



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Agenesia de la vesícula biliar. Reporte de caso



Ricardo Cavazos-García*, José Antonio Díaz-Elizondo, Eduardo Flores-Villalba
y Héctor Alejandro Rodríguez-García

Cirugía General, Programa Multicéntrico de Residencias Médicas, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud del Tecnológico de Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México

Recibido el 29 de enero de 2014; aceptado el 5 de agosto de 2014

Disponible en Internet el 7 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Agenesia vesícula biliar;
Anormalidades congénitas de la vesícula biliar;
Malformación de la vesícula biliar

Resumen

Antecedentes: La agenesia de la vesícula biliar es la malformación menos frecuente de las vías biliares. Su diagnóstico suele realizarse en el transoperatorio. Los estudios de imagen son poco efectivos para detectar esta malformación congénita.

Objetivo: Presentar un caso clínico diagnosticado en el transoperatorio de agenesia de la vesícula biliar, su manejo y una revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 62 años de edad, la cual acude a consulta por presentar cólicos biliares de repetición. El reporte de ultrasonido abdominal describe datos compatibles con colecistolitiasis. Al realizar la laparoscopia, no se identificó la vesícula biliar. Se confirmó el diagnóstico por colangiografía transoperatoria.

Discusión: Durante el preoperatorio es difícil identificar a pacientes con agenesia vesicular. Actualmente se recomienda abandonar la laparoscopia cuando se sospecha agenesia vesicular para evitar lesionar las vías biliares, y confirmar el diagnóstico en el postoperatorio por colangiografía por resonancia magnética.

Conclusiones: La agenesia de la vesícula biliar es una malformación poco frecuente de la vía biliar y el cirujano debe sospechar esta entidad, o bien una variante anatómica, cuando una disección es difícil o bien durante la colecistectomía por laparoscopia en la que se requiere hacer uso de la colangiografía transoperatoria, sobre todo para prevenir una lesión de la vía biliar.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Antiguo Camino a Villa de Santiago #3213, Colonia Altavista Sur, C.P. 64740, Monterrey, Nuevo León, México. Tel.: +(818) 115 8230; fax: +83331061.

Correo electrónico: Lmagreco@hotmail.com (R. Cavazos-García).

KEYWORDS

Agenesis of gallbladder;
Congenital abnormalities of gallbladder;
Gallbladder malformation

Gallbladder agenesis. Case report**Abstract**

Background: Gallbladder agenesis is a very rare congenital abnormality of the biliary tract. The diagnosis is made during surgery, because all preoperative studies have failed to identify this malformation.

The purpose of this article is to present a case of gallbladder agenesis diagnosed during surgery, its management, and a review of the literature.

Clinical case: The case involves a sixty-two year-old female, referring to repeated biliary colic symptoms. The abdominal ultrasound diagnosed cholelithiasis. It was impossible to identify the gallbladder during surgery. Diagnosis was confirmed by intra-operative cholangiography.

Discussion: Preoperative diagnostic workup has failed to recognise patients with gallbladder agenesis. It is currently recommended to abandon the surgery once this diagnosis is suspected and confirm it by a cholangio-magnetic resonance scan in order to avoid a bile duct injury.

Conclusions: Agnesia of the gallbladder is a rare congenital abnormality of the biliary tree. Every surgeon must keep this rare entity in mind when a "difficult dissection" or an anatomic variant is identified during surgery, and make use of an intra-operative cholangiography, mainly to prevent a bile duct injury.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

De acuerdo con Beuran¹, la agnesia de la vesícula biliar fue reportada por primera vez en 1702 por Bergman y, desde entonces, solamente se han reportado 413 casos en la literatura médica mundial. La rareza y baja incidencia de esta dolencia ofrece un motivo para su publicación en una revista mexicana, ya que no existen más de 3 casos reportados en revistas médicas latinoamericanas²⁻⁴. Es la malformación congénita menos frecuente de las vías biliares. La edad promedio de presentación clínica es 46 años. Tiene prevalencia del 0.007-0.13%, con variación entre series quirúrgicas y series de autopsias. La relación de género femenino y masculino es de 2-3:1 y se asocia a otras malformaciones congénitas en el 40-65%, como xantomatosis cerebrotendinosa, síndrome de Opitz, síndrome de Klippel-Feil, entre otras⁵. La malformación ocurre durante la tercera semana de gestación, en la que el divertículo hepático falla en su porción proximal al formar la vesícula biliar⁶.

Se presenta un caso clínico al que se diagnosticó agnesia vesicular durante el transoperatorio; también se describe su manejo, evolución y se hace una revisión de la literatura médica.

Caso clínico

Paciente femenina de 62 años de edad, originaria de Monterrey, Nuevo León que acude a consulta por presentar dolor abdominal de 3 semanas de evolución, tipo cólico, de moderada intensidad, localizado en hipocondrio derecho, irradiado al dorso ipsilateral, que se presenta posterior a la ingesta de colecistocinéticos; niega fiebre, ictericia, coluria y acolia. A la exploración física: hemodinámicamente

estable y afebril. Abdomen: globoso a expensas de pániculo adiposo, peristalsis presente, blando, depresible, no doloroso a la palpación, con signo de Murphy negativo.

Los estudios de laboratorio se reportan dentro de parámetros normales. Se realizó un ultrasonido abdominal en el cual se reportó la vesícula biliar parcialmente valorable por la presencia de múltiples imágenes ecogénicas, mal definidas con relación a litos, que proyectan sombra acústica posterior e impiden la valoración de la pared y se concluyó colecolitiasis (fig. 1). Se programó para colecistectomía

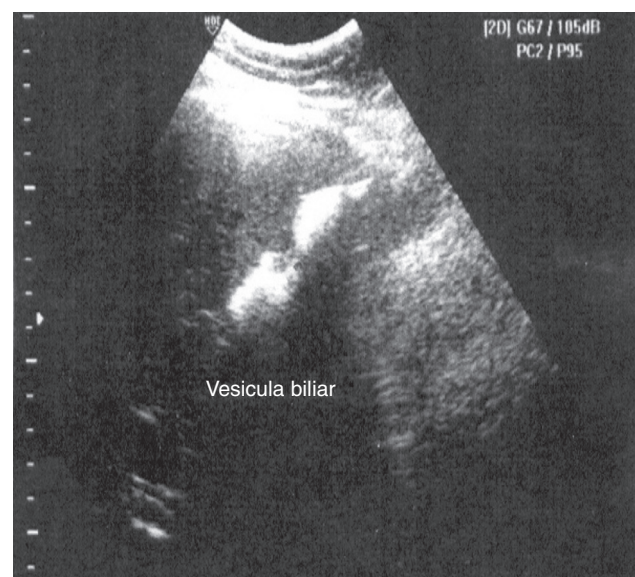


Figura 1 Ultrasonografía que concluye el diagnóstico de colecolitiasis.

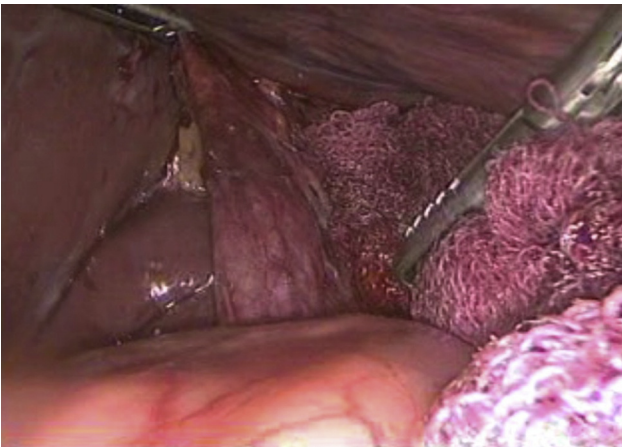


Figura 2 Estructura tubular disecada. Se observa la continuidad desde su emergencia hepática hasta su porción retroduodenal. No se visualiza conducto cístico ni vesícula biliar.

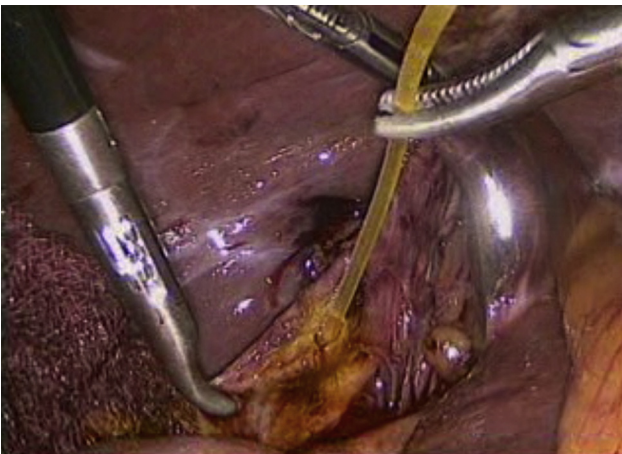


Figura 3 Se realizó colangiografía transoperatoria con catéter de TAO.

por laparoscopia con el diagnóstico de colecistolitiasis. A la disección de lo que aparenta ser la vesícula biliar, observamos la forma tubular de esta estructura (fig. 2). Se realizó colangiografía transoperatoria (fig. 3) que demostró agenesia del conducto cístico y de la vesícula biliar, con adecuado paso del material de contraste a duodeno y sin evidencia de litos (fig. 4). Se buscó intencionadamente la vesícula biliar en todo el abdomen sin lograr encontrarla. Se colocó una sonda en T #10 Fr (fig. 5) en el colédoco y drenaje de Jackson-Pratt #10 Fr abocado al lecho vesicular.

En el postoperatorio presentó evolución favorable y sin evidencia de fuga biliar por el drenaje de Jackson-Pratt. Se egresó al tercer día del postoperatorio por mejoría, con indicaciones para el cuidado de la sonda en T, y cita a la consulta externa para valorar retiro de la sonda en T en 6 semanas.

Discusión

Se estima que el 23% de los pacientes con agenesia vesicular presentarán síntomas típicos de cólico biliar⁵. De estos el

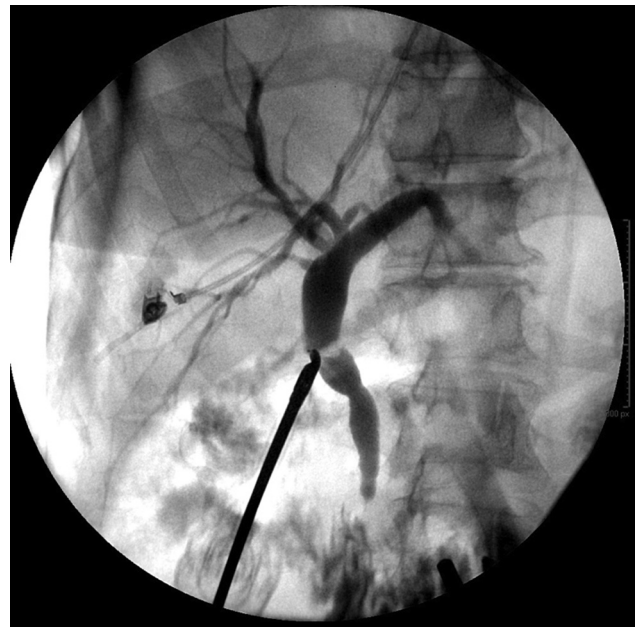


Figura 4 Colangiografía transoperatoria que confirma el diagnóstico de agenesia del conducto cístico y de la vesícula biliar.

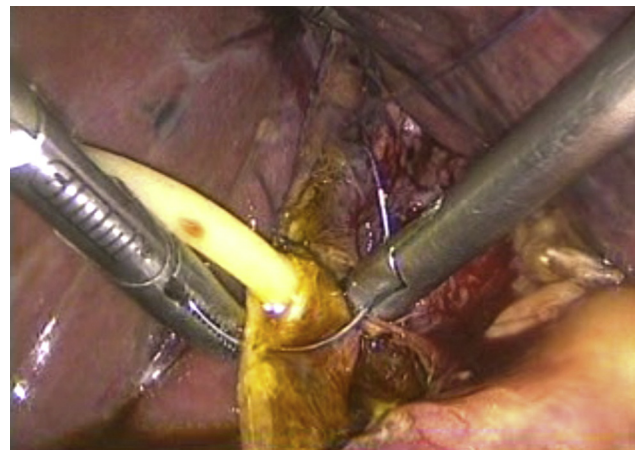


Figura 5 Se coloca sonda en T #10 Fr en el sitio de la coledotomía y se fija con vycril 4-0.

90.1% presentará dolor tipo cólico en hipocondrio derecho, el 66.3% náuseas y vómitos posprandiales, el 37% dispepsia y el 27% coledocolitiasis⁵. Pero, ¿por qué se presentan estos síntomas si no existe vesícula biliar? Esto se explica bajo la teoría de la discinesia biliar, específicamente por la disfunción del esfínter de Oddi. Se ha identificado en animales que la agenesia de la vesícula biliar conlleva anomalías del esfínter de Oddi. Así mismo, es bien reconocido que la inducción del espasmo del esfínter de Oddi reproduce la sintomatología de un cólico biliar. También la prevalencia de coledocolitiasis y dilatación del colédoco es mayor en estos pacientes, 22 y 32% respectivamente, lo que asevera esta teoría⁵.

Las investigaciones preoperatorias han fallado para identificar a los pacientes con agenesia vesicular. Es bien conocido que el estudio de imagen de elección para evaluar la vesícula biliar es el ultrasonido; sin embargo, se dificulta

cuando se reporta una vesícula biliar pequeña, escleroatrófica (es un diagnóstico anatomopatológico) o contraída sobre los litos. En 1980, se describió la tríada de WES con la finalidad de realizar el diagnóstico de colecistolitiasis en este tipo de vesículas. WES es un acrónimo que hace referencia en inglés a «wall, echo, shadow», traducido al español como «pared, eco y sombra acústica»; cuando el radiólogo identifica estos 3 componentes en el ultrasonido de la vesícula biliar, se estima que la sensibilidad es hasta del 95% para realizar el diagnóstico de colecistolitiasis⁷. Sin embargo, la gran mayoría de los ultrasonidos realizados en pacientes con agenesia vesicular reportan colecistolitiasis. Esto se explica porque el radiólogo puede confundir el tejido periportal, los pliegues peritoneales subhepáticos, el duodeno o lesiones hepáticas calcificadas con la tríada de WES, resultando en falsos positivos. Por eso el ultrasonido abdominal suele ser falso positivo⁵. La gammagrafía y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica suelen concluir en obstrucciones del conducto cístico, sin reportar agenesia de la vesícula biliar⁵. La colangiorresonancia magnética es un método eficaz para evaluar las vías biliares, no es invasivo y no requiere medio de contraste. Desafortunadamente, tiene un costo elevado y no reemplaza al ultrasonido como estudio de primera elección para las afecciones de la vesícula biliar. Aun así, se debe utilizar como complemento en estudios ultrasonográficos inconclusos⁸. Peloponissios et al.⁵ en su revisión bibliográfica realizada desde 1960 hasta el 2003 especifican que todos los casos revisados fueron diagnosticados de manera transoperatoria o en el postoperatorio, solamente exceptuando 2. Por este motivo, «el diagnóstico preoperatorio es probablemente imposible»⁸ y se realiza de manera transoperatoria o en el postoperatorio en la mayoría de los casos⁵. Ante la sospecha diagnóstica de agenesia vesicular, Frey en 1967, propuso cumplir ciertos criterios durante el transoperatorio que consistían en evidenciar la ausencia de signos inflamatorios o fibrosis en el lecho vesicular, convertir a laparotomía y realizar la búsqueda exhaustiva de una vesícula ectópica con kocherización completa, buscándola intencionadamente de manera intrahepática, retrohepática, en el hemiabdomen izquierdo, entre las 2 capas del omento menor, en el ligamento falciforme, de manera retropancreática, retroperitoneal y en la pared anterior. En caso de no encontrarla, se debe realizar una colangiografía transoperatoria con exploración de vías biliares si el colédoco se encuentra dilatado más de 2 cm o si existe coledocolitiasis⁹.

Actualmente se recomienda abandonar la laparoscopia cuando se sospecha agenesia vesicular, sobre todo para evitar una lesión de las vías biliares, y confirmar el diagnóstico en el postoperatorio por colangiorresonancia magnética¹⁰. Con este estudio se cumplen los criterios de Frey, con lo que se evita la disección extensa y la morbilidad que esta conlleva, la colangiografía transoperatoria, la exploración de vías biliares y, en caso de encontrar coledocolitiasis, se puede optar por la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y extracción de los litos. De igual manera, si el paciente en el postoperatorio continúa sintomático, se puede optar por un manejo médico con relajantes del músculo liso. Si no ceden los cólicos biliares, se puede realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y una esfinterotomía para aliviar los

síntomas^{9,11}. De acuerdo con el flujograma diagnóstico y terapéutico propuesto por Malde, si en los estudios preoperatorios para evaluar las vías biliares el radiólogo reporta la vesícula biliar inidentificable, contraída o escleroatrófica, se debe solicitar otro estudio radiológico dependiendo de la disponibilidad local: colangiorresonancia magnética, tomografía computada, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o ultrasonido endoscópico. Si en alguno de estos estudios se confirma el diagnóstico de agenesia vesicular, se ofrece el manejo conservador anteriormente descrito. Si continúa la incertidumbre diagnóstica, Malde recomienda repetir el estudio de imagen una vez ya cedido el episodio agudo⁹.

Nosotros recomendamos realizar la colangiografía transoperatoria por punción, para así poder solucionar el dilema diagnóstico durante el transoperatorio y descartar la presencia de alguna otra entidad que pudiese requerir tratamiento quirúrgico (p. ej. vesícula ectópica, intrahepática, coledocolitiasis). Aunque existen autores que deciden no realizarla¹², la colangiografía transoperatoria conlleva una baja morbilidad cuando se realiza de manera adecuada por punción y por laparoscopia, como en este caso.

Conclusión

La agenesia de la vesícula biliar es la malformación menos frecuente de la vía biliar. Sin embargo, quien tiene que lidiar con esta entidad es el cirujano en el transoperatorio, pues como se ha mencionado anteriormente, todos los estudios preoperatorios han fallado para reconocer el diagnóstico. El cirujano debe tener en cuenta esta entidad cuando identifica una «disección difícil», vesícula escleroatrófica o variantes en la anatomía al momento de la colecistectomía por laparoscopia. Debe hacerse uso de la colangiografía transoperatoria para confirmar el diagnóstico, tratar o descartar entidades que necesiten de alguna intervención y, sobre todo, para prevenir una lesión de la vía biliar.

Bibliografía

1. Beuran M. Laparoscopic approach in gallbladder agenesis-an intraoperative surprise. *Chirurgia (Bucur)*. 2010;105(4):531-6.
2. Muñoz HJ, Quirarte CC, Arribas MA, Góngora SM, Cruz RO, Muñoz GR. Agnesia de vesícula biliar. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Cir Endoscop*. 2011;12(1):35-7.
3. Gaxiola Werge R, Gómez Gutiérrez NG, Alcántara Martínez FJ, Valero Ontiveros UJ. Agnesia vesicular y coledocolitiasis. Presentación de una paciente. *Cir Gen*. 2000;22(4):362-6.
4. Flores-Valencia JG, Vital-Miranda SN, Mondragón-Romano SP, de la Garza-Salinas LH. Agnesia vesicular: reporte de caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012;50(1):63-6.
5. Peloponissios N, Gillet M, Cavin R, Halkic N. Agnesia of the gallbladder: A dangerously misdiagnosed malformation. *World J Gastroenterol*. 2005;11(39):6228-31.
6. Singh S, Tayal A, Kaur V. Mystery of absent gall bladder: Surgical concerns and review of literature. *JIMSA*. 2011;24(2):71.
7. Rybicki FJ. The WES sign. *Radiology*. 2000;214:881-2.
8. Elorza Orúe JL. Agnesia de la vesícula biliar. Presentación de un caso estudiado por RM-colangiografía. *Cir Esp*. 2001;69(4):427-8.

9. Malde S. Gallbladder agenesis diagnosed intra-operatively: A case report. *J Med Case Rep.* 2010;4:285–90.
10. Mittal A, Singla S, Singal R, Mehta V. Gallbladder agenesis with common bile duct stone - A rare case with a brief review of the literature. *Turk J Gastroenterol.* 2011;22(2): 216–8.
11. Leone V. Isolated agenesis of the gallbladder: A pitfall in laparoscopic cholecystectomy. *WebmedCentral LAPAROSCOPY.* 2011;2(12). WMC002716.
12. Cano-Valderrama O, Talavera P, Domínguez-Serrano I, Sánchez-Pernaute A, Torres García AJ. Gallbladder agenesis. Presentation of a case. *Cir Esp.* 2011;89(7):469–78.