Localizador web
Artículo 92.872

Ausencia-desaparición de la vesícula biliar en un paciente diagnosticado de colelitiasis

Aitor de la Quintana-Basarrate[a], Francisco Javier Díaz-Aguirregoitia[a], Alberto Lamikiz-Velasco[a], Andrés Valdivieso-López[b] y Luis Perdigo-Bilbao[a]
[a]Servicio de Cirugía General B. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España. [b]Servicio de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General A. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya. España.

Resumen

Se presenta el caso de un paciente, con diagnóstico de colelitiasis, en quien no se encuentra quirúrgicamente la vesícula biliar durante una colecistectomía por laparoscopia ni tras su reconversión a cirugía abierta. Se descarta la ectopia vesicular y se discute la posibilidad de que se trate de un caso de agenesia vesicular. Sin embargo, al paciente se le han realizado 4 ecografías previas dentro de un protocolo de tratamiento con octreóctida y en ellas hay coincidencia en la presencia de la vesícula biliar. Se apunta la eventualidad de una lisis total de vesícula tras un proceso inflamatorio, y se recuerdan los criterios de Frey para la agenesia vesicular. Creemos que estamos ante un caso de lisis completa de la vesícula tras un proceso inflamatorio.

Palabras clave: *Ausencia de vesícula. Lisis vesicular.*

ABSENCE/DISAPPEARANCE OF GALLBLADDER IN A PATIENT DIAGNOSED WITH CHOLELITHIASIS

We report the case of a patient with preoperatively demonstrated cholecystitis due to cholelithiasis but with no presence of gallbladder at laparoscopy or on conversion to open surgery. Gallbladder ectopy was ruled out and the possibility of gallbladder agenesia was discussed. However, four preoperative ultrasound scans performed within a protocol of treatment with octreotide, in the setting of acute cholecystitis, ruled out this possibility. We discuss the possibility of gallbladder destruction and digestion after a severe inflammatory process, as well as Frey's criteria for gallbladder agenesia.

We believe that this is a case of complete gallbladder lysis due to an inflammatory process.

Key words: *Gallbladder absence. Lysis.*

Introducción

La ausencia de vesícula biliar, como hallazgo quirúrgico, se ha asociado, en un número importante de casos, al concepto de agenesia vesicular. La ausencia de vesícula en el acto quirúrgico es visto por los cirujanos como un error diagnóstico previo en la interpretación de las pruebas radiológicas. Asistir a un paciente con ausencia de vesícula biliar durante la cirugía nos mueve a realizar algunas reflexiones sobre la agenesia vesicular y su desaparición como resultado de procesos inflamatorios o infecciosos.

Correspondencia: Dr. A. de la Quintana-Basarrate.
Hospital de Cruces.
Plaza de Cruces, s/n. 48903 Cruces/Barakaldo. Vizcaya. España.

Manuscrito recibido el 18-10-2004 y aceptado el 24-1-2005.

Caso clínico

Varón de 42 años con diabetes mellitus tipo 1 en tratamiento con insulina y dentro de un protocolo de uso de octreótida. Ingresa con un cuadro de dolor en el hipocondrio derecho y vómitos. En la exploración, el signo de Murphy es positivo. La ecografía en urgencias evidencia una vesícula de 5 cm de diámetro con barro biliar, microlitiasis y engrosamiento focal de la pared hasta 7 mm. En la analítica destaca unos valores de transaminasa glutámico-pirúvica (GPT) de 236 y 14.800 leucocitos. Tras instaurar tratamiento con piperacilina-tazobactam durante 6 días el paciente evoluciona satisfactoriamente y es dado de alta para su intervención en un segundo tiempo, que debido a motivos familiares se pospone 6 meses, durante los cuales está asintomático.

Intervención

Con abordaje laparoscópico se observan adherencias epiploicas al lecho vesicular que se liberan sin hallar la vesícula. Se decide realizar laparotomía subcostal y únicamente se observa una zona fibrosa de 2 cm de diámetro en el teórico lecho vesicular. Esta estructura es extirpada y remitida a anatomía patológica, donde se informa de que se trata de tejido fibroso cicatrizal sin objetivar la presencia de tejido biliar. Se explora minuciosamente el ligamento redondo, el retroperitoneo y el li-

Fig. 1.

gamento hepatoduodenal, sin hallazgos. Se realiza una colangiografía directa sobre el colédoco sin restos de la vesícula ni del conducto cístico (fig. 1).

Durante el postoperatorio, la ecografía es informada como normal para paciente colecistectomizado.

Comentarios

La agenesia vesicular es una extraña situación con una incidencia del 0,01-0,04%[1]. Antes de instaurarse la ecografía los errores eran más frecuentes, ya que el diagnóstico de vesícula excluida se realizaba por colangiografía oral y/o intravenosa. Hoy día, la ausencia de vesícula se suele descubrir durante el acto operatorio en un paciente que ha tenido clínica compatible con enfermedad biliar y con una imagen ecográfica de la vesícula escleroatrófica con litiasis[2]. Tras el hallazgo en el quirófano, el falso diagnóstico se achaca a la impericia del ecografista o a artefactos, como la superposición de imágenes correspondientes a asas de intestino delgado, o enfermedad renal o inflamatoria próxima[3].

Frey et al[4] propusieron, en 1967, 3 criterios para poder confirmar una situación de agenesia vesicular descubierta durante el acto quirúrgico:

– Disección de la vía biliar principal desde el duodeno hasta la bifurcación de los hepáticos, sin hallazgo de vesícula biliar.

– Colangiografía intraoperatoria.

– Ausencia de reacción inflamatoria aguda o adherencias al lecho vesicular. Este criterio resulta de mayor importancia en los casos de vesícula hipogenética.

Se considera agenesia demostrada o cierta si se cumplen los 3 criterios; probable, si se cumplen los 2 primeros; posible si sólo se cumple 1 y dudosa si no se cumple ninguno. En el estudio de Frey et al[4] sólo el 40% de los casos se consideraron ciertos. En una revisión de casos publicados en la bibliografía española[5] sólo el 22% es considerado cierto y el 41%, probable.

Nuestro caso podría ser definido como probable, pero se da la circunstancia de que al estar incluido en un protocolo de octreótida pasó controles semestrales ecográficos durante 2 años, aportando 4 ecografías previas en las que se describen los pasos de una vesícula alitiásica normal a la presencia de cristales de colesterol y finalmente microlitiasis. Las exploraciones fueron realizadas por 4 radiólogos diferentes.

La explicación más probable para nuestro caso es que sufriera un proceso de esclerosis y necrosis de la vesícula hasta su desaparición completa, tras el cuadro de colecistitis. Todo ello favorecido por su condición de diabético.

Aunque está demostrada la relación de la octreótida y la colelitiasis[6] y sus propiedades inmunodepresoras, sobre todo en la proliferación linfocitaria, en la disminución de la liberación de citocinas proinflamarorias, como el interferón (IFN) γ y en la producción de inmunoglobulinas[7], no hemos encontrado referencias en la bibliografía que relacionen su actividad con la necrosis completa de la vesícula.

En la bibliografía revisada son minoría los casos detallados que cumplan los criterios de Frey, y tal vez haya existido precipitación al considerar como error diagnóstico del ecografista lo que no es, con las consecuencias legales derivadas. Resulta un tanto sorprendente la ausencia en la bibliografía consultada de casos de destrucción completa de la vesícula, a pesar de la gran incidencia de colecistitis agudas. Sin embargo, hay numerosos casos de agenesia publicados sin hacer referencia a posibles adherencias al lecho vesicular, por lo que posiblemente no se trate realmente de agenesias vesiculares si aceptamos los criterios de Frey.

Conclusión

Queremos llamar la atención sobre el hecho de la desaparición vesicular como una consecuencia lógica, aunque inhabitual, de un proceso inflamatorio. Del mismo modo, se debe insistir en la necesidad de una exploración quirúrgica exhaustiva del territorio duodeno-coledociano y del resto de la vía biliar extrahepática antes de sentar un diagnóstico de agenesia vesicular.

Bibliografía

1. Bloom RB, Fichtenberg H. Agenesis of the gallbladder: Report of a case. JAMA. 1981;81:62.
2. Marcote Valdivielso E, Baltasar A, Arlandis F. Agenesia vesicular y del conducto cístico. Cir Esp. 1991;50:162-4.
3. Elorza Orue JL. Agenesia de la vesícula biliar. Presentación de un caso estudiado por RM-colangiografía. Cir Esp. 2001;69:427-8.
4. Frey C, Bizer L, Ernst C. Agenesis of the gallbladder. Am J Surg. 1967;114:917-26.
5. Sousa Escandón A, Rodríguez García J, Sánchez Ibáñez J, Gayoso García R, Ghanimé Saide G, Rodríguez Pérez H. Agenesia de la vesicula biliar. Revisión estadística de la literatura española y aportación de un nuevo caso. Rev Esp Enf Ap Digest. 1985;68:357-62.
6. Erlinger S, Chanson P, Dumont M, Ponsot, Warnet A, Harris AG. Effects of octreotide on biliary lipid composition and occurrence of cholesterol crystals in patients with acromegaly. A prospective study. Dig Dis Sci. 1994;39:2384-8.
7. Ten Bokum AM, Hofland LJ, Van Hagen PM. Somatostatin and somatostatin receptors in the inmune system: a review. European Cytokine Network. 2000;11:161-76.