



Colecistectomía laparoscópica en una duplicación vesicular. Reporte de caso

César Aragón Quintana,* Ubaldo García Trujillo,† Adriana Aurelia Duarte Martínez,§
Luisa Lirio De Luna Martínez^{||}

Resumen

Introducción: La duplicación de la vesícula biliar es una de las malformaciones congénitas menos frecuentes, se presenta aproximadamente en uno de cada 4,000 nacidos vivos. Realizar un diagnóstico prequirúrgico de esta variación anatómica con estudios de imagen como el ultrasonido y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es de suma importancia para evitar lesiones de vía biliar y anticipar posibles complicaciones. **Presentación del caso:** Paciente masculino de 25 años de edad, el cual cursa con cuadro clínico típico de colecistitis, se le realiza estudio sonográfico de hígado y vía biliar que reporta vesícula doble y se le programa para colecistectomía laparoscópica. **Técnica quirúrgica:** Se inicia el procedimiento con una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que revela una vía biliar única, imagen compatible con lito de gran tamaño y vesícula biliar única, se procede a realizar colecistectomía laparoscópica, localizando vesícula doble, se lleva a cabo disección de la arteria y conducto císticos. Previo a ligadura y sección de éstos se disecciona vesícula biliar del lecho hepático, se identifica una arteria y un conducto cístico único, se ligan ambas estructuras por separado y se seccionan, el evento finalizó sin incidentes. **Conclusión:** La colecistectomía laparoscópica en este caso fue una opción segura para resolver dicha patología con base en los estudios imagenológicos preoperatorios.

Palabras clave: Duplicación vesicular, malformación de vía biliar, colecistectomía laparoscópica, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Abstract

Introduction: Gallbladder duplication is one of the most uncommon existing congenital malformation, its incidence is one in every 4,000 living newborns. It is important to establish a proper pre-surgical diagnosis of this anatomic variant through imaging studies such as ultrasound and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in order to avoid biliary tract lesions and anticipate possible complications. **Case report:** Patient 25 years male, who experienced classical cholecystitis clinical symptomatology, a liver and biliary tract ultrasound was performed with a report of a double gallbladder, then he was scheduled for laparoscopic surgery. **Surgical technique:** The procedure was started with an endoscopic retrograde cholangiopancreatography with a report of only one common bile duct and an image compatible with a large gallstone with only one gallbladder. Then a laparoscopic cholecystectomy was performed visualizing a double gallbladder and proceeding to dissect both duct and cystic artery, previous to the ligation and cut of these structures, the gallbladder was dissected from its hepatic bed identifying one artery and one cystic duct, ligating and cutting each structure separately, finishing the procedure without incidences. **Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy, in this case, was a safe option to resolve such pathology with the support of preoperative imaging studies.

Key words: Gallbladder duplication, biliary tract malformation, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

* Servicio de Cirugía.

† Servicio de Endoscopia.

§ Servicio de Cirugía General.

^{||} Residente de cuarto año de Cirugía General.

Hospital General de Chihuahua, «Dr. Salvador Zubirán Anchondo».

Correspondencia:

Dr. César Aragón Quintana

Hospital Star Médica.

Periférico de la Juventud Núm. 6103, Consultorio 728,

Fracc. El Saucito, 31110, Chihuahua, Chihuahua.

E-mail: cesar_aragon76@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la vesícula biliar representan una de las patologías quirúrgicas más frecuentes del aparato digestivo.^{1,2} Las malformaciones y/o alteraciones anatómicas de los conductos y la arteria cística son relativamente frecuentes; sin embargo, una de las menos comunes corresponde a la duplicación de la vesícula biliar. La estadística al respecto es escasa; no obstante, Boyden llevó a cabo en 1926 uno de los más grandes estudios que reveló que este tipo de alteraciones anatómicas se presenta en uno de cada 4,000

nacidos vivos. La obtención de estas cifras se dio gracias a reportes recabados de necropsias en dicha época.¹ En la actualidad no existe información actualizada de la estadística obtenida desde entonces. Las clasificaciones más utilizadas para la identificación de estas alteraciones en la anatomía biliar corresponden a las realizadas por Boyden y Harlaftis.^{1,3}

La importancia de establecer un diagnóstico preoperatorio oportuno es directamente proporcional a la disminución del riesgo de ocasionar una lesión en la vía biliar durante el procedimiento quirúrgico, además de evitar complicaciones posquirúrgicas como la remoción de una sola vesícula biliar cuando existen dos o más.

A continuación se expone el reporte de caso de un paciente con duplicación vesicular tipo I (Tabicada) o bilobulada. La importancia de este caso radica en presentar cómo la identificación oportuna de una malformación anatómica puede llevar a anticipar las medidas, opciones diagnósticas y terapéuticas necesarias que ofrezcan mayor seguridad en el procedimiento quirúrgico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 25 años de edad sin antecedentes de importancia. Refiere cuadro de un año de evolución con dolor intermitente en epigastrio que migra a hipocondrio derecho tras la ingesta de colecistoquinéticos e irritantes y que cede sin necesidad de administración de analgésicos o antiespasmódicos; sin embargo, mostró agudización del cuadro, motivo por el cual acudió al servicio de urgencias.

Se realizó semiología del padecimiento actual por sospecha de patología de vesícula biliar. A la exploración física no se encontraron datos de irritación peritoneal o tumoración palpable en abdomen, por lo que tras ceder el cuadro doloroso con administración intravenosa de antiespasmódicos y analgésicos y no mostrar alteraciones en la biometría hemática, se egresó del área de urgencias y se le envió a consulta externa de cirugía general para continuar con protocolo de estudio. Ahí se solicitó ultrasonido (USG) de hígado y vía biliar (*Figura 1*) que reportó presencia de variante anatómica debida a dos vesículas biliares; la vesícula derecha con un lito y la izquierda normal. Aparentemente ambas tenían desembocadura en un mismo conducto cístico. Se decidió programar al paciente para colecistectomía laparoscópica electiva con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) preoperatoria para complementar su estudio imagenológico.

Técnica quirúrgica

Una vez que el paciente se encontró bajo anestesia general balanceada, el endoscopista inició colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la cual reveló presencia de un conducto cístico único de implantación baja, además de una sola vesícula biliar con un único lito en su interior (*Figura 2*), sin corroboración de hallazgos de vesícula duplicada en ultrasonido. Concluida la CPRE, en la misma sala de quirófano se procedió a realizar colecistectomía por vía laparoscópica. Se colocó al paciente en posición americana y con distribución estándar de los trocares; uno de 10 mm



Figura 1.

Ultrasonido de vesícula y vía biliar que evidencia vesícula duplicada y presencia de litiasis sólo en una de ellas.

transumbilical para la óptica, tres trocares de trabajo, uno de 10 mm subxifoideo y dos de 5 mm subcostales derechos. Se localizó la vesícula biliar, la cual no tenía la forma típica de pera, sino una figura que semejaba un corazón. Se inició la

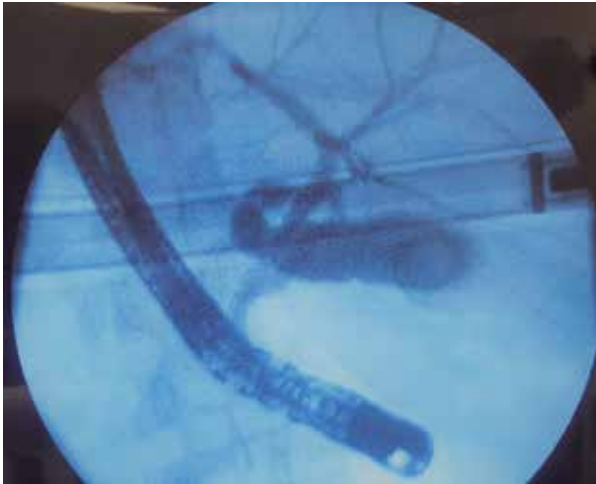


Figura 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que revela vesícula biliar aparentemente con sólo una cámara, con lito único en su interior y presencia de un solo conducto cístico.

disección del triángulo de Calot sin incidentes, localizando un conducto cístico y arteria única. Previo a efectuar sección de las estructuras, se disecó la vesícula biliar del lecho hepático. Una vez concluida esta maniobra, se observó la vesícula biliar libre del hígado y se confirmó la existencia de un conducto cístico único y una arteria cística (Figura 3), las cuales al haber sido previamente ligadas, se seccionaron. Se extrajo la vesícula biliar, finalizando el procedimiento sin ningún incidente. Se revisó la pieza quirúrgica al concluir el

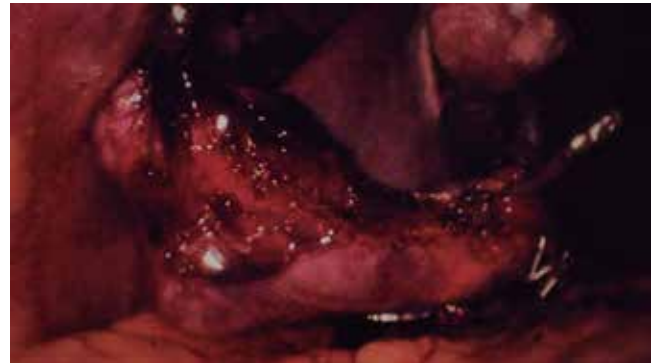


Figura 3. Vista laparoscópica de vesícula biliar en forma de corazón.

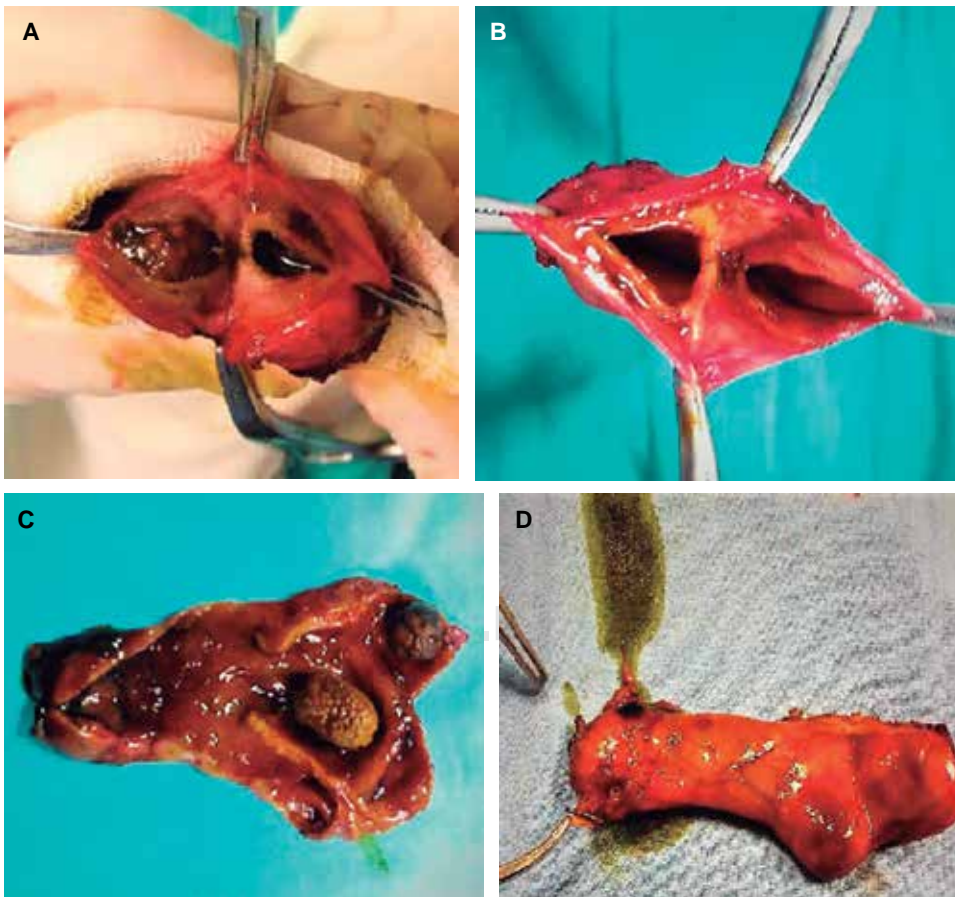


Figura 4.

Pieza quirúrgica, **A.** Vesícula biliar tabicada con disección que muestra un lito en cada cavidad, **B.** Disección de vesícula biliar que muestra tabique vesicular, **C.** Disección total de vesícula biliar que muestra ambas cavidades y su septo, con un lito correspondiente a cada cavidad, **D.** Vesícula biliar doble en forma de corazón.

procedimiento, abriendo la vesícula en sus aparentes dos fondos y se descubrió que se trataba de una duplicación vesicular (*vesica fellea divisa*) septada o bilobulada con presencia de un lito en cada una de ellas (*Figura 4*) y se corroboró que a pesar de las dos cavidades vesiculares, sólo mostraba un conducto cístico y una arteria cística únicos. El estudio histopatológico reportó datos de colecistitis crónica en una vesícula bilobulada por presencia de tabique completo y de un solo conducto cístico y una arteria cística.

El paciente se mantuvo hospitalizado 24 horas, mostró un posquirúrgico inmediato satisfactorio, tras lo cual se decidió el egreso hospitalario por mejoría y se le dio cita en consulta externa de cirugía general. A un mes de su posoperatorio, su evolución fue satisfactoria y se decidió su alta del servicio.

DISCUSIÓN

En 1926, Boyden reportó que la vesícula biliar duplicada era una de las malformaciones más raras, la cual se presentaba en 1 de cada 4,000 nacidos vivos,¹ ficha estadística obtenida a través de autopsias. Se clasifica en dos grupos o tipos principales: La primera corresponde a la vesícula bilobulada (*vesica fellea divisum*), cuya característica consiste en la formación de un septo o una hendidura invaginante que separa la luz vesicular en dos cámaras, ambas comparten un origen embriológico. El segundo tipo corresponde a la vesícula doble (*vesica fellea duplex*) que presenta dos conductos císticos como característica principal, uno para cada vesícula.¹ Una segunda clasificación más detallada y que en la actualidad se utiliza ampliamente fue descrita por Harlaftis en 1976 y se divide en dos grupos principales: Tipo 1: Primordio dividido, que a su vez se subclasifica en septado o tipo «A», tipo «V», tipo «Y» y Tipo 2: Vesícula doble o accesoria que se subdivide en tipo «H» o ductular y trabecular.³

Es importante conocer de manera preoperatoria estas variaciones anatómicas por medio de estudios de imagen

adecuados, siendo el USG el predilecto y la conlangiorresonancia la más específica, con el fin de evitar lesiones de la vía biliar, lo que permite anticipar las maniobras o procedimientos preoperatorios o transoperatorios necesarios para realizar la colecistectomía en forma segura. Dentro de los estudios de imagen transquirúrgicos puede incluirse el uso de colangiografía transcística o CPRE, específicamente para valorar el estado de la vía biliar.

En el caso que nos ocupa hubo reportes contradictorios en su protocolo diagnóstico. El USG reportó una vesícula biliar doble sin mayores datos sobre la presencia de uno o dos conductos císticos. Al no disponer de colangiorresonancia, se optó por realizar una CPRE en sala de quirófano previo al inicio de la colecistectomía laparoscópica, en la cual se reportó un conducto cístico único; sin embargo, también se observó sólo una vesícula biliar con un lito único.

En la actualidad no se cuenta con bibliografía que recomiende la colecistectomía profiláctica en pacientes asintomáticos con vesícula doble o bilobulada, cuyo diagnóstico se haya realizado de manera incidental.⁴⁻⁶ La colecistectomía laparoscópica es el método más recomendado para el manejo de esta patología, siempre que se acompañe de un adecuado estudio imagenológico preoperatorio y disponibilidad de estudios o procedimientos diagnósticos transoperatorios en manos de un cirujano experto en laparoscopia, siendo la resección del total de vesículas presentes la tendencia actual a fin de evitar cuadros posteriores de patología de origen biliar.^{7,8}

CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica, en este caso de duplicación vesicular, resultó un método quirúrgico seguro para el paciente. El adecuado protocolo de estudio preoperatorio, en especial de los estudios de imagen, disminuyó los riesgos de accidentes, preservando en todo momento la integridad de la vía biliar.

REFERENCIAS

1. Boyden EA. The accessory gallbladder-an embryological and comparative study of aberrant biliary vesicles occurring in man and the domestic mammals. *Am J Anat.* 1926; 38: 177-231.
2. Pérez TE, Espino CH, Bernal SF. Vesícula biliar doble. Informe de un caso. *Rev Med Hosp Gen Mex.* 2004; 67: 94-97.
3. Causey MW, Miller S, Fernelious CA, Burgess JR, Brown TA, Newton C. Gallbladder duplication: evaluation, treatment, and classification. *J Pediatric Surg.* 2010; 45: 443-446.
4. Gigot J, Van Beers B, Goncette L, Etienne J, Collard A, Jadoul P et al. Laparoscopic treatment of gallbladder duplication-A plea for removal of both gallbladder. *Surg Endosc.* 1997; 11: 479-482.
5. Shiba H, Misawa T, Ito R, Ohki K, Igarashi T, Yanaga K. Duplicated gallbladder. *Int Surg.* 2014; 99: 77-78.
6. Pillay Y. Gallbladder duplication. *Int J Surg Case Rep.* 2015; 11: 18-20.
7. Horattas MC. Gallbladder duplication and laparoscopic management. *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques A.* 1998; 8: 231-235.
8. Schroeder C, Draper KR. Laparoscopic cholecystectomy for triple gallbladder. *Surg Endosc.* 2003; 17: 1322.