



## P-217 - AVULSIÓN TOTAL POSTRAUMÁTICA DE VESÍCULA BILIAR

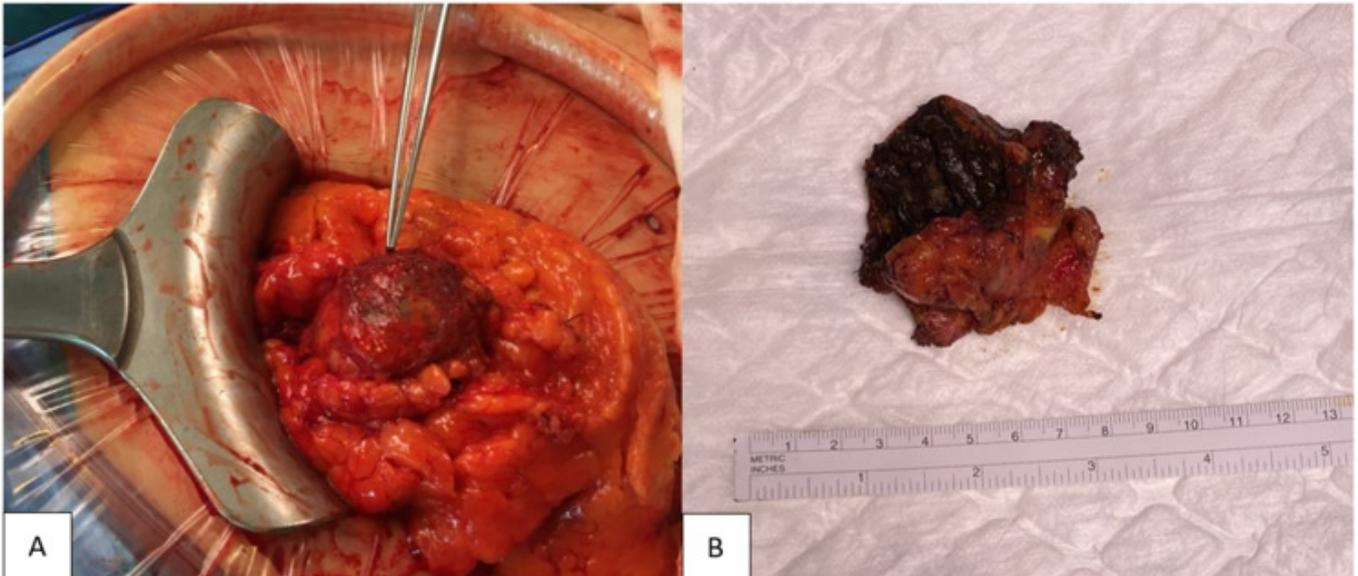
Herrero Mirón, Ainara; Rubio López, Laura; Dagnesses Fonseca, Javier Óscar; Ondarra Fernández de Leceta, Naiara; Benito Barbero, Silvia; Danés Grases, Juan Emmanuel; Pérez Morera, Adelino

Hospital General de Móstoles, Móstoles.

### Resumen

**Introducción:** El traumatismo de la vesícula biliar es un suceso infrecuente en los traumatismos abdominales, describiéndose una incidencia estimada del 2%. Suele diagnosticarse como hallazgo intraoperatorio incidental cuando se realiza una laparotomía exploradora urgente por otras lesiones abdominales asociadas, como hepáticas o esplénicas. Presentamos un caso de avulsión total postraumática de la vesícula con migración posterior al epiplón diagnosticada incidentalmente durante una colecistectomía programada realizada casi tres décadas más tarde del antecedente traumático.

**Caso clínico:** Varón de 71 años con antecedente de traumatismo abdominal cerrado secundario a accidente de tráfico hace 28 años que es remitido a consulta de Cirugía por hallazgo casual en un TC abdominal de una lesión omental derecha calcificada de 3,5 cm. Se amplía el estudio con una colangiografía magnética con hallazgos compatibles con vesícula en porcelana. El perfil hepático preoperatorio muestra resultados dentro de la normalidad. Se indica colecistectomía laparoscópica programada. Durante la intervención se objetiva una estructura redondeada pétreo de 6 cm adherida a epiplón mayor y alejada del parénquima hepático. Se reconvierte a colecistectomía abierta por vía subcostal. Tras la exploración minuciosa de lecho hepático no se identifican otras estructuras compatibles con vesícula biliar. En la vía biliar se visualiza únicamente el colédoco, sin conducto cístico afluyente. Del hilio hepático surge un vaso nutricional que finaliza en la estructura redondeada del epiplón que, dado su contenido en barro biliar, se identifica como vesícula biliar de localización ectópica (figs. A y B). La arquitectura histopatológica de la pieza quirúrgica resulta compatible con vesícula biliar en porcelana sin datos de malignidad. El paciente es dado de alta tres días tras la intervención sin incidencias posquirúrgicas.



**Discusión:** La vesícula biliar se localiza habitualmente en la fosa vesicular, entre los segmentos hepáticos IV y V. Las posiciones anómalas de la vesícula pueden ser congénitas o adquiridas, siendo ambas inhabituales. Los traumatismos abdominales pueden ocasionar contusión, perforación o avulsión de la vesícula. Esta última se clasifica en tres tipos: parcial, completa (desprendimiento total de la fosa hepática, pero con el conducto y arteria císticos intactos) y total, en la que no queda indemne ninguna estructura cística. Se han reportado menos de diez casos de este último tipo de avulsión, denominándose también colecistectomía traumática. Ante un caso de fosa vesicular vacía como el expuesto deberíamos plantear el diagnóstico diferencial con la vesícula ectópica congénita, otro hallazgo muy infrecuente (0,1-0,7%). Se han descrito casos de ubicación en el lóbulo hepático izquierdo, intrahepática, en posición transversa, retrohepática y retroperitoneal, entre otros. Concluimos recalcando la importancia de conocer las localizaciones anómalas de la vesícula para evitar el infradiagnóstico y las lesiones iatrogénicas, disminuyendo así la morbimortalidad de nuestros pacientes.