

Agenesia de la vesícula biliar. A propósito de un caso

Gallbladder agenesis. Presentation of a case

La agenesia de la vesícula biliar (AVB) es una malformación congénita poco frecuente que se encuentra en un 0,007-0,027%^{1,2} de los pacientes sometidos a una colecistectomía. Pese a su baja frecuencia, su hallazgo intraoperatorio puede suponer un reto para el cirujano que se encuentre realizando la intervención.

Presentamos el caso de una paciente de 56 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por un cuadro de dolor en el piso abdominal superior que aumentaba con la ingesta. Se realizó una primera ecografía, en la que no se observó claramente la presencia de vesícula biliar (VB). Dada la persistencia de la sintomatología, se decidió realizar un nuevo estudio ecográfico que fue informado como VB difícil de visualizar con estructuras hiperecogénicas en su interior compatible con VB escleroatrófica con colelitiasis (fig. 1). Con la sospecha de colelitiasis sintomática, la paciente fue programada para colecistectomía laparoscópica. Durante ésta, se observó la ausencia de VB en su posición habitual. Se procedió a disecar la vía biliar desde la bifurcación de la vena porta hasta el duodeno (fig. 2) sin encontrar ninguna estructura sugerente de ser la VB. Se exploró entonces el lóbulo hepático izquierdo y la inserción del ligamento falciforme, y no se encontró la VB en ninguna de estas localizaciones. Con estos hallazgos se decidió finalizar la intervención. La paciente fue dada de alta al tercer día postoperatorio. Un mes después de la intervención, se realizó una tomografía computarizada que no mostró la existencia de la VB en ninguna localización anómala, por lo que la paciente fue diagnosticada de AVB.

La AVB fue descrita por primera vez por Lemery en 1701³. Esta malformación congénita es poco frecuente pero plantea un serio reto durante la colecistectomía laparoscópica. Lo primero que debemos destacar es la necesidad de un correcto

diagnóstico preoperatorio. En caso de que existan dudas sobre el diagnóstico, es fundamental estudiar adecuadamente al paciente para evitar una cirugía innecesaria. Para ello, es recomendable la realización de una colangiorresonancia magnética, ya que es la técnica no invasiva más específica para visualizar completamente la vía biliar⁴. En segundo lugar, debemos plantearnos si se debe reconvertir a vía abierta. Nosotros decidimos continuar con el abordaje laparoscópico debido a que la visualización de la vía biliar fue clara y completa. Por esta razón, consideramos que la reconversión a laparotomía iba a suponer un aumento de la morbilidad asociada a la intervención sin aportar información adicional. Otros aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de plantear la reconversión son la experiencia en cirugía laparoscópica del equipo quirúrgico y la existencia de reacción inflamatoria que pueda dificultar una correcta identificación de la anatomía de la vía biliar. También hay que valorar la necesidad de realizar un colangiograma peroperatorio, tal y como defienden algunos autores^{5,6}. Nosotros decidimos no realizarla porque pensamos que era poco probable que aportase datos de interés. En el caso de que se tratase de una VB escleroatrófica, estaría excluida y no se visualizaría en la colangiografía. Mientras que si se tratase de una VB intrahepática preferiríamos realizar una prueba de imagen diferida y una segunda intervención, una vez la paciente hubiese sido correctamente informada de la situación. Es importante destacar que de todos los casos publicados en la literatura sobre AVB; en ninguno de los que se realizó colangiografía peroperatoria ésta cambió la actitud a seguir durante la intervención. Por último, es fundamental tener en cuenta que durante la intervención se debe evitar cualquier tipo de iatrogenia. En nuestro caso, la vena porta derecha se encontraba en una posición que podía hacer que fuese



Figura 1 – Ecografía preoperatoria que fue interpretada como vesícula escleroatrófica con colelitiasis.



Figura 2 – Imagen de la vía biliar sin vesícula biliar.

confundida con la VB. Este tipo de confusiones puede llevar a graves complicaciones, tal y como otros autores han comunicado⁵, y deben evitarse por todos los medios posibles.

En cuanto a los resultados tras la exploración quirúrgica de los pacientes con AVB, algunos autores refieren que los pacientes quedan asintomáticos tras la intervención⁷. Este hecho es difícil de explicar y podría estar relacionado con la causa del dolor de los pacientes con AVB. El 23% de los pacientes con AVB presentan síntomas compatibles con molestias de origen biliar⁸. Se cree que estas molestias podrían deberse a adhesiones en el hipocondrio derecho, coledocolitis, dolor referido de otros órganos o una alteración del esfínter de Oddi que produciría estasis biliar y un cuadro similar al síndrome poscolecistectomía⁹. Por ello, si el paciente continúa con molestias tras la intervención se debe realizar una exploración endoscópica de la vía biliar y esfinterotomía con o sin manometría del esfínter de Oddi.

Como conclusión podemos decir que la AVB es una entidad poco frecuente que plantea un reto importante durante la colecistectomía laparoscópica. En nuestra opinión la reconversión a vía abierta y la colangiografía peroperatoria no son necesarias si existe una buena visualización de la anatomía de la vía biliar. Es fundamental evitar cualquier tipo de lesión iatrógena durante la intervención. En caso de que persistan las molestias tras la intervención, se debe valorar la existencia de un cuadro similar al síndrome poscolecistectomía y tratarlo como tal.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ferris DO, Glazer IM. Congenital absence of gallbladder. Four surgical cases. Arch Surg. 1965;91:359-61.
2. Ahlberg J, Angelin B, Einarsson K, Leijd B. Biliary lipid composition and bile acid kinetics in patients with agenesis of the gallbladder with a note on the frequency of this anomaly. Acta Chir Scand. 1978;482:15-20.

3. Baltazar U, Dunn J, Gonzalez-Diaz S, Browder W. Agenesis of the gallbladder. South Med J. 2000;93:914-5.
4. Fiaschetti V, Calabrese G, Viarani S, Bazzocchi G, Simonetti G. Gallbladder agenesis and cystic duct absence in an adult patient diagnosed by magnetic resonance cholangiography: report of a case and review of the literature. Case Report Med (revista electronica) 2009. [consultado 29/1/2011]. Disponible en: <http://www.hindawi.com/journals/crim/2009/674768.html>
5. Peloponissios N, Gillet M, Cavin R, Halkic N. Agenesis of the gallbladder: A dangerously misdiagnosed malformation. World J Gastroenterol. 2005;11:6228-31.
6. Quintana-Basarrate A, Díaz-Aguirre Goitia FJ, Lamikiz-Velasco A, Valdivieso-López A, Perdigón-Bilbao L. Ausencia-desaparición de la vesícula biliar en un paciente diagnosticado de colelitiasis. Cir Esp. 2005;78:331-2.
7. Bennion RS, Thompson JEJ, Tompkins RK. Agenesis of the gallbladder without extrahepatic biliary atresia. Arch Surg. 1988;123:1257-60.
8. Nadeau LA, Cloutier WA, Konecki JT, Morin G, Taylor RW. Hereditary gallbladder agenesis: twelve cases in the same family. J Maine Med Assoc. 1972;63:1-4.
9. Dixon CF, Lichtman AL. Congenital absence of the gallbladder. Surgery. 1945;17:11-2.

Óscar Cano-Valderrama*, Pablo Talavera, Inmaculada Domínguez-Serrano, Andrés Sánchez-Pernaute y Antonio José Torres García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo 2,
Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(Ó. Cano-Valderrama\).](mailto:oscarcanovalderrama@hotmail.com)

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEG. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.08.008](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.08.008)

Metástasis cerebrales como manifestación clínica de debut en el carcinoma papilar de tiroides

Brain metastases as the first clinical sign of papillary thyroid cancer

El carcinoma papilar es la neoplasia endocrina más frecuente de la glándula tiroideas. La prevalencia de metástasis a distancia en el momento del diagnóstico es baja y, raramente, se presentan estas como primer síntoma de la enfermedad^{1,2}. Presentamos el caso de una paciente con metástasis cerebrales como primera manifestación de un carcinoma papilar de tiroides.

Mujer de 63 años, con antecedentes patológicos de artritis reumatoide en tratamiento con salazopirina desde 2005 y síndrome de Cushing de causa farmacológica de un mes de evolución. Entre sus antecedentes quirúrgicos destacaba una hysterectomy por mioma uterino y una mastectomía radical modificada con linfadenectomía asociada en 1999 por un carcinoma ductal infiltrante de mama (pT₂ N₁ M₀ , estadio IIB),