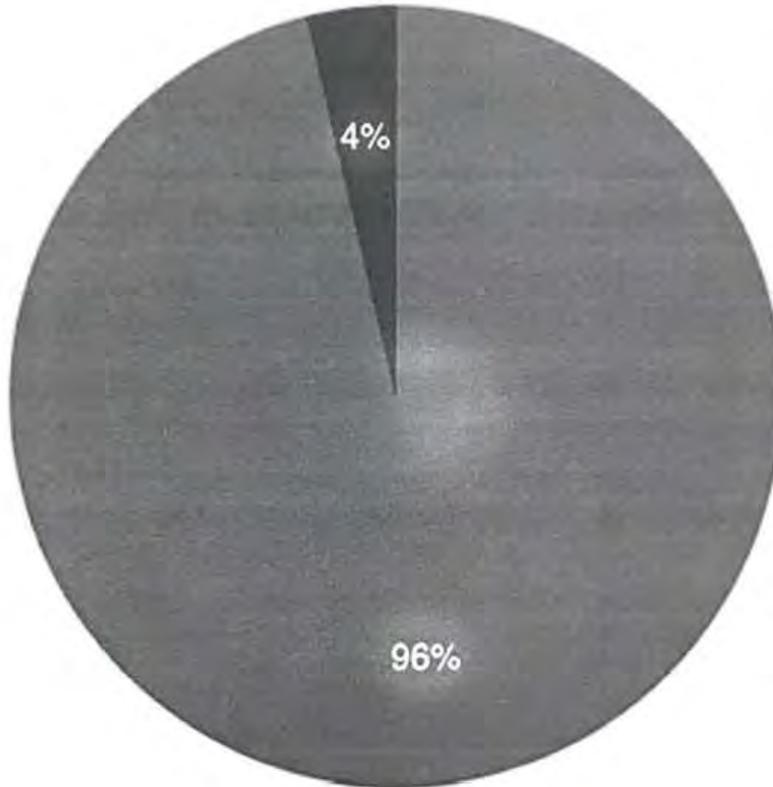
Diagnóstico	No.	Porcentaje
Colecistitis crónica	52	49 %
Ictericia obstructiva	31	29%
Colecistitis aguda	28	26.4%
Cáncer de vesícula	1	0.95%
Pancreatitis biliar	22	20.7%

\* Algunos pacientes presentaron dos o más hallazgos.

● Completamente Laparoscópica

● Conversión a Abierta

### COLECISTECTOMÍAS



### Morbilidad Posoperatoria

Complicación	No.	Porcentaje
Biloma	2	1.8%
Pancreatitis	3	2.8%
Infección de sitio quirúrgico	1	0.8%
Atelectasia	0	0 %
Fístula biliar	2	1 %

### Hallazgos transoperatorios

Hallazgo	No	Porcentaje
Litiasis vesicular	82	77.3%
Adherencias	58	54%
Vesícula con paredes engrosadas	88	83%
Vesícula escleroatrófica	24	22.6 %
Empiema vesicular	23	21%
Hidropesía vesicular	6	5.6%
Perforación	3	2.8 %
Síndrome de Mirizzi	4	3.7 %
Fístula biliar	2	1.8 %