

Colecistitis xantogranulomatosa: Exhibición académica y claves imagenológicas para su diagnóstico diferencial con neoplasia vesicular a partir de casos

Espinoza A¹, Muñoz E², Molina N³

(1)Residente de Imagenología. Universidad San Sebastián. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

(2)Patólogo. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

(3)Médico Radiólogo Staff. Fellowship de imágenes abdominales. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

Servicio de Imagenología - Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
Universidad San Sebastián

Introducción

- La **colecistitis xantogranulomatosa** (CXG) es una forma poco frecuente colecistitis crónica, caracterizada por inflamación destructiva con macrófagos espumosos y fibrosis
- Aunque benigna, puede **imitar al cáncer de vesícula biliar** (CaV) tanto clínica como radiológicamente, lo que dificulta su reconocimiento preoperatorio y puede condicionar tratamientos más agresivos de forma innecesaria
- La imagen, particularmente la **TC** y **RM**, ofrece herramientas claves para orientar el diagnóstico diferencial

Objetivos

- Desarrollar una exhibición académica enfocada en los hallazgos imagenológicos en TC y RM de la CXG que nos ayuden a diferenciarla del CaV, a partir de casos locales confirmados con histología
- Finalmente, realizamos una propuesta de un conjunto de hallazgos cardinales, que contribuyan a mejorar la sospecha diagnóstica preoperatoria

Desarrollo del tema

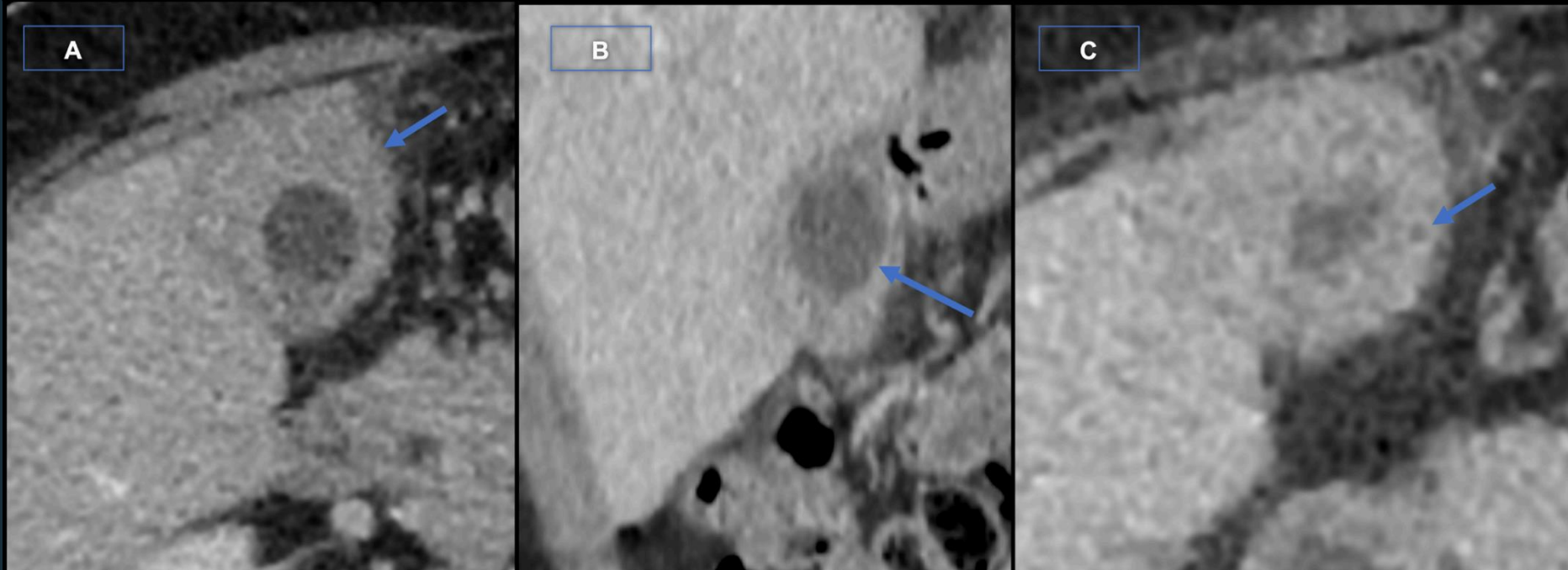
- La CXG es una **variante poco común de colecistitis crónica**, que se caracteriza por un proceso inflamatorio destructivo focal o difuso, se postula secundario a la ruptura de los senos de Rokitansky-Aschoff, con la consecuente acumulación de histiocitos espumosos, macrófagos y fibrosis proliferativa
- En nuestro país, presenta una **prevalencia** del 3,23%, con predominio en la mujer (67,4%) y edad promedio de 53,5 años.
- Los síntomas incluyen dolor abdominal, vómitos, ictericia obstructiva y Murphy positivo. Síntomas inespecíficos, que se pueden encontrar en el CaV y colecistitis aguda.
- La CXG, aunque es benigna, puede mostrar un comportamiento **localmente agresivo**, con complicaciones como perforaciones, abscesos y fístulas (hasta un 32%), comprometiendo hígado, duodeno y colon transverso adyacente.
- Estas características pueden simular un CaV, dificultando la diferenciación radiológica.

Hallazgos en TC

1. Engrosamiento difuso de la pared
2. Línea mucosa continua
3. Nódulos intramurales hipodensos
4. Ausencia de invasión hepática macroscópica
5. Ausencia de dilatación de la vía biliar intrahepática

La presencia de tres criterios orienta a CXG por sobre CaV⁶ :

S: 83% ; **E:** 100%



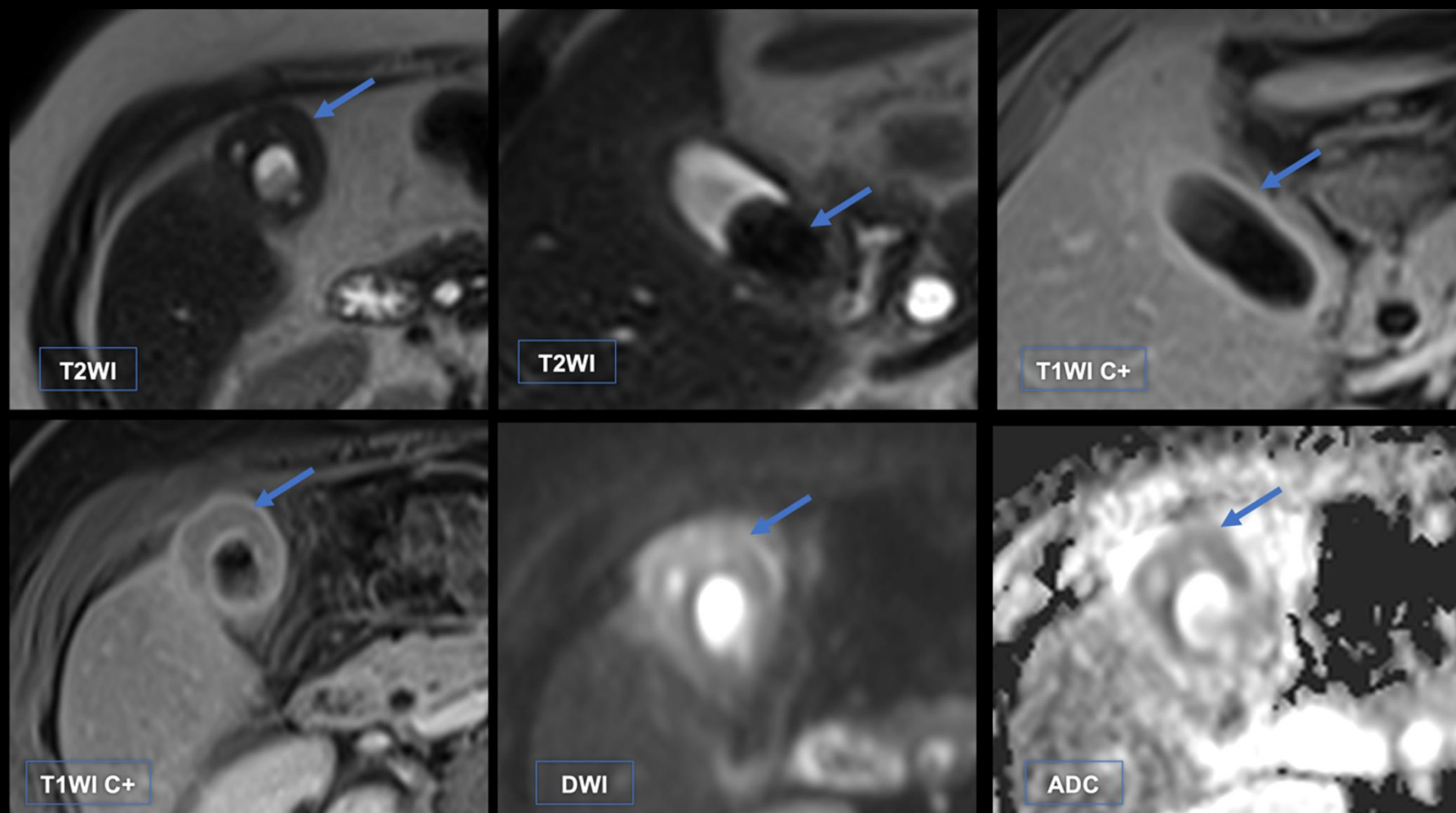
Imágenes seleccionadas con zoom de TC de abdomen con contraste en paciente con histología confirmada de CXG, adquisiciones axiales (A y C) y reconstrucción coronal (C). A: Engrosamiento parietal vesicular difuso que realza en forma heterogénea con el contraste intravenoso (CIV). B: Realce continuo de la mucosa. No se observa un claro plano de clivaje con el parénquima hepático adyacente. C: Nódulo hipodenso intramural.

Hallazgos en RM

1. Engrosamiento difuso de la pared
2. Línea mucosa continua
3. Ausencia de retracción de la mucosa
4. Colelitiasis
5. Focos de alta señal T2 intramural
6. Engrosamiento parietal de señal intermedia/alta señal T1
7. Restricción en difusión (elemento compartido con el CaV; 56% en CXG y 89% en CaV)
8. Patrón de realce (heterogéneo orienta a CXG y capa interna gruesa con realce pronunciado orienta a CaV)
9. Fase de realce máximo (en fase venosa/tardía orienta a CXG, realce temprano a CaV)

La presencia de 6 hallazgos, orientan a CXG por sobre CaV ¹

S: 87% ; E: 100%

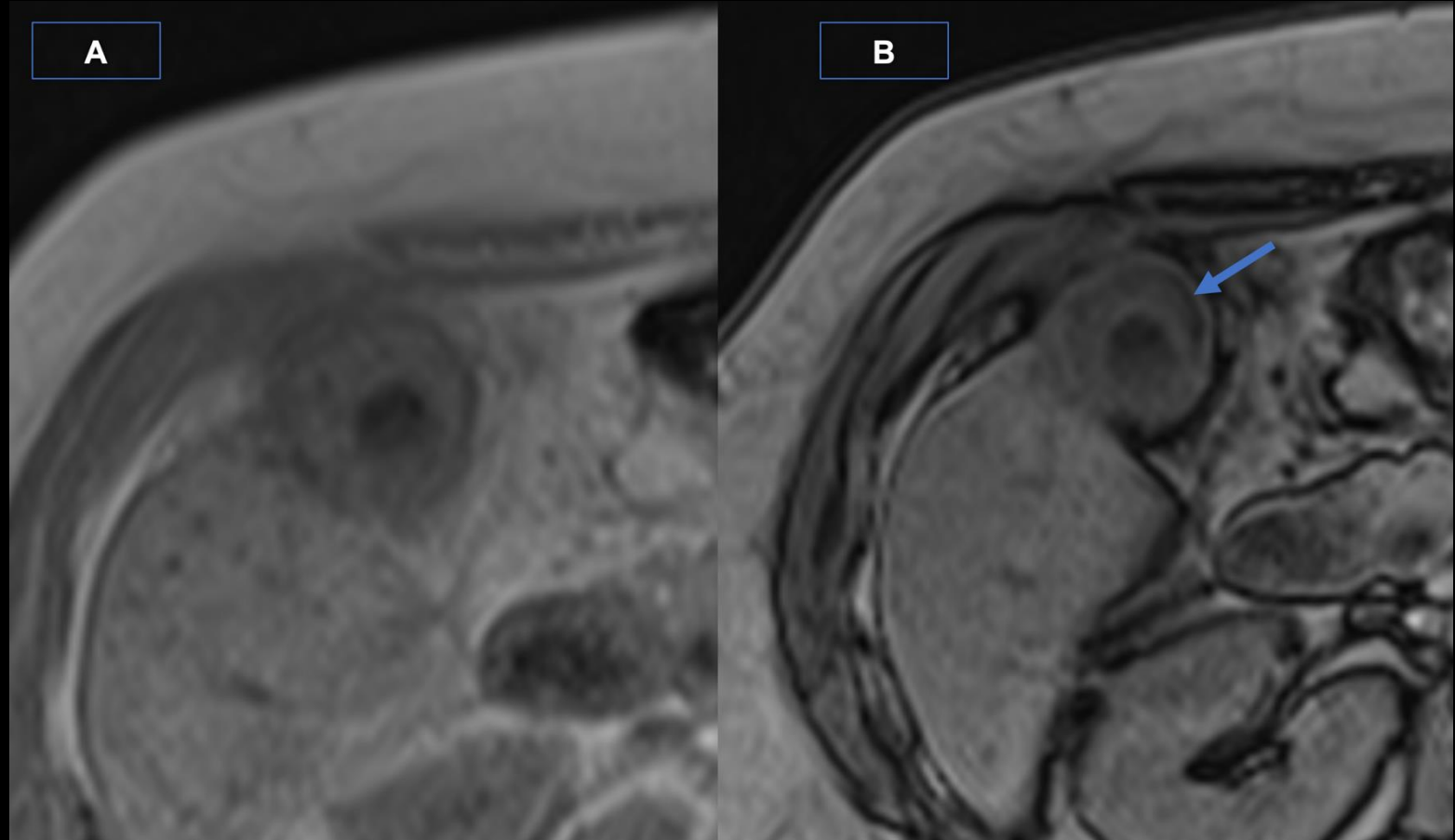


Imágenes seleccionadas con zoom de RM de abdomen con contraste en paciente con histología confirmada de CXG. Adquisiciones axiales en T2, T1 contrastada y difusión/ADC. Se observa engrosamiento parietal vesicular difuso con nódulos de alta señal en T2, línea mucosa continua y colelitiasis. El engrosamiento parietal realza en forma heterogénea con el CIV y restringe en difusión.

¹ Han, S., Lee, Y. H., Kim, Y. R., & Soh, E. G. (2024). Usefulness of MRI scoring system for differential diagnosis between xanthogranulomatous cholecystitis and wall-thickening type gallbladder cancer. Journal of the Korean Society of Radiology, 85(1), 147-160. <https://doi.org/10.3348/jksr.2023.0036>

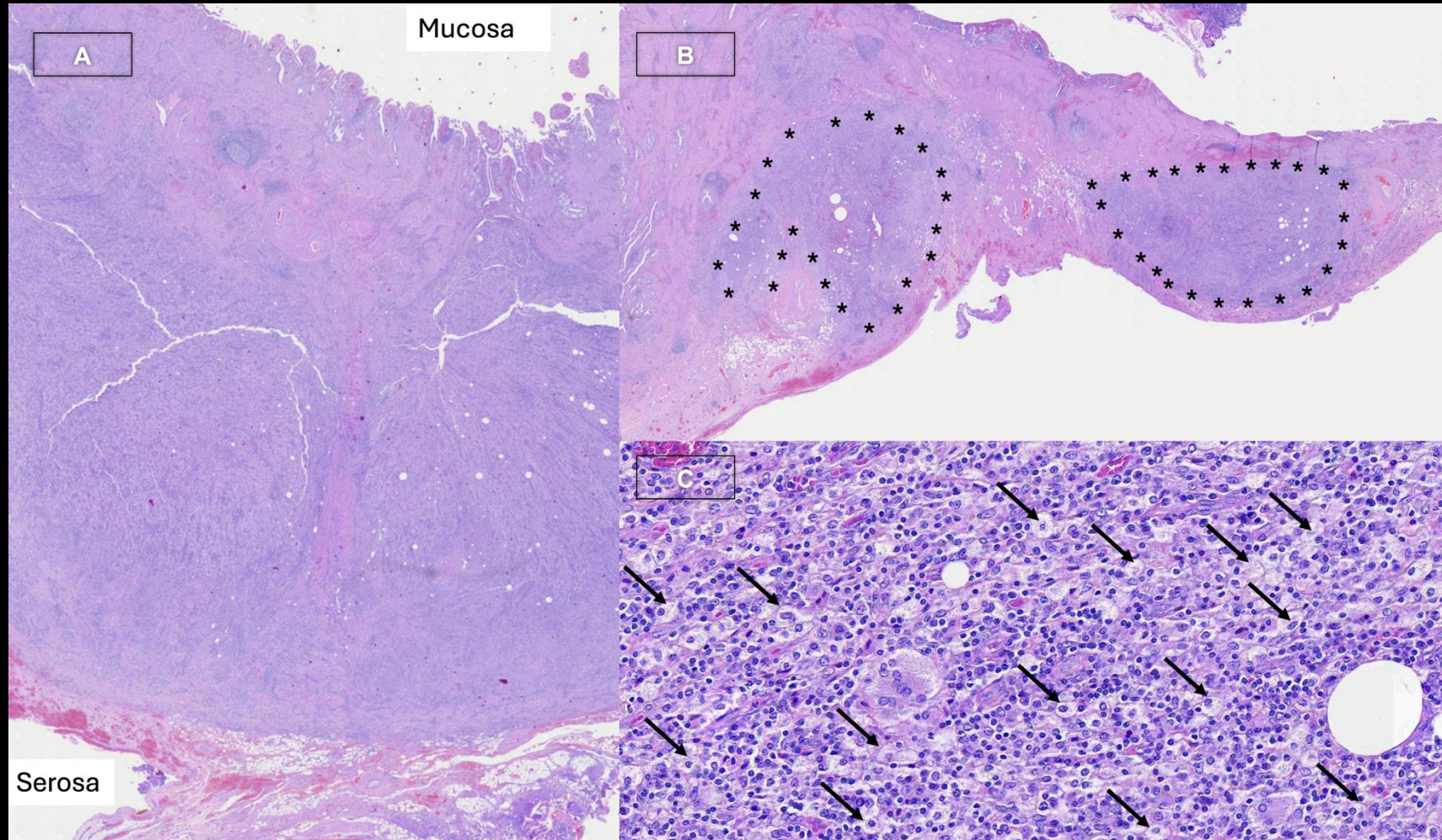
Hallazgos en RM

- Existen estudios en los cuales se ha identificado en CXG, la acumulación intramural de macrófagos espumosos y el contenido de grasa intracelular mediante la caída de señal en secuencias fuera de fase en hasta un 77 %⁸



Imágenes seleccionadas con zoom de RM de abdomen con contraste en paciente con histología confirmada de CXG. Adquisiciones axiales en fase (A) y fuera de fase (B). La presencia de grasa microscópica intramural secundario a macrófagos espumosos, determina la caída de señal en secuencias fuera de fase (→)

Correlato histológico-imagenológico



Correlato histológico-imagenológico. Imágenes de histología con técnica de Hematoxilina Eosina con aumento menor (A,B) y medio (C) de paciente con confirmación de CXG. A: Engrosamiento parietal con infiltrado predominantemente de macrófagos espumosos, linfocitos y células gigantes multinucleadas (inflamación xantogranulomatosa). B: Las señales (*) delimitan granulomas compuestos por macrófagos espumosos, linfocitos y células gigantes multinucleadas, que representan los nódulos de alta señal T2. C: Se observan múltiples macrófagos espumosos (→) cargados de lípidos, que determinan la caída de señal en secuencias fuera de fase.

Propuesta de hallazgos imagenológicos

En base a múltiples estudios analizados y nuestra experiencia local, sugerimos considerar como signos radiológicos específicos que orientan a CXG por sobre a CaV los siguientes hallazgos:

TC	RM
Engrosamiento difuso de la pared vesicular	Engrosamiento difuso de la pared vesicular.
Realce continuo de la mucosa.	Línea mucosa continua
Nódulos hipodensos intramurales.	Ausencia de retracción de la mucosa.
Colelitiasis	Focos de alta señal intramural en T2.
Ausencia de dilatación de la vía biliar intrahepática.	Engrosamiento parietal de señal intermedia/alta en T1.
Ausencia de invasión de estructuras adyacentes.	Colelitiasis
	Patrón de realce heterogéneo
	Realce máximo parietal en fase venosa/tardía

Conclusiones

- La diferenciación entre CXG y CaV es fundamental para evitar procedimientos quirúrgicos innecesariamente radicales.
- El conocimiento e identificación sistemática de hallazgos imagenológicos específicos en TC y RM permite una mejor orientación diagnóstica, que es nuestra experiencia ha sido exitosa.
- La propuesta de un conjunto de hallazgos cardinales, como se presenta en este trabajo, contribuye a mejorar la sospecha preoperatoria de CXG y a optimizar la planificación quirúrgica individualizada.

Colecistitis xantogranulomatosa: Exhibición académica y claves imagenológicas para su diagnóstico diferencial con neoplasia vesicular a partir de casos

Espinoza A¹, Muñoz E², Molina N³

(1)Residente de Imagenología. Universidad San Sebastián. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

(2)Patólogo. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

(3)Médico Radiólogo Staff. Fellowship de imágenes abdominales. Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.

Servicio de Imagenología - Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
Universidad San Sebastián