



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

VC-062 - DUPLICIDAD DE VESÍCULA BILIAR. UTILIDAD DEL VERDE DE INDOCIANINA

González González, Lucía; Pascotto, Beniamino; Fassari, Alessia; Goergen, Martine; Azagra Soria, Juan Santiago

Centre Hospitalier Luxembourg, Luxembourg.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una duplicidad de la vesícula biliar como hallazgo intraoperatorio y la utilidad del verde de indocianina para identificar las estructuras anatómicas. El vídeo se ha grabado con el material audiovisual de nuestro centro y el consentimiento del paciente.

Discusión: La duplicidad de la vesícula biliar es una anomalía embriológica rara del desarrollo (1/4.000), que asocia un mayor riesgo de complicaciones en la colecistectomía, en relación con lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Por ello es importante reconocer la duplicación de en los estudios preoperatorios para evitarlos. No se ha demostrado mayor incidencia de patología que en pacientes con vesícula única, siendo la colelitiasis la complicación más frecuente, pudiendo ocurrir tanto en una como en ambas vesículas. La duplicidad vesicular se clasifica en dos grupos, en función de la relación que presenta con el conducto cístico: *Vesica fellea divisa* o grupo uno: Vesículas bilobuladas o septadas, con una única vesícula biliar, dividida por un tabique de tejido fibroso o fibromuscular, sin mucosa, con un único conducto cístico y una sola arteria cística. El caso presentado corresponde a este tipo. *Vesica fellea dúplex* o grupo dos: presentan dos vesículas, dos conductos císticos separados y arterias císticas independientes. A su vez se divide este grupo en dos tipos: Tipo Y: dos vesículas adheridas ocupando la misma fosa con dos conductos císticos separados que se fusionan antes de desembocar en el conducto hepático común. Tipo H: dos vesículas separadas cada una con su conducto cístico que drena de forma independiente en un conducto hepático común. Si bien la ecografía es el estudio inicial para la evaluación de la vesícula y vías biliares, sobre todo de forma urgente, presenta desventajas al no permitir siempre diagnosticar malformaciones en la vesícula biliar, presentándose diferentes entidades de manera similar (vesícula plegada, quistes del colédoco, líquido pericolecístico, divertículo vesicular...). Por otro lado, la colangiorresonancia (CRMN) y la tomografía computarizada (TAC) sí que nos muestran la morfología de la vía biliar, permitiendo una adecuada planificación quirúrgica en casos de variaciones anatómicas y, de esta forma, reducir el riesgo de lesiones iatrogénicas en la cirugía. La CRMN cuenta con la ventaja de que es una técnica no invasiva, no usa radiación ionizante y es operador independiente. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE) sería otra alternativa, sin embargo, se trata de un procedimiento invasivo, con morbilidad asociada, que se reserva para casos en donde se necesite realizar algún procedimiento terapéutico. Una vez que una de las dos vesículas presenta algún tipo de patología, la recomendación es la de la resección de ambas en el mismo acto quirúrgico. En los casos como el nuestro, en vesículas bilobuladas/septadas, la decisión es más sencilla, ya que, al ser una única vesícula biliar, se resecta en una única cirugía. Si bien, en caso de tratarse de un hallazgo casual, y estando el paciente asintomático, no se recomienda la colecistectomía profiláctica.