

# Distopia vesicular: vesícula lumbar

Dres. Amilcar Lorenzelli, Franklin Aliano,  
Alfredo Armand Ugón y Máximo Novo.

**Los autores analizan un caso de distopia vesicular a localización lumbar, y proponen como vía de elección para la colecistectomía en estos casos la toraco-freno-laparotomía.**

*Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Gallbladder / Anomalities.*

La cirugía biliar, aun siendo la más frecuente en nuestro medio, no por ello deja de depararnos las más variadas sorpresas, tanto en lo morfológico como en lo patológico, que la hacen siempre interesante.

Motiva esta presentación, el haber vivido el caso de una paciente con una distopia vesicular a localización lumbar, que planteó un problema de resolución intraoperatoria y de conducta ulterior.

## OBSERVACION CLINICA

Paciente de 68 años, de sexo femenino, procedente de la capital.

E. A. Presenta una historia dispéptica de larga data, con una dispepsia de tipo hiposténico selectiva para excitobiliares, a la que agrega cuadros dolorosos de epigastrio, de tipo cólico, irradiados a H. I. y dorso, vinculados siempre a la ingesta exitobiliar. Siempre fueron de breve duración y cedieron espontáneamente. No ictericia ni cuadro infeccioso. No repercusión general.

A. P. Multigesta, multipara con un parto por cesárea. Presenta una hernia umbilical de larga data, de crecimiento progresivo, irreductible desde hace varios años. Presenta además, varices de M. I. con trastornos tróficos y antecedentes de úlcera supramaleolar izquierda actualmente cicatrizada.

EXAMEN: Gran obesa, con importante delantal adiposo abdominal, donde se destaca una gruesa hernia umbilical de 10 x 10 cms. irreductible, cubierta por una piel sumamente adelgazada. Por encima importante diastasis de los rectos.

El resto del examen, exceptuando la patología de M. I. ya consignada, es normal.

Los exámenes de valoración general y Cardiovascular, son normales.

*Colecistografía:* realizada en dos oportunidades, la 2ª con doble dosis, es negativa.

*Clinica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.*

Con la historia funcional clara a lo que se suma el estudio radiológico, se considera que se está frente a una Colecistopatía Litiásica, decidiéndose el tratamiento quirúrgico, actuando simultáneamente sobre la importante patología parietal. Para ello se decide un abordaje por Mediana Supraumbilical, que permita el tratamiento correcto de la hernia umbilical, de la diastasis de los rectos y una correcta exploración de la vía biliar con colecistectomía.

## OPERACION

Comienza con la liberación y tratamiento del saco herniario y de su contenido, constituido por epiplón con intensas lesiones de epiplóitis crónica que motivan su resección.

Se comprueba a continuación, la existencia de un hígado polilobulado, con los lóbulos derecho e izquierdo claramente delimitados; el lóbulo derecho, a su vez, también está lobulado por un surco que cruza su cara superior. Por la cara inferior es regular, no presentando la vesícula ni la fosa cística en su sitio. El pedículo hepático está en su sitio y es normal, con el hiato permeable.

Ante la sospecha de una agenesia vesicular, se explora el espacio interhepatofrénico, comprobando a ese nivel, la existencia del fondo de la vesícula, que era además, litiásica. Una exploración más meticulosa revela que la misma ocupa un profundo surco en el borde pósteroinferior del hígado, y que de allí se dirige hacia arriba, afuera y atrás por la cara posterior llegando el fondo al espacio interhepatofrénico (Fig. 1).

No se comprobaron malformaciones o malposiciones de otros órganos abdominales.

Con las dificultades del caso, se logra evacuar los cálculos y realizar una colecistostomía.

Se realiza una corrección parietal en tres planos.

## Postoperatorio

Buena evolución. Se recoge bilis por la sonda desde el principio.

La COLECISTOCOLANGIOGRAFIA hecha inicialmente no mostró pasaje del contraste a la VBP pese a la hipertensión de la inyección, interpretándose por parte del radiólogo como

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 23 de marzo de 1977.

Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Residentes de Cirugía.

Dirección: Hospital Maciel, Montevideo (Dr. Lorenzelli).

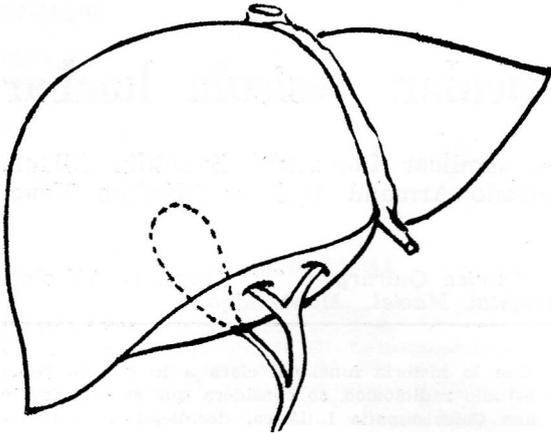


FIG. 1. — Representación esquemática de la malposición vesicular observada.

una obstrucción cística, hecho discordante con el buen drenaje biliar que se mantenía (Fig. 2)

Se repite el estudio observándose que en decúbito dorsal realmente no se obtiene pasaje, el que se hace fácil en los decúbitos laterales y que la VBP es normal (Fig. 3).

Se interpreta este hecho como debido a compresión o dislocación del cístico por el peso del lóbulo derecho. Del estudio colecistocolangiográfico se puede obtener también una correcta topografía de la vesícula respecto al plano vértebro-costal (11ª costilla).

La existencia de este obstáculo a la evacuación vesicular y la propia enfermedad de la vesícula condicionan la conducta. Hay que poner a la paciente a cubierto de un accidente obstructivo agudo que representa un riesgo vital innegable, imponiéndose la colecistectomía.

Conocida y reoperada la posición de la vesícula, surge la vía posterior como electiva.

### Segunda Operación

Al mes de la 1ª operación y contando con la sonda de colecistostomía como guía, se realiza abordaje por vía de la XIª costilla, con resección subperióstica de la misma, realizándose una tóraxofreno-laparotomía con bloqueo previo de la cavidad pleural.

La sonda de Pezzer nos lleva hasta el fondo de la vesícula que se encuentra en un profundo surco en la cara posterior del hígado.

Se realiza colecistectomía directa, lográndose ver, por esta vía, y mediante reclinación del lóbulo derecho del hígado hacia adelante y arriba, la inserción cístico-coledociana que es normal.

Evolución postoperatoria buena.

### COMENTARIO

Siguiendo a Varela Fuentes, las anomalías vesiculares se clasifican en:

- 1. De FORMA: “en gorro frigio”, “en anzuelo”, tabicada, bilobada, con divertículo.
- 2. De POSICION: intrahepática, transversa, flotante, izquierda, POSTERIOR O LUMBAR.
- 3. De NUMERO: ausencia, doble.

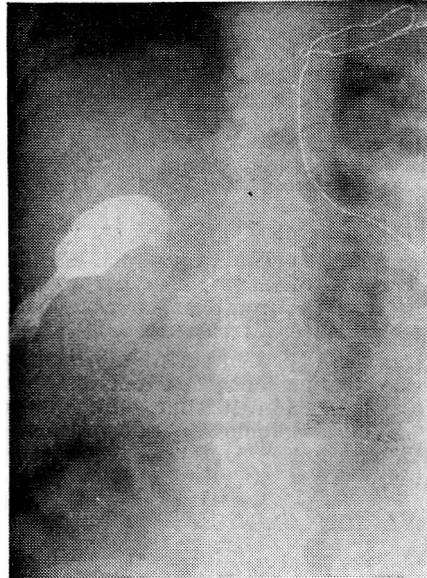


FIG. 2. — Colangiografía postoperatoria: relleno de la vesícula y ausencia de pasaje a la V.B.P. en posición de decúbito dorsal.



FIG. 3. — Colangiografía postoperatoria: relleno de la V.B.P. extra e intrahepática en posición de decúbito lateral.

De estos tres grupos, las anomalías de forma son las más frecuentes. Dentro de las anomalías de posición, las posteriores o lumbares son las más raras. Nuestro caso fue precedido en el País, por el de Cosco Montaldo (3) publicado en 1953, en el que utilizando solamente la vía anterior, consigue realizar una colecistostomía emplazada en el bacinete. Las colecistocolangiografías por él reportadas, son las primeras que se publican y son similares a las nuestras.

En la Bibliografía Nacional no figuran otros casos, siendo los casos publicados en el extranjero muy escasos.

## RESUME

### Malposition vesiculaire: vesicule lombaire

Les auteurs analysent un cas de malposition vésiculaire à topographie lombaire, en proposant la colecistectomie comme traitement electif, par la voie d'une thoraco-phréno-laparotomie.

## SUMMARY

### Dystopia of the Gallbladder: Lumbar Gallbladder

The authors discuss a case of lumbar dystopia of the gallbladder and propose thoraco-phreno-laparotomy as the best approach.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AREY, L.B.: Anatomía del desarrollo, 6ª ed. Buenos Aires. *Vázquez*, 1964.
2. BLANTON, D.E.; BREAM, Ch. A.; MANDEL, S.R.; Gallbladder, Ectopia. A review of anomalies of position. *Am. J. Roentgenol. Rad Ther*, 121: 396, 1974.
3. COSCO MONTALDO, H.: Anomalías de la vesícula biliar. Retroposición: vesícula retrohepática y pre-suprarrenal ascendente. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 265, 1953.
4. POPPER, H. y SCHAFFNER, F.: El hígado como estructura y función. Barcelona. *Noguer*, 1962.