

VESÍCULA BILIAR DOBLE. REPORTE DE UN CASO

Zoe Pujadas¹, Omaira Rodríguez¹, Rair Valero¹, Gustavo Benítez², Alexis Sánchez³, Aquiles Siverio⁴, Juan C. Valls⁵

RESUMEN: Se presenta caso clínico de vesícula biliar doble en paciente femenina de 68 años quien consulta por presentar clínica de colecistitis aguda; el procedimiento quirúrgico se inicia por vía laparoscópica y ante la imposibilidad de identificación de estructuras anatómicas es convertido a cirugía convencional abierta donde se evidencia vesícula biliar doble, cada una de las cuales desembocaba en un conducto cístico separado, ambas con signos de inflamación aguda; una de ellas con múltiples cálculos; la otra, acalculosa, con un pólipo mayor de 1 cm en su interior. El estudio anatomopatológico reportó colecistitis crónica, colecistitis aguda severa y pólipo necrótico, respectivamente. La vesícula biliar doble es una variante anatómica poco frecuente la cual puede ser diagnosticada preoperatoriamente por imagenología y cuyo abordaje laparoscópico resulta exitoso.

Palabras clave: Anomalías congénitas de vías biliares, Vesícula biliar doble, Colecistitis aguda.

ABSTRACT: We present a case of double gallbladder in a 68 year old female patient with diagnosis of acute cholecystitis. The procedure was converted to conventional open surgery due to difficult identification of biliary tract structures. In the laparotomy we found a double gallbladder with independent cystic duct. In one of gallbladder there was a cholelithiasis and a one centimetre in diameter polyp in the second one. The pathology study concluded acute cholecystitis and necrotic polyp. The double gallbladder is a very unusual anatomic variant. The preoperative diagnosis is based on imagenology and the laparoscopic approach is safe and effective in some cases.

Key words: Congenital variations of biliary tract, Double gallbladder, Acute cholecystitis

INTRODUCCIÓN

El hígado, la vesícula biliar y las vías biliares se originan de un divertículo procedente de la porción caudal del intestino anterior al principio de la cuarta semana de desarrollo embrionario. Este divertículo hepático se divide en una porción hepática y otra cística. Cuando existe alguna alteración en la proliferación y migración embriológica ocurren las anomalías biliares congénitas; la división del brote vesicular origina la vesícula doble^(1,2).

El término de vesícula doble implica una duplicación de la misma en la que existen dos cavidades independientes

y dos conductos císticos separados⁽²⁾. Es una rara anomalía congénita del sistema biliar con una frecuencia de 1 por 4 000 casos y puede ser detectada preoperatoriamente por estudios imagenológicos; su importancia en la práctica radica en los problemas diagnósticos que plantea y las implicaciones quirúrgicas que acarrea⁽³⁾. Se presenta un caso de vesícula biliar doble en paciente femenina de 68 años, la cual se presentó con una signo-sintomatología de colecistitis aguda.

¹ Residente de 3er. año. Posgrado de Cirugía General.

² Profesor Agregado. Jefe de Servicio.

³ Instructor por Concurso.

⁴ Residente de 1er. año. Posgrado Cirugía General. Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C".

⁵ Cirujano Oncólogo. Adjunto de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "D". Hospital Universitario de Caracas

Zoe Pujadas A.: zpujadas@gmail.com

Cel 0414-2312020

Recibido: 30-10-06

Aceptado: 01-11-06

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 68 años, la cual consulta por dolor en hipocondrio derecho de quince días de evolución, fuerte intensidad, tipo cólico; concomitante hipertermia no cuantificada. Al examen físico se evidencian taquicardia y fiebre con signo de Murphy positivo y en la valoración paraclínica leucocitosis con neutrofilia.

Se realiza ecosonograma abdominal descrito como vesícula biliar de paredes engrosadas con múltiples imágenes hiperecogénicas en su interior.

Se realiza intervención quirúrgica, con el diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda; se inicia el procedimiento por vía laparoscópica y por la imposibilidad de identificación de estructuras anatómicas, se decide conversión a cirugía abierta convencional.

Posterior a la conversión quirúrgica del procedimiento a través de incisión subcostal derecha se evidencia doble vesícula biliar (Figura 1), cada una de las cuales desemboca en un conducto cístico separado; ambas con signos de inflamación aguda, una de ellas con múltiples cálculos (Figura 2); la otra, acalculosa (Figura 3), con un pólipo mayor de 1 cm en su interior (Figura 4). El estudio anatomopatológico reportó colecistitis crónica, colecistitis aguda severa y pólipo necrótico, respectivamente.

Se realiza doble colecistectomía mixta. La paciente evoluciona satisfactoriamente siendo egresada al segundo día posoperatorio.

Figura 1
Doble vesícula biliar.



Figura 2
Una de las vesículas; con signos de inflamación aguda y cálculos en su interior

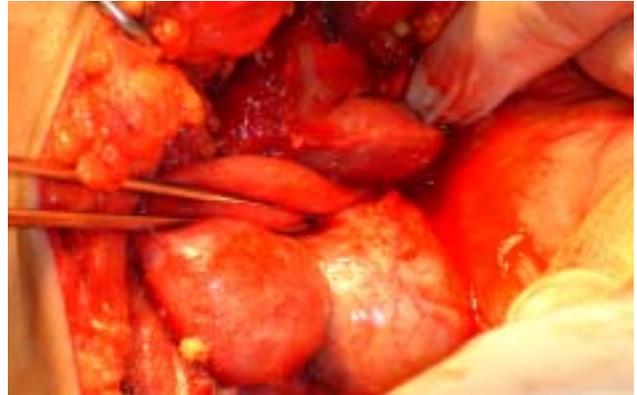


Figura 3
Segunda vesícula, con evidencia de colecistitis.



Figura 4
Ambas piezas, a la apertura de una de ellas se muestra pólipo mayor a 1 cm en su interior.



DISCUSIÓN

El hígado, la vesícula biliar y las vías biliares se originan de un divertículo procedente de la porción caudal del intestino anterior al principio de la cuarta semana de desarrollo embrionario. Este divertículo hepático se alarga con rapidez y se divide en dos porciones: la porción cefálica o hepática y la porción caudal o cística⁽¹⁾.

De la porción cefálica o hepática se derivan el hígado y las vías biliares. Hacia la novena semana, el hígado ocupa cerca de 10 % del peso total del feto. La formación de bilis comienza durante la duodécima semana⁽¹⁾.

La porción caudal o cística se expande para formar la vesícula biliar, su pedículo se convierte en el conducto cístico. El pedículo que une los conductos hepático y cístico al duodeno se convierte en el colédoco; de manera inicial, este conducto se une a la superficie ventral del asa duodenal, pero cuando el duodeno crece y gira la entrada del colédoco es arrastrada hacia la superficie dorsal del duodeno⁽¹⁾.

Cuando existe alguna alteración en esta proliferación y migración embriológica ocurren las anomalías biliares congénitas; la división del brote vesicular origina la vesícula doble^(1,2). Las variaciones anatómicas de la vía biliar son tan comunes que pueden considerarse más bien como normales y no como malformaciones congénitas, sin embargo, estas disposiciones pueden hacer difícil una intervención quirúrgica predisponiendo a causar iatrogenia biliar o arterial⁽³⁾.

El término de vesícula doble implica una duplicación de la misma en la que existen dos cavidades independientes y dos conductos císticos separados, los cuales pueden desembocar por separado o reunirse previamente formando una especie de “Y” invertida⁽²⁾. Es una rara anomalía congénita del sistema biliar con una frecuencia de 1 por 4 000 casos y puede ser detectada en el preoperatorio por estudios imaginológicos; su importancia en la práctica radica en los problemas diagnósticos que plantea y las implicaciones quirúrgicas que acarrea⁽⁴⁾, ya que las intervenciones quirúrgicas de la zona hepatobiliar, conllevan, además de los riesgos inherentes a toda cirugía mayor, la complejidad estructural y la presencia de anomalías de dicha zona⁽⁵⁾.

La duplicación vesicular tiene una prevalencia de 2,5:10 000 estudios de autopsia y aproximadamente 200 casos reportados en la literatura. Es importante resaltar que en la mayoría de los casos reportados el diagnóstico se realiza en estudios de cadáveres⁽⁶⁾.

En la literatura, Rothman describe los siguientes tipos de vesículas dobles: ⁽²⁾

- En la fosa vesicular normal, con el conducto cístico en forma de “Y”.
- En la fosa vesicular normal, con un conducto cístico separado.
- En la fosa vesicular normal, con el cístico dirigido hacia el hígado.
- Inclusión parcial en el hígado, con el cístico desembocando en el hepático común.
- Debajo del lóbulo izquierdo del hígado desembocando en el conducto hepático izquierdo
- En el ligamento gastrohepático y desembocando en el colédoco.

Las diferentes publicaciones reportan casos aislados en los cuales se encuentran patológicas una o dos vesículas con igual o distinta patología^(4,7,8), planteando el papel de esta variante anatómica en la génesis de litiasis debido al drenaje biliar inadecuado de bilis⁽⁹⁾.

Los estudios preoperatorios son requeridos para un diagnóstico positivo y mayor seguridad al momento del abordaje. Dentro de las modalidades de diagnóstico por imágenes útiles se describen el ultrasonido, la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear con efecto colangiográfico y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica^(10,11).

Los diagnósticos diferenciales más frecuentes son vesículas con septum, quistes del colédoco, divertículos de la vesícula, quistes hepáticos, quistes mesentéricos, quistes piloroduodenales⁽⁶⁾.

Con respecto al tratamiento es imperiosa la resección de ambas vesículas en todos los casos ya que la persistencia de una de ellas se asocia con complicaciones inherentes a la misma a corto y mediano plazo⁽¹²⁾.

Con respecto al manejo, una vez establecido el diagnóstico preoperatorio por métodos de imágenes, puede ser llevada a cabo la intervención quirúrgica exitosamente por vía laparoscópica^(13,14).

Más allá de los casos de vesícula biliar doble se encuentran reportados datos acerca de triple vesícula biliar; dos de ellas diagnosticadas por imaginología en el preoperatorio y la tercera durante el acto quirúrgico; con resolución laparoscópica sin complicaciones⁽¹⁵⁾.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Joanne Salas, Dr. Humberto Chacón, Dr. Omar Bellorín, Dr. José Manuel Paredes del Servicio de

Cirugía III y al personal de anestesia, enfermería y quirófano del Hospital Universitario de Caracas.

REFERENCIAS

1. Moore KL. Aparato Digestivo. En: Embriología Clínica. 4ª edición. México: Interamericana McGraw-Hill; 1988.p.245-248.
2. Rothman M. Anomalías de la vesícula y de las vías biliares y de sus vasos sanguíneos. En: Bockus HL, editor. Anomalías de la vesícula y de las vías biliares y sus vasos sanguíneos. Gastroenterología. 2ª edición. España: Salvat editores; 1968.p.621-629.
3. Rondón J, Duarte M, Ludert C. Variaciones en vías biliares: descripción anatómica de disecciones realizadas en los Servicios de Patología Forense del Cuerpo Técnico de Policía Judicial y Anatomía Patológica del Hospital Central de Maracay. Rev Venez Cir. 2001;54:3-14.
4. Safioleas MC, Papavassiliou VG, Moulakakis KG. Congenital duplication of the gallbladder. Am Surg. 2006;72:217-220.
5. Russo T, Pérez M. Variaciones anatómicas del conducto cístico. MedULA, Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. 1998;7:12-18.
6. Rojas J, Arana D, Hidalgo J, Aldana C, Romero M. Duplicación vesicular. Segundo reporte venezolano como hallazgo quirúrgico. Rev Venez Cir. 2002;55:35-38.
7. Gautam A, Kala S, Kumar M, Sharma CL. Double gallbladder with two disease processes. Indian J Gastroenterol. 1999;18:179.
8. Perez E, Espino H, Bernal F. Vesícula biliar doble. Reporte de un caso. Rev Med Hosp Gen Mex. 2004;67:94-97.
9. Papaziogas B, Lazaridis C, Paraskevas GA. A variant of the double gallbladder. A possible cause of cholelithiasis? Folia Morphol. 2005;64:229-232.
10. Ozgen A, Akata D, Arat A. Gallbladder duplication: Imaging findings and differential considerations. Abdom Imaging. 1999;24:285-288.
11. Mazziotti S, Minuloti F, Blandino A, Vinci S, Salamone I. Gallbladder duplication: MR cholangiography demonstration. Abdom Imaging 2001;26:287-289.
12. Gigot J, Van Beers B, Goncette L. Laparoscopic treatment of gallbladder duplication. A plea of removal of both gallbladders. Surg Endosc. 1997;11:479-482.
13. Goel A, Srivastava KN, Rana AK. Double gallbladder-a laparoscopic management. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2003;13:348-349.
14. Yorganci K, Kabay B, Aran O. Laparoscopic double cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2001;11:126-128.
15. Schroeder C, Draper KR. Laparoscopic cholecystectomy for triple gallbladder. Surg Endosc. 2003;17:1322.