

Cartas científicas

Vesícula sinistral. Causa de reconversión en colecistectomía laparoscópica

Left-sided gallbladder. Cause of a reconversion in laparoscopic cholecystectomy

La vesícula sinistral se define como la vesícula situada a la izquierda del ligamento redondo. Esta anomalía puede aparecer en el contexto de 3 variantes anatómicas: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y vesícula sinistral propiamente dicha¹.

Paciente varón de 57 años, sin antecedentes patológicos de interés, al que se estudia en consultas externas por dolor abdominal en el hipocondrio derecho de características cólicas e irradiado a la espalda. Se realizan pruebas de laboratorio y encontrándose los parámetros de hemograma, coagulación, perfil hepático y renal dentro de la normalidad. La ecografía abdominal detecta litiasis biliar, por lo que el paciente ingresa para realizar tratamiento quirúrgico programado de colelitiasis; se propone una colecistectomía laparoscópica. En el quirófano, el paciente se coloca en posición francesa, se introduce trocar de Hasson a través de una incisión supraumbilical para la realización de neumoperitoneo y se colocan trócares de 5 mm en el vacío derecho y el epigastrio, y de 11 mm en el vacío izquierdo. Durante el acto quirúrgico, tras la liberación de adherencias a la cara inferior del hígado durante 45 min no se encuentra la vesícula biliar, por lo que se decide la reconversión. Se realiza una laparotomía subcostal derecha y se halla la vesícula a la izquierda del ligamento redondo con cálculo impactado en la bolsa de Hartmann (fig. 1). La disección del hilio biliar permite identificar el conducto cístico que drena a la izquierda del conducto hepático común (fig. 1) y la arteria cística que cruza por delante de éste. Se realiza una colecistectomía retrógrada para confirmar que los conductos aislados corresponden efectivamente al conducto y a la arteria cística, y se deja un drenaje aspirativo en el lecho vesicular. El resto de las vísceras se encuentran en posición normal. El informe anatomopatológico revela colecistitis crónica.

La ecografía abdominal preoperatoria no detectó la anomalía.

La localización anómala de la vesícula biliar no asociada a situs inversus es una entidad clínica rara y son pocos los trabajos publicados al respecto. Series multicéntricas muestran una prevalencia de vesícula sinistral del 0,3%². Existen 2

tipos de mal posición: a) la posición medial, en la que la vesícula se localiza en el lecho del segmento IV (lóbulo cuadrado), pero se mantiene a la derecha del ligamento redondo y b) la posición sinistral, en la que la vesícula se localiza en el lecho del segmento III, a la izquierda del ligamento redondo³. Además, puede asociar otras anomalías de la vena porta y del sistema biliar, y atrofia del segmento IV hepático¹.

La desembocadura del conducto cístico es impredecible. Según los casos descritos en la literatura médica, el conducto cístico puede drenar a la derecha o a la izquierda del conducto hepático común o bien directamente en el conducto hepático izquierdo, mientras que la arteria cística siempre cruza por delante del conducto hepático común desde la derecha hacia la izquierda^{2,3}. Tanto el conducto como la arteria cística presentan una longitud mayor a la habitual, que puede facilitar la disección^{1,4}. A pesar de la transposición de la vesícula, la clínica consiste en dolor en el hipocondrio derecho irradiado a la espalda³⁻⁵. La ultrasonografía preoperatoria no suele detectar esta anomalía, lo que hace

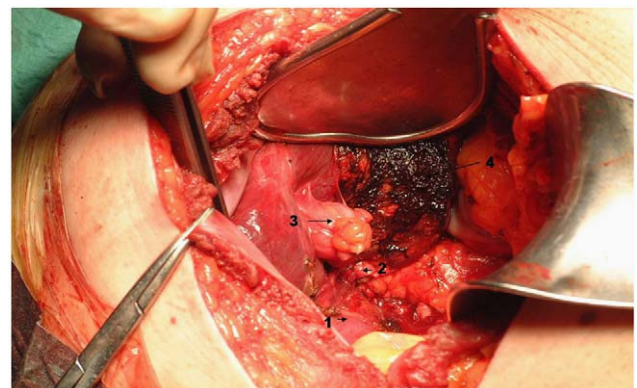


Figura 1 – 1) Vía biliar principal. 2) Ligadura del muñón del conducto cístico. 3) Ligamento redondo seccionado y ligado. 4) Lecho vesicular tras la colecistectomía.

que este hallazgo inesperado sea una auténtica sorpresa quirúrgica³⁻⁶. Cuando se detecta de forma preoperatoria, debe estudiarse con TAC con contraste, angiografía o RMN^{1,7}, con el fin de conocer más detalles sobre las posibles anomalías vasculares o biliares y poder planificar una cirugía más segura¹. Cuando se descubre de forma accidental durante la cirugía, los cirujanos deben ser muy cautos por la confluencia imprevisible del conducto cístico al conducto hepático común^{2,6}. Se recomienda: colocar al paciente en posición francesa, colocar trócares accesorios en caso de ser necesarios³, utilizar óptica de 30°, comenzar la disección del triángulo de Calot lo más próximo al borde de la vesícula^{6,7}, ligar el conducto cístico lo más próximo al infundíbulo, así como limitar el uso de diatermia y no seccionar ninguna estructura hasta estar completamente seguros; en caso de duda está indicado realizar una colangiografía intraoperatoria para identificar el árbol biliar^{2,7}, y si aún así la anatomía no está completamente clara, se recomienda la reconversión a laparotomía³.

Esta anomalía demuestra que toda atención en un campo quirúrgico es insuficiente sea cual sea la experiencia del equipo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shu SL, Chen TY, Huang TL, Sun CK, Concejero AM, Tsang LLC, et al. Left-sided gall bladder: Its clinical significance and imaging presentations. *World J Gastroenterol*. 2007;13:6404-9.
2. Chrungoo RK, Kachroo SL, Sharma AK, Khan AB, Nadim AS. Left-sided gall bladder: Report of two cases. *J Min Access Surg*. 2007;3:108-10.
3. Reddy P, Subramanian R, Yuvaraja S. Laparoscopic cholecystectomy for left-sided gallbladder (sinistroposition). *JSL*. 2005;9:356-7.
4. Bender E, Springhetti S, Shemisa K, Wittenauer J. Left-sided gallbladder (sinistroposition) with duplication of the common bile duct. *JSL*. 2007;11:148-50.
5. Noritomi T, Watanabe K, Yamashita Y, Kitagawa S, Oshibuchi M, Shirakusa T. Left-sided gallbladder associated with congenital hypoplasia of the left lobe of the liver: A case report and review of literature. *Int Surg*. 89:1-5.
6. Rozsos I, Ferenczy J, Vincze K, Rainer S. Left sided gallbladder. *Magy Seb*. 2002;55:329-30.
7. Gui D, Magalini S, Prete F, Sermoneta D. What's right when the gallbladder's left? A case report. *Surg Endosc*. 2002;16:1637.

María del Mar Rico Morales*, Manuel Ferrer Márquez, Vanesa Maturana Ibáñez, Elena Yagüe Martín y Ricardo Belda Lozano

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Torrecárdenas, Almería, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: meri_rico@yahoo.es (M.M. Rico Morales).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.002

Fibrosarcoma simulando lesión quística benigna del mediastino

Fibrosarcoma simulating a benign mediastinal cystic lesion

El fibrosarcoma mediastínico es una lesión extremadamente rara¹⁻⁵ por lo que creemos de interés comentar el siguiente caso. Se trata de un paciente de 15 años de edad que comenzó con tos espástica y disnea progresiva, ronquido nocturno de nueva aparición y sibilancias espiratorias. Fue diagnosticado de laringotraqueítis o asma. Se comenzó tratamiento con antitusígenos, broncodilatadores y antibioterapia sin que el paciente experimentara mejoría alguna. Ante la persistencia de la sintomatología, se realizó una radiografía de tórax, donde se detectó una masa mediastínica media derecha. No presentaba otra sintomatología asociada. Ingresó para estudio en su hospital de referencia, donde se le realizó una tomografía axial computerizada (TAC) torácica (fig. 1) y una resonancia magnética (RM) torácica: ambas pruebas detectaron una masa mediastínica de 75 mm de diámetro, de contornos bien definidos y de contenido poco denso que desplazaba la tráquea, la RM confirmó el contenido quístico

de la lesión y la ausencia de signos de invasión mediastínica. Todo hacía sospechar que se trataba de un quiste broncogénico o entérico. Se descartó la posibilidad de realizar la exéresis de la tumoración a través de videotoroscopia dado el tamaño de la lesión. Por tanto se practicó una toracotomía axilar derecha con el objetivo de realizar una resección (fig. 2). La lesión presentaba un plano de separación con el resto de estructuras adyacentes, lo que permitió llevar a cabo una exéresis macroscópica completa. No obstante, fue necesario volver a intervenir al paciente seis horas después debido a una hemorragia procedente del amplio lecho quirúrgico. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de fibrosarcoma de alto grado, con afectación microscópica de los bordes de resección de la pieza quirúrgica. A la vista de este resultado, se decidió un tratamiento adyuvante con quimio-radioterapia, y el paciente recibió siete ciclos de carboplatino- temozolomida y un total de 56 Gy sobre el