

## AGENESIA DE VESÍCULA BILIAR IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Juan I. Cerda\*, Ezequiel Palmisano\*\*, María José Domínguez\*, Sergio Bianco\*\*\*,  
Horacio González\*\*\*\*

HOSPITAL ESCUELA EVA PERÓN – GRANADERO BAIGORRIA, SANTA FE, ARGENTINA

### INTRODUCCIÓN

Las anomalías anatómicas de la vía biliar no son infrecuentes, pero la agenesia del conducto cístico y de la vesícula biliar es una malformación rara<sup>1</sup>. Su baja frecuencia, su posible presentación clínica con dolor abdominal y/o dispepsia y la habitual confusión ecográfica con litiasis vesicular (simple o complicada) hacen que, casi siempre, se llegue a su diagnóstico durante una exploración quirúrgica, siendo excepcional el diagnóstico preoperatorio. El objetivo del presente trabajo es informar dos casos y analizar, en base a nuestra experiencia y al análisis bibliográfico, la importancia del diagnóstico preoperatorio de esta malformación.

### CASO 1:

Mujer de 41 años de edad que consulta por sintomatología de 2 meses de evolución; refiriendo dispepsia intensa y episodios de dolor cólico en epigástrico de moderada intensidad, irradiados a hipocondrio derecho, acompañados de náuseas y vómitos biliosos. En la ecografía se constata una imagen compatible con vesícula biliar con contenido que proyecta sombra acústica posterior, interpretada como vesícula litiasica escleroatrófica. Parámetros de laboratorio (analítica general, bilirrubina y enzimas de colestasis) dentro de la normalidad. Con diagnóstico de litiasis vesicular sintomática se intervino quirúrgicamente por vía laparotómica; luego de una minuciosa semiología de cavidad y amplia disección

en hemiabdomen superior no se logra identificar la vesícula biliar, tampoco se encontraron adherencias ni estigmas de procesos inflamatorios previos. La colangiografía intraoperatoria (Foto 1) demuestra una vía biliar principal de aproximadamente 5 mm de diámetro, sin imágenes patológicas en su interior, no visualizándose el conducto cístico ni la vesícula biliar. Se concluye la cirugía. La paciente evoluciona favorablemente en el postoperatorio.

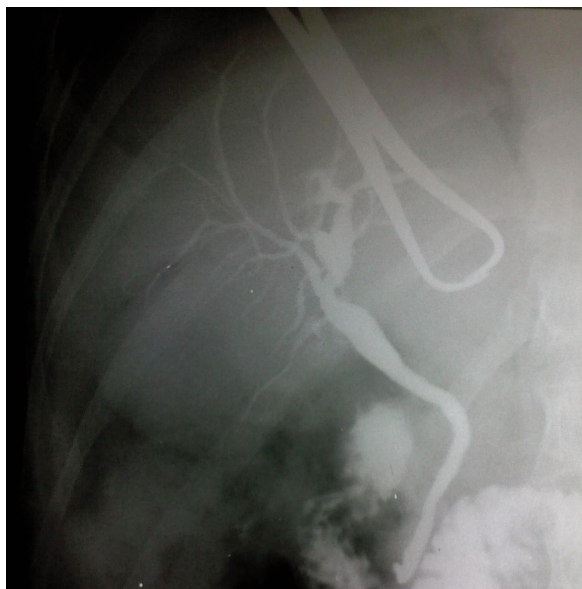


FOTO 1  
Colangiografía intraoperatoria por punción  
Vía biliar de calibre conservado  
No se define conducto cístico ni vesícula biliar

\*Residente.

\*\*Jefe de Residentes.

\*\*\*Cirujano de planta e Instructor de Residentes.

\*\*\*\*Profesor Adjunto e Instructor de Residentes.

CORRESPONDENCIA: Juan Ignacio Cerda. Dir: Yerbal 468 6° C (C1405CDJ). Tel: 011-1565681655.

E mail: juanignaciocerda@hotmail.com

Recibido el 20 de diciembre de 2011.

Aceptado el 09 de agosto de 2012.

## CASO 2

Mujer de 36 años de edad, que consulta por historia de dispepsia y episodios de dolor epigástrico tipo cólico, propagado a hipocondrio derecho, de leve intensidad; acompañado de náuseas. La semiología abdominal revela dolor leve en cuadrante superior derecho, sin defensa. Se solicitaron exámenes de laboratorio (analítica general, bilirrubina y enzimas de colestasis) que se encuentran dentro de valores normales. La ecografía abdominal (Foto 2) muestra un hígado sin lesiones, colédoco de 3.8 mm de diámetro, no visualizándose la vesícula biliar.

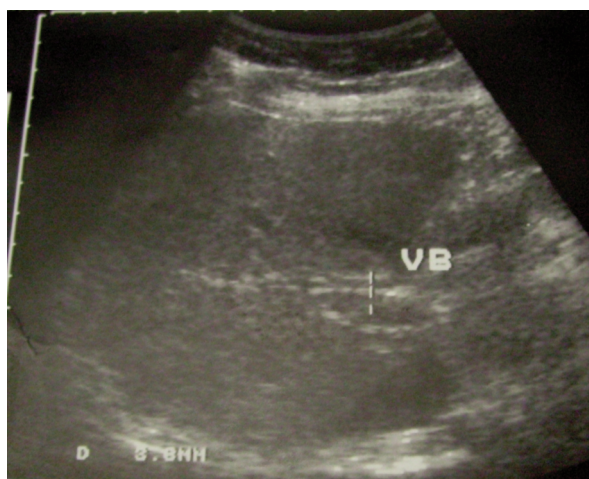


FOTO 2  
Ecografía abdominal  
Vía biliar de calibre conservado  
No se visualiza vesícula biliar

Se repite el estudio con optimización de ventana ecográfica (dieta hipograsa, medidas antimeteorismo y 12 horas de ayuno) en el cual tampoco se logra visualizar la vesícula biliar. Rx de Tórax y abdomen normal; sedimento urinario dentro de parámetros normales. Con sospecha de patología biliar se realiza Colangiorresonancia, que define una vía biliar de calibre y trayecto habitual, sin imágenes de lito endocanalicular, constatándose ausencia de conducto cístico y vesícula biliar. Se realizó endoscopia digestiva alta diagnosticándose hernia de hiato y pangastritis. Actualmente la paciente se encuentra con medidas higiénico-dietéticas y en tratamiento con inhibidores de bomba de protones, con buena respuesta sintomática.

## DISCUSIÓN

La incidencia de agenesia vesicular es de 0.01-0.04% de las intervenciones quirúrgicas en vías biliares<sup>5</sup>. Bennion y col<sup>2</sup> clasificaron a estos pacientes en tres grupos: asintomáticos (35%), sintomáticos (23-50%) y acompañados de otras malformaciones (15-65%), (cardiovasculares, gastrointestinales y genitourinarias en orden de frecuencia). Como lo refirieron nuestros pacientes, la presentación clínica más frecuente es el dolor cólico (54%) y la dispepsia (34%), seguido en un 27% de los casos de ictericia<sup>1</sup>. El mecanismo que explica dicha presentación es discutido, planteándose la posibilidad de coledocolitiasis, discinecia del esfínter de Oddi, etiología colónica, gástrroduodenal, renoureteral, etc.

Otro punto controvertido es su diagnóstico basado en técnicas de imagen. La ecografía suele interpretarse como una vesícula contraída, hipoplásica o escleroatrófica y con cálculos. La TC abdominal no suele realizarse en estos casos. Por último, si el grado de sospecha lo requiere, la colangiografía permite una clara visualización de la vía biliar, alcanzando elevadas tasas de sensibilidad y especificidad, pudiendo considerarse el gold standard en el diagnóstico de agenesia vesicular. Es de gran importancia el diagnóstico preoperatorio, ya que evita una cirugía innecesaria que expone al paciente a un riesgo elevado de lesión quirúrgica de la vía biliar debido a la necesidad de amplias disecciones en presencia de una anatomía anormal<sup>6</sup>.

En el intraoperatorio puede generarse la duda de si nos encontramos realmente ante una agenesia, una ectopia vesicular o si se trata de una desaparición de la vesícula biliar resultado de un proceso inflamatorio crónico. Para poder dar un diagnóstico de certeza Frey y col<sup>3</sup> propusieron, en 1967, los siguientes criterios: a) disección de la vía biliar principal desde el duodeno hasta la bifurcación de los hepáticos, sin hallazgo de vesícula biliar; b) ausencia de reacción inflamatoria aguda o adherencias al lecho vesicular, y c) colangiografía intraoperatoria. Estos fueron corroborados en el caso reportado anteriormente.

Para finalizar, el diagnóstico preoperatorio de agenesia vesicular exige un examen ecográfico minucioso y sincero, que ante la falta de una

imagen de vesícula biliar se postule su ausencia (sin ensayar hipótesis de vesículas hipoplásicas-escleroatróficas) y se solicite un estudio de mayor complejidad que confirme la malformación y no conduzca al paciente a una cirugía innecesaria y riesgosa.

**Agradecimientos:** Marianela Bernaus, Andrés Mangione, Alejandrina Cripovich, Jorge Marani (Residentes), Roberto Rossi (Jefe de Servicio), Ezequiel Palmisano. A la Dra. Jorgelina Trepato y Dra. Analía Basteri (médicos del Servicio de diagnóstico por Imágenes) por su valioso aporte.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baltasar U, Dunn J, González-Díaz S, Browder W. *Agnesis of the gallbladder*. South Med J 2000; 93 (9): 914-5.
2. Bennion RS, Thompson JE Jr, Tompkins RK. *Agnesis of the gallbladder without extrahepatic biliary atresia*. Arch Surg 1988; 123: 1257-60.
3. Frey C, Bizer L, Ernst C. *Agnesis of the gallbladder*. Am J Surg. 1967; 114:917-26
4. Latimer E. O., F. L. Mendez, and W. Hage, "Congenital absence of gallbladder. Report of three cases," Ann. of Surg., vol. 126: 229- 242, 1947.
5. Olay Gayoso M, Baldonado Cernuda R, Alvarez Pérez J; *Agnesis de la vesícula biliar y conducto cístico; Carta al director; Cir Esp* 1996; 59(3):271-72.
6. Peloponissios N, Gillet M, Cavin R, Halkic N. *Agnesis of the gallbladder: A dangerously misdiagnosed malformation*. World J Gastro-enterol 2005; 11 (39): 6228-31.