

Revista Médica del Hospital General de México

Volumen
Volume 67

Número
Number 2

Abril-Junio
April-June 2004

Artículo:

Vesícula biliar doble. Informe de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Médica del Hospital General de México, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

***Others sections in
this web site:***

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*



Medigraphic.com



Vesícula biliar doble. Informe de un caso

Eduardo Pérez-Torres,*
Héctor Espino-Cortés,* Fernando Bernal-Sahagún*

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una mujer de 24 años de edad, referida con dolor abdominal en hipocondrio derecho, desencadenado por alimentos colecistoquinéticos. Después de realizar estudios de laboratorio y gabinete se llegó al diagnóstico de colecistitis alitiásica secundaria a mal vaciamiento, por la presencia de septo vesicular contra la presencia de vesícula biliar doble. Se practicó colecistectomía laparoscópica con hallazgo de vesícula biliar doble. El reporte de anatomía patológica fue el de vesícula biliar doble con colecistitis crónica alitiásica.

Palabras clave: Vesícula biliar doble, colecistectomía laparoscópica.

ABSTRACT

The authors report the case of a 24 year old female referred to the General Hospital of Mexico with superior right abdominal pain. After laboratory and radiology studies we diagnosticated alithiasic cholecystitis in a patient with double gallbladder. A laparoscopic cholecystectomy was performed. Histologic examination reveled double gallbladder with alithiasic cholecystitis.

Key words: Double gallbladder, laparoscopic cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La patología de la vesícula biliar ocupa un lugar primordial dentro de los padecimientos del aparato digestivo. Las alteraciones congénitas han sido estudiadas e incluyen un capítulo importante. Dentro de las principales, se han encontrado las variantes anatómicas de los conductos biliares y de la arteria cística, así como las alteraciones propias de la vesícula biliar. Una de éstas es la vesícula biliar doble, la cual se presenta con baja frecuencia y puede ser causa de sintomatología. Por lo anterior y como caso poco frecuente, presentamos el reporte de una paciente con esta alteración congénita.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 24 años de edad. Sin antecedentes de importancia. Ingresó con cuadro clínico caracterizado por dolor en hipocondrio derecho, tipo punzante, secundario a la ingesta de alimentos grasos, con irradiación en hemicinturón y referido a región deltoidea derecha, acompañado de náusea. La exploración física fue normal. Se realizaron estudios de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, tiempos de coagulación) los que resultaron normales. Los estudios de gabinete incluyeron: colecistografía oral (CO) con imagen de la vesícula biliar sin litos y doble por la presencia de un tabique. La prueba de Boyden evidenció alteración en el vaciamiento (*Figura 1*). El ultrasonido demostró engrosamiento de la pared vesicular y presencia de septo (*Figura 2*). La colangiopancreatografía retrógrada endos-

* Servicio de Gastroenterología. Hospital General de México.

cópica (CPRE) visualizó la vía biliar intra y extrahepática normal e imagen de vesícula biliar doble (*Figura 3*). Se llegó al diagnóstico de colecistitis alitiásica secundaria a mal vaciamiento por presencia de septo contra vesícula biliar doble. Se realizó colecistectomía laparoscópica, encontrando doble vesícula biliar, con cístico doble uniéndose antes de su llegada al hepático común (*Figura 4*). La evolución posoperatoria fue adecuada. El reporte de anatomía patológica fue el de doble vesícula biliar y colecistitis crónica alitiásica.

DISCUSIÓN

El primordio hepático aparece hacia la mitad de la tercera semana del desarrollo embrionario, en forma



Figura 1. Colecistografía oral. Vesícula biliar doble. Alitiásica.

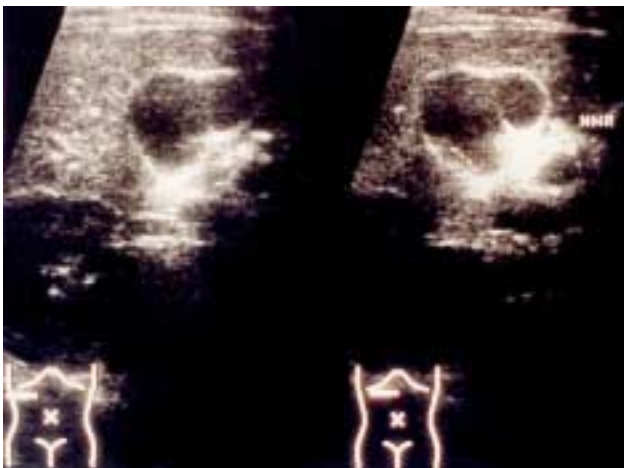


Figura 2. Ultrasonido vesicular. Pared engrosada. Presencia de septo. Posible vesícula en gorro frigio.



Figura 3. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Vía biliar normal. Imagen de vesícula biliar doble.



Figura 4. Pieza quirúrgica. Vesícula biliar doble.

de un engrosamiento del epitelio endodérmico en el extremo distal del intestino anterior. El divertículo hepático se bifurca en: porción hepática que forma el hígado y su sistema de vías biliares; porción caudal, más pequeña, llamada porción cística, destinada a formar la vesícula biliar y el conducto cístico.

En estado normal, el divertículo biliar es hueco en su etapa incipiente, poco después se torna macizo a causa de proliferación del revestimiento epitelial. La luz definitiva resulta de recanalización de los cordones epiteliales.¹ Cuando no ocurre lo anterior se presentan anomalías congénitas.

Las anomalías congénitas de la vesícula biliar reportadas son:

Vesícula en gorro frigio. Malformación más frecuente. Una de las paredes forma un pliegue que produce una angulación del *fundus*. Hay una variedad serosa y otra subserosa. Si la vesícula funciona normalmente, esta anomalía carece de importancia clínica. Sólo cuando el saco inferior se vacía defectuosamente puede originar estasis, inflamación y formación de litos.

Vesícula con septos. Aproximadamente en el 5% de vesículas se encuentran pliegues o tabiques entre el *fundus* y el cuerpo, o entre éste y el infundíbulo, o bien entre el infundíbulo y el cuello. Pueden originar estasis con aumento de presión, causando dolor. La estasis por detrás del obstáculo puede producir inflamación y formación de cálculos.

Vesícula biliar en reloj de arena. Se diferencia de los septos por la anchura de la estrangulación. Puede ser de origen congénito o consecutiva a una diverticulosis.

Vesícula bilocular. Existe una variedad en que la vesícula está dividida por un tabique fibroso de dirección longitudinal y otra formada por dos vesículas separadas que confluyen por el cuello y dan una imagen de V invertida. La vesícula doble es mucho más rara, con una frecuencia de 1 por 4,000. Posee dos cavidades, cada una con su conducto cístico, los cuales pueden desembocar por separado en el hepático o reunirse previamente formando una especie de Y invertida, como en el caso reportado. Ambas cavidades pueden enfermar con independencia.

Diverticulosis vesicular. Los divertículos de la vesícula son abombamientos de la pared vesicular con un orificio de entrada relativamente estrecho. Predisponen a la estasis e hiperconcentración de la bilis con lo cual hay inflamaciones y calculosis.

Ausencia de vesícula biliar. La ausencia de la vesícula biliar es rara, la incidencia en autopsias es del 0.03%.

Vesícula biliar accesoria. Puede estar situada en el lado izquierdo y el cístico vaciar en el conducto

hepático izquierdo con mayor frecuencia que en el hepático común.

Vesícula biliar flotante. Ocurre cuando existe una envoltura peritoneal grande y laxa.

Vesícula biliar intrahepática. Su localización más frecuente está en el lóbulo hepático derecho.²⁻⁴

Cuando se presenta sintomatología, ésta obedece a la presencia de un obstáculo en el vaciamiento vesicular, ya sea por la presencia de litos, o bien por el cambio de presiones. El síntoma principal está dado por el dolor, el cual se presenta en el hipocondrio derecho con irradiación en hemicinturón y hacia la región deltoidea derecha, como fue el que presentó nuestra paciente; éste se puede acompañar de náusea y vómito y generalmente disminuye con el uso de antiespasmódicos.

La exploración física no revela alteraciones. Los estudios de laboratorio no son diagnósticos, y éstos por lo regular son normales.

El diagnóstico clínico efectuado es el de un cuadro de colecistitis crónica probablemente litiásica, por lo que los estudios de gabinete van encaminados a este diagnóstico.

La colecistografía oral demuestra, cómo en esta paciente, el llenado de la vesícula biliar con el medio de contraste y la imagen doble, se puede confundir con una vesícula tabicada, doble o en gorro frigio. El ultrasonido indica mayor precisión en cuanto a morfología; en ocasiones, como en el caso reportado, no demuestra esta patología. Probablemente el estudio con mayor precisión para el diagnóstico de esta alteración congénita sea el estudio colangiográfico, y en este caso la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica indica una visualización adecuada de la vía biliar y el llenado vesicular con esta alteración, como sucedió en esta paciente. Así fue reportado por Gorecki y colaboradores, quienes, además de los estudios anteriores, utilizaron la tomografía axial computadorizada en un caso de vesícula biliar doble con litiasis.⁵

El tratamiento indicado es el quirúrgico. Gorecki y colaboradores⁵ indican que es de utilidad el uso de colangiografía transoperatoria para prevenir daño de la vía biliar.

CONCLUSIONES

La presencia de sintomatología vesicular obedece generalmente al mal vaciamiento de este órgano. El hallazgo de alteración morfológica en los estudios de

gabinete hace pensar en la posibilidad de todas las variantes congénitas de este órgano, por lo que el estudio de la vesícula y de la vía biliar en forma preoperatoria es esencial. El tratamiento efectivo es la colecistectomía y el uso de la colangiografía transoperatoria debe ser tomado en cuenta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Langman J. Porción caudal del intestino anterior. En: Langman J. *Embriología médica*. México: Interamericana, 1964; 214-223.
2. Gadacz TR. Anatomy, embryology, congenital anomalies, and physiology of the gallbladder and extrahepatic biliary ducts. In: Shackelford. *Surgery of the alimentary tract*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1991; III: 133-142.
3. Schwartz SI. Gallbladder and extrahepatic biliary system. In: Schwartz. *Principles of Surgery*. 2nd ed. USA: Mc Graw-Hill Book, 1974; 1221-1228.
4. Pons AP. Enfermedades menos frecuentes de la vesícula y vías biliares. En: Pons AP. *Enfermedades del tubo digestivo, hígado y vías biliares, páncreas y diafragma*. Barcelona, España: Salvat Editores, 1978; (I): 952-955.
5. Gorecki PJ, Andrei VE, Mussacchio T, Achein M. Double gallbladder originating from left hepatic duct: A case report and review of literature. *JSLs* 1998; 2 (4): 337-339.

Dirección para correspondencia:

Dr. Eduardo Pérez-Torres
Hospital General de México
Pabellón 107
Servicio Gastroenterología.
Dr. Balmis 148
06726 México, D.F.