



Vesícula biliar de presentación izquierda verdadera: presentación de caso y revisión de la literatura

Miguel Magdaleno García,* Erwin Ricardo Flores Vázquez,† Fernando Javier Rivera Gutiérrez,§ Horacio Ortega Pineda,|| María Dolores Meléndez Delgado¶

Resumen

Introducción: La localización de la vesícula biliar izquierda sin *situs inversus* (sinistroposición) es una variante rara, con una frecuencia de 0.1 a 1.2%. **Presentación de caso:** Paciente femenino de 31 años, con cesárea hace siete meses, unigesta. Reportó cólico vesicular de tres meses de evolución. Sus estudios de laboratorio se mostraron normales. Ultrasonido: vesícula de 8 x 7 cm, con litos pequeños en posición normal, sin dilatación de las vías biliares. Fue programada para colecistectomía laparoscópica ambulatoria electiva. Técnica: bajo anestesia general, se realizó insuflación con Veress, colocación de trocares de 10 mm umbilical y subxifoideo; posición de la paciente: tipo americano. Por laparoscopia, se localizó la vesícula del lado izquierdo del ligamento teres, por lo que se decidió colocar trocares de 5 mm subcostales en la línea media clavicular, bilaterales, en posición francesa. Se hizo adherenciólisis, así como disección de Calot y visión crítica ampliada. La colangiografía con sonda por cístico se llevó a cabo sin complicaciones; se colocaron grapas proximales, dos a cístico y arteria, se realizó disección del lecho vesicular y extracción vesicular, aspirado de gas, anestesia intraperitoneal, cierre por planos; colocamos drenaje. Inició vía oral a las dos horas y egresó a su domicilio en 3.5 horas. Su seguimiento fue normal a las 12 semanas. Reporte histopatológico: colecistitis crónica litiasica. **Conclusiones:** Se deben considerar las variantes anatómicas y hacer exploración antes de colocar los trocares. La vesícula izquierda regularmente es un hallazgo que no se encuentra por ultrasonido.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, vesícula izquierda, colangiografía, variantes árbol biliar, variante sistema portal, variante hepática, anormalidad de la vía biliar, sinistroposición, *situs inversus*.

Abstract

Introduction: Left-sided gallbladder without *situs inversus* (*sinistroposio*) is a rare variant, with a frequency of 0.1% to 1.2%. **Case report:** This is a 31-year-old female with a history of a cesarean surgery seven months earlier in her first pregnancy and a three-month biliary colic. No abnormal laboratory test results were detected. Ultrasound: a gallbladder in a normal position, 8 x 7 cm in size, with small gallstones; no bile duct dilation. She was programmed for elective ambulatory laparoscopic cholecystectomy. Technique: under general anesthesia, insufflation with a Veress needle and placement of 10 mm umbilical and subxiphoid trocars were performed; the patient was positioned in the American position. Through laparoscopy, the gallbladder was located on the left side of the teres ligament; therefore, it was decided to place subcostal bilateral 5 mm trocars over the clavicular midlines in a French position. Then, adhesiolysis was performed, as well as a dissection of the Calot triangle with extended critical vision. A cystic catheter cholangiography was done without complications, clips were placed proximal, two on the cystic duct and the artery; then, we proceeded with complete dissection and gallbladder extraction, continued with gas aspiration, intraperitoneal local anesthesia, closure by layers and drainage placement. Oral intake took place within two hours post-op, and she was discharged from the hospital after 3.5 hours. She appeared normal in the 12-week follow-up. Histopathologic report: chronic gallstone cholecystitis. **Conclusions:** Anatomic variants should be considered and a thorough abdominal inspection should be performed prior to the placement of the trocars. Left-sided gallbladder is regularly a surgical finding and usually it is not diagnosed by ultrasound.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, left gallbladder, cholangiography, biliary tree variants, portal system variant, hepatic variant, biliary tract abnormality, *sinistroposio*, *situs inversus*.

* Cirugía General, Cirugía Mayor Ambulatoria, UMAA 55, IMSS. Hospital Ángeles León.

† Cirugía General, UMAA 55, IMSS.

§ Cirugía General, Hospital San Javier, Guadalajara, Jal.

|| Cirugía General, Centro Médico de Occidente, Guadalajara, Jal.

¶ Enfermera quirúrgica, UMAE T1, IMSS.

Correspondencia:

Miguel Magdaleno García

Av. Cerro Gordo Núm. 311, Int. 750, Col. Lomas del Campestre, 37150, León, Guanajuato.

E-mail: magdalenogarcia@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La localización de la vesícula biliar en el lado izquierdo del ligamento falciforme (sinistroposición) constituye una anomalía en la posición y orientación de la vesícula biliar, sin la presencia de *situs inversus*. La incidencia reportada de esta anomalía se estima entre el 0.1 y el 1.2%.¹⁻³

El primer reporte de esta variante corresponde a Hochstetter en 1886, y su descripción clásica es la de «una vesícula que descansa sobre el lado izquierdo del ligamento teres».

Presentamos un caso que corresponde a la identificación de una vesícula biliar a la izquierda con respecto del ligamento falciforme, así como la discusión de las diferentes formas de presentación de esta variante anatómica y su relevancia en el manejo quirúrgico como un hallazgo incidental no sospechado en la mayoría de casos reportados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 31 años, empleada de una fábrica. Tiene antecedentes de diabetes mellitus materna y como quirúrgicos una cesárea. Ginecoobstétricos: menarca a los 12 años, ritmo 30 × 3, gesta 1, cesárea 1. Se presentó con un cuadro de dolor tipo cólico vesicular de tres meses de evolución, epimesogástrico, en relación con la ingesta de colecistoquinéticos, que cedía con antiespasmódicos; no mostraba ictericia, coluria ni acolia; tuvo tres cuadros que la llevaron al servicio de urgencias y hospitalización en una ocasión; el último episodio ocurrió 15 días antes.

Los estudios preoperatorios (biometría hemática, pruebas de función hepática, química sanguínea y tiempos de coagulación) fueron normales.

El ultrasonido reportó vesícula biliar en situación normal, de tamaño y volumen normales, litos en su interior, pared de 2 mm y esteatosis hepática leve, sin dilatación de la vía biliar. No hubo sospecha de anomalías en el preoperatorio. Se programó para cirugía electiva de colecistectomía laparoscópica ambulatoria.

Técnica

Bajo anestesia general, se realizó incisión umbilical, insuflación a 8 mmHg con aguja de Veress, se colocó trocar de 10 mm umbilical para la cámara, otro trocar subxifoideo de 10 mm como puerto de trabajo del cirujano. Se dio posición a la paciente en semifowler y lateral izquierdo. Se llevó a cabo laparoscopia exploradora, en la que se encontró una vesícula en posición anormal, del lado izquierdo del ligamento teres (*Figura 1*), por lo que se decidió en ese momento cambiar a posición francesa para trabajar entre las piernas (*Figura 2*), ya que normalmente se hace en posición americana. Se colocaron

dos trocres más de 5 mm subcostales en la línea media clavicular, bilaterales. Se realizó adherenciólisis, disección del triángulo de Calot y ventana crítica ampliada, colocando incluso una referencia en el lado izquierdo, similar al surco de Rouvier. Se disecó el conducto cístico y se hizo grapado proximal con clip de titanio. Se llevó a cabo distalmente un corte en el cístico y se pasó sonda de alimentación Fr 8, fijando con sutura proximal, y se pasó medio de contraste para colangiografía (*Figuras 3A y 3B*). Se confirmó anatomía sin otras variantes, presencia de litos pequeños en la desembocadura del cístico, los cuales se extrajeron; se retiró la sonda alimentación y se grapó en forma doble en el segmento proximal. Se hizo también triple grapado de la arteria cística. Se disecó la vesícula con electrocauterio, se removió del lecho hepático y se extrajo con endobolsa por puerto subxifoideo, sin complicaciones. Se realizó extracción de gas al máximo, con colocación de anestesia intraperitoneal por instilación de ropivacaína al 7.5%, cierre de puertos, aponeurosis PDS núm. 0 y afrontamiento de



Figura 1. Vesícula izquierda verdadera.



Figura 2. Posicionamiento del equipo quirúrgico final, posición francesa.

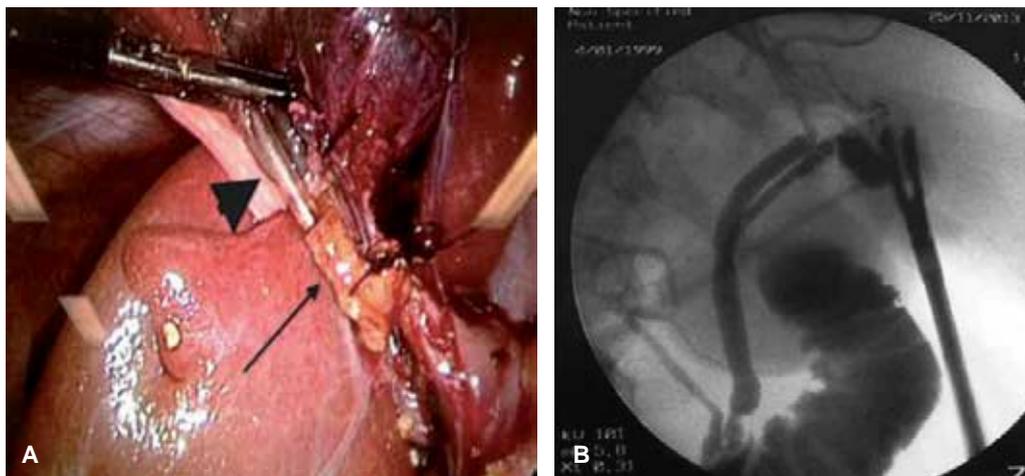


Figura 3.

A. Colangiografía, sonda en cístico. **B.** Imagen de la colangiografía.



Figura 4. Visualización final de las cicatrices y drenaje.

piel con monocryl 000. Dejamos drenaje tipo Saratoga (Figura 4). La paciente se recuperó de la anestesia, se inició la vía oral a las dos horas del postoperatorio y fue egresada a su domicilio el mismo día en 3.5 horas. Su control postoperatorio a uno, ocho y 45 días se mostró sin complicaciones. El reporte histopatológico indicó sólo colecistitis crónica litiásica. La cirugía y su sistematización fueron parecidas a la técnica habitual, sólo que en espejo, ya que se estaba trabajando sobre el lóbulo izquierdo y con el ligamento al lado derecho, con poca dificultad técnica para realización de la misma.

DISCUSIÓN

La vesícula biliar izquierda se puede definir como aquella que se encuentra en el lado izquierdo del ligamento falciforme;

esta anomalía puede dividirse en tres diferentes tipos: aquella presente junto con *situs inversus*, una vesícula ectópica izquierda «verdadera» o en sinistroposición y un ligamento falciforme derecho,⁴ como es el caso que presentamos de vesícula izquierda verdadera.¹ Su frecuencia es variable; de acuerdo con Idu, es de 0.3%⁶ casos de 1,764 pacientes.¹

El diagnóstico previo a la cirugía constituye un reto, ya que el dolor se manifiesta de misma forma en el hipocondrio derecho; la regla es que sea un hallazgo transoperatorio. Por esta razón, el cirujano deberá contar con la destreza y el instrumental necesarios para resolver el procedimiento quirúrgico, así como considerar siempre la posibilidad asociada de variantes vasculares, del sistema portal y del árbol biliar, las cuales se deben tener en cuenta en todos los pacientes; es importante apoyarse con la colangiografía transoperatoria y una adecuada disección por los riesgos de incidentes de la vía biliar o vascular.^{3,5}

Reddy y sus colaboradores hacen referencia a la localización en los segmentos III y IV, preferentemente en el segmento IV, y la mayoría de las ocasiones es un hallazgo transoperatorio no sospechado antes de la cirugía.⁵

Es básico mencionar que este tipo de anomalías no sólo se presentan de forma aislada, sino que pueden coexistir con alteraciones en el sistema portal, atrofia del segmento IV y alteraciones en el árbol biliar.^{4,6}

Hsu refiere que en tomografías realizadas a 1,482 pacientes, encontraron la vesícula biliar sobre el lado izquierdo en nueve de ellos. No identificaron como etiología alguna predisposición genética u otra posible causa.⁶ Iskandar habla sobre la adecuada valoración de las estructuras de la vía biliar para evitar una lesión y recomienda hacer una disección con seguridad.⁷

Leone describe las diferentes variantes de desembocadura de cístico a colédoco; el tipo A desemboca al lado

derecho del colédoco; el B desemboca a hepático izquierdo y el C desemboca al lado izquierdo de colédoco.⁸

Los cambios a la técnica realizada por nuestro grupo fueron posteriores a la laparoscopia exploradora con colocación de trocares y la paciente en posición francesa, modificación a lo habitual, ya que siempre se realiza técnica de colocación de trocares y posición americana más la realización de la colangiografía para confirmar la integridad de la vía biliar.

CONCLUSIONES

La vesícula biliar a la izquierda del ligamento falciforme o en sinistroposición, sin la presencia de *situs inversus*, es una entidad rara que se diagnóstica como hallazgo incidental durante la realización de la laparoscopia, por lo que el cirujano debe estar dispuesto a modificar la técnica en cuanto a la colocación de los trocares y hacer uso de la colangiografía transoperatoria para disminuir la posibilidad de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Idu M, Jakimowicz J, Iuppa A, Cuschieri A. Hepatobiliary anatomy in patients with transposition of the gallbladder: implications for safe laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 1996; 83: 1442-1443.
2. Nagai M, Kubota K, Kawasaki S, Takayama T, Bandai Y, Makuuchi M. Are left-side gallbladders really located on the left side? *Ann Surg.* 1997; 225: 274-280.
3. Maetani Y, Itoh K, Kojima N, Tabuchi T, Shibata T, Asonuma K et al. Portal vein anomaly associated with deviation of the ligamentum teres to the right and malposition of the gallbladder. *Radiology.* 1998; 207: 723-728.
4. Donthi R, Thomas DJ, Sanders D, Schmidt SP. Report of laparoscopic cholecystectomy in two patients with left side gallbladders. *JSLs.* 2001; 5: 53-56.
5. Reddy PK, Subramanian RV, Yuvaraja S. Laparoscopic cholecystectomy for left side gallbladder (sinistroposition). *JSLs.* 2005; 9: 356-357.
6. Hsu SL, Chen TY, Huang TL, Sun CK, Concejero AM, Tsang LL et al. Left-sided gallbladder: its clinical significance and imaging presentations. *World J Gastroenterol.* 2007; 13: 6404-6409.
7. Iskandar ME, Radzio A, Krikhely M, Leitman IM. Laparoscopic cholecistectomy for a left-sided gallbladder. *World J Gastrointestinal.* 2013; 19: 5925-5928.
8. Leone V, Console N. Management of incidental left-sided gallbladder in laparoscopic cholecistectomy. *Journal of Current Surgery.* 2013; 3: 41-43.