

▪ 2023, 5(1):14-17 ▪ e-ISSN: 2674-7103

Jornal Memorial *da* Medicina

▪ DOI: 10.37085/jmmv5.n1.2023.pp.14-17

Relato de Caso

Colecistite xantogranulomatosa mimetizando câncer de vesícula biliar: relato de caso

Xanthogranulomatous cholecystitis simulating gallbladder cancer: case report

Bruna Raposo Maia, Ester Morais Reis, Francisco de Assis Sátiro da Costa Júnior, Gabriel Cantarelli Tavares, Isabela Cristina Fernandes Medeiros de Lima, Julia Bartole Camboim, Maria Eduarda Souza Miranda, Marina Siqueira de Araújo

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

Bruna Raposo Maia
bruna.maia@upe.br

Editado por:
Marcelo Moraes Valença

Resumo

A colecistite xantogranulomatosa é uma doença inflamatória benigna rara da vesícula biliar, caracterizada por processo inflamatório destrutivo e espessamento irregular da parede vesicular, alta chance de infiltração de órgãos adjacentes e complicações. Por seu caráter crônico e invasivo, pode mimetizar neoplasia de vesícula biliar. O diagnóstico definitivo de tal patologia se dá pela avaliação histopatológica pós-operatória. O presente trabalho relata o caso de uma mulher com quadro de dor em quadrante superior abdominal direito, vômitos e perda de peso há 4 meses, com hipótese diagnóstica inicial de neoplasia de vesícula biliar. Contudo, apesar de avaliações pré e intra-operatórias compatíveis com suspeita inicial, o diagnóstico histopatológico pós-operatório foi de colecistite xantogranulomatosa crônica. O relato discute conceitos acerca do tema e as condutas adotadas frente ao caso. Fica nítida a importância da disponibilidade da biópsia intra-operatória para o diagnóstico diferencial, a fim de evitar cirurgias mais invasivas e possível aumento de morbimortalidade.

Abstract

Xanthogranulomatous cholecystitis is a rare benign inflammatory gallbladder disease, characterized by a destructive inflammatory process and irregular thickening of the gallbladder wall, a high chance of infiltration of adjacent organs and complications. Due to its chronic and invasive nature, it can simulate gallbladder cancer. The definitive diagnosis is given by the postoperative histopathological evaluation. The present study reports the case of a woman with pain in the upper right abdominal quadrant, vomiting and weight loss in 4 months, with an initial hypothesis of gallbladder cancer. However, despite preoperative and intraoperative evaluations compatible with the initial suspicion, the postoperative histopathological diagnosis was chronic xanthogranulomatous cholecystitis. The report discusses concepts about the subject and the approaches adopted in the case. The importance of the availability of intraoperative biopsy for the differential diagnosis is clear, in order to prevent more invasive surgeries and possible increase in morbidity and mortality.

Palavras-chave:
Colecistite xantogranulomatosa
Adenocarcinoma de vesícula biliar
Biópsia

Keywords:
Xanthogranulomatous cholecystitis
Gallbladder cancer
Biopsy

Submissão: 19 de abril de 2023
Aceito: 29 de maio de 2023

© Copyright 2023

Introdução

A colecistite xantogranulomatosa é uma doença inflamatória crônica benigna e rara da vesícula biliar[1], tendo como principal característica o espessamento volumoso e irregular da parede vesicular, secundário a processo inflamatório destrutivo, com alta chance de infiltração de órgãos adjacentes e complicações, como fístulas.[2] Por seu caráter crônico e invasivo, pode mimetizar câncer de vesícula biliar.[3,4] O objetivo deste trabalho é relatar o caso de colecistite xantogranulomatosa crônica que simulou adenocarcinoma de vesícula biliar na avaliação pré e intra-operatória.

Relato de Caso

Mulher, 62 anos, queixando-se de dor em hipocôndrio direito, vômitos e perda de 7 quilos há 4 meses. Negava febre, icterícia, colúria, acolia fecal. Paciente hipertensa, coronariopata, ex-tabagista, com passado de ressecção com margens livres de adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado, invasivo e ulcerado em sigmóide distal há 7 anos, 2 laparotomias por semiobstruções intestinais por bridas, 2 hernioplastias incisionais e 2 cesáreas. Ao exame, abdome doloroso difusamente, principalmente em hipocôndrio direito, sem massas palpáveis ou peritonite. Sinal de Murphy negativo.

Realizou-se inicialmente tomografia computadorizada de abdome contrastada, evidenciando vesícula biliar com espessamento parietal irregular e infiltrativo, borramento da gordura pericolecística, perda do plano de clivagem com segmentos hepáticos adjacentes, íntima relação da lesão com flexura hepática colônica, com laudo sugerindo doença neoplásica.

Durante internamento, realizou exames laboratoriais, apresentando aumento de enzimas canaliculares (gama-glutamiltransferase 109, fosfatase alcalina 136). Transaminases, bilirrubinas, amilase, lipase, alfafetoproteína, CA 125, CEA e CA 19.9 inalteradas. Ressonância magnética abdominal contrastada mostrava sigmoidectomia com anastomose colorretal habitual, sem recidivas locais. Colangiorressonância magnética evidenciava vesícula biliar de paredes irregularmente espessadas e realce pós-contraste venoso e cálculo na região infundibular de 2,4 cm, sugerindo colecistite litiásica.

Optado por colecistectomia aberta, pois paciente com cirurgias abdominais prévias e possibilidade de neoplasia de vesícula biliar. Durante o procedimento, visualizadas aderências firmes entre vesícula biliar, cólon, rim direito e parede abdominal. Identificada vesícula biliar esclero-atrófica, intra-hepática, com cálculo de 3 cm impactado em infundíbulo, bloqueio intenso de sua parede com 1ª e 2ª porções duodenais, com fístula colecistoduodenal. Desfeito bloqueio com duodeno, reveladas e corrigidas lesão de 3 cm de serosa de duodeno e lesão puntiforme em parede anterior duodenal, expondo mucosa e evidenciando vazamento biliar. Preservada via biliar principal e ligada artéria cística. Realizados dissecção e descolamento da vesícula, com perfuração de sua parede e saída de secreção purulenta. Optado por aposição de dreno de Blake em leito hepático. Diante de risco cirúrgico da paciente, difícil ressecção cirúrgica e indisponibilidade de biópsia intra-operatória no serviço, decidido por acompanhamento ambulatorial e reavaliação de necessidade de ampliar abordagem após resultado histopatológico.

Paciente evoluiu bem, recebendo alta no 5º dia pós-operatório depois de retirada de dreno. Retornou posteriormente em ambulatório, portando laudo histopatológico de peça cirúrgica: colecistite crônica xantogranulomatosa ulcerada e abscedada, comprometendo tecido hepático adjacente, sem malignidade.

Comentários

Colecistite xantogranulomatosa é uma doença inflamatória benigna e rara da vesícula biliar[1], caracterizada por processo inflamatório destrutivo, acúmulo de macrófagos carregados de lipídios, tecido fibroso e células inflamatórias, causando espessamento irregular de sua parede.[1] Possui prevalência variável, entre 1,3-1,9% na Europa e nas Américas. Idade média de apresentação entre 44 e 63 anos.[5] Cálculos biliares parecem ter papel importante na patogênese.[3] Quadro clínico típico é semelhante ao relatado, com dor em hipocôndrio direito, náuseas e vômitos. Sinal de Murphy está positivo em mais da metade dos casos. Pode haver perda de peso, hiporexia, icterícia obstrutiva de padrão colestático e massa palpável em hipocôndrio direito, mimetizando sinal de Courvoisier-Terrier, sugestivo de adenocarcinoma de vesícula biliar.[1,5] Exames laboratoriais geralmente estão inalterados.

Exames de imagem são limitados para diferenciar lesões benignas ou malignas da vesícula biliar.[6,8] Os achados mais comuns da colecistite xantogranulomatosa na ultrassonografia de abdome (vesícula biliar difusamente espessada, nódulos/bandas hipoecóicas em sua parede)

são inespecíficos. Outros achados incluem massa em vesícula biliar, coleção de líquido sub-hepática, borda de clivagem obscura entre vesícula e fígado e gás na via biliar (se fístula biliar). Frequentemente existem cálculos biliares concomitantes.[6] Achados da tomografia computadorizada e ressonância magnética de abdome (exame de maior precisão diagnóstica) incluem espessamento difuso da parede vesicular, nódulos intramurais e parede lisa da vesícula biliar com realce contínuo da linha mucosa, infiltração pericolecística, diferença de atenuação hepática transitória no leito da vesícula biliar do fígado e realce da superfície luminal após contraste.[1,6,8]

A apresentação clínica e o aspecto radiológico da colecistite xantogranulomatosa e da neoplasia de vesícula biliar são semelhantes e ambas podem coexistir. Não está claro se existe associação entre tais patologias.[3,6] Aproximadamente 30% dos pacientes com colecistite xantogranulomatosa apresentam complicações, incluindo perfuração da vesícula biliar e obstrução do ducto biliar. Obstrução prolongada do ducto cístico, somada à distensão da vesícula sob pressão, pode causar extensão do processo inflamatório, formação de abscessos hepáticos e fístulas com órgãos adjacentes, como fígado, duodeno, estômago, cólon e pele.[7]

O diagnóstico de colecistite xantogranulomatosa geralmente é incidental, através do exame histológico da vesícula biliar ressecada por suspeita de colecistite aguda. A visualização intra-operatória de vesícula biliar espessada e aderida a estruturas vizinhas levanta suspeita de colecistite xantogranulomatosa, porém tais achados não podem diferenciá-la de neoplasia. Podem ser observados linfonodos aumentados e perda da interface entre vesícula biliar e leito hepático em ambas. Para diferenciação, a análise intra-operatória com biópsia de congelação está indicada, pois interfere na decisão cirúrgica. O diagnóstico definitivo é baseado no histopatológico pós-operatório.[9]

O tratamento padrão da colecistite xantogranulomatosa é a colecistectomia, com ressecção completa do tecido xantogranulomatoso adjacente à vesícula, incluindo ressecção do leito hepático, se necessário.[1,7] Geralmente a colecistectomia aberta é necessária, por fibrose e inflamação local extensas. A via laparoscópica pode ser tentada, mas a conversão para cirurgia aberta é comum.[9] No caso do carcinoma de vesícula biliar localmente avançado, apenas ressecção radical com margens livres, que geralmente envolve hepatectomia maior, pode oferecer a cura.[10]

Conclusão

O quadro clínico da colecistite xantogranulomatosa pode simular câncer de vesícula biliar, podendo acarretar diagnósticos pré e intra-operatórios equivocados, e, consequentemente, cirurgias agressivas, com aumento desnecessário da morbimortalidade. Fica nítida a importância de diagnóstico diferencial mais detalhado entre tais patologias.

Bruna Raposo Maia
https://orcid.org/0009-0003-9770-4214
Ester Morais Reis
https://orcid.org/0000-0002-6465-3823
Francisco de Assis Sátiro da Costa Júnior
https://orcid.org/0000-0002-7720-9860
Gabriel Cantarelli Tavares
https://orcid.org/0009-0006-3852-7977
Isabela Cristina Fernandes Medeiros de Lima
https://orcid.org/0000-0003-1248-0489
Julia Bartole Camboim
https://orcid.org/0009-0009-6880-3743
Maria Eduarda Souza Miranda
https://orcid.org/0009-0005-6688-7163
Marina Siqueira de Araújo
https://orcid.org/0009-0002-0147-7030

Conflito de interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Contribuição dos autores: BRM, responsável por todos os aspectos da pesquisa; FASCJ, GCT, ICFML concepção da obra, redação original; MESM, MSA concepção da obra, revisão e edição; EMR, JBC, revisão final, administração de projetos, supervisão.

Referências

1. Houston JP, Collins MC, Cameron I, Reed MW, Parsons MA, Roberts KM. **Xanthogranulomatous cholecystitis.** *British Journal of Surgery* 1994; 81(7):1030-1032 Doi:10.1002/bjs.1800810735
2. Lee KC, Yamazaki O, Horii K, Hamba H, Higaki I, Hirata S, Inoue T. **Mirizzi syndrome caused by xanthogranulomatous cholecystitis: report of a case**. *Surgery Today* 1997; 27:757-761 Doi:10.1007/BF02384992

3. Yoshida J, Chijiiwa K, Shimura H, Yamaguchi K, Kinukawa N, Honda H, Tanaka M. **Xanthogranulomatous cholecystitis versus gallbladder cancer: clinical differentiating factors.** *The American Surgeon*, 1997; 63(4):367-371
4. Spinelli A, Schumacher G, Pascher A, Lopez-Hanninen E, Al-Abadi H, Benckert C, Sauer IM, Pratschke J, Neumann UP, Jonas S, Langrehr JM, Neuhaus P. **Extended surgical resection for xanthogranulomatous cholecystitis mimicking advanced gallbladder carcinoma: case report and review of literature.** *World Journal of Gastroenteroly* 2006; 12(14):2293-2296 Doi:10.3748/wjg.v12.i14.2293
5. Hale MD, Roberts KJ, Hodson J, Scott N, Sheridan M, Toogood GJ. **Xanthogranulomatous cholecystitis: a European and global perspective.** *International Hepato-Pancreato-Biliary Association*, 2014; 16(5):448-458 Doi:10.1111/hpb.12152
6. Kim PN, Ha HK, Kim YH, Lee MG, Kim MH, Auh YH. **US findings of xanthogranulomatous cholecystitis**. *Clinical Radiology,* 1998; 53(4):290-292 Doi:10.1016/s0009-9260(98)80129-3
7. Reed A, Ryan C, Schwartz SI. **Xanthogranulomatous cholecystitis**. *Journal of the American College of Surgeons*, 1994; 179 (2):249-252
8. 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**. *European Radiology*, 2004; 14:440-446 Doi:10.1007/s00330-003-1931-7
9. Srinivas GN, Sinha S, Ryley N, Houghton PW. **Perfidious gallbladders - a diagnostic dilemma with xanthogranulomatous cholecystitis**. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2007; 89(2):168-172 Doi:10.1308/003588407X155833
10. Costa SRP, Horta SHC, Miotto MJ, Costas MC, Godinho CA, Henriques AC. **Bissegmentectomia central inferior (S4B+S5) para o tratamento do carcinoma invasor da vesícula biliar: revisão de sete casos operados.** *Arquivos de Gastroenterologia*, 2008; 45 (1):73-81 Doi:10.1590/s0004-28032008000100014