

Hallazgos imagenológicos distintivos de la colecistitis xantogranulomatosa. Reporte de caso

Distinctive imaging findings of xanthogranulomatous cholecystitis. Case report

Cristian D. Machado-Otero*, Lizeth Guardo, Juan Galván, Leydi D. Rodríguez-Larrañaga Nebil

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Estimados editores:

La colecistitis xantogranulomatosa (XCG) es una patología de la vesícula biliar de origen inflamatorio crónico poco común, caracterizada por la acumulación intraluminal de macrófagos, lípidos y células inflamatorias; difícil de diferenciar del carcinoma vesicular tanto por la imagen como histológicamente¹. En general, la incidencia global de XCG es del 1,3% al 1,9%, excepto en India, donde es del 8,8%². Este proceso inflamatorio destructivo puede ser focal o difuso, y puede extenderse a estructuras proximales (hígado, intestino, estómago) desencadenando complicaciones tales como adherencias, perforaciones, abscesos y fístulas³.

Los hallazgos imagenológicos e intraoperatorios son similares a los visualizados en la colecistitis aguda/crónica, el carcinoma vesicular y la adenomiosomatosis, que son los principales diagnósticos diferenciales; en ocasiones pueden incluso ser concomitantes, siendo la presencia de nódulos o bandas hipodensas intraluminales el hallazgo característico de la XCG⁴.

Para la exploración de dicha patología se utilizan los diferentes métodos de imágenes, siendo la tomografía computada (TC) la mejor técnica de imagen para su valoración^{5,6}. Sus características principales son: engrosamiento parietal de la vesícula, colelitiasis y

nódulos intramurales. Sin embargo, es muy difícil la distinción entre XCG y cáncer de vesícula⁶, lo que otorga relevancia al cuadro clínico inicial y al correcto estudio histopatológico⁷.

El propósito de presentar este caso clínico es dar a conocer el concepto, los diagnósticos diferenciales y la presentación imagenológica correspondientes a la XCG, tomando en cuenta su impacto en el mundo, debido a que es una patología poco frecuente en nuestro medio.

Se presenta el caso de una mujer de 78 años con antecedentes de cáncer de mama en remisión, quien presenta dolor en el hipocondrio derecho desde hace 3 meses, con exacerbación del cuadro clínico, requiriendo hospitalización hace 1 mes, asociado a cuadro diarreico de moderada intensidad y pancitopenia. En dicha hospitalización se realizan estudios imagenológicos en los que se documentan hallazgos sugestivos de colelitiasis crónica y leve hepatomegalia.

Fue dada de alta, pero por persistencia de la sintomatología concurre a nuestra institución, donde se repiten los estudios imagenológicos reportando la TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso un engrosamiento heterogéneo de la pared vesicular con múltiples imágenes hipodensas con septos en su interior,

*Correspondencia:

Cristian D. Machado-Otero

E-mail: machadootero2692@gmail.com

Fecha de recepción: 28-04-2022

Fecha de aceptación: 18-09-2023

DOI: 10.24875/RAR.22000030

Disponible en internet: 04-03-2024

Rev Argent Radiol. 2024;88(1):31-33

www.revistarar.com

1852-9992 / © 2023 Sociedad Argentina de Radiología (SAR) y Federación Argentina de Asociaciones de Radiología, Diagnóstico por Imágenes y Terapia Radiante (FAARDIT). Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

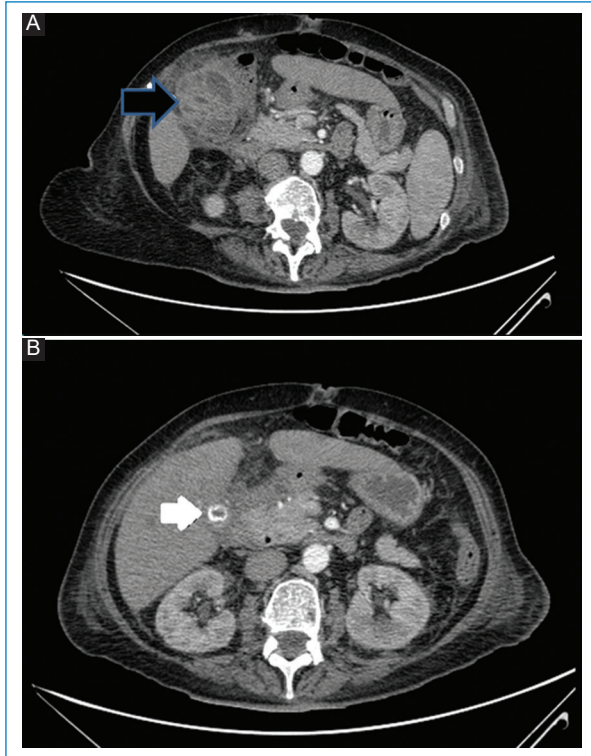


Figura 1. TC con contraste intravenoso en plano axial. **A:** engrosamiento heterogéneo de la pared vesicular con múltiples imágenes hipodensas con septos en su interior, observando un ligero realce de la pared vesicular y de los septos descritos tras la administración del contraste (flecha). **B:** lito de 1,3 cm en bacinete (flecha).

observando realce de la pared vesicular tras la administración del contraste (Fig. 1 A); lito en bacinete de 1,3 cm, rarefacción de la grasa mesentérica adyacente a nivel perihepático y en el ángulo hepático del colon (Fig. 1 B).

Se realiza resonancia magnética (RM) de abdomen y pelvis con contraste, en la cual se evidencia engrosamiento heterogéneo de la pared vesicular con múltiples focos quísticos hiperintensos potenciados en T2 (Fig. 2 A) y realce parietal de los septos tras la administración del contraste intravenoso, con múltiples litos en su interior. Adyacente se visualiza engrosamiento parietal colónico en topografía del ángulo hepático con marcada rarefacción de la grasa mesentérica (Fig. 2 B) potenciada en T1 con contraste intravenoso.

Se realizan colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colecistectomía convencional, diagnosticándose colecistitis crónica con absceso perivesicular y subhepático asociados. Se realiza una biopsia de la pieza anatómica, cuyos hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos fueron compatibles con XGC.

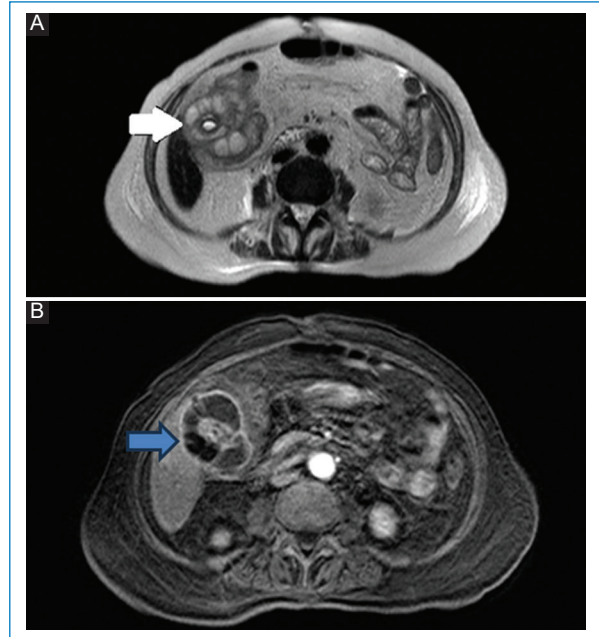


Figura 2. RM. **A:** se evidencia un engrosamiento heterogéneo de la pared vesicular con múltiples focos quísticos hiperintensos en T2 (flecha). **B:** se observa realce parietal y de los septos tras la administración del contraste, con múltiples litos en su interior en la secuencia potenciada en T1 con saturación grasa con contraste intravenoso (flecha).

La XGC es una enfermedad inflamatoria proliferativa y destructiva poco común de la vesícula biliar que se presenta más habitualmente en pacientes de sexo femenino entre los 60 y 80 años de edad. Al presentar similitudes clínicas, imagenológicas e histopatológicas con la adenomiomatosis (Fig. 3) y el adenocarcinoma vesicular (Fig. 4), resulta difícil el diagnóstico definitivo⁸. Existe un hallazgo distintivo que es la presencia de dilataciones nodulares o bandas hipodensas intramurales, correspondientes al acúmulo crónico de material inflamatorio en saculaciones propias presentes en la pared de la vesícula biliar limitadas a la capa submucosa y muscular, sin comunicación con la luz vesicular (senos de Rokitansky-Aschoff), que pueden romperse a causa del aumento de las presiones intraluminales, muy comúnmente por la impactación de un lito. Este proceso puede extenderse y afectar las estructuras subyacentes¹.

La XGC es poco habitual, pero asocia mucha morbilidad, ya que tiene componente destructivo con migración a otros órganos. Clínicamente cursa con dolor en el hipocondrio derecho. Suele ser indistinguible del carcinoma vesicular; sin embargo, hay hallazgos que orientan el diagnóstico, no presentes en todos los

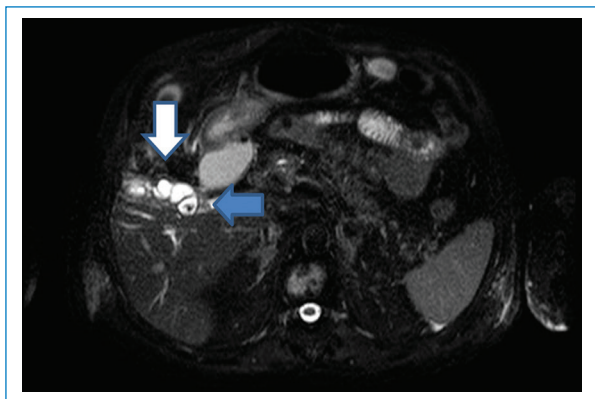


Figura 3. RM en T2 con saturación grasa, vista axial. La vesícula biliar presenta litiasis en su interior (flecha azul), con múltiples imágenes diverticulares a nivel fúndico (flecha blanca), compatible con adenomiomatosis.

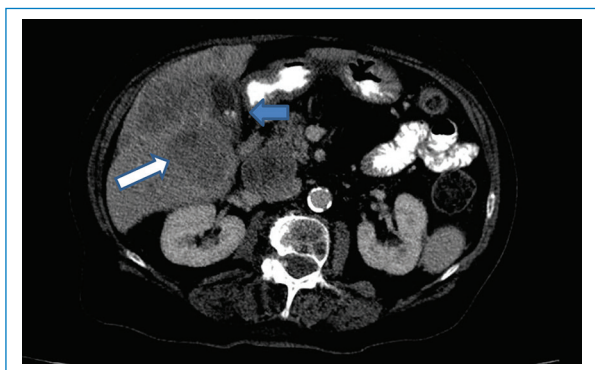


Figura 4. TC de abdomen con contraste intravenoso. Vesícula biliar poco replecionada, con litiasis en su interior y estratificación de sus paredes, con espesor parietal de hasta 0,5 cm e hiperrealce de la mucosa tras la administración de contraste intravenoso (flecha azul), la cual se encuentra en íntimo contacto con imágenes hipovasculares, de aspecto sólido, confluentes, sobre el lóbulo hepático derecho, que presentan realce heterogéneo tras la administración del contraste. Los hallazgos descritos se interpretan de aspecto neofornativo (adenocarcinoma vesicular) (flecha blanca).

casos. El mejor método para su valoración es la TC, el tratamiento continúa siendo la colecistectomía total y su confirmación es por estudio anatomopatológico.

Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiamiento para este estudio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Feng L, You Z, Gou J, Liao E, Chen L. Xanthogranulomatous cholecystitis: experience in 100 cases. *Ann Transl Med.* 2020;8:1089.
2. Goshima S, Chang S, Wang JH, Kanematsu M, Bae KT, Federle MP. Xanthogranulomatous cholecystitis: diagnostic performance of CT to differentiate from gallbladder cancer. *Eur J Radiol.* 2010;74:e79-83.
3. Houston JP, Collins MC, Cameron I, Reed MW, Parsons MA, Roberts KM. Xanthogranulomatous cholecystitis. *Br J Surg.* 1994;81:1030-2.
4. Kwon A-H, Matsui Y, Uemura Y. Surgical procedures and histopathologic findings for patients with xanthogranulomatous cholecystitis. *J Am Coll Surg.* 2004;199:204-10.
5. Lee ES, Kim JH, Joo I, Lee JY, Han JK, Choi BI. Xanthogranulomatous cholecystitis: diagnostic performance of US, CT, and MRI for differentiation from gallbladder carcinoma. *Abdom Imaging.* 2015;40:2281-92.
6. Sánchez Linares LM, Carreño González R, Doroteo Lobato A, Renza Lozada L, Guirado Isla L, García Galera A. Colecistitis xantogranulomatosa: ¿sabemos identificarla? 36 Congreso Nacional SERAM; mayo 2022. (Consultado el 05-07-2023.) Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/8617/7083>.
7. López-Grove R, Aineseder M, Orta R, Mullen E, Spina JC. Tomografía computada y resonancia magnética en la patología de la vesícula biliar: más allá de la litiasis. *Rev Argent Radiol.* 2023;86:251-61.
8. Singh VP, Rajesh S, Bihari C, Desai SN, Pargewar SS, Arora A. Xanthogranulomatous cholecystitis: what every radiologist should know. *World J Radiol.* 2016;8:183-91.