



www.elsevier.es/cirugia

P-229 - PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO QUE SIMULA NEOPLASIA AVANZADA DE VESÍCULA BILIAR: DE IRRESECABILIDAD A CURACIÓN

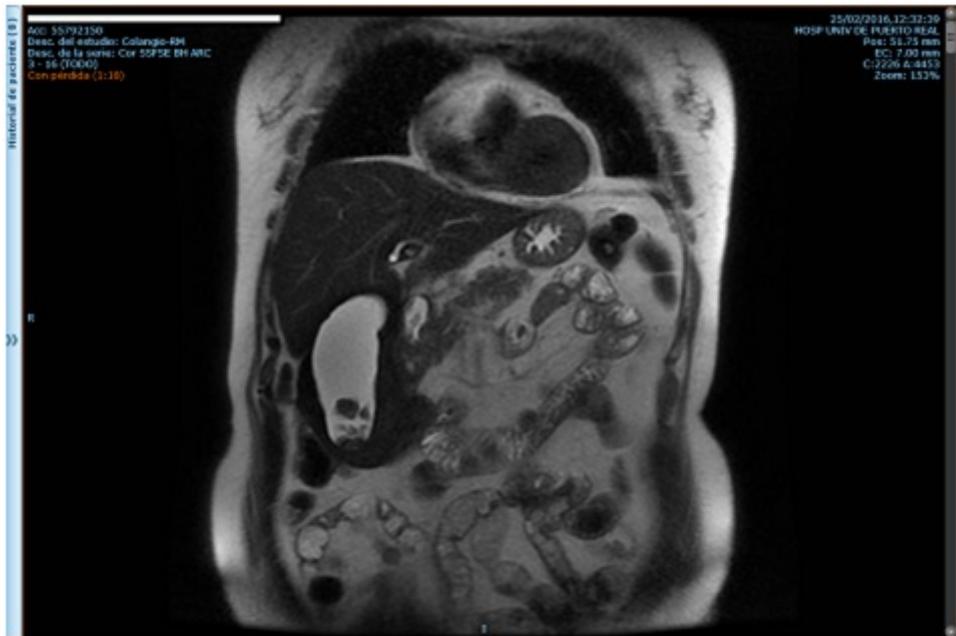
Díez Núñez, Ana; Calvo Durán, Antonio Enrique; Salas Álvarez, Jesús María; Mendoza Esparrel, Gloria María; Martínez Vieira, Almudena; Camacho Ramírez, Alonso; Pérez Alberca, Carmen María; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz.

Resumen

Introducción: Presentar el caso clínico de paciente en estudio por ictericia y prurito, que se diagnostica erróneamente de neoplasia de vesícula biliar.

Caso clínico: Paciente de 60 años de edad en la que se inicia estudio por ictericia (BT 8,44; BD 8,31) y prurito. Niega clínica digestiva previa ni síndrome constitucional. Estudiada por Servicio Digestivo, se realiza serología negativa de virus hepatotropos; ecografía de abdomen, TAC abdominal y colangio-RNM que informan de discreta dilatación de VB intrahepática junto con lesión que afecta a vesícula biliar, sin infiltración de órganos vecinos. No adenopatías ni líquido libre. Como posibilidad diagnóstica: patología inflamatoria versus neoplásica. Se realiza biopsia de la masa que no es concluyente. Se presenta en Comité de Tumores Digestivos-HBP y se decide exploración quirúrgica. Realizamos intervención quirúrgica bajo anestesia general, encontrándose una masa de grandes dimensiones, centralizada en vesícula biliar que inicialmente parece englobar: parte segmento IV-V hepático, porción antroduodenal, cabeza pancreática y porción media de colon transverso. Escasa cantidad de líquido libre. Se realiza disección de molde que afecta a vesícula biliar de unos $12 \times 5 \times 6$ cm, con borde blanquecino, denso, firme y homogéneo de unos 3 cm de espesor, y que se separa de las estructuras anteriormente citadas sin impresionar de infiltración de las mismas. Se identifican elementos císticos y se completa colecistectomía. No signos de carcinomatosis peritoneal. Se manda pieza para estudio anatomo-patológico. Tras intervención el paciente evoluciona favorablemente dándose de alta el 4º día postoperatorio. El resultado final anatomo-patológico informa de tumoración compuesta por una proliferación de infiltrado inflamatorio crónico. Crecimiento expansivo partiendo de la porción externa de la capa muscular vesicular y se extiende hacia el tejido adiposo perivesicular, todo ello compatible con pseudotumor inflamatorio que no alcanza el borde quirúrgico de resección. Se realiza estudio IHQ positivo a CD-34, CD-68 e IgG4, que confirma el diagnóstico. La citología descarta células neoplásicas. Se revisa al primer y sexto mes postoperatorios encontrándose clínicamente asintomática y con TAC de revisión sin signos de recidiva.



Discusión: La asociación de colecistitis crónica esclerosante con episodios previos de colangitis, sugiere carácter inflamatorio, pero cuando no hay clínica inflamatoria, algunos autores la consideran como un sarcoma de bajo grado y se etiqueta como fibrosarcoma inflamatorio, especialmente si hay signos de atipia celular, mitosis, necrosis o hemorragia, circunstancias que no se observan en nuestro caso. Para su tipificación diagnóstica definitiva se deben realizar técnicas IHQ.