

Agenesia de la vesícula biliar y del cístico *

A propósito de 2 observaciones

Dres. BOLIVAR DELGADO y ANGEL VIVA

La agenesia de la vesícula biliar es un tema de interés por su rareza y por plantear esta anomalía problemas de diagnóstico y táctica operatoria.

A propósito de 2 observaciones personales de agenesia de vesícula y cístico, ambas con control colangiográfico, reseñamos las principales características de esta afección.

Tenemos referencia de 3 casos más pertenecientes a cirujanos de nuestro Servicio (Dres. Abel Chifflet, Alberto Aguiar y Ruben Varela Soto) que, por no tener dicho control radiológico, no presentaremos.

Hemos señalado, en cuanto a su frecuencia, que es una afección rara. De Nicola cita 4 casos en 76.000 historias clínicas (3); Gross la encuentra 38 veces en una serie de 138 anomalías congénitas de la vesícula (7); Latimer y colaboradores (8), en 1947, hacen una revisión de la literatura, hallando 74 casos en los que la falta congénita de la vesícula biliar era la única anomalía del sistema biliar extrahepático. De ellos, solamente 68 tenían agenesia de vesícula y cístico. Flannery y Caster (5) reúnen 101 casos hasta 1956 y, últimamente, Gerwig y colaboradores (6), en 1961, publican 6 casos más y llevan a 139 el número total de agenesias de vesícula biliar y cístico reportadas.

En nuestro medio, Belloso (1), en 1951, refiere el primer caso de la literatura nacional y Bueno de los Ríos (2), en un estudio realizado sobre 90 casos de malformaciones vesiculares, hace referencia a 3 de esta anomalía.

Es frecuente la concomitancia con otras malformaciones. Se han señalado también

alteraciones en la lobulación hepática. Falta a menudo la fosa vesicular y también el cístico en la mayoría de los casos (3, 4). Esta ausencia concomitante del cístico es importante, pues con ella se certifica la agenesia vesicular (13).

El sufrimiento que lleva a la consulta a estos pacientes, es el habitual en las colecistitis crónicas litiasicas, existiendo frecuentemente elementos del síndrome colédociano (5, 9). Es interesante señalar la evolución asintomática de esta anomalía en niños, hecho señalado por muchos autores (6).

Predomina en las mujeres (2/1) y se manifiesta clínicamente en la edad media de la vida.

Los estudios preoperatorios muestran una vesícula no visualizada a la colecistografía y al tubaje; la biligrafina pone a menudo en evidencia una vía biliar principal dilatada, acompañando la litiasis coledociana a esta anomalía en un 27 (4,10) a 50% (5).

Es de señalar que, para algunos autores, la simple anomalía, de por sí, no se acompaña de dilatación compensatoria de la vía biliar (11), cuya causa debe buscarse en otras afecciones concomitantes [litiasis coledociana, pancreatitis (18%) (3), etc.].

El diagnóstico preoperatorio no se ha hecho nunca. Es la exploración operatoria cuidadosa que pone en evidencia esta anomalía. Sólo se tiene la certeza de tal hecho cuando se ha efectuado colangiografía de control (9, 10).

La exploración operatoria y la colangiografía deben excluir la posibilidad de la existencia de una vesícula escleroatrófica o en situación anómala, que haga catalogar el caso como de agenesia vesicular y deje un reservorio biliar enfermo, causa de sufrimientos ulteriores.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del profesor Dr. Abel Chifflet.
Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de agosto de 1965.

Aun en ausencia de otras asociaciones lesionales se aconseja, si el colédoco está dilatado, el drenaje coledociano prolongado para lograr la remisión de los síntomas, lo cual se obtiene en un porcentaje elevado de los casos (9).

OBSERVACIÓN 1.—A. M. H. de C., 63 años. Hospital de Clínicas. Registro N° 147.691. Ingresa por sufrimiento biliar con cólicos hepáticos de mucho tiempo de evolución. La vesícula no se visualizaba a la colecistografía simple, con doble dosis y al sondeo duodenal.

Operación (29-XI-61. Dr. B. Delgado, Dr. U. Larre Borges).—Laparotomía transversa del hipocondrio derecho; lecho vesicular vacío; colédoco dilatado. Se efectúa coledocotomía, no encontrándose cálculos; buen pasaje al duodeno. La exploración instrumental coledociana muestra, a nivel de la supuesta desembocadura del cístico, un pequeño canal ciego de unos 2 mm., en el que solamente se puede introducir la punta de un explorador fino. Se deja tubo de Kehr.

Una colangiografía de control efectuada en el postoperatorio, mostró que no había litiasis



FIG. 1.— Observación 1: Colangiografía postoperatoria de control.

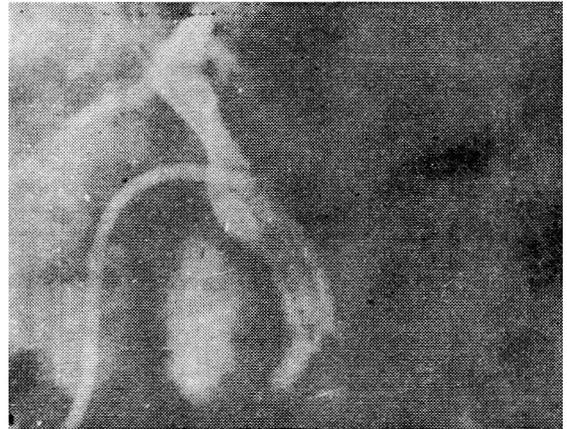


FIG. 2.— Observación 2: Colangiografía operatoria.

residual; el colédoco persistía dilatado; el pasaje al duodeno era normal y no se visualizaba imagen vesicular (fig. 1).

Luego de intenso tratamiento por coledocolisis, se retiró el tubo a los veinte días. Controlada ulteriormente (siete meses), no ha vuelto a sufrir de su vía biliar.

OBSERVACIÓN 2.—D. M. de N., 53 años. Consulta por sufrimiento biliar típico con episodios de cólico hepático. Antecedentes de síndrome coledociano. Estudiaba en el año 1945 en el Hospital Maciel. Se le han efectuado repetidos estudios colecistográficos y sondeos duodenales que mostraron una vesícula no visualizada. Un estudio efectuado con biligrafina, no revela imagen vesicular y sí un colédoco dilatado con imagen sospechosa de cálculo.

Operación (26-V-65. Dr. A. Viva, Dr. F. del Campo).—Laparotomía mediana; es muy dificultosa la individualización de los elementos del pedículo. Se toca a nivel de la vía biliar un cálculo que se cree vesicular. Sobre él se abre la vía biliar; se extrae el cálculo que es único y se realiza colangiografía de control. Esta muestra que lo que se ha abierto es el colédoco, que no hay imagen vesicular y sí buen pasaje al duodeno. La colangiografía confirma pues, la impresión operatoria de que no había vesícula biliar. Se deja tubo de Kehr. El postoperatorio es normal.

COMENTARIO

Las características clínicas, de laboratorio, radiológicas y operatorias de nuestras 2 observaciones, concuerdan con las habituales en esta anomalía, tal como han sido descritas precedentemente. En ambas se logró la confirmación colangiográfica y operatoria. En la segunda de ellas, existía

una litiasis primitiva de la vía biliar principal.

El drenaje del colédoco llevó a la cura clínica de las pacientes.

RESUMEN

A propósito de 2 observaciones de agenesia vesicular y cística en adultos, los autores reseñan las principales características de esta rara anomalía.

Insisten sobre la importancia de una correcta exploración operatoria y colangiográfica para poder asegurar la ausencia de vesícula y excluir la posibilidad de la existencia de vesículas de situación inhabitual, causa de ulteriores sufrimientos.

El drenaje coledociano, aun en ausencia de litiasis del mismo, lleva con frecuencia a la remisión clínica de los trastornos biliares de estos pacientes.

RÉSUMÉ

A propos de deux observations d'agénésie vésicale et cystique dans des adultes, les auteurs présentent les caractéristiques principales de cette rare anomalie.

Ils insistent sur l'importance d'une correcte exploration opératoire et cholangiographique pour pouvoir assurer l'absence de vésicule et exclure la possibilité de l'existence de vésicules de situation inhabituelle, ce qui est la cause de souffrances ultérieures.

Le drainage cholédocien, même avec absence de lithiase de celui-ci, entraîne fréquemment à la rémission clinique des troubles biliaires de ces malades.

SUMMARY

In conjunction with 2 cases of vesicular and cystic agenesis in adults, the outstanding characteristics of this rare anomaly are reviewed.

Of particular importance is a correct operative and cholangiographic exploration in order to ascertain the absence of a vesicle and rule out the possibility of vesicles of an uncommon situation, a likely cause of subsequent disturbances.

Common bile-duct drainage, even in the absence of gallstones, frequently results in the clinical remission of biliary disorders in these patients.

BIBLIOGRAFIA

1. BELLOSO, R. A. Ausencia congénita de la vesícula biliar. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 22: 663, 1951.
2. BUENO DE LOS RÍOS, A. Malformaciones vesiculares. A propósito de 90 casos. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 32: 242, 1961.
3. DE NICOLA, C. P., FERREIRA, J. A. y CARPANELLI, J. B. Malformaciones congénitas de la vesícula y de la vía biliar. *Acad. Arg. Cirug.*, 37: 364, 1953.
4. DIXON, C. F. and LICKTMAN, A. L. Congenital Absence of the Gall-Bladder. *Surg.* 17: 11, 1945.
5. FLANNERY, M. G. and CASTER, M. P. Congenital Abnormalities of the Gall-Bladder: 101 cases. *Surg. Gynec. Obst. Inter. Abst. Surg.*, 103: 439, 1956.
6. GERWIG, H. W. (H.), COUNTRYMAN, L. K. y GÓMEZ, A. C. Falta congénita de la vesícula y del conducto cístico. Informe de 6 casos. *Anales Cirugía*, 9: 146, 1961.
7. GROSS, R. E. Congenital Anomalies of the Gall-Bladder. *Arch. Surg.* 32: 131, 1936.
8. LATIMER, E. O., MÉNDEZ, F. L. and HAGE, W. J. Congenital Absence of the Gall-Bladder. Report of Three Cases. *Ann. Surg.*, 126: 229, 1947.
9. OLIVIER, C. Chirurgie des Voies Biliaires Extra et Intra-Hépatiques. Paris. Masson, 1961.
10. POLIVY, CH. and SACHS, J. J. Choledocholithiasis with Congenital Absence of Gall-Bladder. *Arch. Surg.*, 68: 720, 1954.
11. RABINOVITCH, J., RABINOVITCH, P., ROSEMBLATT, P. y PINES, B. Anomalías congénitas de la vesícula biliar. *Anales Cirugía*, 4: 209, 1958.
12. ROUX, M., DEBRAY, CH. et LAUMONIER R. Pathologie Chirurgicale des Voies Biliaires Extrahepatiques. Paris. Masson, 1961.
13. ROYER, M. Patología de las vías biliares. Buenos Aires. Hachette, 1964.