

Un caso de duplicación congénita de la vesícula biliar, asociado a malformaciones múltiples. (Lesión congénita de corazón, megauréter y vértebra lumbosacra)

F. Pons Ibáñez ()*

RESUMEN

Se describe un caso de duplicación de la vesícula biliar acompañado de lesión congénita de corazón, megauréter, y vértebra lumbosacra, con su sintomatología clínica muy discreta. Un breve resumen de la duplicación de la vesícula biliar.

Nuestra comunicación se refiere a una vesícula biliar con dos bolsas manifiestas en la que no se pudo hacer una exploración adecuada para poner de manifiesto la unicidad o duplicidad del cístico.

La duplicación vesicular presenta una serie de variantes, no sólo morfológicas sino también patológicas, ya que aquéllas dependen del momento evolutivo en que se inicie la anomalía del desarrollo.

Se han encontrado casos de dos vesículas completamente independientes cada una, con su correspondiente conducto cístico, que o bien abocan ambos en el colédoco (vesícula duplex de Boyden, va-

riedad en H), o uno en el colédoco y otro en el hepático, o también a manera de conducto hepático accesorio que se introduce en pleno parénquima (variedad trabecular).

En ocasiones la vesícula accesoria cae en el conducto excretor obliterado (caso de Croudace). En el caso de Héctor y Laumonier, no existía ni vestigio de cístico y tenía el aspecto de un tumor benigno incluido en la pared del píloro conteniendo seis cálculos faceteados.

En uno de los casos de Galambos existían tres cavidades, pues había dos vesículas y una de ellas con un divertículo. En otros casos, las dos bolsas vesiculares, independientes están unidas a nivel del cuello y tiene un solo cístico. Finalmente, en algunos casos se ve una ve-

(*) Logroño.

sícula de aspecto normal en el exterior, pero que está tabicada en su interior. El tabique puede ser longitudinal y completo, o bien ocupar la porción distal vesículas bífidas cuando el tabique es transversal, puede dividir la vesícula en reloj de arena en la porción apical en forma de divertículo. La forma más discreta de tabicamiento en el fondo constituye la denominada por Bartel, vesícula en gorro frigio.

Cuando el tabique no se marca en la superficie, la duplicación se denomina septal.

Se observa una diferencia de criterio, en las diversas publicaciones que se ocupan de este asunto, al incluir los distintos tipos reseñados anteriormente como vesícula falae, duplex de Boyden, vesícula doble o vesícula tabicada, vesícula falae divisa de Boyden. Este autor señala como fundamental en la vesícula doble, la existencia de dos císticos y las restantes deberán incluirse entre las vesículas bilobuladas o tabicadas; este es también el criterio aceptado por Héctor Lau, Monnier, Duschl, Weis, Gross, Ledoux-Lebard, etc.

En cambio Massion, J., Leonard, P., Votion, J., consideran como vesícula doble, tipo en V, la que tiene dos bolsas unidas en un cístico común.

Modre, T., Hurley, A. G., Munche, MD., creen que dada la gran variedad de tamaños, formas y localización es conveniente hacer una clasificación con un amplio criterio, de modo que la duplicación vesicular puede considerarse simplemente, completa o incompleta.

Resumiendo lo anterior y tomando como base la clasificación de Ryberg.

La duplicidad completa, con dos císticos y dos variedades, en H, o en Y, según aboquen con independencia o unidas: 1.º Duplicación incompleta. Comprende la vesícula dividida septal o con tabicamiento de la cavidad sin expresión externa con dos variantes: en V, con dos

lóbulos visibles en la superficie: en reloj de arena. 2.º El divertículo vesicular, que aboca al cístico o al hepático. 3.º La vesícula trabecular.

La duplicación vesicular es poco frecuente; las primeras observaciones en autopsia son de Blasius (1677), y Foot (1693).

Cada vez se observan con mayor frecuencia debido a que las intervenciones quirúrgicas obligan a un examen más minucioso y a las posibilidades de descubrimiento por medio de los Rayos X.

El primer estudio conjunto fue realizado por Cruvelhier, y las recopilaciones más importantes son las de Boyden (1926), Gross (1936), Wilson (1939) que revisó la literatura desde 1647; Antoine, Leclerc, Segal (1937), Millbourn (1941), Guyton (1946), Duschi (1951), Ryberg (1960).

En el estudio de Boyden, con 9.921 protocolos de autopsia procedentes de 11 departamentos anatómicos, halló dos casos, lo que da una frecuencia de presentación de uno por 4-5 mil personas.

En el Departamento de Cirugía de Upsala (Ryberg) entre seis mil intervenciones de vías biliares se hallaron dos casos (uno por cada 3.000).

En cuanto al número total de casos recogidos en la literatura, en la revisión de Guyton (1946) alcanzaba la cifra de 40 y en la última que conocemos de Ryberg (1960) se ha elevado a 100 el número de casos de duplicación vesicular.

En la literatura española hemos recogido el caso de Corachán diagnosticado radiológicamente en el año 1932.

En cuanto a la vesícula divisa, es muy rara; Massion, Leonard, Votion (1951), recogían 15 casos; Guyton (1946), cinco casos revisados y uno propio; Flannery, 5 casos (1956). Desde luego, como indican Meyer, Dowling, Reinglas, existe probablemente alguna confusión en la clasificación de los casos de duplicación vesicular.

La duplicidad vesicular se descubre con mayor frecuencia en la mujer adulta. Ya que son más frecuentes en la mujer a esta edad, las alteraciones patológicas de la vesícula biliar, que se sobreañaden a la alteración congénita y motivan una exploración radiológica u operatoria.

La sintomatología clínica de la duplicación vesicular puede depender de la propia anomalía, de alteraciones patológicas hepáticas o vesiculares secundarias a aquélla, o de otros procesos coincidentes o asociados.

Algunos autores han señalado la coincidencia con otras malformaciones, tales como divertículos de colon o duodeno, alteraciones mentales.

Puede haber procesos meramente coincidentes, como en el caso de Meyer, Dowling y Reinglas, descubierto en una intervención de sigmoide por obstrucción.

Entre las alteraciones secundarias de la vesícula biliar es frecuente la colecistitis y la litiasis; en el caso Wilson existían cinco lesiones, colecistitis, colesterosis, litiasis, empiema y papiloma.

En el caso de Raymond y Thirf existía colecistitis y adenocarcinoma. En el caso de Recht se produjo torsión del cístico.

Las dificultades de vaciamiento son un factor favorecedor de modificaciones de la bilis, con espesamiento anormal de la misma, como se ha visto al comparar la bilis de ambas vesículas en los casos de A. W. Meyer, Sherren, Haberer, Priesel, sin que la estructura de la pared justificase tales diferencias; estos espesamientos favorecen las litiasis secundarias. En ello ha insistido Kommerehl que ha estudiado este fenómeno en los divertículos vesiculares. Si la dificultad de vaciamiento es muy grande, da origen a formaciones de tipo quístico. En el caso de Wischnewsky formaba una tumoración subyacente al lóbulo izquierdo del hígado.

Cuando el funcionalismo vesicular es normal, como en nuestro caso, la sintomatología es muy discreta, solamente ligeras molestias en hipocondrio derecho, de difícil valoración.

Diagnóstico radiológico. Las posibilidades de un diagnóstico dependen naturalmente de la existencia de un cístico permeable y de una adecuada función vesicular.

Según Corachán, Figueras y Faixat, el primer caso lo publicó Max Climán (1929). Posteriormente Cave y London (1931) y Hayes (1931) y el de ellos sería el cuarto publicado como vesícula biliar doble diagnosticado radiológicamente no considerando como tales los de vesícula en reloj de arena.

Es posible que en la radiografía pase inadvertido, como en el caso de Ryberg, en el que se comprobó la existencia de la imagen radiológica después del hallazgo operatorio. La superposición de imágenes puede hacer que pase inadvertida.

Gallambos hizo el diagnóstico radiológico en nueve casos.

Esta anomalía vesicular puede pasar inadvertida en el acto operatorio, cuando la exploración radiológica no ha sido expresiva y las circunstancias locales son poco favorables.

En un caso citado por Ryberg, un enfermo colecistectomizado fue reoperado ante la persistencia de la sintomatología clínica mantenida por la segunda vesícula ignorada; ello puede ser origen de reclamaciones de tipo económico, por pensar que en la primera operación no se realizó extirpación alguna.

Cuando se trata de una vesícula de tipo septal, el diagnóstico se realiza al abrir la pieza después de la intervención, pues en ocasiones una de las vesículas es muy pequeña.

En los casos de Braun y Haberer al realizar la ligadura del cístico se puso

de manifiesto la existencia de dos orificios y la extirpación minuciosa demostró que se trataba de dos císticos y dos vesículas.

Las normas de tratamiento médico son semejantes a las de las colelitiasis, teniendo en cuenta su predisposición a ella; las indicaciones del tratamiento quirúrgico son también análogas a las de aquella y la conveniencia de extirpar las dos vesículas, aun estando una de ellas sana, se deriva de la mencionada predisposición.

Caso clínico.—F. R. R., 23 años. Antecedentes familiares y personales sin interés. Sufre de ardores desde hace años, dolor epigástrico muy rara vez. Desde hace mes y medio, dolor en hipocondrio derecho, vespertino, a veces de noche, dura media hora. Se calma espontáneamente. Sensación de mareo e inseguri-

dad poco preciso; sensación de calor en parte izquierda de la cabeza.

Hábito asténico. Palidez, Escoliosis acentuada.

Aparato digestivo: no puntos dolorosos. Exploración radiológica digestiva, esófago, estómago, intestino, normales.

Colecistografía: Oral: radiografía número 1. Se aprecian dos bolsas que se confunden en la parte superior. 1 hora desayuno Boyden: muy contraídas.

Examen urológico: Radiografía número 2. Morfología pielo-calicial normal. Dilatación segmentaria marcada del uréter izquierdo.

Estudio radiográfico de la columna vertebral lumbo-sacra: primera vértebra sacra fusionada únicamente en el lado izquierdo, vértebra lumbosacra. Escoliosis.

Informe cardiológico: Lesión congénita de corazón, probable persistencia del conducto arterioso.

SUMMARY

A case of congenital gall-bladder duplication associated with multiple malformations

A case of congenital gall-bladder duplication associated with heart malformations, me-

gaureter and lumbosacral transition defect. A review gall-bladder malformations is presented.