



Artículo especial

Vesícula de porcelana. Caso clínico y revisión de la literatura

Mariano Palermo*, Marcela Núñez, Guillermo E. Duza, Mercedes Giménez Dixon, Miguel O. Bruno y Francisco J. Tarsitano

Servicio de Cirugía Digestiva y Percutánea, Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Haedo, Buenos Aires, Argentina

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 14 de julio de 2010

Aceptado el 21 de septiembre de 2010

On-line el 5 de febrero de 2011

Palabras clave:

Vesícula en porcelana

Diagnóstico

Tratamiento

Cáncer de vesícula

RESUMEN

Vesícula en porcelana se define como la calcificación de la pared de la vesícula biliar. Es una rara entidad que se observa en el 0,06 a 0,8% de las colecistectomías. Su etiología sigue siendo desconocida.

Reportamos dos casos de pacientes con vesícula en porcelana. Un caso es un paciente masculino de 60 años que consulta por sintomatología biliar, se realiza el diagnóstico mediante ecografía y tomografía computada y es intervenido quirúrgicamente realizándose colecistectomía parcial con anatomía patológica que informa: pared vesicular con esclerohialinosis y focos de calcificación distrófica. El otro caso es una paciente femenina de 98 años, cuya forma de presentación fue incidental dado que cursaba con cuadro de oclusión intestinal, se realizó colecistectomía con buena evolución postoperatoria.

Series publicadas entre los años 1950 y 1960 avalan que la vesícula en porcelana puede observarse con frecuencia en pacientes con cáncer de vesícula, aunque recientemente se ha desestimando este tipo de relación. El motivo por el cual se presentan estos casos es su baja frecuencia y su controversia en lo que al tratamiento se refiere por su relación con el cáncer de vesícula.

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Porcelain gallbladder: a clinical case and a review of the literature

ABSTRACT

Porcelain bladder is defined as calcification of the gallbladder wall. It is a rare condition and is seen in 0.06% to 0.8% of cholecystectomies. Its origin is still unknown.

We report two cases of patients with a porcelain gallbladder. One case is a 60 year-old male patient who was seen due to having biliary symptoms. The diagnosis was made by ultrasound and computed tomography, and he was surgically intervened by performing a partial cholecystectomy. The histopathology reported a gallbladder wall with sclerohyalinosis and dystrophic calcification foci. The other case is a 98 year-old female patient, whose form of presentation was incidental given that she suffered from symptoms of an intestinal obstruction. A cholecystectomy was performed with a good post-surgical outcome.

A series published in between 1950 and 1960 show that the porcelain bladder can be frequently observed in patients with cancer of the gallbladder, although this relationship is currently being rejected. The reason why these cases are being presented is because of their

Keywords:

Porcelain gallbladder

Diagnosis

Treatment

Gallbladder cancer

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palermomd@msn.com (M. Palermo).

0009-739X/\$ - see front matter © 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.09.012

low incidence and the controversy over what treatment to use, due to its association with gallbladder cancer.

© 2010 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La vesícula en porcelana se define como la calcificación de la pared de la vesícula biliar. Esta es una rara entidad que puede observarse en aproximadamente un 0,06-0,8% de las colecistectomías. Fue descrita como tal, por primera vez en 1929¹⁻³.

Existen varias hipótesis acerca del mecanismo por el cual se genera la vesícula en porcelana, pero su etiología sigue siendo desconocida. Algunos autores sostienen que es una inusual manifestación de la colecistitis crónica^{1,3,4}.

Hay algunas series que avalan que la vesícula en porcelana puede ser observada con frecuencia en pacientes con cáncer de vesícula, esta afirmación se basa en trabajos retrospectivos publicados entre los años 1950 y 1960, pero recientemente se han publicado algunos artículos desestimando este tipo de relación, los cuales refieren que esta entidad presenta baja incidencia de cáncer. Sin embargo aún existe controversia sobre la relación entre pacientes con vesícula en porcelana y carcinoma vesicular^{2,3}.

En este artículo se reportan dos casos de pacientes que poseen vesícula en porcelana en relación a sus forma de presentación, sintomatología, metodología diagnóstica, tratamiento, además de realizar una extensa revisión del tema en la literatura publicada.

Caso clínico

Caso I

Paciente de sexo masculino de 60 años de edad, tabaquista de 40 cigarrillos por día consulta por cuadro clínico compatible con cólico biliar. Se realiza una ecografía hepatobiliopancreática que informa: esteatosis moderada, colédoco de 7,2 mm, calcificación en área vesicular con sombra acústica posterior, impresiona vesícula en porcelana.

Se realiza tomografía computada en la cual se evidencia una imagen compatible con vesícula biliar calcificada en su totalidad con aumento de grosor de las paredes de la misma (figs. 1 y 2). Laboratorio sin hallazgos patológicos.

El paciente es intervenido quirúrgicamente en forma programada realizándose colecistectomía parcial con sonda de tipo Pezzer, lavado y drenaje.

El paciente evoluciona satisfactoriamente tolerando dieta al segundo día postoperatorio otorgándose el alta hospitalaria al quinto día de la cirugía.

A los dos días del alta se re-interna en el Servicio de Cirugía por presentar dolor abdominal, vómitos, fiebre y débito fecaloide por la sonda Pezzer. Es intervenido quirúrgicamente por guardia donde se constata peritonitis fecal y necrosis del ángulo hepático del colon. Se realiza colectomía derecha y avocamiento de cabos. Al quinto día tolera dieta líquida y a día

10 del postoperatorio se otorga el alta hospitalaria. Luego continúa control ambulatorio por consultorios externos. Al mes de la cirugía y luego de varias interurrencias por presentar episodios febriles y débito purulento por la sonda Pezzer se decide su internación para programar cirugía para completar la colecistectomía.

Es re-intervenido logrando en esta oportunidad realizar resección parcial de la vesícula la cual se halla calcificada en su totalidad y fuertemente adherida al hígado. Dado el importante proceso adherencial de la vesícula al hígado, fue imposible técnicamente, la realización de la colecistectomía en forma completa. Además el proceso de la calcificación vesicular se encontraba en íntima relación con el hilio hepático, por lo que nos pareció prudente no completar la colecistectomía. Buena evolución postoperatoria. El resultado de anatomía patológica informa: fragmento de pared vesicular con esclerohialinosis de la pared y focos de calcificación distrófica.

Caso II

Paciente de sexo femenino de 98 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, anemia ferropénica, artropatía crónica de miembros inferiores internada en el Servicio de Clínica Médica para cirugía programada de amputación de miembro inferior por gangrena húmeda del mismo. Intercurre con dolor abdominal, vómitos e íleo de 48 horas de evolución. A la palpación abdominal se halla abdomen tenso, doloroso en hemiabdomen derecho, el cual es de mayor intensidad a la descompresión. Se realiza RX de abdomen en la cual se observa gran distensión de marco colónico y en hipocondrio-flanco derecho imagen calcificada

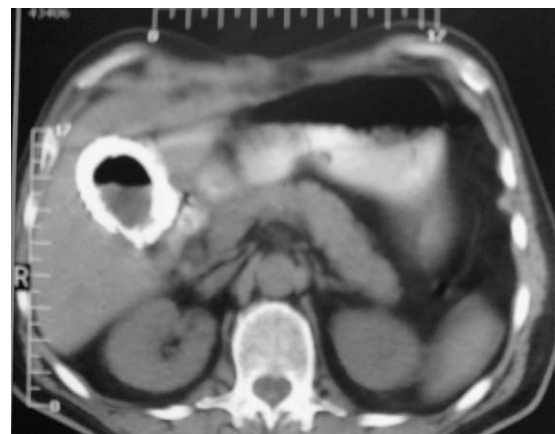


Figura 1 – TAC: vesícula biliar con pared engrosada y calcificada en su totalidad con barro biliar en su interior (nivel líquido-líquido). Compatible con vesícula en porcelana.



Figura 2 – Scout tomográfico: imagen radiopaca con centro radiolúcido a nivel de hipocondrio derecho.

redondeada de bordes netos (fig. 3). No presento síntomas compatibles con cólico biliar.

Se decide su intervención quirúrgica de urgencia apreciándose gran distensión colónica sin evidencia de tumor en el mismo. Se explora hipocondrio derecho observándose vesícula biliar calcificada en su totalidad y fuertemente adherida a duodeno y colon transverso. Esta es liberada de dichas estructuras sin evidenciar fístula con colon o duodeno (fig. 4). Se realiza colecistectomía convencional extrayendo la

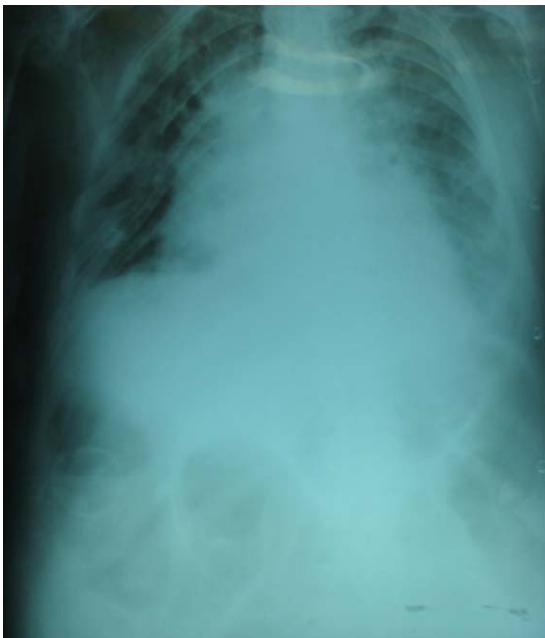


Figura 3 – Radiografía toraco-abdominal de pie: imagen cálcica con superposición de asas intestinales en hipocondrio derecho.

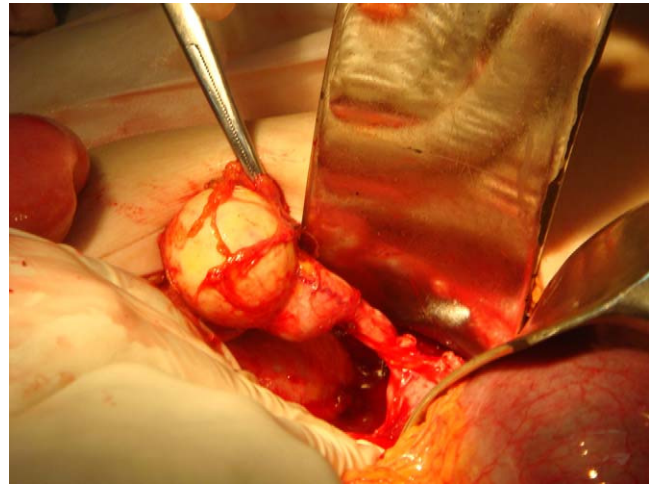


Figura 4 – Vesícula biliar con paredes calcificadas, se evidencia calcificación total de la misma hasta el conducto cístico.



Figura 5 – Vesícula en porcelana. Anatomía patológica: esclerohialinosis de la pared y focos de calcificación distrófica.

misma en su totalidad, la cual se encuentra totalmente calcificada en sus paredes siendo estas de consistencia duro-pétreo. Se observo litiasis y barro biliar en su interior. Si bien el cuadro clínico por el que la paciente consultó, no es la patología biliar, ante el hallazgo de la vesícula biliar completamente calcificada y adherida al colon y duodeno y al ser técnicamente posible la liberación de la misma de las estructuras anteriormente mencionadas, se decide realizar la colecistectomía.

La paciente evolucionó satisfactoriamente con tránsito conservado, tolerando dieta y sin complicaciones inherentes a la cirugía. Se recibe anatomía patológica que informa: pared vesicular con esclerohialinosis parietal y calcificación distrófica (fig. 5).

Dada la rara frecuencia de esta entidad, se decide su documentación y publicación de dos casos que se presentaron en nuestra institución, realizándose además una revisión bibliográfica del tema y su relación con el cáncer de vesícula.

Discusión

La vesícula en porcelana se define como la calcificación de la pared de la vesícula biliar. Esta es una rara entidad que puede observarse en aproximadamente un 0,06-0,8% de las colecistectomías. Fue descrita como tal, por primera vez en 1929³. Es una rara manifestación de patología vesicular crónica. Se observa más frecuentemente en la sexta década y con una mayor incidencia en mujeres (relación 4-5 a 1)⁵. La etiología de la vesícula en porcelana continúa siendo desconocida. Hay algunas hipótesis que sugieren que esta es una rara manifestación de enfermedad crónica de la vesícula dada por hemorragia en la pared vesicular y la subsecuente calcificación de la misma. Otras hipótesis sostienen que esta dolencia está dada por alteraciones en el metabolismo del calcio. Algunos autores describen su asociación con giardiasis. Otra posibilidad sería su relación con una secuela de una colecistitis crónica xantogranulomatosa^{3,5-7}.

Otras causas probables son relacionadas con litiasis vesicular y colecistitis crónica.

La incidencia de cáncer desarrollado sobre una vesícula en porcelana varía desde 12 a 62% de acuerdo a las series publicadas^{3,8}. Estos datos se basan en estudios retrospectivos y series de casos que fueron publicados entre los años 1950 y 1960. En la actualidad recientes revisiones sugieren que la relación entre cáncer y vesícula en porcelana es mucho menor a la que se sugería décadas atrás^{2,3}. Se realizó una revisión de 10.741 pacientes colecistectomizados de los cuales 88 fueron cáncer de vesícula y ninguno mostró calcificación o algún tipo de relación con vesícula en porcelana. Y 15 (0,14%) pacientes de total de los pacientes colecistectomizados presentaron vesícula en porcelana, donde ninguna de estas se relacionó con cáncer de vesícula. Diez (67%) consultaron por sintomatología de cólico biliar o colecistitis y en cinco (33%) el diagnóstico fue incidental en pacientes asintomáticos. Todos los especímenes mostraron signos de colecistitis crónica y calcificación parietal. Nueve (60%) se asociaron con litiasis vesicular. Y como enunciamos anteriormente ningún paciente portador de vesícula en porcelana se asoció con cáncer de vesícula. Por lo que estos autores sugieren un cambio en el tratamiento de esta dolencia. Aunque nosotros creemos que si bien la incidencia de cáncer publicada en la actualidad es baja, debería de igual manera realizarse la colecistectomía profiláctica en estos pacientes debido a que la relación con el cáncer de vesícula es claro. Y contando con que en la actualidad la realización de cirugía mínimamente invasiva reduce costos, días de internación y el postoperatorio para los pacientes es más rápido, sin desestimar el riesgo que puede presentar una cirugía de la vesícula biliar².

Otra revisión similar realizada sobre un total de 25.900 pacientes colecistectomizados mostró 150 casos de cáncer de vesícula y 44 de vesícula en porcelana, donde aproximadamente un 7% de los pacientes con vesícula en porcelana mostró signos de cáncer de vesícula^{3,9}.

Algunos autores sugieren la colecistectomía profiláctica en caso de vesícula en porcelana dado el mal pronóstico que posee el cáncer de vesícula, aunque la relación entre estos no sea tan importante como se creía décadas atrás.

Kwon et al consideran que la colecistectomía laparoscópica en una contraindicación relativa en pacientes con vesícula en porcelana, por el riesgo de cáncer de vesícula. Estos autores sobre una serie de 1.608 pacientes intervinieron a 13 con vesícula en porcelana. Mediante tomografía axial computada con contraste y los hallazgos de la ecografía preoperatoria, clasificaron a los pacientes en tipo I y tipo II. De los cuales realizaron por vía laparoscópica a 10 pacientes de tipo I en los cuales no demostraron cáncer en las calcificaciones de las paredes de la vesícula. Tres pacientes fueron clasificados como tipo II y fueron operados mediante cirugía convencional, de los cuales un paciente presentó cáncer de vesícula donde se realizó la hepatectomía además de la colecistectomía. Ellos concluyen que la estadificación preoperatoria en pacientes con vesícula en porcelana es de vital importancia para la elección de la técnica quirúrgica a elegir. Y sugieren que los pacientes con vesícula en porcelana tipo I podrían ser intervenidos por vía laparoscópica mientras que pacientes con mayor riesgo de cáncer de vesícula deberían ser operados por cirugía convencional abierta¹⁰. Aunque en la actualidad, siendo la colecistectomía laparoscópica el patrón de oro, para el tratamiento de la patología benigna de la vesícula biliar, creemos que el abordaje inicial debería ser la vía laparoscópica y en caso de dificultad técnica se procedería a la conversión a cirugía convencional.

Kianmanesh et al incluyen la vesícula en porcelana dentro de las lesiones pre cancerosas junto con los pólipos mayores de 1,5 cm, quistes de colédoco y factores dietético ambientales. Y refieren que la vesícula en porcelana presenta un factor de riesgo para cáncer de vesícula especialmente cuando hay calcificación de la mucosa de la misma. Y además manifiestan que todo proceso infeccioso crónico de la vesícula está implicado como un factor de riesgo para degeneración maligna de la vesícula biliar¹¹.

Como puede observarse existe aún en la actualidad controversia en relación a la vesícula en porcelana y el cáncer de vesícula.

En cuanto a la metodología diagnóstica creemos que debe realizarse además de un adecuado interrogatorio, examen físico y laboratorio, una ultrasonografía hepatobiliopancreática para observar las características de la vesícula biliar y los órganos adyacentes, una radiografía directa de abdomen para evaluar la localización de la vesícula biliar dado que al estar calcificada es de fácil visualización por este método y una tomografía axial computada con contraste para observar con mayor detalle la topografía vesicular^{12,13}.

En cuanto el tratamiento creemos que en pacientes sintomáticos el tratamiento debería ser la colecistectomía. Y en pacientes asintomáticos también estaría indicada la colecistectomía profiláctica dado que la relación con el cáncer de vesícula existe y la bibliografía publicada hasta la actualidad continúa siendo controvertida si bien el porcentaje de pacientes con cáncer de vesícula hallado en pacientes con vesícula en porcelana es más bajo de lo publicados en las décadas pasadas.

De poder realizarse la colecistectomía completa, creemos que es la mejor opción, de no poder realizarla como en el caso de nuestro caso I, una colecistectomía parcial con estudio anatomopatológico benigno sería una solución en caso de

relacionarse esta con cáncer de vesícula deberíamos plantearnos la posibilidad de una hepatectomía.

Conclusiones

La vesícula en porcelana es una rara entidad, que si bien su relación con el cáncer de vesícula presenta controversias, el riesgo de cáncer es documentado por diferentes series. Con lo cual creemos que el tratamiento debe ser quirúrgico presente o no sintomatología. La vía a elegir debería ser aquella con la que el cirujano tratante se encuentre más seguro.

Si bien no hay evidencias fuertes acerca de la relación entre la vesícula en porcelana y el cáncer de vesícula, el riesgo de cáncer de vesícula está descrito. Por lo que en estos pacientes la metodología de estudio preoperatoria debe ser más exhaustiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Polk HC. Carcinoma and calcified gallbladder. *Gastroenterology*. 1966;50:582-5.
2. Towfigh S, McFadden DW, Cortina GR. Porcelain gallbladder is not associated with gallbladder carcinoma. *Am Surg*. 2001;67:374-82.
3. Opantrny L. Porcelain gallbladder. *CMAJ*. 2002;166:933.
4. Castell HB, Williamson SL, Golladay ES, Fierdorek SC. Porcelain gallbladder in a child: a case report and review. *J pediatr Pediatr Surg*. 1990;25:1302-3.
5. Fukui T, Masaaki N, Uchida K, Matsushita M, Nishio A, Seki T, et al. Endoscopic biliary plastic stenting and successful intentional stent retrieval in a benign biliary stricture with mural spherical calcification and porcelain gallbladder. *Intern Med*. 2009;48:809-13.
6. Ashud H, Siegal B, Oland Y, Adam TG. Calcified gallbladder (porcelain gallbladder). *Arch Surg*. 1978;113:594-6.
7. Ros P, Goodman Z. Xanthogranulomatous cholecystitis versus gallbladder carcinoma. *Radiology*. 1997;203:10-2.
8. Cornell CM, Clarke R. Vicarious calcifications involving the gallbladder. *Ann Surg*. 2001;67:7-10.
9. Stephen AE, Berger DL. Carcinoma in the porcelain gallbladder: a relationship revisited. *Surgery*. 2001;129:699-703.
10. Kwon AH, Inui H, Matsui Y, Uchida Y, Hukui J, Kaniyama Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients with porcelain gallbladder based on the preoperative ultrasound findings. *Hepatogastroenterology*. 2004;51:950-3.
11. Kianmanesh R, Scaringi S, Castel B, Flamant Y, Msika S. Precancerous lesions of the gallbladder. *J Chi (Paris)*. 2007;144:566.
12. Rooholaminni S, Tehrani N, Razavi M, Au A, Hansen G, Ostrzega N, et al. Imaging of gallbladder carcinoma. *Radiographics*. 1994;14:291-306.
13. Delpierre I, Tack D, Moisse R, Bouaka W, Delcour C. Cholecystoduodenal fistula in a porcelain gallbladder. *Eur Radiol*. 2002;12:2284-6.