

## Duplicidad de la vesícula biliar



Figs. 1 y 2. La ecografía abdominal mostraba un hígado de forma y ecogenicidad normales, sin lesiones ocupantes de espacio. La vesícula biliar habitada por múltiples litiasis y un engrosamiento de la pared con un espesor de 6 mm (derecha). Las vías biliares intrahepática y extrahepática son de calibre normal. Marcada en la fotografía se aprecia una colección hipodensa adyacente a la vesícula, de bordes bien definidos, compatible con absceso (izquierda).

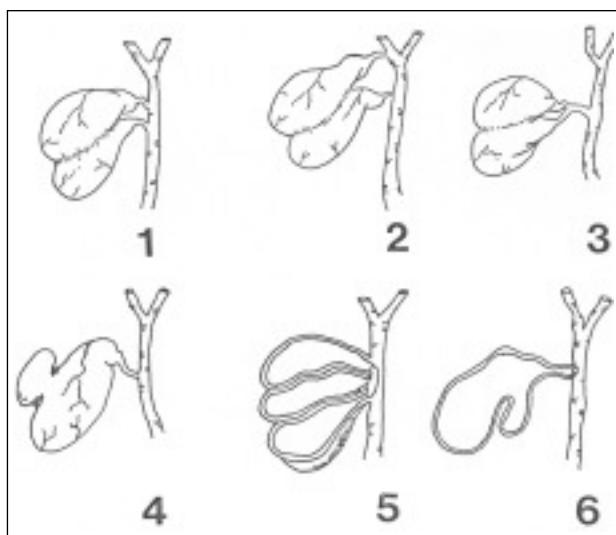


Fig. 3. Variaciones descritas de duplicidad vesicular: 1) duplicidad vesicular con conductos císticos independientes; 2) duplicidad vesicular con uno de los conductos císticos desembocando en el conducto hepático derecho; 3) duplicidad vesicular con conducto cístico común, y 4-6) diversas formas diverticulares de vesícula biliar.

### Caso clínico

Paciente de 49 años que ingresa a través de urgencias, por cuadro de dolor en el hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, de 12 h de evolución. En la exploración física, la paciente presentaba color normal, febrícula y defensa muscular ante la presión en el hipocondrio derecho. Destacaba la presencia de un signo de Murphy positivo. El resto de la exploración era normal. En la analítica destacaba leucocitosis (11.000/ $\mu$ l), y el resto del hemograma y la bioquímica fue normal. Se llevó a cabo una ecografía y se indicó intervención quirúrgica urgente (figs. 1 y 2).

Correspondencia: Dr. F.G. Borobia.  
Servicio de Cirugía General y Digestiva.  
Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.  
Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat.  
Barcelona. España.  
Correo electrónico: fgborobia@csuib.scs.es

Aceptado para su publicación en mayo de 2003.

## Evolución

Ante la sospecha de una colección supurada perivesicular, la paciente fue operada de forma urgente y por vía abierta. En el acto operatorio se confirmó la existencia de una colecistitis aguda, con litiasis múltiple ocupando la luz y distensión y engrosamiento de las paredes. Adyacente a ésta se identificó otra estructura de forma oval de paredes finas y contenido líquido que no estaba a tensión y que compartía una pared vecina a la de la vesícula patológica. La punción de esta estructura dio como resultado la salida de bilis de características normales, por lo que se estableció el diagnóstico de duplicidad vesicular.

## Discusión

Las anomalías congénitas del desarrollo de la vesícula biliar son hallazgos poco frecuentes pero no rarezas. Se originan por una alteración en la evolución del desarrollo embrionario. La agenesia vesicular es una anomalía congénita inusual del tracto biliar, pero no excepcional<sup>2</sup>, y menos frecuente es la duplicación vesicular<sup>3-7</sup>. Existe una importante variedad en la localización, número y forma de la duplicación, dependiendo del grado de fusión y del número y disposición de los conductos císticos (fig. 3). En nuestro caso existían dos vesículas fusionadas con una pared común y con drenaje independiente, cada una de ellas en un conducto cístico independiente. Se realizó colecistectomía de ambas estructuras. Si bien se puede asociar con otras anomalías vasculares o del árbol biliar, en este caso la exploración del resto de la cavidad fue normal, así como la anatomía de las vías biliares. El curso postoperatorio fue favorable, sin incidencias. En la figura 3 se expone la representación gráfica de la duplicidad hallada así como de otras variantes descritas.

La mayoría de las anomalías vesiculares descritas se diagnostican de forma intraoperatoria, y raramente antes de la intervención. En algunos casos puede ser diagnosticada mediante pruebas de imagen y ser tratada, en caso de presentar enfermedad, mediante colecistectomía por abordaje laparoscópico. El tratamiento consistirá siempre en la extirpación de ambas vesículas, con espe-

cial cuidado en las posibles variantes de los conductos císticos, para evitar lesionar el conducto hepático principal. La extirpación por vía laparoscópica se ha descrito, pero requiere una experiencia importante y prudencia, para evitar lesionar estructuras como la vía biliar principal<sup>5</sup>. En caso de duda se recomienda la cirugía abierta y, ante la presencia de posibles variantes anatómicas, realizar colangiografía transcística<sup>4</sup>.

Es importante, tanto para cirujanos como para radiólogos, conocer la posible existencia de anomalías embrionarias que pueden dar lugar a confusión diagnóstica, sobre todo en el caso de que una de ellas presente enfermedad inflamatoria, que en nuestro caso motivó la intervención quirúrgica urgente. Ante la posibilidad de dificultad técnica, se llevó a cabo mediante técnica abierta y fue en el acto operatorio cuando se hizo el diagnóstico de certeza de la entidad, aunque podría haberse iniciado el procedimiento por vía laparoscópica.

**Francisco G. Borobia<sup>a</sup>, David Toral<sup>a</sup>, Esther Alba<sup>b</sup>, Raúl Ortega<sup>b</sup>, Rosa Jordà<sup>a</sup>, Arantxa G. Barrasa<sup>a</sup>, Juan Altet<sup>a</sup>, Juan Fabregat<sup>a</sup> y Eduardo Jaurrieta<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y <sup>b</sup>Radiodiagnóstico. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

## Bibliografía

1. Adkins RB Jr, Chapman WC, Reddy VS. Embriology, anatomy and surgical applications of the extrahepatic biliary system. *Surg Clin North Am* 2000;80:363-79.
2. Baltazar U, Dunn J, González-Díaz S, Browder W. Agenesis of the gallbladder. *South Med J* 2000;93:914-5.
3. Gigot J, Van Beers B, Goncette L, Etienne J, Collard A, Jadoul P, et al. Laparoscopic treatment of gallbladder duplication. A plea for removal of both gallbladders. *Surg Endosc* 1997;11:479-82.
4. Carbajo MA, Martín del Olmo JC, Blanco JL, Cuesta C, Martín F, Toledano M, et al. Congenital malformations of the gallbladder and cystic duct diagnosed by laparoscopy: high surgical risk. *JSLS Society of Laparoendoscopic Surgeons* 1999;384:319-21.
5. Cueto García J, Weber A, Serrano Berry F, Tanur Tatz B. Double gallbladder treated successfully by laparoscopy. *J Laparoendosc Surg* 1993;3:153-5.
6. Martinoli C, Derchi LE, Pastorino C, Cittadini G Jr. Case report: imaging of a bilobed gallbladder. *Br J Radiol* 1993;66:734-6.
7. Harlaftis N, Gray SW, Olafson RP, Skandalakis JE. Three cases of unsuspected double gallbladder. *Am Surg* 1976;42:178-80.