

Vesícula sinistra

Adela Sáez Zafra, Antonio Palomeque Jiménez, Cristina González Callejas, Francisco Navarro Freire, José Antonio Jiménez Ríos.

Hospital Universitario San Cecilio. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Granada

Resumen

La localización anómala de la vesícula biliar no asociada a *situs inversus* es una entidad clínica rara y son pocos los trabajos publicados al respecto. Series multicéntricas muestran una prevalencia de vesícula sinistra del 0,3%¹, lo que representa una frecuencia muy baja, teniendo en cuenta el elevado número de colecistectomías que se realizan en la actualidad.

La importancia de esta anomalía radica en su posible asociación de otras anomalías de la vía biliar, lo que puede dificultar el abordaje laparoscópico de la colecistectomía, existiendo indicaciones claras en relación a la necesidad de reconversión a laparotomía, evitando una posible lesión grave de las estructuras biliares.

Debido a la infrecuencia de este tipo de anomalía anatómica y la importancias de su conocimiento, se expone un caso diagnosticado y tratado en nuestro hospital mediante abordaje laparoscópico, donde la vesícula presentaba una implantación atípica, localizándose a la izquierda del ligamento redondo, discutiéndose el diagnóstico y la actitud a seguir ante su hallazgo.

PALABRAS CLAVE: vesícula sinistra, ligamento redondo, vía biliar.

Introducción

Presentamos un caso de anomalía anatómica de la vesícula biliar, en la que la vesícula se encuentra localizada a la izquierda del ligamento redondo. Dicha anomalía se denomina vesícula sinistra. Su diagnóstico suele ser incidental, ya que las pruebas de imagen no suelen evidenciar esta alteración en la mayoría de los casos¹. Esta malposición tiene relevancia tanto clínica como quirúrgica, dado que puede aumentar la morbimortalidad de la colecistectomía, ya que puede asociarse a anomalías de la vía biliar. La conversión a cirugía abierta puede estar indicada ante la imposibilidad de identificar claramente dichas posibles alteraciones anatómicas. Con el fin de dar a conocer dicha entidad, exponemos un caso tratado en nuestro hospital y realizamos una revisión de la bibliografía.

Caso clínico

Varón de 56 años, con antecedentes personales de fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio con colocación de dos stent, hipercolesterolemia, diabetes mellitus no insulino-

dependiente, SAOS, hipertensión arterial y obesidad, que acude a la consulta de cirugía general por presentar cuadro de colelitiasis sintomática tras haber presentado un cuadro de colangitis el año anterior. Las determinaciones analíticas realizadas, incluyendo el perfil hepático, no presentan alteraciones. La ecografía informa de una vesícula distendida (103x36mm) de paredes finas y barro biliar en su interior, sin existir alteraciones en la vía biliar principal. El páncreas no presenta alteraciones y en hígado se evidencian dos lesiones sugerentes de hemangiomas en los segmentos VIII (12mm) y VI (10mm).

El paciente es intervenido de forma programada mediante abordaje laparoscópico, en posición francesa, según la técnica habitual. Durante el acto quirúrgico, se observa una vesícula biliar que se localiza a la izquierda del ligamento redondo (fig. 1). Se realiza la disección minuciosa del hilio biliar, identificándose con total certeza el conducto cístico y la arteria cística, así como la vía biliar principal, sin evidenciarse anomalías de la misma, por lo que se concluye la colecistectomía por vía laparoscópica (fig. 2).

El paciente cursa con un postoperatorio sin incidencias, siendo dado de alta a los 2 días. En la revisión en consulta externa, el paciente se encuentra asintomático y sin haber presentado complicaciones.

Correspondencia: Adela Sáez Zafra. Mencía Calderón N°1, 1B. Edificio Adoratrices. 18014. Granada. adelasaezafra@gmail.com

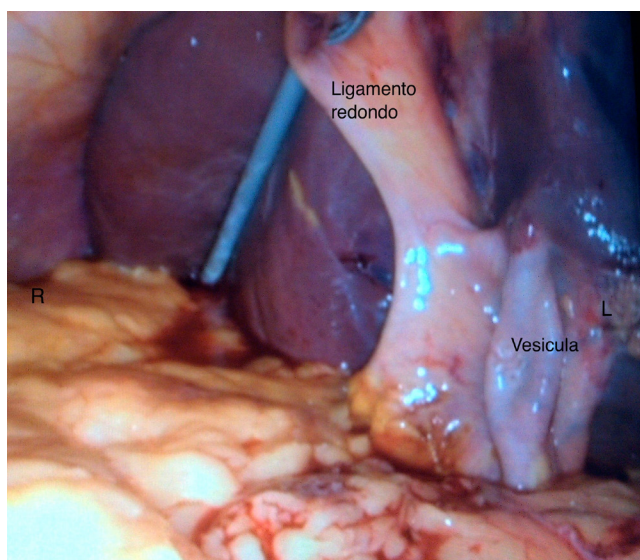


Figura 1. Imagen intraoperatoria en la que se observa la vesícula biliar localizada a la izquierda del ligamento redondo.

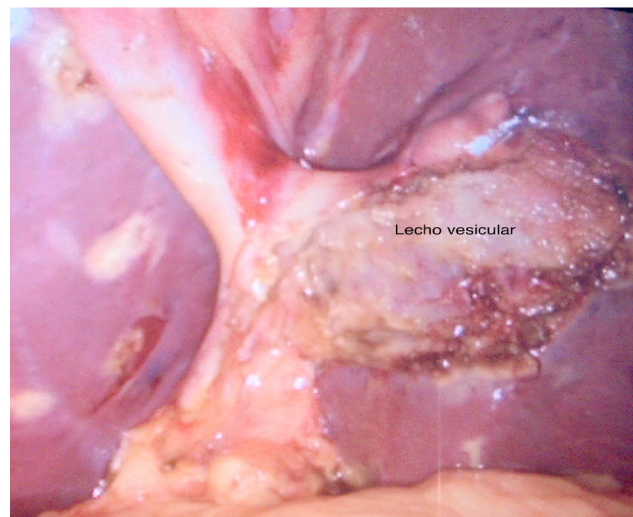


Figura 2. Imagen intraoperatoria tras la realización de la colecistectomía por vía laparoscópica.

Discusión

El ligamento redondo es una reminiscencia fibrosa del ducto venoso que conecta la rama izquierda de la vena porta con la vena hepática izquierda, próximo a la unión con la vena cava inferior. No tiene función de fijación hepática^{2,3}.

La vesícula sinistral se define como la vesícula situada a la izquierda del ligamento redondo. Suele aparecer en el contexto de tres variantes anatómicas: situs inversus, vesícula biliar ectópica a la izquierda del ligamento redondo y vesícula sinistral propiamente dicha^{1,4}.

Existen dos variantes: la posición sinistral, en la que la vesícula se localiza en el lecho del segmento III, a la izquierda del ligamento redondo y la posición medial, en la que la vesícula se localiza en el lecho del segmento IV, pero se mantiene a la derecha del ligamento redondo. Además, puede asociar otras anomalías de la vena porta y del sistema biliar, así como la atrofia del segmento IV hepático^{2,5}.

La desembocadura del conducto cístico es muy variable. Según los casos descritos en la literatura médica, el conducto cístico puede drenar a la derecha o a la izquierda del conducto hepático común o bien directamente en el conducto hepático izquierdo, mientras que la arteria cística siempre cruza por delante del conducto hepático común desde la derecha hacia la izquierda^{5,6}. En estos casos, tanto el conducto como la arteria cística presentan una longitud mayor a la habitual, lo que puede facilitar la disección y ligadura^{4,5}.

A pesar de la transposición de la vesícula, la clínica biliar continua siendo similar a la del resto de los pacientes, consistente en dolor en el hipocondrio derecho irradiado o no a la espalda^{3,7}.

Aunque la ecografía es el método diagnóstico para la colelitiasis simple, no suele detectar esta anomalía, lo que hace que este hallazgo sea casual en la mayoría de los casos de colecistectomía^{3,6}.

Cuando se detecta de forma preoperatoria, debe completarse el diagnóstico mediante tomografía axial computarizada con contraste intravenoso, angiografía o resonancia nuclear magnética^{1,4}, con el fin de conocer más detalles sobre las posibles anomalías vasculares o biliares y poder planificar una cirugía más segura¹. Cuando se descubre de forma accidental durante la cirugía, los cirujanos deben ser muy cautos por la confluencia imprevisible del conducto cístico al conducto hepático común^{2,6}. Se recomienda utilizar óptica de 30°, comenzar la disección del triángulo de Calot lo más próximo al borde de la vesícula⁶, ligar el conducto cístico lo más próximo al infundíbulo, así como limitar el uso de electrocoagulación, sin seccionar ninguna estructura hasta tener una certeza absoluta. En caso de duda, está indicado realizar una colangiografía intraoperatoria para identificar las estructuras de la vía biliar², y si aún así la anatomía no está completamente clara, se recomienda la reconversión de la intervención mediante un abordaje laparotómico^{3,6}. Estas recomendaciones antes indicadas deben ser seguidas en todos los casos, independientemente de la experiencia del equipo quirúrgico⁶. En nuestro caso, como se indicó con anterioridad, se consiguió visualizar las estructuras del hilio biliar sin existir dudas al respecto, por lo que se decidió completar la intervención mediante abordaje laparoscópico.

Bibliografía

1. strong RW, Fawcett J, Hatzifotis M, Hodgkinson P, Lynch S, O'Rourke T, Slater K, Yeung S. Surgical implications of a left-sided gallbladder. *Am J Surg* 2013 Jul; 206:59-63.
2. Sadhu S, Jahangir TA, Roy MK. Left-sided gallbladder discovered during laparoscopic cholecystectomy in a patient with dextrocardia. *Indian J Surg* 2012; 74:186-188.
3. Alharthi S, Bernon M, Krige JE. Beware the left-sided gallbladder. *S Afr J Surg* 2012; 50:88-89.

4. Shimizu T, Hayashi M, Inoue Y, Komeda K, Asakuma M, Hirokawa F, Miyamoto Y, Snawder BJ, Tanaka K, Uchiyama K. Living-donor liver transplantation from donor with a left-sided gallbladder with portal vein anomaly. *Transplantation* 2012; 94:60-61.
5. R, Rebai W, Safta ZB. Left-sided gallbladder: an incidental finding on laparoscopic cholecystectomy. *Asian J Surg* 2012; 35:93-95.
6. Shu SL, Chen TY, Huang TL, Sun CK, Concejero AM, Tsang LLC, et al. Left-sided gall bladder: Its clinical significance and imaging presentations. *World J Gastroenterol* 2007; 13:6404-9.
7. Bender E, Springhetti S, Shemisa K, Wittenauer J. Left-side gallbladder (sinistroposition) with duplication of the common bile duct. *JSLs*. 2007;11:148-50.