

# Hialinocalcinosis litiásica de la vesícula biliar

Dres. Federico Schneeberger, Artigas Aliano,  
Perla Maman de Goldstein y Pablo Montandon

**A propósito de tres observaciones de hialinocalcinosis vesicular acompañada de litiasis, se realiza una breve reseña de esta patología presentándose la documentación obtenida.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:*  
Cholecystitis / Gallbladder diseases.

## INTRODUCCION

La observación de tres casos de hialinocalcinosis vesicular, patología de escasa frecuencia, aunque clásicamente conocida, nos ha llevado a revisar los caracteres de esta afección y presentar la documentación obtenida.

## CASUISTICA

**Caso 1.**—P. F. Nº Reg. 4474 (H. Maciel). Sexo: masculino. 70 años.

Ingresa el 10/X/78 por tumefacción de hipocondrio derecho, de hallazgo fortuito en el curso de un control clínico por su diabetes. No dolor previo ni síndrome febril. No ictericia ni coluria. No antecedentes de dispepsia. Insuficiencia cardíaca tratada con digitálicos. Diabetes descubierta 3 meses antes en ocasión de una neumopatía aguda.

*Al examen:* Obesidad moderada. En abdomen se palpa tumefacción de hipocondrio derecho, ovoidea, de 4 cms. de eje mayor x 3 cms., de superficie regular, dura, casi pétreo, móvil con la respiración, que impresiona como una vesícula.

Laboratorio: Glicemia: 1,33 gr./L. VES: 24 mm. en la 1ª hora.

Radiografía simple de abdomen: No se visualizaron calcificaciones. No se practicó colecistografía. Gastroduodeno: s/p.

Se opera con el diagnóstico de tumoración de hipocondrio derecho el 20/X/78 encontrándose una vesícula distendida, de consistencia pétreo, con aspecto de porcelana. La vía biliar principal es normal. Se realiza colecistectomía con drenaje subhepático. Buena evolución postoperatoria. Alta al 10º día.

Anatomía Patológica: Se realizó una radiografía simple de la vesícula extirpada observándose la intensa calcificación de sus paredes y su contenido (fig. 1).

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de junio de 1979.

Asistente y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Profesor Agregado de Anatomía Patológica y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Jaime Zudáñez 2720, Montevideo (Dr. F. Schneeberger).

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.*

La macroscopía destaca a nivel del fondo numerosas celdillas conteniendo pequeñas concreciones biliares. El estudio microscópico muestra intensa fibrosis y hialinización parietal con atrofia de la muscular. Se observan extensas áreas de calcificación que se confirmaron por coloración especial (técnica de Kossa) consignándose un esbozo de osificación (fig. 2). Se visualizan además infiltrados linfocitarios difusos y en focos, y áreas con concreciones biliares intraparietales (fig. 3).

En suma: colecistitis crónica inespecífica litiásica; vesícula de porcelana.

**Caso 2.**—M. M. de M. Nº Reg. 100.141 (CASMU). Sexo femenino. 56 años.

Ingresa por ictericia. 15 días antes, dolor en hipocondrio derecho, de tipo cólico, acompañado de vómitos, fiebre de 38 grados e ictericia con coluria e hipocolia progresivas.

Antecedentes de dispepsia hepatovesicular. Colecistografía hace 3 años que diagnosticó vesícula calcificada.

*Al examen:* Subictericia. Lengua seca, saburral. Halitosis. Apirética. Abdomen: Dolor discreto en el hipocondrio derecho. No se palpa vesícula ni borde inferior hepático. Resto del examen: s/p.

Laboratorio: VES: 102 en la 2ª hora. F. Hepático: triplete obstructivo. Hemograma: G.R.: 3:500.000; Hemoglobina: 65%; G.B.: 6.400. Radiografía simple de hipocondrio derecho (fig. 4), se observa vesícula de paredes calcificadas.

Sondeo duodenal: Prueba de Meltzer-Lyon negativa.

Operación (3/III/66): Se encuentra vesícula pétreo, calcificada, empedrada de cálculos facetados. Pericolecistitis intensa, con tejidos lardáceos que adhieren a la cara anterior del pedículo hepático. El colédoco está comprimido por tejido fibroso.

Se realiza colangiografía transcística que revela ausencia de litiasis en vía biliar principal, realizándose la colecistectomía dejando el drenaje transcístico.

La evolución es buena. Colangiografía postoperatoria: normal. El estudio anatomopatológico informó vesícula excluida, multilitiásica, con calcificación parietal (vesícula de porcelana). No proliferación carcinomatosa parietal.

**Caso 3.**—R. R. de D. S. 70 años. Sexo femenino. Antecedentes de dispepsia hepatovesicular.

*Al examen:* Buen estado general. Abdomen: No se palpa vesícula. Grueso panículo parietal. Resto del examen: s/p. Se estudia mediante una colecistografía observándose vesícula de porcelana (fig. 5).

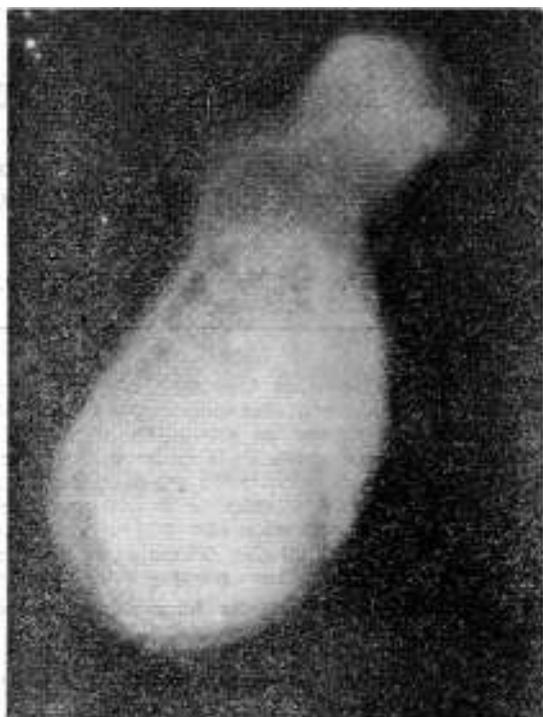


FIG. 1.— Radiografía simple de la vesícula extirpada (caso 1).

Se opera encontrándose vesícula calcificada, dura; vía biliar principal normal. Se realiza colecistectomía. Buena evolución postoperatoria.

Anatomía Patológica: Vesícula calcificada tipo porcelana, multilitiásica.

## COMENTARIO

La vesícula calcificada, conocida desde Förken (4) como vesícula de porcelana, ha sido designada más recientemente por Jutras (5) con el término de hialinocalcinosi, teniendo en cuenta que el elemento patológico básico son los cambios degenerativos e hiperplásicos.

Su incidencia es baja, atribuyéndose a Grandchamp de Lyon la primera publicación en 1797 (6). Hasta 1950 existían sólo 50 casos publicados, apareciendo según Cornell (3) en una proporción de un caso cada 1.300 colecistectomías.

En nuestro medio, Suiffet (7) publicó 5 casos encontrados en 820 colecistectomías, tres de ellos acompañados de litiasis como ocurrió en nuestras observaciones.

La vesícula calcificada puede ser grande, lo más frecuente, o pequeña, retraída y escleroatrófica. Su contenido puede ser mucus, bilis cálcica o cálculos incrustados en la pared, como ocurrió en nuestro caso 1, constituyendo una verdadera vesícula en panal.

La calcificación parietal puede abarcar toda la vesícula, como en nuestros casos, o sólo una parte, sobre todo el fondo.

La microscopía revela una mucosa desaparecida y degeneración hialina y fibrosis en las demás capas. Hay depósitos calcáreos y puede existir osificación (fig. 2). Pueden encontrarse focos inflamatorios y zonas de hiperplasia, lo que ha llevado a establecer su asociación con el carcinoma vesicular, alcanzando hasta un 12,5 % según Cornell y Clarke (3). Esta



FIG. 2.— Pared vesicular mostrando en medio de la intensa hialinización, focos de calcificación y un esbozo de osificación (caso 1).



FIG. 3.— Pared vesicular mostrando intensa hialinización y celdillas con cálculos intramurales e infiltrados leucocitarios en focos y difusos (caso 1).



FIG. 4.— Radiografía simple de hipocondrio derecho observándose la vesícula calcificada (caso 2).



FIG. 5.— Colecistografía (caso 3) observándose la calcificación parietal.

calcificación de la pared vesicular, al igual que en las arterias, es secundaria a fenómenos degenerativos. A éstos, la litiasis agrega otros factores: el trauma parietal, la infección y la obstrucción parcial o total del cístico.

Respecto a la clínica se señala habitualmente la desproporción entre las lesiones anatómicas y la sintomatología. El paciente puede referir los síntomas propios de las colecistopatías crónicas o no presentar síntomas, como ocurrió en nuestro caso 1.

En el caso 2, la ictericia resultó secundaria a la fibrosis asociada a la intensa pericolecistitis que llevó a la obstrucción coledociana.

La palpación de la vesícula, presente en nuestro primer caso, no es un hecho habitual sino más bien infrecuente. Suiffet lo encontró en uno solo de sus cinco casos mientras que Cornell lo halló en sólo tres de sus dieciséis observaciones (3, 7).

La radiología ocupa un lugar fundamental en el diagnóstico de esta patología (1, 2). La radiología simple permite observar un halo cálcico ovoideo que dibuja la vesícula en forma más o menos completa (figs. 4 y 5). En nuestra observación 1 no se visualizó lo que vinculamos a la obesidad del paciente sumado a una técnica radiológica insuficiente.

La colecistografía resulta habitualmente negativa.

El tratamiento quirúrgico es sencillo y se limita a la extirpación vesicular y exploración de la vía biliar principal, como en toda enfermedad litiasica vesicular.

## RESUME

### Hyalocalcinosé lithiasique de la vesicule biliare

- A la suite de trois observations de hyalocalcinosé vésiculaire accompagnée de lithiasé, on réalise une brève description de cette pathologie, en présentant la documentation obtenue.

## SUMMARY

### Hyalinocalcinosis of the Gallbladder

Three cases of hyaline - calcinosis of the gallbladder with cholelithiasis are reported. A brief summary of this pathology is done and documents are added.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARCIA P. La radiología en las colecistitis no calculosas. *Jornadas Panamericanas de Gastroenterología, 1as.*, 1948.
2. BARCIA P y GORLERO A. La radiología en el estudio de la vesícula biliar. Buenos Aires. El Ateneo, 1951.
3. CORNELL CM and CLARKE R. Vicarious calcification involving the gallbladder. *Ann Surg*, 149: 267, 1959.
4. FORCKE . Citado por Prat, D. (6).
5. JUTR A. Hiperplastic cholecystosis. *Am J Roentgenol*, 83: 795, 1960.
6. PRAT D. Patología de las vías biliares. Montevideo. Barreiro y Ramos, 1946.
7. SUIFFET W. Hialinocalcinosis de la vesícula biliar. *Cir Uruguay*, 40: 229, 1970.