

AUSENCIA CONGENITA DE LA VESICULA BILIAR (*)

Dr. Rogelio A. Belloso

Guiados por el único fin de contribuir o quizá iniciar la casuística nacional sobre el tema, traemos a consideración de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, un caso de ausencia congénita de la vesícula biliar.

El resumen de la historia clínica protocolizada en el archivo del Servicio del Prof. M. Rodríguez López, con el número 16.599, se refiere a una enferma internada en la sala 4 de Ginecología a mi cargo, el día 10 de marzo de 1950. C. H. de D., oriental, oriunda del Dpto. de Florida, de 56 años de edad, nos es enviada por un colega, pariente de la misma, quien dice haberla asistido desde hace un largo tiempo por trastornos digestivos que fueron interpretados y tratados como de origen hepatovesicular.

La enferma hace remontar sus antecedentes digestivos a treinta años atrás, con intolerancia para las grasas, huevos y frituras; ha sufrido en forma discontinua, pasando períodos largos, hasta de 10 años, bastante buenos. Hace más o menos un año y medio fué internada en el hospital de Florida, por un fuerte cólico hepático, acompañado de ictericia y orinas cargadas, que duró 3 semanas; desde entonces sufre cada 15 días dolores en el hipocondrio derecho, irradiados a la espalda y hombro del mismo lado, acompañados a veces de chuchos de frío poco intensos; náuseas y rara vez vómitos. Su último cuadro doloroso, intenso apareció en pleno régimen hace unos 8 días y determinó su envío a Montevideo, para ser operada; dos colecistogramas obtenidos por el médico tratante, mostraban ausencia de sombra vesicular.

(*) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión de octubre 24 de 1951.

En sus antecedentes se estableció que la madre había muerto de una afección hepática; personalmente no tiene antecedentes patológicos importantes; su menopausia se estableció sin incidentes y jamás estuvo embarazada.

Esta mujer pequeña, delgada y pálida, presenta al ingreso a sala un ligero tinte ictérico de piel y mucosas; lengua húmeda, algo saburral; abdomen distendido, hepatomegalia discreta y dolorosa; el hígado rebasa apenas el reborde costal y el signo de Murphy es positivo. Resto de abdomen sin particularidades. Aparato genital, respiratorio y cardiovascular clínicamente bien. Acusa una febrícula de 37°1, 37,2; el laboratorio comprueba una hipocitemia de 3.800.000 con 7.200 leucocitos; hemoglobina 76. Valor globular, 1; urea en el suero 0,25; tiempo de coagulación y sangría normales.

Se instituye el tratamiento con reposo bajo bolsa de hielo en hipocondrio derecho; líquidos azucarados por boca, glucolín; suero glucosado isotónico con insulina; vitaminas K y B; penicilina y estreptomycin; caseinato de calcio. El 16 la enferma reagudiza su cuadro, sospechándose una falta de régimen: la temperatura asciende hasta 38°, el dolor y la defensa muscular son evidentes en la zona vesicular; la subictericia es patente y las orinas colúricas; el cuadro cede en 72 horas y nos permite someter a nuestra paciente a los exámenes complementarios; el sondeo duodenal, repetido, acusa ausencia de respuesta vesicular; no se ha obtenido bilis B. El 22 de marzo, vista la acentuación de su mejoría, se decide la operación con diagnóstico de litiasis vesicular infectada; síndrome coledociano atenuado?

Intervención: 23-III-1950. Cirujano: Dr. Belloso. Ayudantes: Ptes. Cuculiz y Muslera. Anestesia general: CO 2, éter, buena. Incisión paramediana transrectal derecha; se abre el peritoneo exponiendo ampliamente la región; no hay proceso de reacción peritoneal focal; con buena luz se expone la región del pedículo hepático: la exploración no permite identificar la vesícula biliar a nivel de su lecho; se advierte un ligero grado de hepatitis. Examinando detenidamente el pedículo principal, comprobamos que el hepatocóledoco es aparentemente normal.

Exponiendo mejor el hilio hepático, disecamos las dos ramas del hepático: la rama derecha muestra una dilatación fusiforme; en ningún momento pudimos identificar canal cístico ni cordón fibroso que lo representara a él o a la vesícula biliar; aceptamos entonces la ausencia de colecisto. El colédoco se nos presenta de calibre y aspecto normales; ni sus paredes ni su calibre

apreciados a la palpación, crean la sospecha de la existencia de litiasis de la vía principal, lo que unido a la falta de elementos inflamatorios a nivel de las vías y la serosa del pedículo, no nos autoriza a su exploración instrumental. Páncreas, estómago y duodeno, sin lesiones aparentes a la exploración operatoria. Comprobada la ausencia de V. B. y de cístico e imposibilitados de una exploración radiológica, por colangiografía intraoperatoria, terminamos la operación dejando un pequeño drenaje en cigarrillo; cerramos la pared en tres planos.

El postoperatorio fué sin incidentes y la enferma es retenida en el servicio durante 4 semanas, para su correcta observación y tratamiento médico; es dada de alta con ajustado régimen dietético medicamentoso y por informes del médico de Florida, sabemos periódicamente que sigue bien.

Consideraciones.

Sin querer ahondar en los comentarios clínicos y operatorios a que podría prestarse el caso, queremos referirnos brevemente a la anomalía comprobada: la ausencia de la vesícula biliar ha sido considerada como muy rara (Graham, Coole, Copher and Moore); como una auténtica anomalía atávica en la especie humana, suele acompañarse de otras malformaciones: palatinas, megacolon, bazos supernumerarios, imperforación anal, como lo demuestra el material autóptico.

Aunque la embriología es pasible de revisiones, se acepta que la vesícula biliar nace al fin del 2º mes de la vida embrionaria, de un brote aparecido en el canal colédoco. Este proviene de la gotera hepática primitiva originada a expensas de una excrecencia de la pared ventral del tubo digestivo, entre el seno venoso y el canal vitelino. El tercio inferior de esta gotera, se transformará en el canal cístico y la vesícula biliar; y los dos tercios superiores darán nacimiento al hígado propiamente dicho. De ahí que el límite entre los canales hepáticos y el colédoco, está marcado precisamente en opinión de Hillemand y otros, por el cístico y la vesícula biliar.

Parece ser que Uschke, en 1845, relató en su Enciclopedia Anatómica, las primeras 11 observaciones; y Courvoisier, en 1890, reunía ya unos 25 casos. En una serie de 7919 autopsias relatadas por Smith y Ball, se comprueban 6 ausencias, y Nagel y Mentzer, en 1600 necropsias, encuentran sólo dos casos. En el material necróptico del Metropolitan Hospital de New York, Gordon y Dragutsky, en 1942, encuentran 1 agenesia en 3600 protocolos.

De acuerdo a estudios publicados por Mentzer, en 1929, se desprende que la vesícula biliar constante en los cuadrumanos, falta en 26 especies de mamíferos; entre ellos en roedores; en la cabra, caballo, mula, asno, rinoceronte, etc. En otros animales, como la jirafa, el elefante y el camello, la vesícula biliar no es constante. Crisp y Owen no la han encontrado, en cambio Girchs y Macalister sí. Falta también en 72 especies de peces y en 9 especies de aves, entre ellas la paloma, por ejemplo. Max Danzis, en su trabajo publicado en el *American Journal of Surgery*, donde colecciona hasta 96 casos, hace notar que la ausencia congénita de vesícula biliar se acompaña a menudo de otras anomalías: ausencia de canales extrahepáticos; 2 hepáticos derechos y 1 izquierdo; 1 canal hepático común hacia el duodeno; 2 canales hepáticos separados sin cístico ni vesícula biliar, etc. Todas esas comprobaciones se refieren a estadísticas depuradas, descartando las falsas ausencias de vesícula biliar; nos referimos a las vesículas intrahepáticas de las que Devé encuentra 11 sobre 130 hígados de autopsias infantiles; Kehr relató también 4 casos de vesícula intrahepática, Walter y Neiman agregaron en 1931, otro caso, en el adulto.

No conocemos descriptos hasta ese momento, ningún signo o síntoma que permita sospechar clínicamente esta anomalía; ella, sólo es una ausencia comprobada operatoriamente o en las mesas de autopsia. Es claro que, fisiológicamente, los sujetos portadores de esta anomalía se comportan como los colecistectomizados; y, de entre éstos, hay muchos que no presentan después de la operación ningún trastorno importante; lo que equivale a suponer que existen quizá, muchas más agenesias de las que pueden conocerse. ¿Qué cuadros clínicos han simulado agenesia de la vesícula biliar? Del estudio de los casos publicados, de nuestro conocimiento y del que motiva esta comunicación, se desprende que la anomalía ha simulado desde una dispepsia indeterminada hasta una litiasis coledociana, con ictericia febril, acolia y coluria, como manifestaciones extremas. En general se hace diagnóstico de litiasis vesicular, menos frecuentemente, de apendicitis crónica y, algunas veces, de ulcus duodenal, lo que desde luego no puede ser llamativo; otras veces se piensa en una colecistitis trivial que no mejora el tratamiento.

Con cierta frecuencia la agenesia se acompaña de litiasis de la vía principal; o de infección de los canales biliares con sufrimiento crónico del duodeno páncreas, habiendo destacado Lintz, en 1927, la frecuencia de la ictericia y del dolor en estos infectados.

Es indudable que la hepatalgia con paroxismos e irradiación dorso-escapular; la subictericia o la ictericia intermitente, acompañadas de coluria, el colecistograma negativo y la ausencia de bilis B en el sondeo duodenal, autorizan al cirujano a indicar el tratamiento quirúrgico.

La explicación que se ha ofrecido a los sufrimientos de los agenesicos vesiculares consistiría en: a) discinecias del esfínter de Oddi; b) infección de las vías biliares; c) posibilidad, en alguna medida, de parasitosis duodenal e intracanalicular hepática, como sucedía en los casos de Wesphal y George y en el de Cottini, con lambliasis intrabiliar.

El tratamiento postoperatorio de estos enfermos, debe guiarse por las mismas directrices que el higiénico-dietético-medamentoso de los colecistectomizados.

El valor práctico de esta comunicación radica en conocer las posibilidades de error siguientes:

- a) saber que un colecistograma negativo, que indica habitualmente vesícula enferma, puede deberse en casos excepcionales, a la ausencia o a la atrofia congénita de la misma;
- b) en ciertos casos la ausencia del colecisto es aparente y conviene refrendar las estadísticas, por la habilidad del cirujano; por ej.: casos de vesícula biliar ocultas por adherencias muy extensas, con gran exudación; o bien, por pequeñez debida a atrofia primitiva o secundaria del órgano, que queda transformado en un mero cordón fibroso; por último, localización intrahepática del órgano, como puede comprobarse a posteriori por el estudio radiológico y el Meltzer-Lyon, con respuesta de bilis A-B y C.

Creemos de utilidad para el cirujano recordar esta anomalía, para realizar en la operación un meticuloso estudio del pedículo

principal, conducente a establecer sin duda la agenesia del colecisto, sobre todo cuando carece del recurso de poder realizar una colangiografía intraoperatoria.

BIBLIOGRAFIA

- LINTZ, W. — Colecistografía y Meltzer-Lyon en un paciente con ausencia congénita de vesícula biliar. Am. J. M. Soc. 173. 682-87. 1927.
- BOWER, J. D. — Congenital absence of the gallblader. Ann. of Sur. 88. 88-90. 1928.
- MENTZER, S. H. — Anomalous bile ducts in man, based on a study of comparative anatomy. J.A.M.A. 93. 1273-77. 1929.
- GRAHAM, COLE, COPLER and MOORE. — Gallblader and bile ducts diseases. 1928.
- WALTER y NEIMAN. — Vesícula biliar intrahepática. Illinois M. J. 60. 478-80. Diciembre 1931.
- DANZIS, MAX. — Congenital absence of the gallblader. S. G. and Obs. 32. 202-207. 1935.
- GROSS, R. — Congenital anomalies of the gallblader. Arch. of Surg. 32. 131. Jan. 1936. Chicago.
- MAURO, E. — Ausencia congénita de vesícula biliar. Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia. 40. 85. 1940.
- FINEY, G. C. and OWEN, J. K. — The surgical aspects of congenital absence of the gallblader. Ann. of Surg. 115. 736. May. 1942.
- COTTINI, G. — Ausencia congénita de la vesícula biliar. Pr. Méd. Arg. 36. 3-1792-96. Set. 1949.

Dr. Cosco. — Le preguntaría al Dr. Belloso cuando fué la operación y si hizo algún decolamiento colo-pancreático.

Dr. Belloso. — ¿Cuándo fué la operación? El 16 de marzo de 1951. Decolamiento colo-pancreático no hice, porque, como decía en el curso de la exposición, no tenía la enferma operatoriamente ningún elemento que me indicara la enfermedad de la vía principal. De manera que por ese motivo no hice decolamiento colo-pancreático para poder explorar completamente el colédoco.

Dr. Cosco. — A mí me parece muy interesante la comunicación del Dr. Belloso. Tuve un caso semejante, no idéntico, pero muy semejante. Se trataba de una enfermita en la cual comprobé que en el lugar de la vesícula existía una pequeña yema como un grano de maíz, un poco más grande, de paredes esclerosadas, blancuzcas y entonces, en ese caso, no tenía la sintomatología hepática y el colédoco estaba dilatado, le hice decolamiento colo-pancreático para ver si la vía de lesión era el colédoco y luego lo drené a través de la vesícula. Ese caso me permitió pensar que está de acuerdo cuando se extirpa la vesícula, cuando no existe la vesícula, el colédoco se dilata porque ese enfermo tenía el colédoco dilatado, por eso me interesa saber si en el caso del Dr. Belloso se tenía

el colédoco dilatado, porque en esos casos son frecuentes, o cuando se extirpa la vesícula.

Ahora, lo que me llama un poco la atención que en ese enfermo, con esa sintomatología febril, con esa ictericia, con esos cólicos tan intensos, no haya tenido algo más que podría estar en el colédoco, que podría estar en el páncreas y es por eso que en ese caso me parece que hubiera sido conveniente haber practicado un decolamiento y haber ido a palpar la ampolla de Vater y la parte baja, la parte cefálica del páncreas y mismo en ese caso haber practicado, si había elementos a favor o colédoco.

Dr. Belloso. — Le podría contestar al Dr. Cosco Montaldo, diciéndole que, evidentemente, con el deseo de no fatigar la atención, he ido demasiado rápido en la lectura de esta comunicación; justamente lo que determina que no insistiera en hacer las maniobras para la exploración de la vía principal es que no había evidencia en el campo operatorio de que esa vía principal estuviera afectada. Sé muy bien que lo habitual es que el colédoco se dilate cuando se encuentran circunstancias patológicas semejantes a la de esta enferma, porque lo que caracteriza justamente la patología de la ausencia congénita de la vesícula biliar a través de los trabajos que he leído, es que esta situación en que me hallé se encontraron otros cirujanos, en las que no había dilatación coledociana, en las que cuando exploraron la vía principal y drenaron, no había absolutamente nada, de ahí que haya que convenir que el mecanismo de dilatación a que se ha visto obligado el enfermo portador de esa anomalía toda su vida, es fundamentalmente producido por razones de orden funcional, en las cuales la infección, o bien parasitosis, cuando existen pueden determinar el cierre del esfínter de Oddi por espasmo, la dilatación del colédoco suprahepático, la aparición de la ictericia, etc., todo ello puede ser etiquetado como otro síndrome de las vías biliares superiores.

De manera que lo que pretendí hacer en ese momento y que no pudo realizarse por deficiencia del Hospital, fué una colangiografía, la que se me ofreció para dentro de una hora, y yo y menos la enferma, podíamos esperar una hora. El caso es que la operada ha marchado bien y no tenía, repito, ningún elemento de juicio extra-operatorio para determinar a insistir en esta exploración, que desde luego hubiera aclarado definitivamente para mí la situación de la enferma; pero esta situación es la que se ha planteado en casi todos los casos que he podido revisar en la literatura.

Dr. Palma. La Mesa agradece el interesante caso presentado por el Dr. Belloso.