



## Patología de la Vesícula Biliar y de la Vía Biliar Extrahepática

La vesícula biliar es un órgano hueco, que se encarga de concentrar, almacenar y secretar la bilis acumulada al intestino.

Se compone de fondo, cuerpo y cuello. Vacía su contenido a través del conducto cístico, que se une con el conducto hepático común y forma el conducto colédoco, el cual desemboca en el duodeno, a nivel de la ampolla de Vater.

Su pared consiste en: (1) mucosa revestida por epitelio simple de células cilíndricas altas con núcleos ovalados basales que descansa sobre una lámina propia; la mucosa puede estar muy plegada en una vesícula vacía, (2) capa fibromuscular (sólo una capa de músculo liso, a diferencia del resto del tracto digestivo), (3) capa subserosa, con tejido adiposo, vasos sanguíneos y linfáticos, nervios y paraganglios, (4) serosa, excepto en lecho hepático.

El pedículo vesicular contiene el conducto, la arteria y el ganglio cístico.

Las vías biliares extrahepáticas se componen de un epitelio cilíndrico alto de células con citoplasma claro y núcleos basales, que descansan sobre una lámina propia que contiene pequeñas glándulas y músculo liso.

La patología vesicular puede clasificarse en:

- I. Inflamatoria (aguda, crónica)
- II. Tumoral (hiperplásica, neoplásica benigna y maligna)

### I. Patología Inflamatoria

#### a) COLECISTITIS AGUDA (CA).

También llamada colecistitis crónica reagudizada, porque en la gran mayoría de los casos se sobrepone a una colecistitis crónica por colelitiasis.

**Patogenia.** La CA asociada a cálculos, se produce por obstrucción del cuello vesicular o del conducto cístico, con acción de enzimas de la mucosa y las sales biliares. Es la complicación más frecuente de la colelitiasis y la causa más frecuente de colecistectomías de urgencia.

La CA acalculosa se piensa que es una complicación isquémica, porque la arteria cística es una arteria terminal y se produce en pacientes con severo compromiso hemodinámico, también en casos de estasia vesicular por acumulación de barro biliar en ausencia de cálculos (p.ej. alimentación parenteral) o por agentes infecciosos como *Salmonella typhi*, lo cual es muy poco frecuente.

**Clínica.** Dolor constante en hipocondrio derecho, puede comenzar como un cólico prolongado (>6 horas), asociado a fiebre, rara vez puede haber ictericia y coluria. Se puede palpar la vesícula distendida y dolorosa a la palpación con signo de Murphy positivo.

**Macroscopía.** Vesícula distendida y tensa, roja violácea o de aspecto moteado con zonas violáceas o verde-negruzcas por hemorragias subserosas. La serosa está cubierta por fibrina. Pared engrosada, edematosa e hiperémica (hidrops vesicular).

**Microscopía.** Infiltrado inflamatorio compuesto por polimorfonucleares neutrófilos, edema, congestión vascular y formación de abscesos.

Los hallazgos no diferencian la CA calculosa de la no calculosa, excepto por la presencia de cálculos.

## b) COLECISTITIS CRÓNICA (CC).

**Patogenia.** Más del 90% está asociada a colelitiasis.

**Clínica.** No tiene síntomas llamativos como la CA, pero pueden tener antecedentes de cólicos biliares recurrentes.

**Macroscopía.** Hallazgos muy variables. La serosa suele ser lisa y brillante, pero puede estar deslustrada por fibrosis subserosa. La pared es blanca-grisácea opaca, está engrosada de forma variable y es menos flexible que la pared de una vesícula normal. Mucosa trabeculada atrófica.

La calcificación distrófica extensa de la pared puede dar lugar a una vesícula “en porcelana”.

**Microscopía.** Infiltrado inflamatorio mononuclear compuesto por linfocitos, células plasmáticas y macrófagos. Fibrosis subepitelial y subserosa.

Puede haber superposición con cambios inflamatorios agudos: CC reagudizada.

## II. Patología Tumoral

### a) Hiperplasia

La **adenomiosis** es la hiperplasia del epitelio vesicular y de la musculatura lisa adyacente, que produce un engrosamiento de la pared. Importante diagnóstico diferencial macroscópico del cáncer de vesícula.

### b) Neoplasias Benignas

Los pólipos de la vesícula biliar son muy frecuentes, sin embargo, la mayoría son reactivos o inflamatorios, rara vez miden más de 1 cm.

Los **adenomas** son las neoplasias benignas del epitelio biliar más frecuentes, pueden medir más de 1 cm. y se caracterizan por ser pólipos sésiles solitarios; tubulares, papilares o mixtos. Son muy poco frecuentes.

## c) Neoplasias Malignas

### CARCINOMA DE VESÍCULA BILIAR.

**Patogenia.** En cerca del 90% de los casos se asocia a colelitiasis. Sin embargo, menos del 5% de los pacientes colecistectomizados presenta un tumor vesicular. También se ha asociado a la infección por *Salmonella typhi*. En Chile es la primera causa de muerte oncológica en mujeres.

**Clínica.** La ictericia progresiva, asociada a síndrome constitucional son los síntomas principales; pueden estar asociados a la presencia de una masa indolora en el hipocondrio derecho y/o epigastrio.

El diagnóstico preoperatorio se realiza en menos del 20% de los casos y en ocasiones se encuentra esta neoplasia en colecistectomías realizadas por otras patologías y hasta el 10% pueden ser carcinomas *in situ*.

**Macroscopía.** Pueden tener crecimiento infiltrante o exofítico. El infiltrante es el más común y se presenta como un engrosamiento y rigidez de la pared vesicular. El exofítico crece hacia el lumen como una masa irregular en forma de coliflor. Ambos pueden tener zonas de necrosis, hemorragias y ulceraciones.

**Microscopía.** La mayoría (>90%) son adenocarcinomas, desde bien diferenciados a anaplásicos. Pueden observarse estructuras papilares. La minoría (<5%) son carcinomas escamosos, carcinoides o mesenquimáticos.

### COLANGIOPAPILOMA EXTRAHEPÁTICO.

**Patogenia.** Tiene una ligera predominancia entre los hombres adultos mayores. Los factores de riesgo asociado son los mismos que para el colangiocarcinoma intrahepático (colangitis esclerosante primaria, enfermedad de Caroli y quistes coledocianos).

**Clínica.** Lo más importante es la ictericia progresiva e indolora.

El colangiocarcinoma de la vía biliar distal es parte de los “tumores periampulares”. Los otros tumores periampulares son de la cabeza del páncreas (es el más frecuente y la gran mayoría malignos), de la ampolla de Vater y de duodeno. Todos comparten características clínicas por su forma de presentación, pero cada uno tiene su comportamiento biológico particular. El tumor de la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo se denomina tumor de Klatskin.

**Macroscopía.** La mayoría aparecen como nódulos grises y firmes dentro de la pared, algunos son infiltrantes difusos y otros exofíticos.

**Microscopía.** La mayoría son adenocarcinomas que pueden o no secretar mucina y se acompañan de un denso estroma fibroso. La diferenciación escamosa es rara.

### **Colesterosis.**

Es la acumulación de colesterol en los histiocitos de la lámina propia vesicular.

Afecta al 10% de la población general y es frecuentemente asintomática.

Puede estar asociada a la formación de pólipos y/o cálculos de colesterol.

**Macroscopía.** Mucosa con estrías amarillentas que sobresalen del resto de la mucosa rojiza hacia el lumen (vesícula “en fresa”).

**Microscopía.** Presencia de histiocitos espumosos que han fagocitado colesterol en la lámina propia.