

VESÍCULA BILIAR DOBLE EN UN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. Mallea Judith (1); Dr. Lutino Ariel (2).

SERVICIO DE DIAGNOSTICO POR IMÁGENES Y CIRUGIA PEDIATRICA. LA PAZ , BOLIVIA

(1) Médico del Servicio de Diagnostico por Imágenes. (2) Médico del Servicio de Cirugía Pediátrica.

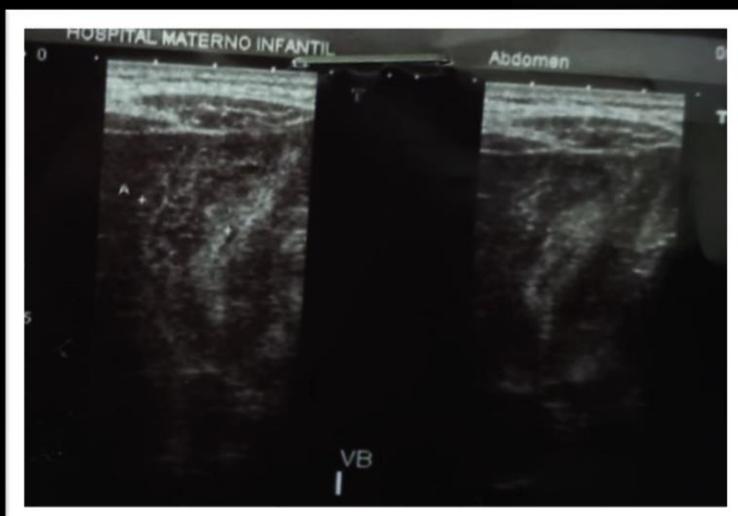




PRESENTACIÓN DEL CASO

- ▶ Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, procedente de la ciudad de La Paz Bolivia.
- ▶ Ingresa al servicio de emergencias con dolor en hipocondrio derecho, posterior a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, náusea y vómito de tipo gástrico biliar.
- ▶ Examen físico, paciente deshidratado, escleras levemente ictericas, afebril, signos vitales normales. Abdomen, doloroso, Maniobra de Murphy (+), Punto Cístico (+), sin datos de irritación peritoneal.
- ▶ Laboratorio: Bilirrubina Total (BT): 4,2 mg/dl, Transaminasas TGO: 109 UI/L, TGP 124 UI/L; Serología de hepatitis negativa.

ECOGRAFIAS

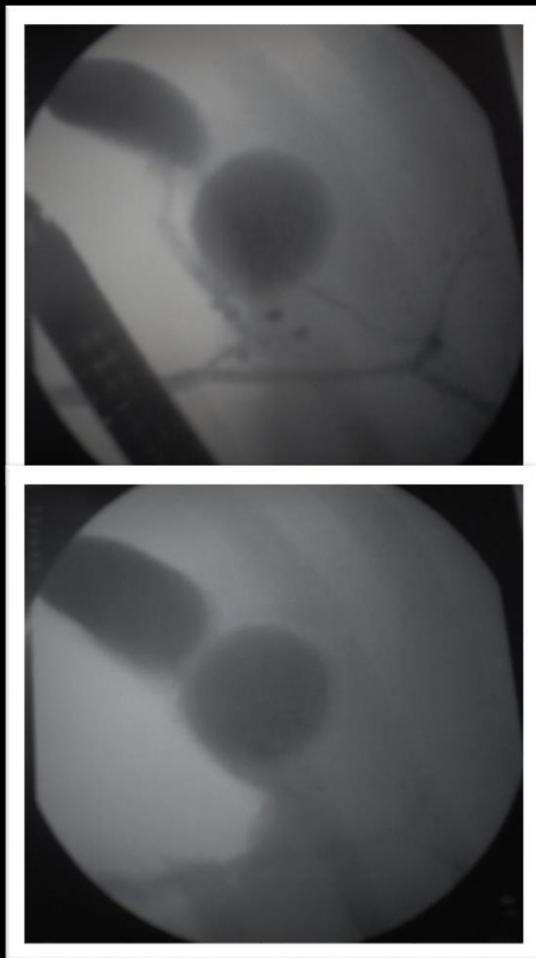


U.S Corte longitudinal Vesícula 1 y Vesícula 2, colapsada, pared engrosada.



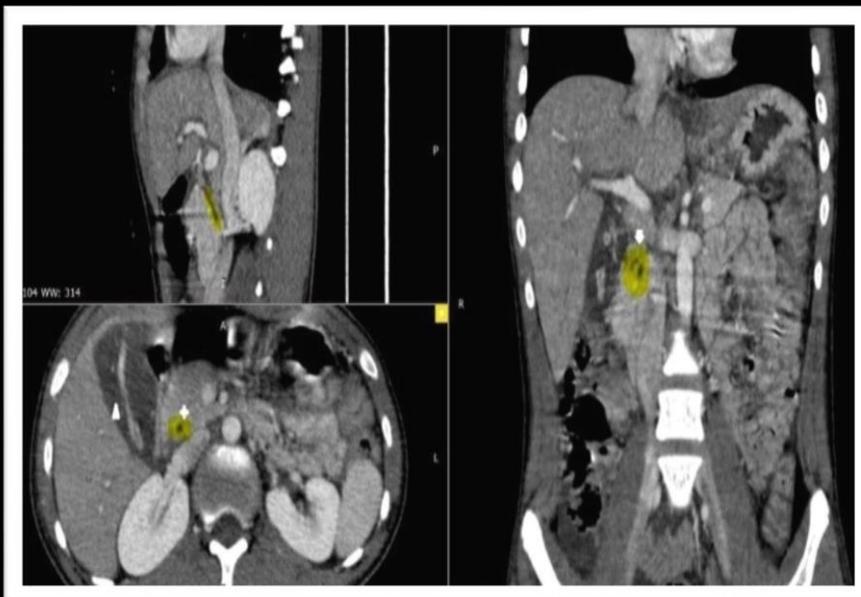
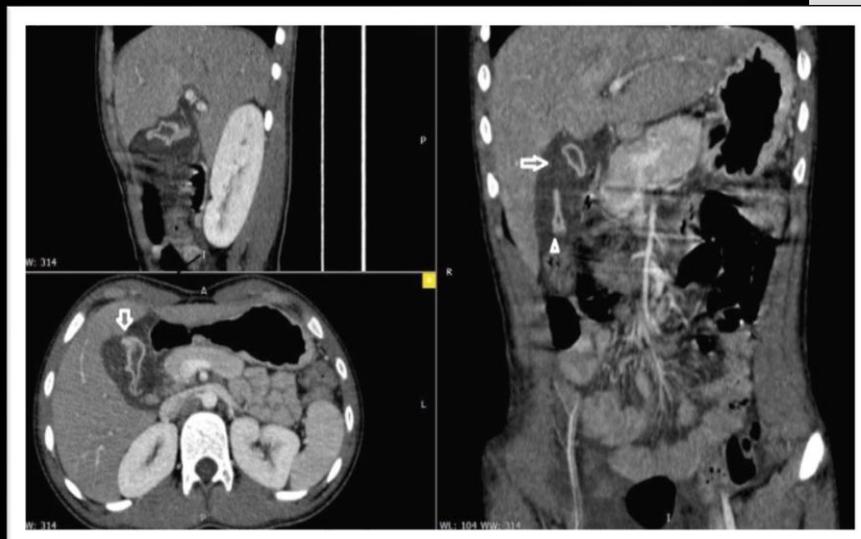
U.S. Corte longitudinal y transversal de vesícula Biliar post tratamiento antiinflamatorio, Pre quirúrgico vesícula 1, vesícula 2.

COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA



Colangiografía intraoperatoria,
Se evidencian dos vesículas

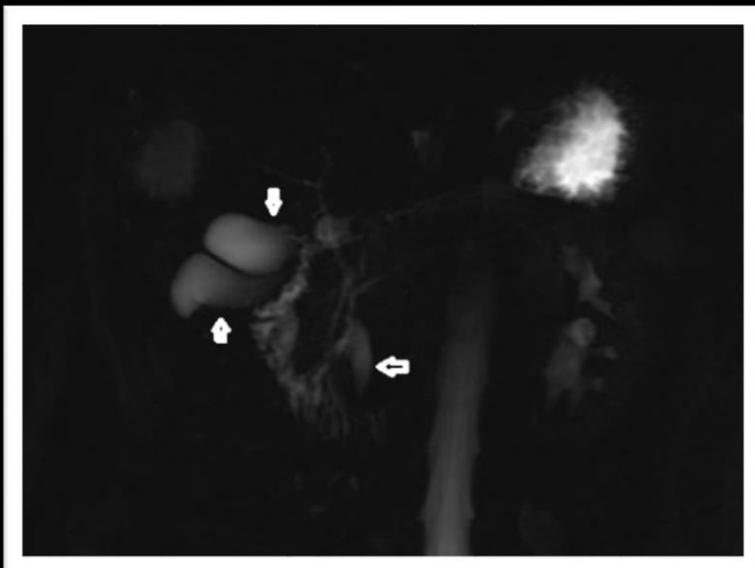
TOMOGRAFÍA ABDOMINAL



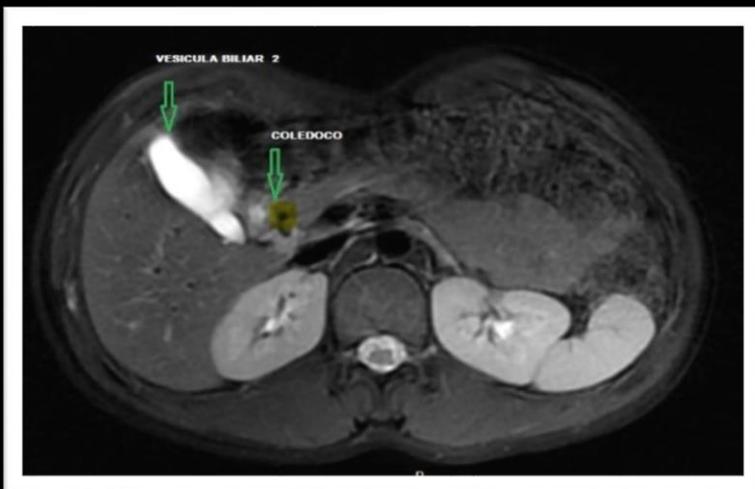
TC/C Vesícula 2, pared hipodensa engrosada, edematosa, con algunas incipientes burbujas aéreas, denota proceso inflamatorio infeccioso, páncreas a nivel cefálico dentro de límites máximos para la edad del paciente.

Corte axial se logra visualizar colédoco, corte coronal se visualiza la duplicación de conducto cístico.

COLANGIORESONANCIA



Colangiorensonancia corte coronal, vesícula1, vesícula 2, colédoco



RMN: T2 Corte axial, Vesícula , se observa dos imágenes hipodensas correspondientes a conductos císticos , Vesícula 2 A nivel cefálico de páncreas se visualiza colédoco.



EVOLUCIÓN CLÍNICA

- ▶ Con los resultados se mantiene bajo observación y tratamiento para programación operatoria.
- ▶ Las condiciones de ingreso a quirófano:
Clínica y hemodinámicamente normal,
valoración pre anestésica ASA I.
- ▶ Laboratorios pre operatorios todos dentro de parámetros normales tanto la función hepática y mejora de los tiempos de coagulación.
- ▶ **Técnica quirúrgica y hallazgos intra operatorios:** Se realiza abordaje laparoscópico, mediante la técnica Americana, con 4 puertos laparoscópicos.
- ▶ Se identifica vesícula biliar doble de paredes delgadas, se procede a identificar estructuras del triángulo de Calot y ventana de seguridad de Strassberg, apreciándose dos conductos císticos los cuales se unen a vía biliar principal por separado, se liga arteria cística única y se completa colecistectomía sin complicaciones.
- ▶ Evolución post operatoria sin particularidades alta hospitalaria en 48 horas después de tolerancia enteral adecuada.

HALLAZGO INTRA OPERATORIO

Dos conductos císticos que se unen a la vía biliar por separado. Se identifica vesícula biliar doble de paredes delgadas, se evidencia dos conductos císticos los cuales se unen a vía biliar principal por separado, colecistectomía sin complicaciones.

Reporte de patología: Informa de 2 vesículas biliares con colecistitis crónica.





DIAGNÓSTICO

DUPLICACION VESICULAR BILIAR

- ▶ Enfermedad endémica: Chile, Perú, BOLIVIA.
- ▶ Alta frecuencia en adolescentes: 2° patología de resolución quirúrgica después de la apendicitis aguda, en HMI La Paz – Bolivia.
- ▶ Patología vesicular: Adquirida (Litiasis) Congénita (malformaciones congénitas)
- ▶ Malformación de la vesícula biliar Incidencia 1 en 4000 (Autopsias)
- ▶ Fue descrita por primera vez en 1674, por Blasius un caso en humanos bien documentado .
- ▶ Las manifestaciones clínicas son indiferentes de una vesícula biliar única, por tanto no presentan signo sintomatología específica o alteraciones propias en anatomía patológica.
- ▶ La litiasis vesicular persiste como patología más frecuente al igual que en la vesícula única , pudiendo esta presentarse en una sola o en su defecto en ambas vesículas.
- ▶ Además de la litiasis vesicular también puede presentarse cuadros en la duplicación vesicular como: Colecistitis aguda, empiema vesicular, colecistitis crónica , fístulas colecisto-coledocianas , torsión vesicular, papilomas, colesterólisis y carcinomas vesiculares .



DISCUSIÓN

- ▶ La duplicación vesicular es muy rara, las manifestaciones clínicas son idénticas a una vesícula biliar única, con o sin lito en su interior y acompañarse de colecistitis aguda, empiema vesicular, colecistitis crónica, fístulas colecisto-coledocianas, torsión vesicular, papilomas, colesteroles y carcinomas vesiculares.
- ▶ Existe adecuada correlación entre estudios de imagenología, de la duplicación vesicular algunos con limitaciones como el ultrasonido en relación a otros que llegan a dar mejor información específica anatómica de la vía biliar independiente como la Colangiorensonancia, este último compatible con los hallazgos intraoperatorios.



CONCLUSION

- ▶ Los estudios complementarios de imagen pre operatorio son una herramienta importante para conocer la anatomía quirúrgica y conducta intra operatoria adecuada que minimice las complicaciones sobre todo lesión de vía biliar principal.



BIBLIOGRAFÍA

- ▶ Sadler, TW. Langman's Medical Embriology. 12th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins 2012; 217-220.
- ▶ JAVIER ELORZA D.1,2, SERGIO LÓPEZ S.3, BERNARDO ESPINOZA E.4, FRANCISCO IZQUIERDO M.3, T M. VÍCTOR CARRIEL A Duplicación de la vesícula biliar: Vesícula doble de tipo Y operada. Reporte de un caso. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - N° 3, Junio 2009; pág. 275-278.
- ▶ Harlaftis N, Gray Sunsuspected double gallbladder. Am Surg 1976; 3: 178-180.
- ▶ Harlaftis N, Gray SW, Olafson RP, Skandalakis JE. Multiple gallbladders. Surg Gynecol Obst 1977; 145: 928-934.
- ▶ Díaz MJ, Fowler W, Hnatow BJ. Congenital gallbladder duplicaton: preoperative diagnosis by ultrasonography. Gastrointest Radiol 1991; 16: 198-200.
- ▶ Cueto García J, Webwr A, Berry FS, Tatz BT. Double gallbladder treated successfully by laparoscopy. J Laparoendosc Surg 1993; 3: 153-155.
- ▶ Valoración por RM de la patología biliar. Correlación con CPRE y hallazgos quirúrgicos. González De Las Heras E, Sánchez Hernández J, Arenas García BR, Martín Pérez MA, Martín García I, De La Fuente Olmos R. SERAM 2012. • Vía biliar, capítulo 4. Ecografía. Middleton, Kurtz, Hertzberg. Pp 87 a 101.