

## Carta al editor

Juan Pekolj

La publicación del Dr. Canullán y colaboradores es de sumo interés ya que se refiere a una patología poco prevalente, pero que genera grandes inconvenientes diagnósticos y terapéuticos por plantear el diagnóstico diferencial con el cáncer de vesícula biliar (CVB).

La incidencia de esta patología oscila entre 0,8 y 8,8% siendo en las series indúes la mayor frecuencia. Se ve asociada más frecuentemente al CVB que otros tipos de colecistitis crónicas y esta posibilidad coexiste entre el 2 y 15% de los casos.

Recientemente en el *Journal HPB* se publicó la experiencia europea sobre esta patología y remarca conceptos similares a los presentados en la publicación nacional.

El hallazgo incidental durante el acto operatorio expone al cirujano a la duda de estar frente a un CVB insospechado. Este hecho puede llevar a convertir a cirugía abierta y realizar una resección oncológica mediante una colecistectomía radical (colecistectomía con resección hepática del segmento IV B y V y linfadenectomía del pedículo hepático), que expone al paciente a riesgos innecesarios en el caso de no ser una neoplasia. Cabe remarcar que estos errores diagnósticos y terapéuticos se dan hasta en un 10% de los casos evaluados.

En la posición opuesta, una colecistectomía con ruptura vesicular o manipulación desmedida expone al paciente a malos resultados oncológicos en el caso de tratarse de un CVB.

En las formas pseudotumorales diagnosticadas en el preoperatorio, estas mismas situaciones se plantean con más posibilidades de estudios para arribar a un diagnóstico más preciso y en consecuencia un tratamiento adecuado. Una eventual biopsia por vía percutánea o ecoendoscopia estaría justificada ya que cambia completamente la terapéutica si se confirman hallazgos de una u otra patología.

Desde el punto de vista diagnóstico, el concepto referido por los autores "proceso que compromete la pared y respeta la mucosa" resulta clave y es lo que se buscará demostrar en los diversos métodos diagnósticos. La disrupción de la mucosa claramente hará sospechar un CVB. Otros hallazgos en los métodos por imágenes que pueden sugerir colecistitis xantogranulo-

matosa (CXG) son los nódulos ecogénicos intramurales, la ausencia de colecciones perivesiculares y la pérdida de la interfase entre la vesícula y el parénquima hepático. La patogenia de esta enfermedad explica muy bien los hallazgos en los estudios por imágenes. La combinación de varios métodos pueden ayudar a un diagnóstico más preciso.

La reacción inflamatoria local desmedida explica las fistulas biliodigestivas espontáneas, el compromiso de la vía biliar principal, y determina dificultades intraoperatorias, la necesidad de conversión y el desarrollo de complicaciones postoperatorias de importancia. En esta serie nacional no fue necesaria la conversión a cirugía abierta. En Europa la necesidad de recurrir a una conversión fue 3 o 4 veces superior a la habitual. Las complicaciones postoperatorias fueron graves en algunas oportunidades y muy diferentes, en su incidencia, de las de una colecistectomía laparoscópica.

Cabe remarcar que las fistulas con estructuras vecinas llega en algunas series hasta el 10%. El desarrollo de fistulas entreocutáneas postoperatorias genera una gran alteración en la calidad de vida de los pacientes y un desafío terapéutico no exento de riesgos y complicaciones.

En cuanto a su relación con el CVB, resulta difícil de resolver si estamos ante una enfermedad preneoplásica, o si es solamente una coexistencia casual. Por ello las publicaciones refieren esta asociación entre el 0 y 20%. Sin embargo, el diagnóstico de CXG debe hacer pensar en la posibilidad de CVB. Los hallazgos microscópicos son contundentes y específicos.

Ante el hallazgo intraoperatorio inesperado de CXG o CVB, resulta mandatoria la toma de una biopsia intraoperatoria y definir la estrategia terapéutica de acuerdo con los resultados. Ante la dificultad de definir la situación local y la imposibilidad de una biopsia por congelación, la suspensión de la cirugía y la derivación a un centro de referencia de cirugía HPB resultan mandatorias, para ofrecer al paciente una mayor certeza diagnóstica y aun ante una duda diagnóstica potencial, una baja morbimortalidad en la resección hepática. –

### Referencias bibliográficas

1.Canullán C, Petracchi E, Baglietto N y col. Colecistitis xantogranulomatosa. Rev Argent Cirug 2014; 106:15-18.

2.Hale M, Roberts K, Hodson J, et al. Xantogranulomatous cholecystitis: an European and global perspective. HPB 2014;16:448-458.