

ANOMALIAS DE LA VESICULA BILIAR RETROPOSICION: VESICULA RETROHEPATICA Y PRE-SUPRARRENAL ASCENDENTE (*)

Dr. Homero Cosco Montaldo

La finalidad de esta comunicación es contribuir al estudio de las anomalías congénitas de la vesícula biliar, en especial en lo referente a la anomalía de posición, llamada vesícula posterior o en *retroposición*, variedad interesante por el carácter de rareza y por las dificultades quirúrgicas que su presencia plantea al cirujano en el acto operatorio.

Las anomalías se clasifican en conjunto en dos grandes grupos: 1) anomalías de forma, como la vesícula doble, bilobada, con divertículo, ausencia de vesícula y 2) anomalías de posición como la intrahepática, a izquierda, transversa, flotante y en retroposición.

Estas anomalías son raras, y dentro de ellas la retroposición es la menos frecuente, a tal punto que, entre los autores que presentan clasificaciones completas como Schachner ⁽¹⁾ (1916), Mentzer ⁽²⁾ (1929), Gross ⁽³⁾ (1936), Lockwood ⁽⁴⁾ (1948) y Mayo - Kendrick ⁽⁵⁾ (1950), solamente Gross, que ha llevado a cabo una profunda y metódica búsqueda bibliográfica entre 134 artículos publicados sobre el tema, es el único que ha logrado obtener la descripción de varios casos, lo que ha permitido abrir en su clasificación el capítulo de las retroposiciones vesiculares.

Textos completos como los de Walters-Snell ⁽⁶⁾ y Bockus ⁽⁷⁾

(*) Trabajo presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión del 24 de junio de 1953, en la media hora previa.

no las citan. Sobre un total de 144 casos de anomalías congénitas de la vesícula, 75 correspondían a anomalías de forma y 69 a anomalías de posición; dentro de estas últimas solamente 5 casos eran del tipo posterior que estudiamos.

Como vemos la frecuencia de la retroposición es extraordinariamente rara, ya que, entre las anomalías sólo alcanza el 3.5 %.

Del punto de vista quirúrgico, estos casos tienen importancia porque al ocultarse puede inducir al diagnóstico erróneo de ausencia de vesícula y porque el cirujano encuentra grandes dificultades para realizar la exéresis o la extracción de cálculos y el drenaje. Esto explica que Charles Mayo y Kendrick consideren esta anomalía de posición como la más interesante del punto de vista quirúrgico.

Hemos procedido al análisis de los trabajos sobre este tema publicados después del artículo de Groso de 1936 y consultado el *Quarterly* hasta 1951 sin hallar nuevos casos de vesícula posterior.

En concreto, la bibliografía mundial sobre el tema se reduce a 5 casos a la que agregamos uno con documentación colangiográfica.

CASO 1. — Ferguson (*) 1901. 45 años, con cólicos hepáticos, ictericia y fiebre datando de 4 años. En la operación la vesícula retroperitoneal no era visible, se palpaban cálculos en su interior. y a lo largo de la vena cava inferior se dirigía hacia arriba, atrás y afuera.

CASO 2. — Ferguson (*) 1901. 75 años, historia de cólicos hepáticos con colitis desde hacía un año. Tampoco era visible operatoriamente la vesícula pero se palpaba con cálculos en su interior sobre el borde posterior de la cara inferior del hígado, por detrás del peritoneo.

CASO 3. — Mayo-Robson (°) 1909. Vesícula posterior adherida a la cara inferior del hígado, corría hacia abajo y atrás sobre la cara postero-inferior del hígado derecho.

CASO 4. — Baldwin (°) 1909. La vesícula se dirigía abajo y atrás para situarse justo a la derecha de la columna vertebral.

CASO 5. — Hoffman (11) 23 años, cólicos hepáticos desde 4 años. La vesícula con cálculos se dirigía atrás y afuera por la cara inferior del hígado hacia el riñón.

De los 5 casos, en 3 la vesícula se dirigía abajo y atrás y en 2 arriba, atrás y afuera. Sólo en 3 existía litiasis vesicular y en ninguna litiasis coledociana.

NUESTRO CASO. Clínica Dr. Nin y Silva. Enviada del Dr. Iravedra (Tacuarembó). V. B. de V. Enferma de 49 años que ingresa a la Sala 18 del H. Pasteur, el 7 de mayo de 1953, por dolor en hipocondrio derecho. Comienza a principios de marzo con dolores en hipocondrio derecho de tipo continuo pero de poca intensidad, náuseas y vómitos biliosos, orinas colúricas y fiebre. Vista por médico le indica hielo y régimen. Hace 9 años ictericia con dolores tipo cólico en hipocondrio derecho, orinas colúricas y materias cuyo color no observó. Mejora con tratamiento médico.

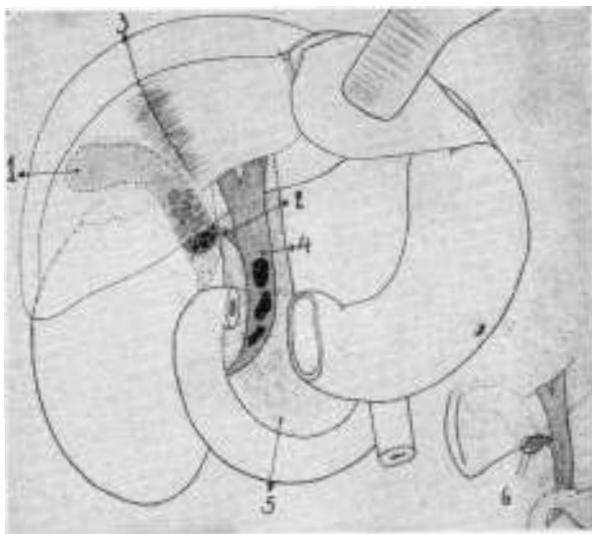


FIG. 1. — (1) Vesícula litíase en retroposición dirigida arriba, atrás y afuera, situada por detrás de la cara posterior del hígado, delante de la suprarrenal y pos fuera de la vena cava inferior. Sólo se ve por debajo del hígado 1 cmt. del bacinete. (2) Cístico, no visualizándose arteria ni vena cística. (3) Lecho vesicular vacío, con surco longitudinal. (4) Colédoco dilatado como índice, litíase. (5) Páncreas sin particularidades. (6) Ope-

ración: 13 mayo 1953. Dr. Cosco. Colecistostomía del bacinete. Coledocotomía y Kehrl. Decolamiento retro - duodeno - pancreático.

Dispepsia hepato vesicular. los alimentos grasos, carne cocida, tucos, naranja, le provocan pesadez y digestiones lentas.

Al examen clínico: buen estado general, piel y mucosas bien coloreadas. Abdomen indoloro, es moviliza bien con la respiración, depre-sible. Hígado a 4 dedos del reborde costal. Ligero dolor provocado a nivel del borde externo del recto anterior derecho.

Exámenes de laboratorio s/p. 32 unidades pancreáticas en orina. Por lo tanto: sufrimiento biliar claro con cólicos hepáticos e ictericia hace 9 años, que se repite hace 2 meses y dispepsia hepato vesicular típica.

Se interviene el 13 de mayo de 1953 con diagnóstico clínico de litiasis vesicular y posiblemente coledociana. Dr. Cosco. Anestesia local parieto-freno-solar.

Abierto el vientre se busca la vesícula biliar y no se la encuentra a pesar de un detenido examen de la cara inferior del hígado, lóbulo de-recho e izquierdo; el lecho vesicular está vacío, observándose a ese nivel

un surco lineal retraído y ondulado que desde el borde anterior del hígado derecho se extiende hasta el surco transversal. Esto decide a buscar el cístico en el pedículo hepático con resultado negativo. Se practica el decolamiento retroduodeno pancreático y, traccionando con una valva sobre el duodeno páncreas decolado hacia abajo y a la izquierda, se pone tenso el pedículo hepático y se pone en evidencia una pequeña saliente sobre el borde derecho del hígato colédoco, que, disecado, corresponde al cístico como se preveía. Siguiendo el cístico hacia afuera, al mismo tiempo que se tracciona, es posible identificar una pequeña extensión de 1 cm. de la parte inferior del bacinete, quedando el resto de la vesícula oculta por la



FIG. 2. — Colangiografía vesicular de frente. (1) Vesícula en retroposición dirigida atrás, arriba y afuera. (2) Cístico abordando la vesícula por encima del bacinete. (3) Canales hepáticos. (4) La presión del borde posterior del hígado ha desplazado la sonda de la colecistostomía y se aprecia un corto trayecto fistuloso a través del cual se ha rellenado la vesícula. (5) Borde inferior del riñón. (6) Borde superior del riñón. (7) Cresta ilíaca

cara posterior del hígado. Se busca infructuosamente el pedículo cístico arteriovenoso, dando la impresión de que se halla más arriba, cubierto por el hígado. Al nivel del bacinete, punto declive de la vesícula, se palpan pequeños cálculos. La margen izq. del bacinete se encuentra aplicada contra el borde derecho de la gran vena cava inferior. La cara posterior reposa sobre la cápsula suprarrenal derecha. Al separar por detrás el bacinete, queda al descubierto la cara anterior granulosa y amarillenta de la suprarrenal. (Fig. 1).

Una vez liberado el bacinete, se aumenta la báscula de la cara inferior del hígado y la tracción sobre el duodeno páncreas, lográndose entonces introducir una parte del dedo índice entre cara anterior de vesícula y cara posterior de hígado, comprobándose que el colecisto sigue por detrás del hígado hacia arriba y afuera. El colédoco está dilatado, del tamaño del dedo índice, de color blancuzco, sin pericoledocitis, palpándose en su interior, varios cálculos del tamaño de una lenteja.

Se practica: colecistostomía al nivel del bacinete, extracción de numerosos cálculos y se coloca pequeña sonda Pezzer. A continuación coledocotomía, extracción de cálculos; existen además pequeños cálculos al nivel del colédoco inferior que se logran exteriorizar a través de la coledocotomía con la maniobra de la expresión digital de las concreciones litiásicas, favorecido por el decolamiento retropancreático. Páncreas s/p. Hígado grande a 5 dedos debajo del reborde costal. Biopsia de hígado.

Post-operatorio: sin particularidades.

Colangiografía: mayo 26/53. Hipuran por sonda de colecistostomía. En la placa de frente se aprecia una vesícula de tamaño normal que se

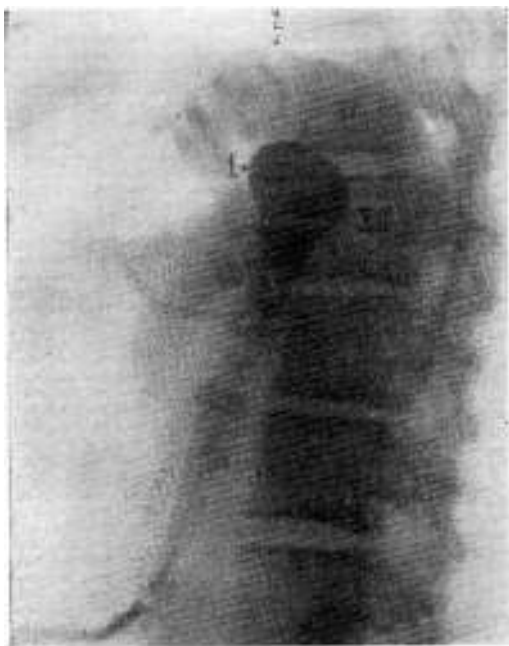


FIG. 3. — Colangiografía vesicular de perfil. (1) La vesícula se dirige anormalmente hacia arriba y atrás y asciende hasta cerca del borde superior del diafragma derecho (2), proyectándose sobre la cara lateral de la columna sobre XI y XII vértebra dorsal.

dirige hacia arriba y afuera; la presión del hígado ha desplazado abajo el extremo de la sonda de Pezzer, visualizándose un corto trayecto fistuloso. Por dentro de la vesícula, al nivel del bacinete, se observa un corto canal de 1 cm. de largo que podría corresponder al cístico. Mas hacia adentro aparecen contrastados los canales hepáticos. (Fig. 2).

En la placa de perfil, se destaca la posición ascendente de la vesícula biliar cuyo fondo se acerca a la cúpula diafragmática de donde queda separada por una pequeña distancia de 2 ½ cm. Además se aprecia en esta placa la situación anormalmente posterior de la vesícula que se proyecta sobre la margen derecha de los cuerpos vertebrales de la 11ª y 12ª dorsal. (Fig. 3).

Consideraciones

1. Nuestro caso se trata por lo tanto, de una anomalía congénita vesicular, no de forma, sino de posición, clasificada dentro de las vesículas posteriores o de retroposición, cubierta casi enteramente por la cara posterior del hígado derecho y situada sobre la margen derecha de la vena cava inferior y por delante de la cápsula suprarrenal. Su dirección es hacia arriba, afuera y atrás, alcanzando arriba casi el diafragma y proyectándose atrás sobre los cuerpos de la undécima y duodécima vértebra dorsal. Retroperitoneal. Por debajo del borde inferior del hígado sólo sobresale 1 cmt. de la cara anterior del bacinete. El cístico casi vertical aborda la vesícula por encima del bacinete. La arteria y vena cística nacen por encima del conducto cístico y cubiertas por el hígado no pudieron ser visualizadas. Existía una litiasis vesicular y coledociana.

Clínicamente presentaba un sufrimiento biliar claro con cólicos hepáticos e ictericia hace 9 años, que se repite hace 2 meses con dispepsia hepato vesicular típica en los intervalos.

2. En el acto quirúrgico este caso presentó un primer problema: la búsqueda de la vesícula. El lecho vesicular estaba vacío y sólo se observaba un surco lineal en su fondo. La identificación del cístico sólo pudo lograrse luego de practicar el decolamiento retropancreático y tracción sobre el duodeno páncreas, porque nacía en la parte alta del pedículo hepático y se dirigía hacia arriba y atrás.

Como la vesícula era retroperitoneal y la cara posterior del hígado la cubría casi en su totalidad, la localización del colecisto era muy difícil, y de no haber traccionado el pedículo hepático, separado con firmeza la cara inferior del hígado e insistido en la búsqueda del cístico, este caso se hubiera etiquetado equivocadamente como de "ausencia congénita de vesícula biliar".

Se deduce que el diagnóstico de ausencia congénita de vesícula biliar debe ser precedido de una atenta disección en busca del canal cístico oculto.

3. El segundo problema operatorio que planteó esta rara anomalía fué el relacionado con las dificultades operatorias propias del caso.

No se juzgó prudente practicar la colecistectomía: a) por la gran profundidad de la vesícula, que en ningún momento se pudo exponer en su totalidad en el acto quirúrgico, cubierta por el hígado; su extirpación hubiera requerido llegar muy atrás por esta vía anterior, hasta cerca del diafragma, en la parte descendente de su cúpula; b) porque del pedículo vesicular sólo se pudo exponer el canal cístico. Cabría hasta la suposición de que la arteria y vena císticas, pudieran tener un origen retroperitoneal como la propia vesícula; es decir, originarse de la vena cava inferior y de la aorta; c) por el peligroso contacto de la vesícula retroperitoneal con la gran vena cava inferior que exponía a posibles heridas quirúrgicas de esta vena, dada la precaria exposición de la zona operatoria.

Por lo tanto, de acuerdo a lo expresado, la colecistectomía se hubiera llevado a cabo a ciegas y con malas condiciones de exposición.

Esto condujo a practicar una colecistostomía, no en el fondo sino en un lugar de excepción como la zona del bacinete. La colecistostomía, no fué fácil, luchándose con dificultades de abordaje para ajustar la sonda dentro de la apertura vesicular, disponiéndose de una escasa extensión de 1 cm. de bacinete.

4. Relacionando el caso expuesto con los 5 anteriormente descriptos, se observa que el nuestro es el único que a la *litiasis vesicular asocia una litiasis coledociana* y el único que se *presenta con documento colangiográfico*.

Resumen.

Se presenta un caso de anomalía congénita de la vesícula biliar, del grupo de las anomalías de posición, tipo posterior o retróposición.

—Se trata de una enferma de 49 años, con cólicos hepáticos e ictericia cuya vesícula se dirigía anormalmente atrás, arriba y afuera, por detrás de la cara posterior del hígado, por delante de la cápsula suprarrenal derecha e inmediatamente por fuera de la vena cava inferior. Ascendía hasta cerca del diafragma y se proyectaba sobre la cara lateral de la undécima y duodécima vértebra dorsal.

—Presentaba una litiasis vesicular y coledociana y se practicó colecistostomía y coledocotomía con extracción de cálculos.

—Esta anomalía es sumamente rara, existiendo solamente 5 casos de retroposición en la bibliografía mundial.

—Se presenta este caso documentado colangiográficamente.

—La vesícula en retroposición no visible puede llevar al diagnóstico equivocado de ausencia congénita de vesícula biliar.

—Las dificultades quirúrgicas que ofrece esta anomalía son considerables, la colecistectomía es peligrosa y ciega, prefiriéndose la colecistostomía en el bacinete por ser la única zona accesible.

Av. Soca 1361
Montevideo

Summary.

The author presents a case of retrodisplacement of the gallbladder in a 49 year old patient with colic and jaundice, whose gallbladder ran backwards, upwards and outwards, behind the posterior surface of the liver, in front of the adrenal gland and just on the outer edge of the vena cava. It extended upwards almost to the diaphragm and was level with the lateral surface of the XIth and XIIth dorsal vertebra. There were gallstones both in the gallbladder and in the common bile duct. A cholecistostomy was performed and the common duct was drained after removal of the stones.

This type of anomaly is very rare, there being only 5 cases reported in the world literature on the subject. This case is presented with cholangiographic postoperative studies. The retrodisplaced gallbladder may give rise to errors of diagnosis such as absence of the gallbladder, due to its non visibility.

The difficulties encountered at operation of this type of anomaly are considerable; cholecistectomy is dangerous and blind, cholecistostomy of the most accesible portion being the operation of choice.

BIBLIOGRAFIA

1. SCHACHNER. — Anomalías de la vesícula y conductos biliares con informe de una vesícula doble y una vesícula flotante. Ann. Surg. 64; Oct. 1916; pp. 419 - 433.

2. MENTZER. — Anomalous bile ducts in man. J.A.M.A. 93; 2; 1273; 1929.
3. GROSS. — Congenital anomalies of the gallbladder; a review of 148 cases with report of a double gallbladder. Arch. Surg. 32; 131 - 162; 1936.
4. LOCKWOOD. — Anomalías congénitas de las vías biliares. J.A.M.A. 136; 10; 678 - 679; marzo, 1948.
5. MAYO, C. y KENDRICK. — Las anomalías de la vesícula biliar; un caso de vesícula flotante situada a izquierda. Arch. Surg. 60; 4; 668; abril, 1950.
6. WALTERS y SNELL. — Enfermedades de la vesícula biliar y conductos biliares. Ed. Salvat. 1944.
7. BOCKUS. — Gastroenterología. T. III; 1948.
8. FERGUSON. — 1901; citado por Gross (3), pág. 149 y 152.
9. MAYO - ROBSON. — 1909; citado por Gross (3), pág. 149 y 152.
10. BALDWIN. — 1909; citado por Gross (3), pág. 149 y 152.
11. HOFFMANN. — 1925; citado por Gross (3), pág. 152.

Dr. Mourigán. — Es para hacer una pregunta: si no se había hecho colecistografía previa.

Dr. Cosco. — No se hizo, faltaban placas en el Hospital como recordará el Dr. Mourigán que trabaja en el mismo hospital que nosotros. Como el sufrimiento biliar era típico obramos clínicamente como se debe hacer en esos casos.

Dr. Cendán. — Primero es para decir que es interesantísima la presentación del Dr. Cosco; 2º para hacer una pregunta: si la sintomatología de este enfermo pudo hacer pensar en anomalía de la vesícula, localización del dolor.

Dr. Cosco. — Nunca pensamos que la enferma pudiera tener esa anomalía y por tanto el interrogatorio no fué un interrogatorio orientado.
 * No habló de dolores posteriores. Luego de operada le pregunté si tenía dolores lumbares pero no me aclaró nada en lo particular; quiere decir, que no le llamó la atención.