







## Vesícula biliar gigante

### Giant gallbladder

Braulio P. Esquivel , Junior E. Obonaga , Angélica M. Meza , Natalia L. Sayous , Diana M. Gutiérrez , Laura M. Bustamante 

Servicio de Cirugía General. Hospital Zonal General de Agudos General Manuel Belgrano San Martín, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Correspondencia:  
Angélica Meza  
E-mail:  
ammezar@hotmail.com

Recibido el  
08 de abril de 2018  
Aceptado el  
11 de mayo de 2018

#### RESUMEN

Se registra el caso de una paciente femenina de 73 años con antecedente de colecistitis crónica, quien al examen físico presentaba una tumoración palpable en hipocondrio derecho que se extendía a fosa ilíaca derecha. La ecografía abdominal mostró aumento del tamaño vesicular que alcanzaba fosa ilíaca derecha con contenido multilitiásico; se confirmó dicho hallazgo con estudio tomográfico.

Se realizó laparotomía exploradora con hallazgo operatorio de vesícula gigante de paredes engrosadas, tensa, adherida a órganos circundantes, de dificultosa disección, que requirió punción para drenaje de su contenido. Se efectuó, además, colecistectomía convencional según técnica de Pribram, y se obtuvo una pieza quirúrgica de aproximadamente 15 × 10 cm, con informe de anatomía patológica de colecistitis crónica.

En contraste con la presentación habitual de la colecistitis crónica, el caso de referencia obedece a una presentación atípica con una vesícula gigante.

■ **Palabras clave:** vesícula gigante, colecistitis crónica, técnica de Pribram, presentación atípica.

#### ABSTRACT

We report the case of a 73-year old female patient with a history of chronic cholecystitis with a palpable mass extending from the right hypochondrium to the right iliac region. An abdominal ultrasound showed an enlarged gallbladder extending to the right iliac region with multiple gallstones confirmed by computed tomography scan.

An exploratory laparotomy was performed. A giant gallbladder with thickened walls and presence of adhesions to the neighbor organs that were difficult to remove were found and required drainage. A conventional cholecystectomy was performed using the Pribram's technique. A surgical specimen measuring 15 x 10 cm was sent to the pathologist who made a diagnosis of chronic cholecystitis.

This case is an atypical presentation of chronic cholecystitis due to a giant gallbladder.

■ **Keywords:** giant gallbladder, chronic cholecystitis, pribram technique, atypical presentation.

ID ORCID: Braulio P. Esquivel, 0000-0002-2469-6618; Junior E. Obonaga, 0000-0002-1924-4676; Angélica M. Meza, 0000-0003-1982-6999; Natalia L. Sayous, 0000-0003-0967-0695; Diana M. Gutiérrez, 0000-0002-5266-2298; Laura M. Bustamante, 0000-0002-8483-3485.

Se define como vesícula biliar gigante un aumento de su volumen, el cual supera los 1,5 L. Esta entidad suele asociarse a enfermedad obstructiva biliar, más frecuentemente de origen tumoral, y raramente a litiasis vesicular. En este caso, la paciente no presentaba patología tumoral ni obstructiva, pero sí litiasis vesicular y colecistitis crónica<sup>1-3</sup>.

Una paciente de sexo femenino, de 73 años, consulta por Guardia refiriendo dolor abdominal generalizado, de aproximadamente 7 días de evolución, asociado a vómitos y fiebre.

Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible, doloroso en hemiabdomen derecho sin defensa ni reacción peritoneal; se palpaba tumoración duroelástica, dolorosa, que se extendía desde hipocondrio derecho hasta fosa ilíaca homolateral.

Se realizó ecografía abdominal que informó: vesícula aumentada de tamaño que alcanzaba fosa ilí-

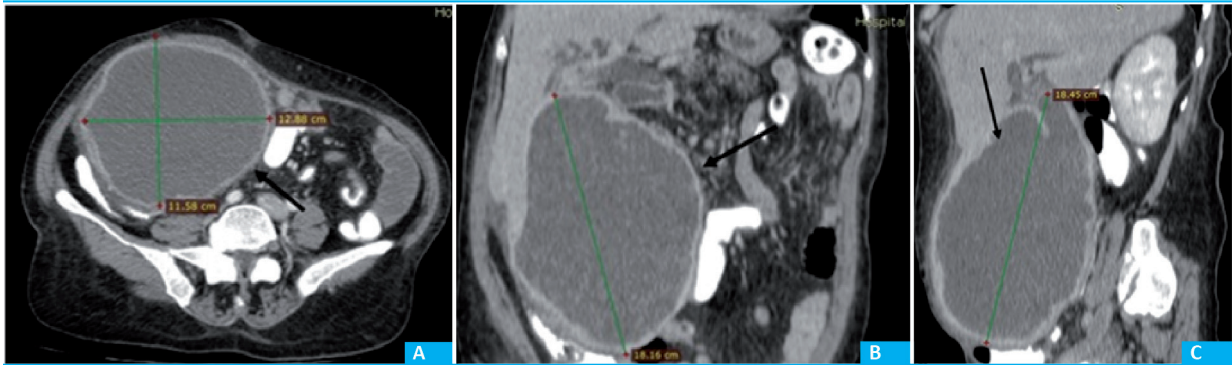
ca derecha y que presentaba contenido multilitiásico (el mayor de 31 mm), paredes no evaluables, vía biliar intrahepática que impresionaba dilatada. Se completó estudio con tomografía computarizada (TC) y colangio pancreatografía por resonancia magnética (CPRM).

TC de tórax, abdomen y pelvis: hígado aumentado de tamaño, vesícula distendida y acodada, cuyo polo inferior se encuentra en fosa ilíaca derecha con aumento de la grasa peritoneal circundante de aspecto inflamatorio y con dimensiones aproximadas de 18,45 × 12,37 × 11,64 cm. (Fig. 1).

La CPRM indicó: vesícula biliar distendida, con contenido litiasico múltiple (el mayor de 19 mm en bacinete), vía biliar con diámetro globalmente conservado y sin evidencia de defectos de relleno en su interior.

Se decidió conducta quirúrgica y se realizó laparotomía exploradora que evidenció vesícula de gran tamaño con paredes engrosadas y múltiples adheren-

FIGURA 1



Tomografía computarizada con contraste oral y endovenoso fase tardía. Se observa vesícula biliar (flecha). A. Axial. Diámetro anteroposterior 11,58 cm y látero-lateral 12,88 cm. B. Coronal. Longitud céfalo-caudal 18,16 cm. C. Sagital. Longitud céfalo-caudal 18,45 cm.

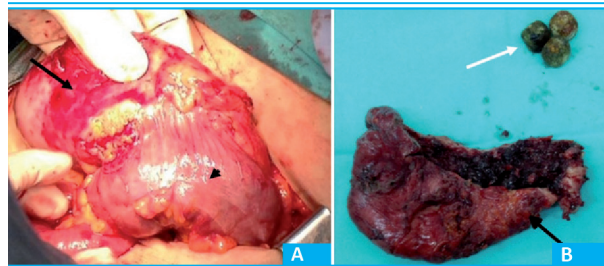
cias a colon transverso, estómago, duodeno e intestino delgado. Se realizó drenaje de su contenido, obteniéndose 2000 mL de líquido bilioso. Debido al gran proceso inflamatorio e imposibilidad de acceder al triángulo de Calot se decidió realizar colecistectomía a lo Pribram más colangiografía intraoperatoria que mostró vía biliar intrahepática y extrahepática dilatada sin imágenes negativas en su interior y con buen pasaje del medio de contraste a duodeno (Fig. 2).

Se recibió un informe de anatomía patológica que describe una pieza con mucosa pardo-rojiza con aspecto empedrado irregular y serosa despulida, pared notablemente engrosada (1,5 cm), edematosa, congestiva, hemorrágica con áreas necróticas, infiltrado inflamatorio intenso y mixto compatible con colecistitis crónica reagudizada.

La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta al séptimo día posoperatorio.

Tras la revisión de la literatura, aún no se halla una única definición de vesícula gigante; sin embargo, algunos autores<sup>5</sup> consideran vesícula gigante a aquella con un volumen mayor de 1,5 litros. Asimismo, los casos informados de vesícula gigante en su mayoría se vieron asociados a neoplasia maligna o a patología obstructiva o a ambas, lo cual fue descartado en esta paciente mediante tomografía, colangiografía resonancia magnética y finalmente anatomía patológica diferida que comunicó colecistitis crónica reagudizada<sup>4-6</sup>.

FIGURA 2



A. Vesícula biliar (flecha negra) con adherencias a colon transverso (punta de flecha negra). B. Pieza de anatomía patológica que incluye vesícula biliar (flecha negra) y macrolitiasis (flecha blanca)

Durante el acto quirúrgico se evidenciaron múltiples adherencias a colon, intestino delgado, estómago y duodeno, las cuales se liberaron parcialmente sin lograr una adecuada exposición del triángulo de Calot, por lo cual se decidió realizar colecistectomía a lo Pribram para reducir el riesgo de complicaciones intraoperatorias.

La vesícula gigante es una entidad patológica de baja prevalencia, de la cual existe escasa bibliografía disponible, sin una definición consensuada ni datos epidemiológicos suficientes y que puede encontrarse asociada a distintas patologías tanto congénitas como adquiridas.

El informe de este caso clínico pretende mostrar la vesícula gigante como una presentación atípica de la colecistitis crónica.

#### Referencias bibliográficas

1. Jackson PG, Evans S, Sabiston. Tratado de Cirugía. Sistema biliar. (pp. 1476- 1514). Falta pie de imprenta de la ed. consultada.
2. Boretti J. Colecistectomía dificultosa. Rev Arg Res Cir 2013; 18(1):6-36.
3. Taxonera S, García J, Villacorta J, Díaz Rubia M. Vesícula gigante: Aportación de un caso y revisión de la literatura. Rev Esp Enferm Apar Dig. 1983; 64:141-4.
4. Zong L, Chen P, Wang L, He C, Wang G, Jiang J. A case of congenital giant gallbladder with massive Hydrops Mimicking celiac cyst. Oncol Lett. 2013; 5:226-8.
5. Kuznetsov A, Borodach A, Fedin E, Khromova A. Giant Gallbladder: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2014 ; 5(10):673-6.
6. Panaro F, Chastaing L, Navarro F. Hepatobiliary and Pancreatic: Giant gallbladder associated with Byler's disease. J Gastroen Hepatol. 2012; 27.