

**Caso clínico****CIRUGÍA ENDOSCÓPICA**

Vol. 20 Núm. 1 Ene.-Mar. 2019 pp 23-26

Agenesia de vesícula biliar. Reporte de caso**Agenesis of gallbladder. Case report**

Carlos Tadeo Perzabal Avilez,* Jesús Manuel García Palazuelos Ramírez,[†]
Luis Ángel González Rodríguez[§]

Resumen

Introducción: La agenesia de la vesícula biliar es una malformación congénita extremadamente rara. El dolor en hipocondrio derecho es el síntoma más frecuente y se presenta hasta en 50% de estos pacientes. La ecografía suele reportar una vesícula atrófica, integrando así un diagnóstico erróneo de colecistitis, colelitiasis o coledocolitiasis. El diagnóstico de agenesia de vesícula biliar requiere de estudios de imagen gammagráficos, mismos que suelen solicitarse posterior a la no visualización de la vesícula biliar de manera intraoperatoria.

Presentación del caso: Paciente masculino de 27 años de edad que acude a la consulta externa, sin antecedentes personales de importancia, con dolor en hipocondrio derecho y sin alteraciones en las pruebas funcionales hepáticas. Se solicita ecografía que reporta una vesícula escleroatrófica. Con el diagnóstico de vesícula atrófica por colelitiasis, se decidió realizar colecistectomía por abordaje laparoscópico durante el cual no se identificó la vesícula biliar en su ubicación normal o ectópica durante la exploración de la región, dando por terminado el procedimiento. Al mes de seguimiento el paciente se encuentra asintomático. **Conclusiones:** La agenesia vesicular es una entidad rara, cuyo diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos en el transoperatorio. La sintomatología sugestiva de cólico biliar, con una ecografía que reporta vesícula biliar escleroatrófica, conducen a un diagnóstico erróneo y a someter a un paciente sano a un procedimiento quirúrgico. Al realizar el diagnóstico intraoperatorio la conducta quirúrgica se centra en evitar incidentes iatrogénicos durante la exploración.

Palabras clave: Agenesia vesícula biliar, ausencia vesícula biliar, anomalía congénita, malformación vía biliar.

Abstract

Introduction: Agenesis of the gallbladder is an extremely rare congenital malformation. Pain in the right hypochondrium is the most frequent presenting symptom and occurs in up to 50% of these patients. Ultrasound usually reports an atrophic gallbladder, thus integrating an erroneous diagnosis of cholecystitis, cholelithiasis or choledocholithiasis. Diagnosis of gallbladder agenesis requires gamma imaging studies, which are usually requested after intraoperative non-visualization of the gallbladder. **Case report:** A 27-year-old male patient attended the outpatient clinic, with no relevant personal history, complaining with pain in the right hypochondrium, without alterations in liver function tests. An ultrasound is requested that reports a scleroatrophic gallbladder. With the diagnosis of atrophic gallbladder due to cholelithiasis, cholecystectomy was decided by a laparoscopic approach during which the gallbladder was not identified in its normal or ectopic location during exploration of the region, terminating the procedure. After one month of follow-up, the patient is asymptomatic. **Conclusions:** Vesicular agenesis is a rare entity, its diagnosis is performed in the majority of cases in the transoperative period. Symptomatology suggestive of biliary colic with an ultrasound reporting a scleroatrophic gallbladder leads to an erroneous diagnosis and to subject a healthy patient to a surgical procedure. When performing the intraoperative diagnosis, the surgical approach focuses on avoiding iatrogenic incidents during surgical exploration.

Keywords: Agenesis gallbladder, absence of gallbladder, congenital anomaly, biliary tract malformation.

INTRODUCCIÓN

La ausencia congénita de la vesícula biliar es una entidad muy rara.¹ Es más frecuente en mujeres que en hombres, con relación 3:1 y se suele diagnosticar entre la tercera o cuarta década de la vida.² Treinta por ciento de estos casos se presenta con síntomas como dolor abdominal en hipocondrio derecho.^{2,3} No hay alteraciones características en las pruebas bioquímicas.²⁻⁷ La ecografía de hígado y vías biliares suele reportar erróneamente como una vesícula mal definida, contraída y sin alteraciones en las vías

* Cirujano General.

[†] Residente de 4to año de Cirugía General.

[§] Residente de 3er año de Cirugía General.

Hospital General de Ciudad Juárez.

Correspondencia:

Jesús Manuel García Palazuelos Ramírez

Calle Vicente Suárez Núm. 1911,
Col. Ing. Portillo, 32345,
Ciudad Juárez, Chihuahua.

E-mail: jmgpr48@gmail.com

biliares intra- o extrahepáticas.²⁻⁶ Por lo común se realiza el hallazgo intraoperatorio de ausencia de la vesícula biliar, integrando así un diagnóstico de agenesia de la vesícula biliar y confirmándolo con estudios de imagen nuclear.²⁻⁷

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino con diagnóstico inicial de vesícula atrófica por colelitiasis en el que los hallazgos transoperatorios demuestran una agenesia vesicular.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 27 años de edad sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas, quirúrgicas o de hospitalizaciones. Acudió a consulta externa refiriendo presentar, en los últimos cuatro meses, cuadros repetidos de dolor en hipocondrio derecho, que en ocasiones se asociaban con la ingesta de colecistoquinéticos, tipo cólico, sin irradiación, acompañado de náusea y vómito en repetidas ocasiones. Negó presentar fiebre o ictericia. Se atendió previamente por particulares con manejo médico mediante analgésicos parenterales y orales. A la exploración física se encontró un abdomen globoso por panículo adiposo, con peristalsis adecuada, depresible y con dolor en punto vesicular sin visceromegalías, tumoraciones ni datos de irritación peritoneal. Se solicitaron pruebas de funcionamiento hepático, las cuales se encontraron sin elevación de bilirrubinas o enzimas hepáticas. Una ultrasonografía hepatobiliar reportó: hígado de forma, tamaño, contornos y situación normales, con aumento en su ecogenicidad sugestivo de infiltración grasa, sin evidencia de otras alteraciones focales parenquimatosas. La vesícula biliar se observó sin distender, con litos en su interior que condicionan franca sombra acústica posterior, pudiendo corresponder a una vesícula escleroatrófica. La vía biliar intra- y extrahepática de calibre normal, midiendo el coléodo 2.5 mm. Con el diagnóstico de vesícula atrófica y colelitiasis se programó para colecistectomía por abordaje laparoscópico de manera electiva.

Técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito dorsal y bajo anestesia general, en posición americana se realizó abordaje transumbilical con aguja de Veress, insuflando neumoperitoneo hasta 15 mmHg con CO₂. Colocación de puerto umbilical de 12 mm e introducción de lente de 30 grados. Se colocó en posición de Fowler con ligera lateralización a la izquierda, colocando un segundo puerto subxifoideo de 12 mm, el tercer puerto de 5 mm en línea media clavicular derecha a 2 cm del borde costal y el cuarto puerto de 5 mm en línea axilar anterior a 2 cm del borde costal. Se procedió a revisar la cavidad abdominal sin hallazgos anormales. Se realizó separación del colon transverso del borde inferior del hígado para ingresar al lecho hepático donde no se

localizó vesícula biliar (*Figura 1*). Sólo se encontró un repliegue de peritoneo con grasa visceral (*Figura 2*). Se disecó el pliegue de peritoneo y se demostró un conducto coléodo sin alteración macroscópica y sin vestigios de vesícula biliar o conducto cístico (*Figuras 3 y 4*). Al no encontrarse la vesícula biliar en situación anatómica normal, se realizó la búsqueda en localizaciones ectópicas posibles como lóbulo hepático derecho o izquierdo, omento menor y retrooduodenal, sin hallazgo de ésta. Se asumió diagnóstico de agenesia de vesícula biliar, retirándose puertos de trabajo y neumoperitoneo, sin colocar drenaje, afrontando la piel con prolene 3-0 puntos Sarnoff y finalizando así el proce-



Figura 1. Lecho vesicular sin vesícula biliar.



Figura 2. Pliegue en lecho, posterior a la disección se aprecia un pliegue peritoneal con tejido graso.



Figura 3. Posterior a la disección se aprecia la ausencia de la vesícula biliar.

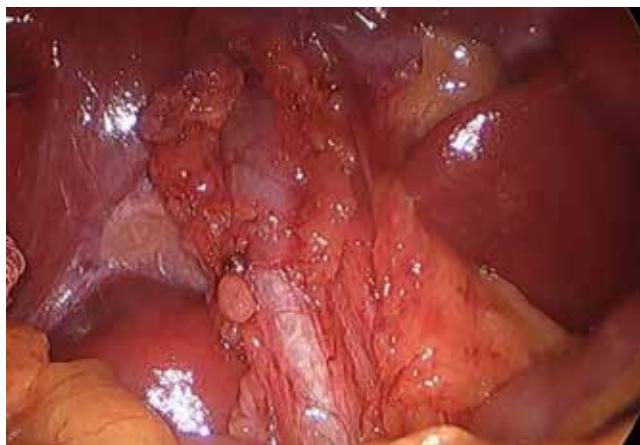


Figura 4. Disección proximal del coléodo sin encontrar vestigios de la vesícula biliar.

dimiento quirúrgico. Durante el posoperatorio se inició dieta a las 8 horas con adecuada tolerancia, tratamiento farmacológico mediante cefalotina 1 g intravenoso cada 8 horas por tres dosis y ketorolaco 30 mg intravenoso cada 8 horas con egreso hospitalario a las 24 horas.

Se revaloró el paciente a los siete días del egreso para retiro de puntos y al mes en consulta externa donde se refirió asintomático.

DISCUSIÓN

La distribución típica del árbol biliar extrahepático y sus arterias se aplica sólo a una tercera parte de los individuos.¹ La prevalencia de ausencia de vesícula biliar (AVB) es de 0.007-0.13%.⁴ La vesícula biliar y el conducto cístico surgen como una pequeña excrecencia ventral cuando la conexión entre el divertículo hepático y el intestino anterior se estrecha para formar el conducto coléodo.⁸ En nuestro caso no se determinaron otras malformaciones asociadas como reportan Thornton y Kara, en las que puede asociarse con páncreas divisum o trisomía 13, respectivamente.^{9,10} La presentación clínica con dolor abdominal referido en hipocondrio derecho en nuestro paciente, corresponde con lo encontrado en la literatura²⁻⁷ excepto que nuestro paciente es masculino, ya que es más frecuente en el sexo femenino con relación de 3:1.²

La ecografía es el estudio de imagen indicado inicialmente para valorar una probable patología benigna biliar aguda.²⁻⁷ Además de demostrar la vesícula biliar, el ultrasonido proporciona información del árbol biliar y parénquima hepático. Esta técnica es no invasiva y eficaz; sin embargo, es poco específica en pacientes con agenesia de la vesícula biliar. La visualización se dificulta en vesículas pequeñas o atróficas, contraída sobre litos, para lo cual el radiólogo utiliza la triada WES (*wall, echo, shadow*) que se estima tiene una sensibilidad de 95% para realizar el diagnóstico



Figura 5. Ultrasonido en escala de grises observando el eje largo de la vesícula biliar, en la que se aprecian imágenes ovaladas, de bordes definidos, hiperecogénicas, que proyectan sombra acústica posterior sugestivas de litos.



Figura 6. Se comprueba la persistencia de la imagen en eje corto de la vesícula biliar. Se observa lóbulo hepático izquierdo sin datos de dilatación de la vía biliar intrahepática.

de colecistolitiasis.¹¹ Estos ecos y sombras visualizados en la ecografía pueden ser proyectados por remanentes fibrosos¹² u otras estructuras⁵ en la fosa vesicular. En nuestro caso al evidenciar la fosa vesicular vacía se encuentra un repliegue de peritoneo en la misma, que pudiera haber provocado los ecos y sombras que erróneamente se identificaron como imágenes de litiasis (Figuras 5 y 6).

No existen guías de diagnóstico o manejo para la agenesia de vesícula biliar, por tal razón el diagnóstico preoperatorio es difícil de realizar para evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias como en nuestro caso. Malde,¹² propone un fluograma en pacientes con síntomas sugerentes de enfermedad biliar y una vesícula mal definida en la sonografía en el cual sugiere documentar con estudios de imagen nuclear a estos pacientes. Sin duda, el estudio

que más se recomienda es la colangiorresonancia pues no depende del paso de bilis a la vesícula biliar, no se ve afectada por la estasis biliar y puede descartar posiciones ectópicas.¹²

Si durante el acto quirúrgico se realiza el diagnóstico de agenesia de vesícula biliar la conducta debe dirigirse a descartar las localizaciones ectópicas de la vesícula sin otros procedimientos invasivos y dar por finalizada la intervención.¹² En la mayoría de los pacientes reportados en la literatura ceden los síntomas posteriores al procedimiento quirúrgico, incluso si la intervención no fue terapéutica como en nuestro caso. La explicación a lo anterior es probablemente por la lisis de las adherencias periportales y del hipocondrio derecho que se realizan en la búsqueda de la vesícula, sin tener en claro por qué se resuelven los

síntomas. Si los síntomas continúan en el posoperatorio, un posible manejo conservador para estos pacientes es el uso de relajantes del músculo liso y si esto falla se sugiere realizar la esfinterotomía.¹²

CONCLUSIONES

La agenesia vesicular es una entidad rara, cuyo diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos en el transoperatorio. La sintomatología sugestiva de cólico biliar con una ecografía reportando vesícula biliar escleroatrófica conducen a un diagnóstico erróneo y a someter a un paciente sano a procedimiento quirúrgico. Al realizar el diagnóstico intraoperatorio la conducta quirúrgica se centra en evitar lesiones iatrogénicas durante la exploración.

REFERENCIAS

1. Brunicardi FC, Andersen DK, Billiar TR, Dunn DL, Hunter JG, Matthews JB et al. Schwartz. *Principios de cirugía. Autoevaluación y repaso.* 10a edición. McGraw-Hill; 2015. Capítulo 32, pp. 1309-1312.
2. Flores-Valencia JG, Vital-Miranda SN, Mondragón-Romano SP, de la Garza-Salinas LH. Agenesia vesicular: reporte de caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 50: 63-66.
3. Salazar MC, Brownson KE, Nadzam GS, Duffy A, Roberts KE. Gallbladder agenesis: a case report. *Yale J Biol Med.* 2018; 91: 237-241.
4. Cavazos-García R, Díaz-Elizondo JA, Flores-Villalba E, Rodríguez-García HA. Agenesia de la vesícula biliar. Reporte de caso. *Cir Cir.* 2015; 83: 424-428.
5. Rajkumar A, Piya A. Gall bladder agenesis: a rare embryonic cause of recurrent biliary colic. *Am J Case Rep.* 2017; 18: 334-338.
6. Joliat GR, Shubert CR, Farley DR. Isolated congenital agenesis of the gallbladder and cystic duct: report of a case. *J Surg Educ.* 2013; 70: 117-120.
7. McCallum I, Jones MJ, Robinson SJ. Gallbladder agenesis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2014; 96: e28-e29.
8. Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C.; Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía General, A.C. *Tratado de cirugía general.* 3a edición. Manual Moderno; 2017. Capítulo 161, pp. 1334 y 1335.
9. Thornton L, Goh YL, Lipton M, Masters A. Rare case of gallbladder agenesis presenting with pancreatitis. *BMJ Case Rep.* 2016; 2016. pii: bcr2016216510.
10. Kara M, Tekedereli I, Durukan M, Bozgeyik Z, Aygun D. Trisomy 13 with the absence of gallbladder. *Pediatr Neonatol.* 2013; 54: 348-349.
11. Motta-Ramírez GA, Rodríguez-Treviño C. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2010; 11: 71-79.
12. Cañizares Díaz JL, Arrobas Velilla T. Agenesis of the gallbladder: a case report. *Gastroenterol Hepatol.* 2014; 37: 24-27.