

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

COMUNICACIÓN

COLECISTOSIS HIPERPLÁSICA.

Por:

Dr. Orlando González Sánchez

Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. ISCM-VC.

Descriptores DeCS:

ENFERMEDADES DE LA VESICULA BILIAR
VESICULA BILIAR/patología
HIPERPLASIA
COLECISTITIS

Subject headings:

GALLBLADDER DISEASES
GALLBLADDER/pathology
HYPERPLASIA
CHOLECYSTITIS

La colecistosis hiperplásica consiste en una serie de afecciones caracterizadas por una hiperplasia simple asociada del tejido que constituye la pared vesicular, donde se producen cambios proliferativos, degenerativos, y en menor grado inflamatorios, que pueden acompañarse de cálculos y que excepcionalmente evolucionan hacia un proceso maligno¹. Su incidencia, según varios autores, es del 5-10 %^{2,3}.

Es muy importante encontrar signos radiológicos preoperatorios, sobre todo en la vesícula alitiásica, ya que en una alta frecuencia estos pacientes continúan manteniendo síntomas dispépticos; cuando no se encuentran estos signos, debe continuarse el estudio en la esfera gastroduodenal, hepática y en los trastornos fisiológicos, lo que demora mucho su diagnóstico, y pueden aparecer complicaciones tardías, como neoplasias malignas y pancreatitis, entre otras⁴.

En el estudio radiográfico de esta entidad pueden hallarse signos directos e indirectos:

Signos radiológicos directos⁴:

1. Irregularidad del contorno vesicular (bordes en franjas dentadas y pliegues radiados).
2. Imágenes estáticas intravesiculares sugerentes de hiperplasia.
3. Acumulaciones puntiformes del contraste después del vaciamiento.

Signos indirectos⁴:

1. Hiperopacidad vesicular.
2. Hipertonía vesicular.
3. Exclusión vesicular.
4. Retardo del vaciamiento.

Se analizaron 628 historias clínicas de pacientes colecistectomizados en el transcurso de cuatro años en el Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", y se encontró diagnóstico de colecistosis

hiperplásicas sobre la base de la clasificación de Jutras; fueron realizados diversos complementarios en el preoperatorio: colecistografía oral, endovenosa, y ultrasonido abdominal^{5,6}. Se encontró un total de 146 colecistosis hiperplásicas, que representan 23,2 %; 68 colesterosis para 46,5 %, 47 adenomiomatosis para 12,3 %, 8 senos de Rokitanski-Ashoff para 5,5 %, e inflamación del cístico en 3,4 %. Si lo analizamos individualmente, 10,8 % de todas las vesículas operadas tenían colesterosis, 7,6 % adenomiomatosis, 2,8 % xantogranulomatosis, 1,1 % seno de Rokitanski-Ashoff y 0,8 % enfermedad del cístico. Además, 17 de estas colecistectomías no presentaban cálculos, o sea, que eran colecistosis puras: 7 colesterosis, 5 adenomiomatosis, 3 xantogranulomatosis y 2 corresponden a inflamación del cístico.

En estos 17 pacientes se encontraron signos directos e indirectos positivos. En los que se halló colesterosis sin cálculo, existía pancreatitis a repetición con íctero. Las causas de estas pancreatitis pudieron ser desprendimientos de estos pequeños pólipos con obstrucción e hipertensión del conducto de Wirsung^{4,7}.

Consideramos que si realizamos el estudio radiológico en aquellos pacientes con vesícula alitiásica y síntomas biliares, hallaremos con más frecuencia esta entidad; por ello, debe insistirse en la búsqueda de estos signos radiológicos directos e indirectos, pues en todos los pacientes con vesícula alitiásica éstos estaban presentes.

Referencias bibliográficas

1. Giacinti I, Di Bello MG, Manzano PF, Maturo A, Di Mateo FM, Massidda D, et al. Cholecystosis anatomo-clinical prolife and therapeutic considerations. *G Chir* 1997; 18(4):229-31.
2. Kalloo AN, Kantsevov SV. Gallstones and biliary disease. *Prim Care* 2001; 28(3):591-606.
3. Kohut M, Nowak A, Nowakowska-Dulawa E, Kaczor R, Marek T. The frequency of bile duct crystals in patients with presumed biliary pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2001; 54(1):37-41.
4. Versaci A, Terranova M, Rossito M, Giuffre M, Centorrino T, Leonello G, et al. Authors experience with the role of preoperative ultrasonography in the study of benign lesions of the gallbladder. *G Chir* 1999; 20(8-9):354-8.
5. Croteau D, Signer RD, Chaet MS. Acalculous cholecystitis in a two year old. *JLS* 2001; 5(2):183-5.
6. Mariat G, Mahul P, Prev TN, De Filippis JP, Cuilleron M, Dubois F. Contribution of ultrasonography and cholescintigraphy to the diagnosis of acute acalculous cholecystitis in intensive care unit patients. *Intensive Care Med* 2000; 26(11):1658-63.
7. Chebli JM, Ferrari Junior AP, Silva MR, Borges DR, Atallah AN, Neves MM. Biliary microcrystals in idiopathic acute pancreatitis: clue for occult underlying biliary aetiology. *Arq Gastroenterol* 2000; 37(2):93-101.