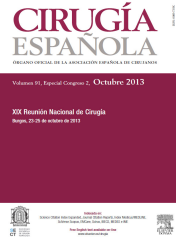




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-355 - VESÍCULA IZQUIERDA: RARA VARIANTE ANATÓMICA Y CAUSA DE CONVERSIÓN EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

V. Barra Valencia, J.H. Herrera Kock, M. Eguía Larrea, P. de Castro Monedero, H. San José Santamarta, C. Suero, A. Fernández Rodríguez, L. Chana Abad, A. Louredo Méndez y J.L. Álvarez Conde

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: La vesícula izquierda es una variante anatómica muy poco frecuente que se define como la vesícula situada a la izquierda del ligamento redondo, en el lecho del segmento III hepático. Puede aparecer en tres variantes anatómicas: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y la vesícula izquierda propiamente dicha. Puede asociar anomalías portales y en la vía biliar (el conducto cístico puede desembocar a la derecha o a la izquierda del conducto hepático común o directamente en el conducto hepático izquierdo). Su diagnóstico clínico es difícil porque su sintomatología no difiere de la colelitiasis en una vesícula normoposicionada y cursa con dolor en epigastrio-hipocondrio derecho irradiado hacia la espalda acompañado de sensación nauseosa y vómitos. La ecografía abdominal tampoco suele detectar esta variante anatómica por lo que suele ser un hallazgo casual durante la intervención quirúrgica. Si se sospecha preoperatoriamente se debe completar el estudio mediante TAC abdominal con contraste y angio-colangiRMN para valorar posibles anomalías vasculares y biliares.

Caso clínico: Paciente varón de 38 años de edad con antecedentes personales de cólicos biliares de repetición de un año de evolución con un episodio de colecistitis aguda litiasica no complicada y litiasis renal bilateral. Se realizan las siguientes pruebas complementarias: hemograma, bioquímica con perfil hepático y estudio de coagulación sin alteraciones y ecografía abdominal que muestra colelitiasis múltiple, vía biliar de calibre normal y litiasis renal bilateral no obstructiva. Con el diagnóstico de colelitiasis sintomática se programa colecistectomía laparoscópica. Durante la intervención quirúrgica, tras la liberación de adherencias colecistoduodenales se identifica vesícula biliar a la izquierda del ligamento redondo, con colelitiasis múltiple y signos de colecistitis crónica. Ante la presencia de una variante anatómica se decide conversión a laparotomía. Se procede a la disección e identificación de los elementos del triángulo de Calot: conducto cístico con litiasis impactada a su salida de la vesícula biliar y arteria cística (anterior y caudal a conducto cístico) probablemente procedente de arteria gastroduodenal, disección de la unión cístico-coledociana (el conducto cístico desemboca a la derecha del conducto hepático común), colecistectomía de fundus a Hartmann y colangiografía intraoperatoria transcística objetivándose buen paso de contraste a duodeno, buen relleno de la vía biliar intrahepática y extrahepática que muestra un calibre en el límite alto de la normalidad y sin defectos de repleción y conducto de Wirsung de calibre normal. El postoperatorio transcurre sin incidencias. La anatomía patológica confirma la presencia de una colecistitis crónica.

Discusión: La vesícula izquierda es una rara variante anatómica cuyo diagnóstico clínico es difícil por lo que suele ser un hallazgo intraoperatorio lo que obliga a una disección cuidadosa de los elementos del triángulo

de Calot y de la unión cisticocoledociana, a la realización de una colangiografía intraoperatoria para valorar la vía biliar en caso de duda y a conversión a laparotomía si es necesario.