Cartas al Director

Agenesia de vesícula biliar y coledocolitiasis. Reporte de un caso

Palabras clave: Coledocolitiais. Agenesia de vesícula biliar.

Key words: Choledocolithiasis. Agenesia of the gallbladder.

Sr. Director:

La agenesia de la vesícula biliar es de presentación infrecuente y si la misma se encuentra asociada a coledocolitiasis, la patología es más infrecuente aún. El motivo de la presente carta es el de presentar un caso de agenesia de vesícula biliar asociada a coledocolitiasis.

Caso clínico

Mujer de 43 años de edad que ingresa a la institución por intenso dolor cólico en hipocondrio derecho que se irradia al dorso, náuseas y vómitos, sub-ictericia, coluria, hipocolia y escalofríos.

Al examen físico presenta: dolor y defensa leve en hipocondrio derecho, distensión abdominal e ictericia. La ecografía informa de una gran dificultad para evaluar la fosa vesicular que atribuye al meteorismo existente y una vesícula biliar con paredes engrosadas y con sombras acústicas compatibles con litiasis. No puede evaluar vía biliar ni páncreas. El laboratorio muestra una franca leucocitosis, elevación de la bilirrubina a expensas de la directa, elevación de cinco veces lo normal de la fosfatasa alcalina e importante elevación de transaminasas.

Con diagnóstico de síndrome coledociano, la paciente es sometida a una laparotomía en la que, a pesar de una minuciosa exploración, no se puede hallar la vesícula biliar. Se libera la vía biliar extra-hepática en todo su recorrido y se realiza colan-

giografía por punción (Fig. 1) en la que excepto por una importante dilatación de la misma y una panlitiasis coledociana no puede objetivarse la presencia de la vesícula biliar.

Se efectúa coledocotomía, extracción de 8 litos de diferentes tamaños y se decide realizar una coledocoduodenostomía. La paciente presenta buena evolución y alta. Asintomática a dos meses de operada.

Discusión

El desarrollo embriológico del hígado y la vesícula biliar comienza alrededor de la tercera semana de gestación, cuando el hígado primitivo (divertículo hepático) se forma como un crecimiento del endodermis en la región distal del intestino anterior. Cuando el divertículo crece, su conexión con el intestino anterior se estrecha para formar el conducto biliar hepático externo. Una pequeña invaginación ventral crece formando una vacuola que se transformará en la vesícula biliar y conducto cístico. La falla en esta última etapa resulta en la agenesia de la vesícula biliar y conducto cístico (1-3).

La agenesia vesicular es una patología de escasa presentación, según diferentes autores, la misma oscila entre el 0,01 al 0,09% (4-7). Es más frecuente en mujeres que en hombres con una relación de 3 a 1 y en pacientes en la tercera y cuarta década de la vida. La misma puede estar asociada a otros defectos congénitos o puede presentarse como en nuestro caso, sin ninguna otra anomalía (6). La sintomatología, presente en alrededor del 23% de los pacientes (8), es similar a la de cualquier cuadro biliar. En nuestro caso, la paciente presentó dolor cólico, ictericia, coluria, etc. También existe un grupo importante de pacientes que son asintomáticos. La presencia de coledocolitiasis en estos pacientes ronda entre 25 y 50% (8). Si bien el diagnóstico es la mayoría de las veces intra-operatorio, cuando existe sospecha de agenesia, la colangiorresonancia y los métodos contrastados de la vía biliar asociados a la laparoscopía confirmaran el diagnóstico. La ecografía suele ser la mayoría de las veces poco concluyente (9). En los pacientes con agenesia, suele existir una importante dilatación de la vía biliar extrahepática. Algunos autores sugieren que la fisiopatología de esta

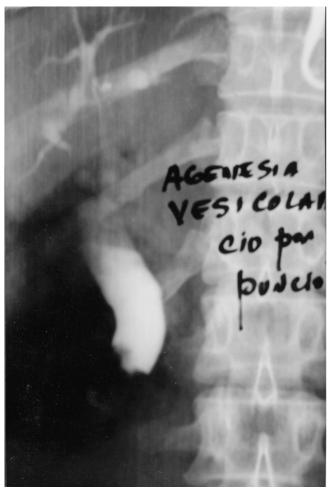


Fig. 1. Colangiografía intra-operatoria por punción. Ausencia de vesícula biliar y coledololitiasis.

dilatación respondería a un mecanismo similar a la dilatación que se produce post-colecistectomía (8).

Si el paciente llega como en nuestro caso, a una laparotomia, la conducta terapéutica estará dictada por el estado canalicular. Así se podrá, postmirizzigrafía, decidir no realizar ningún otro gesto quirúrgico, extraer los litos y drenar, realizar una papilotomía o, como en nuestro caso, realizar una coledoco-duodenostomía. Coincidimos con algunos autores (10) que, si el paciente presenta sintomatología y una vía biliar dilatada, algún procedimiento de drenaje definitivo de la vía biliar como una papilotomía o una coldoco-duodenostomía debe ser realizado para evitar una probable recidiva sintomática.

Finalmente tenemos la impresión que, el abordaje laparoscópico de estos pacientes sin diagnóstico previo, puede conducir a errores y lesiones quirúrgicas por la dificultad a la hora de interpretar la anatomía biliar.

G. A. Nari, M. Jozami y O. H. Ponce

Servicio de Cirugía General. Sanatorio San Martín. Santiago del Estero, Argentina

Bibliografía

- Bennion RS, Thompson JE, Tompkins RK. Agenesis of the gallbladder without extrahepatic biliary atresia. Arch Surg 1988; 123: 1257-60.
- Lantsberg L, Kleiner O, Khoda J. Agenesis of the gallbladder. J Hepatol 1994; 20: 679-80.
- Wilson JE, Deitrik JE. Agenesis of the gallbladder: case report and familial investigation. Surgery 1986; 99: 106-9.
- 4. Baltazar U, Dunn J, González-Díaz S, Browder W. Agenesis of the gallbladder. South Med J 2000; 93: 914-5.
- Fisichella PM, Di Stefano A, Di Carlo Y, La Grecca G, Rusello D, et al. Isolated agenesis of the gallbladder: report of a case. Surg Today 2002; 32: 78-80.
- Gotohda N, Itano S, Horiki S, Endo A, Nakao A, et al. Gallbladder agenesis with no other biliary tract abnormality: report of a case and review of the literature. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2000; 7: 327-30
- Richards RJ, Taubina H, Wasson D. Agenesis of the gallbladder in symptomatic adults. A case and review of the literature. J Clin Gastroenterol 1993; 16: 231-3.
- Waisberg J, Pinto Junior P, Gusson P, Rossini Fasano P, Godoy A. Agenesis of the gallbladder and cystic duct. Sao Paulo Med J 2002; 120: 192-4.
- Jackson RJ, McClellan D. Agenesis of the gallbladder. A cause of false-positive ultrasonography. Am Surg 1989; 55: 36-40.
- Bekele Z. Congenital absence of the gallbladder and the cystic duct. Ethiop Med J 2002; 40: 171-8.