

# Duplicación vesicular y colecistitis aguda

*Gallbladder duplication and acute cholecystitis*

E. Moya-Sánchez<sup>1</sup>, V. Medina-Salas<sup>2</sup>, C. Diéguez-Castillo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

<sup>2</sup>Centro de salud Cartuja. Granada

<sup>3</sup>Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

## RESUMEN

La duplicación vesicular es una malformación congénita poco frecuente. Las anomalías morfológicas vesiculares y las variantes anatómicas en su posición se asocian con un aumento del riesgo de complicaciones tras la cirugía. Las técnicas de imagen realizadas de forma preoperatoria ayudan a confirmar el diagnóstico.

**Palabras clave:** vesícula doble, colelitiasis, colecistectomía.

## ABSTRACT

Gallbladder duplication is a rare congenital malformation. Congenital anomalies of the gallbladder and anatomical variations of their positions are associated with an increased risk of complications after laparoscopic cholecystectomy. Pre-operative imaging techniques confirm the diagnosis.

**Keywords:** double gallbladder, cholelithiasis, cholecystectomy.

## CASO CLÍNICO

Exponemos el caso de un paciente de 51 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que consultó por presentar dolor abdominal difuso, más localizado en hipogastrio e hipocondrio derecho y náuseas con vómitos de contenido alimenticio.

A la exploración presentó buen estado general con abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación de forma difusa sin signos de irritación peritoneal. Analíticamente destacó neutrofilia con leucocitosis, encontrándose el resto de parámetros en rango de normalidad.

Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso en fase portal en el que se apreció una vesícula biliar de morfología bilobulada, en relación con duplicación vesicular con morfología en V: dos cavidades separadas en el fundus y fusionadas en la base, con mayor realce parietal tras la administración de contraste i.v. de la hemivesícula más caudal (**Figuras 1A y 1B**). Ante estos hallazgos se completó dicha exploración con colangiografía resonancia magnética (CPRM) en la que se confirmó la presencia de duplicación vesicular con un único conducto cístico evidenciándose múltiples litiasis en el interior de la porción que mostraba mayores signos inflamatorios en TC, siendo en RM evidente el mayor grosor parietal y la moderada cantidad de líquido perivesicular, todo ello en relación con colecistitis aguda de la hemivesícula caudal (**Figuras 1C y 1D**).

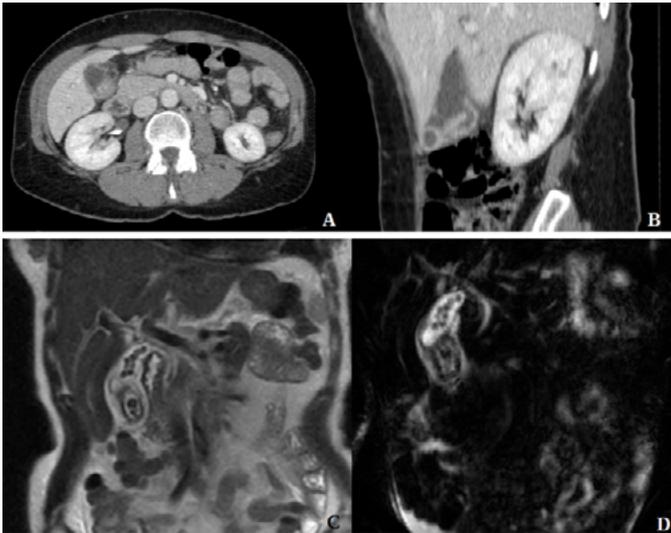
## CORRESPONDENCIA

Elena Moya Sánchez  
Hospital Universitario San Cecilio  
18016 Granada  
[elemoya89@gmail.com](mailto:elemoya89@gmail.com)

XREF

## CITA ESTE TRABAJO

Moya Sánchez E, Medina Salas V, Diéguez Castillo C. Duplicación vesicular y colecistitis aguda. Cir Andal. 2019;30(4):535-36.



**Figura 1**

TC abdominopélvico con contraste i.v. en fase portal, imagen axial (A) y sagital (B) en las que se observa la vesícula de morfología bilobulada con un cuello estrecho a través del cual se comunican ambas hemivesículas, lo cual dificulta el drenaje biliar de la porción más caudal. Esta porción presenta mayor realce parietal tras la administración de contraste i.v. Se confirma mediante RM secuencia potenciada en T2 coronal (C) y secuencia de colangiopancreatografía (D), apreciándose múltiples imágenes hipointensas compatibles con litiasis y mayor evidencia de los cambios inflamatorios (aumento del grosor parietal y líquido perivesicular) en relación con colecistitis aguda de la hemivesícula afecta.

## DISCUSIÓN

La duplicación de la vesícula biliar es una anomalía congénita poco frecuente. Fue descrita por primera vez en 1675 por Blasius et al.<sup>1</sup>.

Se estima que ocurre en aproximadamente 1:4.000 pacientes, si bien la prevalencia exacta de esta entidad es desconocida, debido a que los casos que se identifican son aquellos que presentan sintomatología asociada o se descubren como hallazgo incidental durante laparotomía, estudios de imagen o autopsias<sup>2</sup>.

La duplicación vesicular se puede clasificar en dos grupos principales<sup>2,3</sup>:

- Grupo 1. Vesica fellea divisa: vesícula bilobulada con un conducto cístico único. En estos casos, ambas vesículas comparten un origen embriológico común (primordio).

- Grupo 2. Vesica fellea duplex: dos vesículas separadas con conductos císticos independientes. Hay un doble origen embriológico (primordio dual).

Nuestro caso, pertenece al grupo 1: duplicación vesicular con morfología en V con dos cavidades separadas a través del fundus y fusionadas en su base con un conducto cístico único.

Clínicamente, la incidencia de enfermedades asociadas a duplicación vesicular es similar a la vesícula simple<sup>4</sup>. Puede ser una entidad asintomática, cursar con síntomas inespecíficos o asociar síntomas como colelitiasis, colecistitis, colangitis o pancreatitis<sup>5</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye: divertículo vesicular, pliegue vesicular, gorro frigio, quistes de colédoco, adenomiomatosis focal y bandas fibrosas intraperitoneales<sup>2,3</sup>.

La ecografía puede no diferenciar completamente estas patologías, por lo que la TC y sobre todo la CPRM son útiles para la evaluación anatómica preoperatoria del árbol biliar. Es importante determinar la anatomía biliar antes de la cirugía, para evitar lesiones yatrogénicas biliares, vasculares y complicaciones asociadas.

El manejo de la duplicación vesicular es similar al de otras patologías vesiculares. No se recomienda realizar colecistectomía profiláctica en ausencia de síntomas<sup>4</sup> y en caso de sintomatología de una o de ambas hemivesículas, la colecistectomía de ambas es el tratamiento de elección<sup>5</sup> si bien en el caso de nuestro paciente se optó por tratamiento conservador con antibioterapia y valorar posterior colecistectomía.

## CONCLUSIÓN

La duplicación vesicular es una anomalía congénita rara, que puede presentarse de forma clínica muy variable, desde casos asintomáticos hasta patología infecciosa que requiera tratamiento quirúrgico por lo que requiere especial atención la anatomía biliar y arterial para evitar complicaciones yatrogénicas. Tanto la TC como la CPRM juegan un importante papel en el diagnóstico preoperatorio.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Boyden E. The accessory gallbladder-an embryological and comparative study of aberrant biliary vesicles occurring in man and domestic mammals. *Am J Ant* 1926;38;177-231.
2. Pillay Y. Gallbladder duplication. *Int J Surg Case Rep* 2015; 11:18-20.
3. Kumar M, Adhikari D, Kumar V, Dharap S. Bilobed gallbladder: a rare congenital anomaly. *BMJ Case Rep* 2018; doi: 10.1136/bcr-2017-222783.
4. Bhoil R, Jhobta A, Aggarwal N, Kumar N. Asymptomatic true gallbladder duplication. *Dig liver dis* 2016; 48:97.
5. Apolo Romero EX, Gálvez Salazar PF, Estrada Chandi JA, González Andrade F, Molina Proaño GA, Mesías Andrade FC, Cadena Baquero JC. Gallbladder duplication and cholecystitis. *J Surg Case Rep* 2018;7:1-3.