

REPORTE DE CASOS

Colecistitis Xantogranulomatosa: Análisis de 6 casos.

Gustavo Reaño*, Juvenal Sanchez***, Eloy Ruiz**, Juan Celis**, Eduardo Payet**, Francisco Berrospi**, Ivan Chavez**, Frank Young**, Franco Doimi***

RESUMEN

La colecistitis xantogranulomatosa (CX) es una rara variedad de colecistitis crónica, no reportada aún en nuestro medio, caracterizada por la presencia de infiltrado inflamatorio crónico, formación de granulomas no caseosos con fibrosis y severa reacción histiocitaria con macrófagos ricos en lípidos vacuolados de citoplasma amplio ("foam cells"). El presente estudio tiene como objeto describir y analizar los hallazgos clínicos, radiológicos, quirúrgicos y patológicos de 6 casos de colecistitis xantogranulomatosa que fueron identificados en una revisión retrospectiva de 191 historias clínicas de pacientes colecistectomizados con diagnóstico anatomopatológico de colecistitis crónica en nuestro departamento desde 1939 al 2004. La presentación clínica se caracterizó por presencia de masa palpable al examen físico y pérdida ponderal marcada. Tres presentaron cuadro de colecistitis aguda. Se presentaron complicaciones en dos pacientes. La apariencia vesicular a la ultrasonografía, tomografía y/o a la laparotomía fueron similares a un cáncer de vesícula localmente avanzado. No se identificó carcinoma de vesícula coexistente en ninguno de los especímenes. La vesícula se resecó en bloque con parénquima hepático adyacente en todos los casos y en un paciente se resecó además segmento colónico. La CX puede simular una neoplasia maligna hepatobiliar y obligar a un tratamiento quirúrgico oncológico acorde con ella. En casos de tumores de vesícula que podrían considerarse inoperables cabe la posibilidad de estar frente a una colecistitis xantogranulomatosa, una condición benigna manejable con tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: Colecistitis, Colecistitis xantogranulomatosa.

* Médico Residente de Cirugía Oncológica Abdominal, INEN, UPOCH

** Departamento de Abdomen, Instituto Enfermedades Neoplásicas Eduardo Cáceres Graziani"

*** Departamento de Anatomía Patológica, Instituto Enfermedades Neoplásicas "Eduardo Cáceres Graziani"

SUMMARY:

Xanthogranulomatous cholecystitis (CX) is a rare kind of chronic cholecystitis, not yet reported in our media, characterized by the presence of chronic, inflammatory infiltration, formation of granulomas, with fibrosis and severe histiocytic reaction with macrophages rich in foam cells. The object of this study is to establish the clinical, radiological and histopathological pattern of CX, by means of the analysis of 6 cases identified in a retrospective check of 191 medical histories of cholecystectomized patients suffering from anatomopathological diagnosis of chronic cholecystitis, in the Department of Abdomen of the Institute of Neoplastic Diseases, from 1939 to 2004. The clinical presentation was characterized by the presence of a palpable mass on physical examination and weight loss. There were complications in two patients. The ultrasonograph, tomograph and/or laparotomy scans of the vesicle were similar in appearance to a locally advanced vesicular cancer. In none of the specimens was the coexistence of a vesicular carcinoma identified. The vesicle was dried out in block with adjacent hepatic parenchyma in all cases. The CX can simulate a hepatobiliary malignant neoplasia and require suitable oncological surgical treatment. In cases of vesicular tumors, which can be considered inoperable there is the possibility of being faced with a xanthogranulomatous cholecystitis (CX), a benign condition treatable with surgery.

KEYWORDS: Xanthogranulomatous cholecystitis. Fibroxanthogranulomatous cholecystitis.

INTRODUCCIÓN

La Colecistitis Xantogranulomatosa (CX) es una condición inflamatoria crónica rica en macrófagos, caracterizada por densos infiltrados de células espumosas ("foam cells") acompañada de marcada fibrosis, con varios grados de compromiso de una o todas las capas de la pared vesicular. La inflamación y fibrosis lleva a un engrosamiento tipo tumoral de la pared, con apariencia de nódulos o estrías amarillentas, que puede extenderse hacia estructuras y órganos adyacentes simulando un comportamiento neoplásico maligno.¹ La ocurrencia de CX en vesículas resecaadas quirúrgicamente oscila entre 1 a 2 %.^{2,3} Desde la primera descripción de CX en 1970 por Christensen e Ishak, quienes usaron el término de inflamación fibroxantogranulomatosa, se han publicado múltiples reportes que describen las características histológicas y radiológicas de esta enfermedad.^{1,2,3} En nuestro medio no existen aún reportes de esta patología. El presente estudio tiene como objeto describir y analizar retrospectivamente 6 casos encontrados en nuestra institución.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron 191 historias clínicas de pacientes colecistectomizados con diagnóstico anatomopatológico de colecistitis crónica, habiendo sido operados la mayoría por sospecha de cáncer de vesícula o cáncer de hígado, y el resto, por cólico biliar o colecistitis aguda, que se desarrollaron en forma intercurrente en pacientes con neoplasia maligna en tratamiento o en seguimiento. Estos pacientes fueron operados en el Departamento de Abdomen del Instituto de Enfermedades Neoplásicas "Eduardo Cáceres Graziani" desde 1939 al 2004. De este grupo inicial se identificaron 22 casos cuyos hallazgos histopatológicos fueron sugestivos de colecistitis xantogranulomatosa a la descripción microscópica, por lo que

se procedió a la revisión de las láminas patológicas por dos patólogos, independientemente. (J.S., F.D.) Se identificó que 6 de estos cumplían con los siguientes criterios histopatológicos que establecimos para definir el caso como CX: 1) Presencia de abundantes histiocitos con citoplasma espumoso (foam cells). 2) Reacción granulomatosa con células gigantes. 3) Sales biliares y cristales de colesterol en el infiltrado inflamatorio. 4) Infiltrado inflamatorio crónico y agudo variable de tipo "invasivo" o "pseudotumoral" en las estructuras adyacentes, y 5) Fibrosis. Las historias clínicas de estos 6 pacientes, incluyendo hallazgos clínicos, laboratoriales, radiológicos, quirúrgicos y patológicos fueron revisadas y analizadas, siendo la información completa en todos los casos.

RESULTADOS*Frecuencia*

Los 6 pacientes fueron de sexo masculino. Las edades estuvieron en un rango de 33 a 62 años (promedio 52.3). (Tabla 1)

La frecuencia de colecistitis xantogranulomatosa en los especímenes de colecistectomía por colecistitis crónica en nuestro Instituto ha sido de 3.1%.

Características clínicas

Todos los pacientes presentaron como síntoma principal de inicio, dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de intensidad y periodicidad variable. Tres pacientes se presentaron con cuadro de colecistitis aguda. Los 6 pacientes manifestaron hiporexia y baja ponderal marcada (entre 8 a 15 kg). En tres hubo náuseas y vómitos. Asimismo ictericia leve en tres pacientes que fueron los que se presentaron con

Tabla 1. Características de 6 pacientes con Colecistitis Xantogranulomatosa

Paciente	Edad	Sexo Preoperatorio	Diagnóstico	Operación
1	33	M	Cáncer de vesícula	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V + Resección segmento colon en bloque
2	60	M	Cáncer de vesícula	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V en bloque
3	62	M	Cáncer de hígado	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V + Resección fistula colecistoduodenal en bloque + Exploración de vías biliares
4	57	M	Cáncer de vesícula	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V
5	47	M	Cáncer de vesícula	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V
6	55	M	Cáncer de vesícula	Colecistectomía + subsegmentectomía IVB-V

cuadro agudo. Al examen se encontró masa palpable a nivel de hipocondrio derecho, en 5 pacientes. Uno de los pacientes fue sometido a colecistectomía de emergencia por sospecha de perforación vesicular; en el resto el intervalo entre el diagnóstico y la cirugía fue entre 3 y 15 meses. Ninguno tuvo cirugías previas y sólo uno presentaba hipertensión arterial como comorbilidad.

Resultados de Laboratorio

Hubo discreta hiperbilirrubinemia en 3 pacientes. Elevación de fosfatasa alcalina en 5 pacientes. Las transaminasas estuvieron elevadas en 3 pacientes. Leucocitosis se observó en los pacientes que desarrollaron cuadro agudo. Dos pacientes tuvieron Ca 19-9, CEA y AFP dentro de límites normales.

Hallazgos radiológicos

La ultrasonografía mostró en todos los casos engrosamiento de la pared vesicular, en 4 de los cuales se describió de característica irregulares, hiperecogénica, heterogénea y mixta, y presencia de septos internos en un caso. En un paciente se identificó masa ovoide festoneada que fue interpretada como dependiente de hígado no identificándose la vesícula. (caso 3) Se identificaron cálculos en 5 de los pacientes, encontrándose litos subsecuentemente en la cirugía en todos

los pacientes. En un caso se identificó cálculo coledociano confirmado luego en colangiografía postoperatoria transhepática. Se encontró edema periférico en 1 caso. No se identificaron colecciones, ni gas en vías biliares. En los 5 casos estudiados se concluyó que los hallazgos ecográficos eran sospechosos de cáncer de vesícula, y en 1 se sospechó cáncer de hígado, no sugiriéndose en ningún caso el diagnóstico de CX.

Como resultado de los hallazgos ultrasonográficos anormales 5 de los pacientes fueron sometidos a tomografía axial computarizada. (Tabla 2). A un paciente se le realizó adicionalmente un estudio de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en la que se encontró un cístico largo tortuoso y una pared vesicular deformada con presencia de vegetaciones, con cálculo de 20mm en el interior.

Manejo quirúrgico

Todos los pacientes fueron sometidos a colecistectomía con subsegmentectomía hepática IVB y V en bloque. En un paciente adicionalmente se reseco segmento colónico transversal en bloque (Tabla 1), debido a firme adherencia de la masa vesicular a la pared del colon.

El tiempo operatorio promedio fue de 224 minutos. (rango 195-255)

Tabla 2. Características tomográficas en pacientes con colecistitis xantogranulomatosa

Paciente No.	Características tomográficas
1	Engrosamiento de pared vesicular con extensión a segmentos IVB y V Alteración de la grasa perivesicular No se observa interfase con ángulo hepático del colon
2	Engrosamiento irregular de la pared con zonas hipodensas intramurales con infiltración hepática (Fig 1) Líquido perivesicular
3	Paredes engrosadas irregulares Lesión hepática hipodensa en segmentos IVB y V Adenopatías hiliares y peripancreáticas
4	Lesión heterogénea mixta con componente sólido de pared vesicular a predominio de fondo Lesión infiltra segmento V Imagen hipodensa de colédoco distal
5	Engrosamiento pared vesicular. Fondo con signos de infiltración hepática

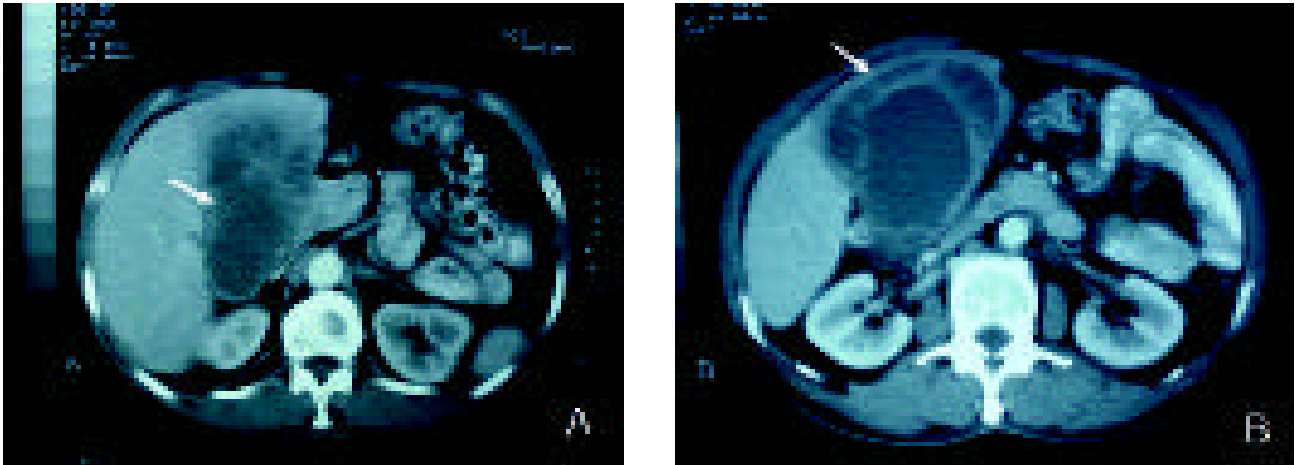


Fig. 1. Caso 2. (A) Marcado engrosamiento de pared vesicular y pérdida de la interfase con el parénquima hepático. (B) Engrosamiento nodular hipodenso de la pared vesicular (“banda vesicular”).

Se requirió transfusión sanguínea de concentrado de glóbulos rojos (500cc) en un caso.

En un paciente se realizó exploración de vías biliares por identificación preoperatoria de coledocolitiasis, sin embargo durante el acto quirúrgico ésta no se evidenció. El colédoco se cerró sobre un tubo en T. Este paciente desarrolló fuga de característica biliosa de bajo gasto a través de drenaje laminar, por lo que se le practicó una colangiografía transkehr objetivándose presencia de cálculo residual, el cual fue extraído sin complicaciones a través de papiloesfintorotomía endoscópica. A este mismo paciente se le resecó fístula colecistoduodenal en bloque con la pieza operatoria cerrándose pared duodenal con 1 plano de puntos separados de material reabsorbible.

Todos los pacientes fueron laparotomizados con diagnóstico preoperatorio de cáncer de vesícula en 5 y de hígado en 1; basados en los hallazgos clínicos (masa palpable y baja de peso) y radiológicos. Se encontró como hallazgo común, densas adherencias inflamatorias perivesiculares, vesícula de paredes engrosadas, de aspecto tumoral, aplastronada, con aparente infiltración de parénquima hepático, cálculos, y en un caso densa adherencia a segmento de colon transverso. En cuatro pacientes se evidenciaron adenopatías regionales tanto del hilio hepático como de la arteria hepática realizándose en dos de ellos disección ganglionar del hilio hepático, ligamento hepatoduodenal y arteria hepática, y en uno de ellos, adicionalmente, disección del tronco celíaco y del grupo ganglionar retropancreático.

En un paciente se encontró líquido biliopurulento libre en cavidad por perforación de 1 cm a nivel del fondo vesicular. En todos los pacientes se realizó biopsia por congelación cuyos resultados se resumen en la Tabla 3.

En el caso en el cual se informó hallazgos sugestivos de carcinoma en nódulo hepático (caso 3), se confirmó ausencia de malignidad a los cortes de parafina e inmunohistoquímica.

Tabla 3. Resultados de biopsia-congelación de 6 casos de colecistitis xantogranulomatosa

Pacientes No.	Resultado de biopsia congelación
1	Colecistitis crónica con infiltración hepática
2	Colecistitis crónica xantogranulomatosa
3	Pared de vesícula: Inflamación crónica, nódulo hepático: sugerente de carcinoma
4	Tejido necrótico, hiperplasia regenerativa
5	Colecistitis aguda supurada
6	Colecistitis aguda y crónica

En dos pacientes se desarrollaron complicaciones postoperatorias. El paciente, al que se le realizó la resección colónica (caso 1), fue dado de alta en el octavo día postoperatorio, reingresando cuatro días después, confirmándose en estudio tomográfico presencia de absceso subhepático el cual fue drenado por vía percutánea sin complicaciones, siendo dado de alta en el vigésimo cuarto día postoperatorio. En otro caso en quien se resecó fístula colecistoduodenal, se presentó fuga biliar de bajo gasto, a descartar fístula biliar, la cual no se demostró con estudio colangiográfico transkehr, evidenciándose sí, presencia de litiasis coledociana residual con manejo endoscópico satisfactorio. Asimismo fuga biliar desapareció espontáneamente al octavo día postoperatorio, siendo dado de alta en el noveno día después de la cirugía. La estancia hospitalaria postoperatoria fue en promedio 9.5 días (rango de 5 a 24 días).

Características patológicas

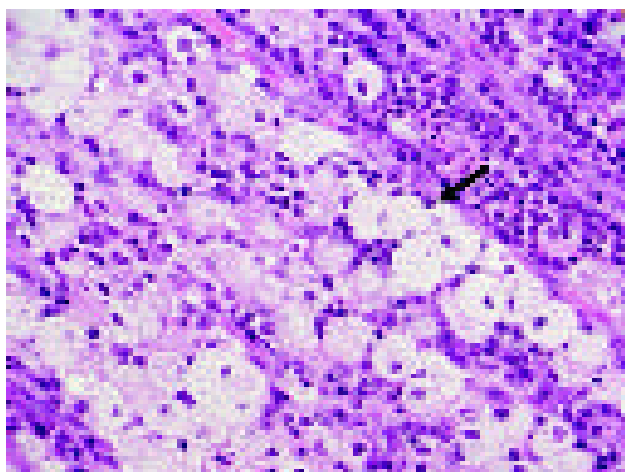
A la macroscopía se identificó tejido pardo amarillento xantogranulomatoso, fibrótico, el cual se extiende al parénquima hepático adyacente. En algunos casos se apreciaron zonas hemorrágicas y necróticas. (Fig. 2)



Fig. 2 Caso 2. Se aprecia vesícula biliar con tejido amarillento pseudotumoral, que infiltra el parénquima hepático adyacente y zona necrótica intramural. Presencia de cálculo.

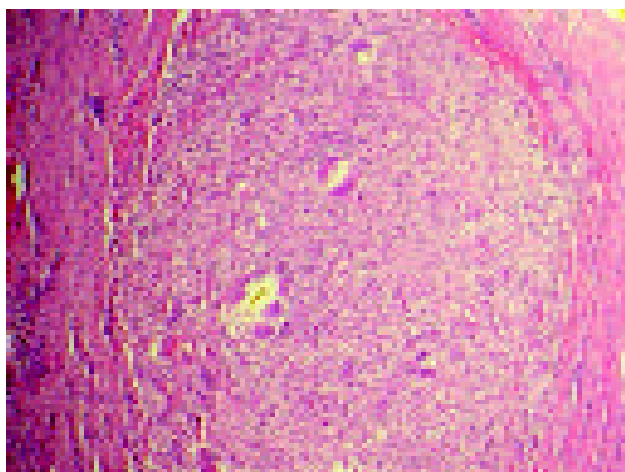
Características microscópicas

Se revisaron preparados histológicos teñidos con hematoxilina eosina, de pacientes con diagnóstico histopatológico de colecistitis crónica pero que presentaban características sugestivas de colecistitis xantogranulomatosa en la descripción microscópica. Fueron seleccionados los casos que cumplieron con los criterios de: 1) Presencia de abundantes histiocitos con citoplasma espumoso (foam cells). 2) Reacción Granulomatosa con células gigantes. 3) Sales biliares y cristales de colesterol en el infiltrado inflamatorio. 4) Infiltrado inflamatorio crónico y agudo variable de tipo "invasivo" o "pseudotumoral" en las estructuras adyacentes, y 5) Fibrosis.

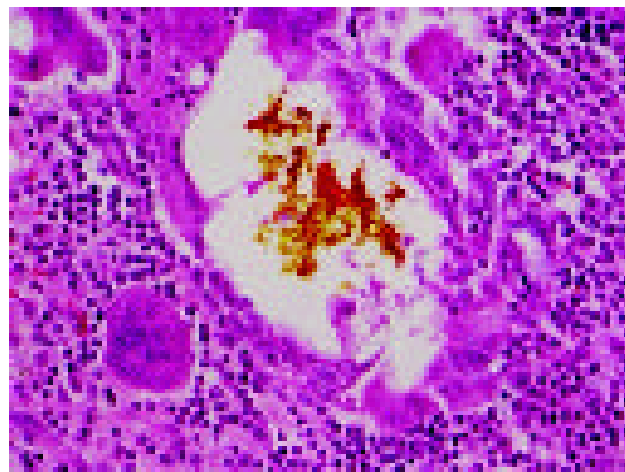


(A)

Fig. 3. Cambios histopatológicos en la colecistitis xantogranulomatosa. (A) Presencia de abundantes macrófagos de citoplasma espumoso ó "foam cells" con infiltrado inflamatorio agudo y crónico, (B) Formación de granulomas, (C) Reacción inflamatoria crónica granulomatosa de tipo cuerpo extraño con bilis en la parte central.



(B)



(C)

DISCUSION

La Colecistitis Xantogranulomatosa (CX) es un raro proceso no neoplásico, inflamatorio, destructivo de la vesícula que se cree corresponde a una variante de la colecistitis crónica. Diversos términos se han usado para describir este proceso incluyendo granuloma ceroide, granuloma histiocítico tipo ceroide, inflamación fibroxantogranulomatosa y colecistitis granulomatosa biliar, aunque ahora la mayoría de autores lo refieren como colecistitis xantogranulomatosa, término acuñado por McCoy en 1976.^{1,2,3}

La mayoría de investigadores postulan que la extravasación de bilis en la pared vesicular es un importante factor patogénico.¹⁻⁶ La fuga de bilis que ocurre tanto por la ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff o por ulceración de la mucosa, incitaría una reacción inflamatoria severa en el tejido intersticial compuesto de fibroblastos y macrófagos, los cuales en el proceso de fagocitosis ineludible del colesterol y los fosfolípidos biliares, condiciona secundariamente una descarga enzimática destructiva del microambiente hístico de la pared vesicular y su entorno. La obstrucción y la infección crónica condicionadas por la presencia de cálculos han sido implicados como factores contributivos en similitud a lo experimentalmente demostrado en la pielonefritis xantogranulomatosa.¹⁻⁷

Goodman y cols. del Rochester Medical Center, de New York, enfatizan la necesidad de familiarización de los cirujanos generales con esta patología ya que la CX puede mimetizar una neoplasia hepatobiliar en su presentación clínica, hallazgos radiológicos, apariencia intraoperatoria, y raramente, histológica.⁷

Estudios retrospectivos de la frecuencia de CX en vesículas resecaadas quirúrgicamente van en un rango de 0.7 a 5.2%, pero los estudios más grandes encuentran una frecuencia entre 1 a 2%, con una incidencia similar por 100,000 habitantes.^{2,3} En nuestro estudio hemos encontrado una frecuencia del 3.1% de CX de todos los especímenes resecaados por colecistitis crónica. Una leve preponderancia del sexo femenino ha sido reportada en la literatura (1.5-1.7:1) con picos de incidencia entre la sexta y séptima década de la vida.^{2,3} Sin embargo reportes últimos detectan mayor número de pacientes varones (2:1) con promedio de edad en la quinta década de la vida.^{8,9} Nuestros seis pacientes fueron de sexo masculino y la edad promedio fue de 52.3 años, una tendencia epidemiológica llamativa que queda por contrastar con otras experiencias futuras en nuestro medio.

Se reporta que la presentación clínica de la CX no difiere del espectro de la colelitiasis y que no existen características específicas de la enfermedad,^{2,5} sin embargo, en la serie presentada todos los pacientes manifestaron hiporexia y baja ponderal marcada (8-15kg), y al examen se identificó masa palpable en 5 de 6 pacientes, hallazgos que son menos comunes en la colecistitis aguda o crónica. Estos hallazgos sugieren que anorexia, baja de peso y masa palpable podrían ser más frecuentes en la CX. Existen reportes que describen presencia de masa palpable en algo menos de la mitad de los casos.^{2,5} Ictericia leve se presentó en la mitad de los pacientes que fueron los que se presentaron en forma aguda.

De acuerdo a lo reportado por otros autores hemos encontrado una alta incidencia de complicaciones (33.3%) en la historia natural de la enfermedad, que incluye a un paciente con fístula colecistoduodenal y otro con perforación vesicular y peritonitis consecuente. Un caso adicional ingresó a sala de operaciones con cuadro de colecistitis aguda no encontrándose mayores complicaciones. Esto parece deberse al patrón de comportamiento inflamatorio destructivo de esta enfermedad, que condiciona necrosis y posterior perforación del órgano, así como comunicaciones fistulosas con los órganos contiguos.

Los hallazgos de laboratorio no fueron específicos de esta enfermedad. Los marcadores tumorales fueron negativos en los 2 pacientes a quienes se les solicitó. Sin embargo, se ha descrito la posibilidad de elevación del Ca 19-9 en casos de CX.¹⁰

Radiológicamente las características de la CX a la ultrasonografía y la tomografía en reportes y series de casos, han sido engrosamiento nodular y aumento de la atenuación de la pared vesicular asociado a signos de colecistitis, indistinguibles de un carcinoma vesicular.^{6,11-13} Sin embargo en el estudio de Chu y cols.⁶, la presencia de nódulos intramurales de baja atenuación que ocupan grandes áreas de una engrosada pared vesicular, sería el único hallazgo que puede sugerir con algún grado de certeza el diagnóstico de CX. La preservación de la uniformidad de la mucosa y el grado de atenuación de la pared no lograron ser significativos para diferenciación con el carcinoma de vesícula. La presencia de adenopatías, infiltración hepática y de la grasa perivesicular no permiten tampoco esta diferenciación, siendo sólo la evidencia de metástasis hematogena al hígado signo ineludible de enfermedad maligna.

Sólo en uno de nuestros casos, la tomografía mostró signos altamente sospechosos de CX (Fig.1), sin embargo, en todos, la conclusión radiológica fue de signos en relación a neoplasia maligna, en 5 de la vesícula y en 1 de origen hepático (Caso No.3).

El tratamiento quirúrgico de elección, considerando que esta enfermedad se origina y usualmente queda confinada a la pared vesicular, es la colecistectomía simple.^{2-5,8,9} No es posible sobre la base de los estudios publicados decir si es necesario resecaar todos los tejidos comprometidos si hay infiltración extensa de las estructuras adyacentes.¹⁴ Sin embargo, Houston y cols. reportan 10% de ocurrencia de cáncer de vesícula en pacientes con CX, por lo que recomiendan resecaar todos los tejidos afectados adyacentes, por lo menos en casos con compromiso extenso, incluyendo las fístulas asociadas.^{5, 14}

En todos nuestros casos se hizo estudio histológico intraoperatorio en vista de la dificultad para diferenciar esta patología del carcinoma de vesícula. En todos se obtuvo resultados negativos a neoplasia, (sólo un caso sugerente de carcinoma descartado en parafina), sin embargo, la estrategia quirúrgica con criterio oncológico, de resección en bloque y en 2 casos disección ganglionar, no cambió, en vista de la posibilidad aún, de estar frente a un cáncer concomitante y a la luz de la agresividad e invasividad evidenciada en el acto operatorio, incluyendo infiltración hepática en todos los pacientes, y en un caso, adicionalmente, compromiso de un

segmento de colon. Además, la pérdida del plano de disección entre la vesícula y el lecho hepático, condicionaba por sí misma la necesidad de realizar la hepatectomía del lecho.¹⁵ La dificultad en diferenciar esta enfermedad del cáncer vesicular, y por ende, actuar en congruencia, realizando una cirugía oncológica, se refleja en el reporte de Enomoto y cols. de un caso de hepatoduodenopancreatectomía por CX en el que se sospechaba carcinoma de vesícula estadio IV.¹⁶

El aumento de incidencia de cáncer de vesícula en el contexto de una CX es controversial en el momento, como lo plantea Vinod y cols.⁴, en un estudio en el cual sólo identifica 1 caso de carcinoma de vesícula de un total de 42 casos de CX, en contraposición al 10% encontrado en 31 pacientes evaluados por Houston et al. No se halló cáncer de vesícula concomitante en ninguno de nuestros pacientes. No hubo mortalidad postoperatoria y se presentaron complicaciones en 2 pacientes, haciendo una morbilidad del 33.3%. Nuestros casos fueron seleccionados siguiendo estrictamente los criterios histopatológicos establecidos para esta enfermedad.^{1,17,18}

Los focos inflamatorios xantogranulomatosos, se confirmó histopatológicamente, que infiltraban el parénquima hepático adyacente en todos los casos, lo cual demuestra el comportamiento invasivo, "pseudomaligno" de esta enfermedad que mimetiza al carcinoma vesicular con todas sus implicancias.¹⁴⁻²⁰

En resumen, la CX es un proceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar de comportamiento destructivo que puede simular un carcinoma de vesícula avanzado y obligar a realizar un tratamiento quirúrgico radical, con criterio oncológico, a pesar de obtener biopsias por congelación negativas, en vista de los hallazgos quirúrgicos de características invasivas. La resección en bloque al enfrentar una enfermedad con patrón infiltrativo de la cual se tiene duda etiológica, creemos que es una actitud prudente y segura. Asimismo se debe enfatizar que este proceso al simular una neoplasia avanzada hepatobiliar puede considerarse en algunos centros como inoperables y ser sometidos a tratamientos conservadores que restarían el beneficio de extirpar la enfermedad, más aún cuando la tasa de complicaciones (colecistitis aguda, fístulas, perforación) parece ser alta y existe además un riesgo potencial de desarrollo de cáncer o éste encontrarse en forma concomitante en estadios potencialmente curables.

BIBLIOGRAFIA

- ALBORES-SAAVEDRA J, HENSON D, KLIMSTRA D. Tumors of the Gallbladder, Extrahepatic Bile Ducts, and Ampulla of Vater. Tumor-Like Lesions of Gallbladder. Atlas of Tumor Pathology. Armed Forces Institute of Pathology (2000).
- REED A, RYAN CH, SCHWARTZ S. Xanthogranulomatous Cholecystitis. J Am Coll Surg 1994 Aug, (179). 249-252.
- BENBOW E. Xanthogranulomatous Cholecystitis. Br J Surg 1990, (77). 255-256.
- VINOD D, ANAND P, ANURAG G, PANDEY M, GAUTAMA, MOHANK, VIJAYS. Xanthogranulomatous Cholecystitis. Dig Dis Sci, Vol. 43 No. 5. 940-942, May 1998.
- HOUSTON J, COLLINS M, CAMERON I, REED M, PARSONS M, ROBERTS K. Xanthogranulomatous Cholecystitis. Br J Surg 1994, 81. 1030-1032.
- CHUN K, HA HK, YU ES, SHINN KS, KIM KW, LEE DH, KANG SW, AUH YH. Xanthogranulomatous Cholecystitis: CT Features with Emphasis on Differentiation from Gallbladder Carcinoma. Radiology 1997. (203) No. 1. 93-97.
- GOODMAN ZD, ISHAK KG. Xanthogranulomatous Cholecystitis. Am J Surg Path 1981. 5: 653-9.
- GUZMÁN-VALDIVIA G. Xanthogranulomatous Cholecystitis World J. Surg. Vol. 28, No. 3, March 2004
- A-HONKWON, YOICHIMATSUI, YOSHIKOUEMURA. Surgical Procedures and Histopathologic Findings for Patients with Xanthogranulomatous Cholecystitis. J Am Coll Surg 2004 Aug (199) 2: 204-210.
- ADACHI Y, ISO Y, MORIYAMA M, KASAI T, HASHIMOTO H. Increased serum CA19-9 in patients with xanthogranulomatous cholecystitis. Hepatogastroenterology. 1998 Jan-Feb;45(19):77-80.
- CASAS D, PEREZ-ANDRES R, JIMENEZ JA, MARISCAL A, CUADRAS P, SALAS M, GOMEZ-PLAZA MC Xanthogranulomatous cholecystitis: a radiological study of 12 cases and a review of the literature. Abdom Imaging. 1996 Sep-Oct;21(5):456-60
- SHUTO R, KIYOSUE H, KOMATSU E, MATSUMOTO S, KAWANO K, KONDO Y, YOKOYAMA S, MORI H. CT and MR imaging findings of xanthogranulomatous cholecystitis: correlation with pathologic findings Eur Radiol (2004) 14:440-446.
- ROS P, GOODMAN Z. Xanthogranulomatous Cholecystitis versus Gallbladder Carcinoma. Radiology. 1997 (203) No.1. 10-12.
- PINOCY J, LANGE A, KÖNIG C, KAISERLING E, BECKER H, KRÖBER S. Xanthogranulomatous cholecystitis resembling carcinoma with extensive tumorous infiltration of the liver and colon Langenbecks Arch Surg (2003) 388:48-51.
- RUSO L, RONDAN M, RODRÍGUEZ G, MORI R, VERCELLI J, BALBOA O.- Colecistitis aguda o cáncer de vesícula... ? Cir Uruguay 1999;69:103 - 107
- ENOMOTO T, TODOROKI T, KOIKE N, KAWAMOTO T, MATSUMOTO H. Xanthogranulomatous cholecystitis mimicking stage IV gallbladder cancer. Hepatogastroenterology. 2003 Sep-Oct;50(53):1255-8.

-
17. ROBERTS KM, PARSONS MA. Xanthogranulomatous cholecystitis: clinicopathological study of 13 cases. *J Clin Pathol.* 1987 Apr;40(4):412-7
 18. FRANCO V, ARAGONA F, GENOVA G, FLORENA AM, STELLA M, Campesi G Xanthogranulomatous cholecystitis. Histopathological study and classification. *Pathol Res Pract.* 1990 Jun;186(3):383-90.
 19. BALAGUE C, TARGARONA EM, SUGRANES G, REY MJ, ARCE Y, VIELLA P, Trias M Xanthogranulomatous cholecystitis simulating gallbladder neoplasm: therapeutic implications *Gastroenterol Hepatol.* 1996 Dec;19(10):503-6.
 20. TAKADA M, HORITA Y, OKUDA S, OKUMOTO S, SAMIZO M, WADA T, KURODA Y, MAEDA S. Genetic analysis of xanthogranulomatous cholecystitis: precancerous lesion of gallbladder cancer? *Hepatogastroenterology.* 2002 Jul-Aug;49(46):935-7.

