

RESULTADO CASO RADIOLÓGICO DE DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Solución caso radiológico 6

Radiologic case 6 solution



Carolina Whittle^{a,*}, Cristian Sakamoto^b y Giancarlo Schiappacasse^a

^a Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Departamento Imágenes, Clínica Alemana de Santiago de Chile, Vitacura, Santiago, Región Metropolitana, Chile

^b Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Vitacura, Santiago, Región Metropolitana, Chile

Recibido el 12 de julio de 2016; aceptado el 17 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 20 de diciembre de 2016

Por los hallazgos en los exámenes de imagen, se indica colestectomía laparoscópica.

La biopsia demuestra hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con linfoma no Hodgkin (LNH) de células B de la zona marginal (fig. 1). También hay signos de colecistitis crónica y colesterosis.

A la paciente se le realizó tomografía de emisión de positrones con ¹⁸F-FDG, fusionada con una tomografía computarizada (PET/CT, por sus siglas en inglés), que no mostró focos de captación patológica del trazador (fig. 2).

Discusión

Las neoplasias de la pared de la vesícula biliar pueden ser benignas o malignas, primarias o secundarias.

Entre las lesiones benignas existen lesiones de origen epitelial (adenomas, cistoadenomas, papilomas) y no epitelial (tumor de células granulares, tumores neurogénicos). También hay lesiones seudotumorales como los pólipos de

colesterol, adenomiosomatosis, tejido heterotópico y colangiitis xantogranulomatosa¹.

La lesión maligna más frecuente es el adenocarcinoma, que corresponde a un 98% de los casos. Entre otras causas está el linfoma, que corresponde solo a un 0,1-0,2% y las metástasis².

Las metástasis pueden ser secundaria a melanoma y cáncer pulmonar (ubicadas en la mucosa), cáncer gastrointestinal, mama y ovario. Existen reportes de casos secundarios a su carcinoma, sarcoma Kaposi y compromiso linfomatoso de la vesícula en LNH³.

El LNH corresponde aproximadamente al 5% de los cánceres en adultos, de estos, el compromiso extranodal corresponde a un 24-50%, siendo el lugar más frecuente el tracto gastrointestinal^{4,5}.

El compromiso primario extranodal de la vesícula es muy raro, generalmente del tipo tejido linfoideo asociado a mucosa (MALT, por sus siglas en inglés), secundario a colecistitis crónica por colelitiasis². La edad promedio de presentación es de 60 años, con distribución semejante entre varones y mujeres, generalmente asociado a colelitiasis.

El compromiso secundario de la vesícula por linfoma es poco frecuente, en una serie reportada fue del 2,4% y se cree que el mecanismo principal es por activación de moléculas de adhesión a nivel de la pared vesicular^{4,6}.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchira.2016.11.001>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cwhittle@gmail.com (C. Whittle).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchira.2016.11.002>

0717-201X/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SOCHRADI. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

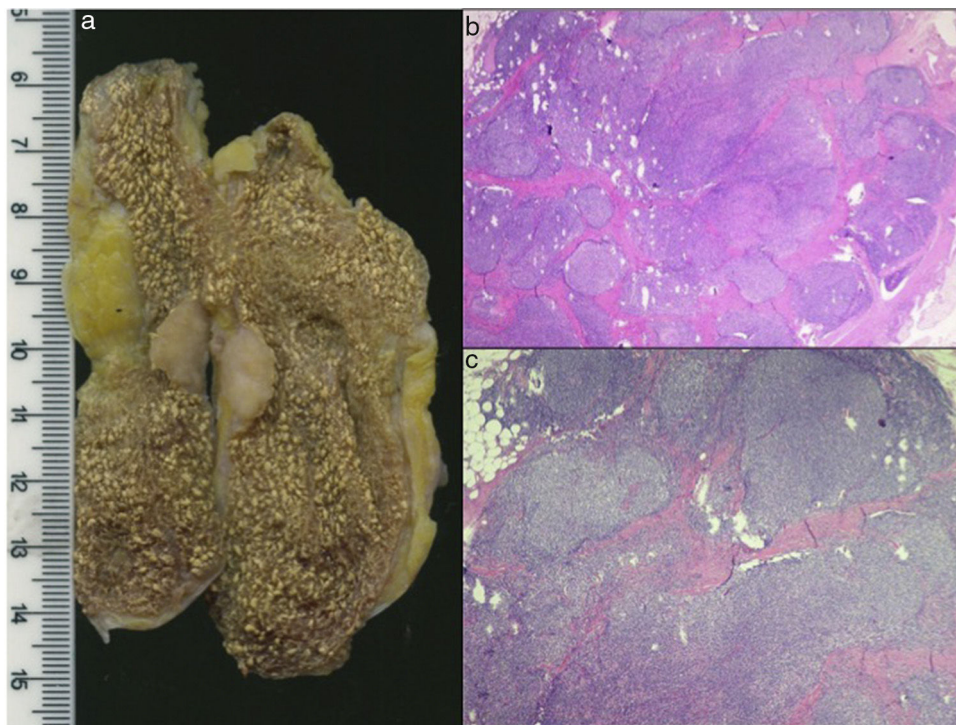


Figura 1 a) Pieza quirúrgica, con un nódulo sólido en la pared vesicular de $17 \times 15 \times 8$ mm, blanquecino-amarillento. Asociado a colecistitis crónica y colesterolesis. b y c) Histología, tinción con hematoxilina y eosina: proliferación linfoide atípica polimorfa, no encapsulada, ubicada en la mucosa, submucosa y capa muscular. Compuesto por células linfoides pequeñas, con núcleos ovoideos uniformes, citoplasma eosinófilo pálido. Se realizó estudio inmunohistoquímico que resultó compatible con linfoma no Hodgkin de células B de la zona marginal.

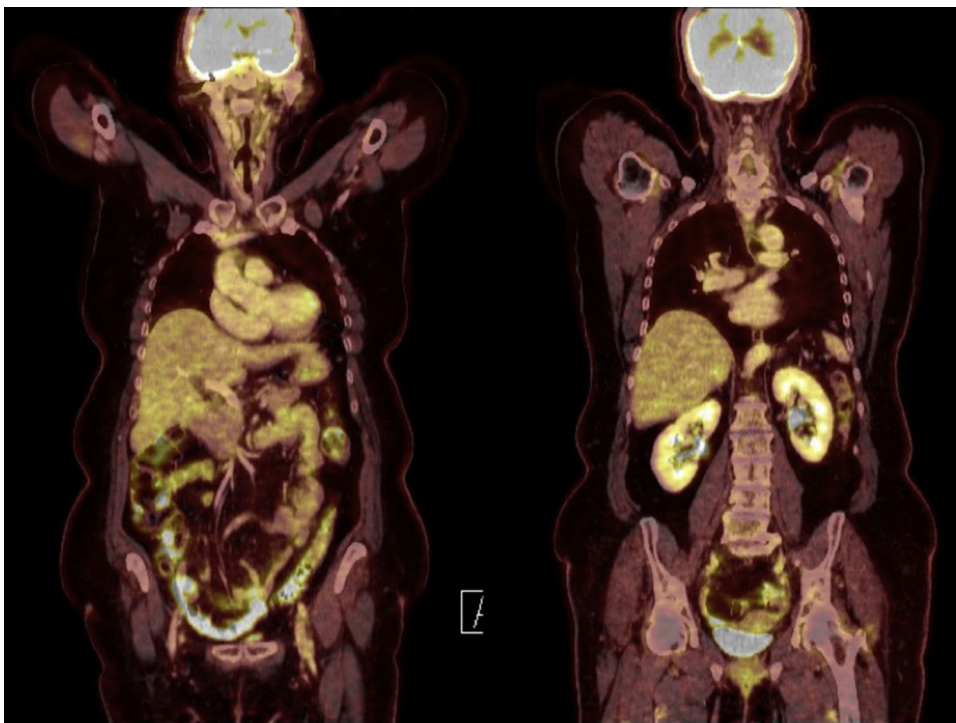


Figura 2 PET/CT ^{18}F -FDG de cuerpo completo: sin evidencia de focos de captación anormal del trazador.

Las manifestaciones clínicas más frecuente son dolor abdominal, cólico biliar, ictericia, coleditiasis y colecistitis aguda. En algunos casos se reportaron síntomas, pero frecuentemente es un hallazgo incidental en cirugías por otras causas, realizándose el diagnóstico postoperatorio⁵⁻⁷.

No hay hallazgos descritos que permitan diferenciar estas lesiones de otras masas de la pared vesicular. Pero en pacientes con sida, dada la prevalencia de linfoma, la aparición de una masa en la pared vesicular, debe considerar el linfoma en el diagnóstico diferencial^{3,7}.

En el estudio por imágenes se han descrito algunos hallazgos en ultrasonido, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM), que corresponden a casos aislados.

El linfoma vesicular se puede presentar como un pólipo de la pared vesicular, nódulo, masa o engrosamiento difuso de la pared vesicular.

En ultrasonido se describe un aspecto hipoecogénico o «seudoquístico», con adenopatías hipoecogénicas en el hilio hepático^{3,5,8}.

En la TC se describe como engrosamiento mural focal o difuso, adenopatías periportales y retroperitoneales, esplenomegalia. Metástasis nodales, hepáticas y esplénicas^{3,5,7,8}.

En la RM se describe como una lesión hipointensa en las imágenes ponderadas en T1, hiperintensa en las imágenes ponderadas en T2, y que realza en forma homogénea con el medio de contraste. Se describe que en secuencias T2 es levemente hipointensa respecto al carcinoma vesicular⁵.

El compromiso linfomatoso de la pared de los ductos biliares es raro. Solo hay algunos casos descritos. Alrededor del hepatocolédoco puede ofrecer una apariencia similar a la colangitis esclerosante o colangiocarcinoma. También se puede presentar como una masa de la pared vesicular^{5,7}.

El compromiso exclusivamente vesicular por linfoma, tiene buen pronóstico a largo plazo, en comparación al compromiso sistémico, el cual tiene mal pronóstico a largo plazo.

Conclusión

El LNH de la vesícula biliar es una rara forma de presentación. Se debe considerar en el diagnóstico diferencial de engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular. En ecografía se puede presentar marcadamente hipoecogénico o de aspecto «seudoquístico».

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Levy A, Murakata L, Abbott R, Rohrmann C. From the archives of the AFIP. Benign tumors and tumorlike lesions of the gallbladder and extrahepatic bile ducts: Radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics*. 2002;22:387-413.
2. Ono A, Tanque S, Yamada Y, Takaji Y, Okada F, Matsumoto S, et al. Primary malignant lymphoma of the gallbladder: A case report and literature review. *Br J Radiol*. 2009;82:e15-9.
3. O'Boyle MK. Gallbladder wall mass on sonography representing large-cell non-Hodgkin's lymphoma in a AIDS patient. *J Ultrasound Med*. 1994;13:67-8.
4. Mitropoulos FA, Angelopoulou MK, Siakantaris MP, Rassidakis G, Vayiopoulos GA, Papalampros E, et al. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the gall bladder. *Leuk Lymphoma*. 2000;40:123-31.
5. Psarras K, Symeonidis N, Vlachaki E, Baltatzis M, Papatolios G, Pavlidis E, et al. Primary gallbladder small lymphocytic lymphoma as a rare postcholecystectomy finding. *Case Rep Hematol*. 2014;2014, 716071.
6. Mani H, Climent F, Colomo L, Pittaluga S, Raffeld M, Jaffe E. Gall bladder and extrahepatic bile duct lymphomas: Clinicopathological observations and biological implications. *Am J Surg Pathol*. 2010;34:1277-86.
7. Tartar VM, Balfe DM. Lymphoma in the wall of the bile duct: Radiologic imaging. *Gastrointest Radiol*. 1990;15:53-7.
8. Kato H, Naganuma T, Iizawa Y, Kitagawa M, Tanaka M, Isaji S. Primary non-Hodgkin's lymphoma of the gallbladder diagnosed by laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2008;15:659-63.