

CASO PARA EL DIAGNÓSTICO

Solución del caso 10. Vesícula multiseptada[☆]

Solution to case 10. Multiseptate gallbladder

E. García Garrigós*, I. Herraiz Romero y F. de Juan Burgueño

Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Recibido el 20 de junio de 2008; aceptado el 9 de enero de 2009

Historia clínica

Mujer de 55 años de edad, con episodios de dolor en el hemiabdomen superior. Afebril. Sin leucocitosis ni otras alteraciones analíticas. Sin antecedentes patológicos de interés.

Hallazgos radiológicos

En la ecografía se observa una vesícula biliar de tamaño normal, pared fina y lobulada, que contiene múltiples líneas hiperecogénicas que cruzan la luz vesicular dividiendo a la vesícula en múltiples compartimentos (fig. 1). No se visualizan imágenes hiperecogénicas compatibles con litiasis.

En la tomografía computarizada (TC) se visualiza una vesícula compleja, de aspecto multiloculado, dividida por múltiples septos finos (flechas) perpendiculares a la pared vesicular (fig. 2).

Discusión

Una vesícula compleja, de apariencia multiloculada, con múltiples septos internos se puede deber a una anomalía congénita (vesícula multiseptada) o adquirida por procesos inflamatorios crónicos, a un quiste hidatídico intravesicular, a barro biliar complejo o a un hematoma organizado.

La vesícula biliar multiseptada es una anomalía congénita rara y únicamente hay 40 casos publicados en la bibliografía^{1–8}. El primer caso fue descrito por Simon y Tandon en 1963¹. A partir de entonces se han publicado casos tanto en adultos como en niños, habiendo un claro predominio del sexo femenino^{2–8}. Dicha anomalía puede presentarse de forma aislada⁴ o coexistir con otras anomalías de la vía biliar, como disminución del tamaño de la vesícula (hipoplasia), localización ectópica de ésta o asociarse a quiste del colédoco⁸. Sin embargo, se ha descrito también una forma adquirida de vesícula pseudomultiseptada en adultos asociada a colecistitis crónica y colelitiasis⁹.

La embriogénesis de dicha anomalía no está clara. La luz de la vesícula se forma por la coalescencia de cavidades intraepiteliales en la yema vesicular. Una hipótesis propone que una vacuolización incompleta es la responsable de la formación de los septos¹⁰.

El síntoma más frecuente es el dolor crónico en hipocondrio derecho, que probablemente está relacionado con el aumento de la presión intraluminal de la vesícula (estasis biliar) por la complejidad de su estructura⁵, favoreciendo procesos inflamatorios crónicos, como colecistitis y/o pancreatitis⁷ e incluso litiasis. A veces se asocia a

[☆]Para conocer el listado de participantes que acertaron su diagnóstico y obtuvieron créditos, hay que dirigirse a la página web de la SERAM (www.seram.es) dentro del apartado de la revista RADIOLOGÍA.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: piolelena@hotmail.com (E. García Garrigós).

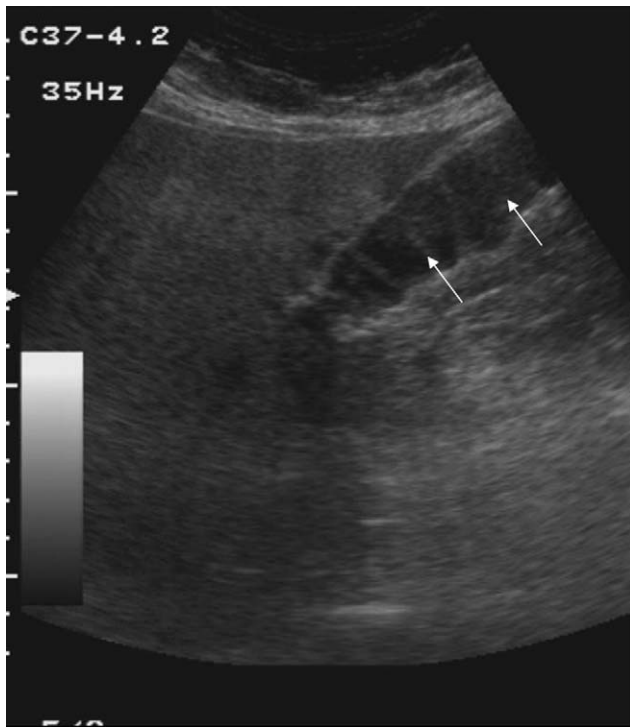


Figura 1 Ecografía abdominal. Vesícula multiseptada. Se observa una vesícula biliar de tamaño normal, pared fina y lobulada, que contiene múltiples líneas hiperecogénicas (flechas) que cruzan la luz vesicular dividiendo a la vesícula en múltiples compartimentos.

episodios agudos acompañados de náuseas y raramente vómitos. La ictericia es poco común y se debe a la dilatación de la vía biliar. Con menor frecuencia la vesícula multiseptada puede ser un hallazgo causal en pacientes asintomáticos^{5,6}.

Los hallazgos por imagen son: vesícula de contornos lobulados, dividida por múltiples septos finos hiperecogénicos en la ecografía e hiperdensos en la TC, perpendiculares a la pared formando cavidades quísticas anecoicas e hipodensas en ecografía y TC, respectivamente, dando un aspecto en panal de abeja.

El diagnóstico de certeza es anatomopatológico, tras una colecistectomía; macroscópicamente el cuerpo de la vesícula se encuentra dividido por finos septos que delimitan múltiples compartimentos intercomunicados por finos poros, dando un aspecto a la vesícula de panal de abeja. Histológicamente los septos están formados por tejido conectivo y fibras musculares lisas tapizadas por ambas caras con epitelio biliar normal o hiperplásico. La constante presencia de tejido muscular liso entre los septos confirma el origen congénito, a diferencia de la forma adquirida, en la que el tejido muscular está ausente⁹.

El tratamiento de las formas sintomáticas consiste en una colecistectomía, preferiblemente por vía laparoscópica en niños. Sin embargo, en las formas asintomáticas diagnosticadas de forma fortuita, el manejo no está claro.

Diagnóstico

Vesícula multiseptada.



Figura 2 Tomografía computarizada abdominal. Vesícula multiseptada. Se visualiza una vesícula compleja, de aspecto multiloculado, dividida por múltiples septos finos (flechas) perpendiculares a la pared vesicular.

Agradecimientos

A todo el personal del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital General Universitario de Alicante.

Bibliografía

1. Simon M, Tandon BN. Multiseptate gallbladder: a case report. *Radiology*. 1963;80:84-6.
2. Yamasaki A, Chijiwa K, Jimi S, Hotokezaka M, Asada T, Etoh T, et al. Multiseptate gallbladder: report of a case. *Hepatogastroenterology*. 2008;55:859-60.
3. Sugawara T, Kamei M, Sato M, Suzuki K, Okada N, Ono S. Three cases of multiseptate gallbladder. *Nihon Gekagakkaiasshi (J Jpn Surg Soc)*. 2001;102:358-62.
4. Paciorek ML, Lackner D, Daly C, Sekas G. Unique presentation of multiseptate gallbladder. *Dig Dis Sci*. 1997;42:2519-23.
5. Miwa W, Toyoma K, Kitamura Y, Murakami K, Kamata K, Takada T, et al. Multiseptate gallbladder with cholelithiasis diagnosed incidentally in an elderly patient. *Intern Med*. 2000;39:1054-9.
6. Ahear H, Barki Y. Multiseptate gallbladder in a child: incidental diagnosis on sonography. *Pediatr Radiol*. 1990;20:192.
7. Hunt I, Palmer D, Shirley A, Alwan MH. Septate gallbladder associated with cholecystitis and pancreatitis in children. *ANZ J Surg*. 2002;72:920-1.
8. Türkvan A, Erden A, Celik M, Olçer T. Ectopic hypoplastic and multiseptate gallbladder with coexisting choledochal cyst: evaluation with sonography and magnetic resonance cholangiopancreatography. *J Clin Ultrasound*. 2006;34:88-91.
9. Sasaki M, Tokunaga Y, Minami N. The honeycomb gallbladder: a new category of acquired pseudo-multiseptate gallbladder. *J Hepatobiliary Pancreatic Surg*. 2004;11:375-8.
10. Bhagavan BS, Amin PB, Land AS, Weinberg T. Multiseptate gallbladder. Embryogenetic hypotheses. *Arch Pathol*. 1970;89:382-5.