



Una verdadera agenesia vesicular

Sr. Director:

Son aproximadamente 400 los casos de agenesia vesicular recogidos en la literatura mundial; muchos de ellos, según algunos autores, son falsas agenesias. Se calcula que la incidencia es de 0,01-0,04%¹.

Mujer de 54 años en tratamiento por dispepsia habitual, con historia de probables cólicos biliares repetitivos, acude a urgencias por cuadro compatible con colecistitis; la ecografía abdominal informa de vesícula escleroatrófica con abundantes cálculos en su interior, vía biliar no dilatada, sin datos de colecistitis aguda. Ante la clínica y los antecedentes de la paciente, se decide colecistectomía laparoscópica programada por colelitiasis sintomática.

En el abordaje laparoscópico no se identificó la vesícula biliar ni ninguna zona de fibrosis o inflamación en el teórico lecho vesicular, tampoco en la reconversión, por lo que se decide la realización de una colangiografía intraoperatoria (fig. 1) que confirma la inexistencia de vesícula biliar. Después de todas estas maniobras y de no apreciar ninguna estructura compatible con la vesícula biliar ni vestigios de un proceso antiguo que hubiera podido transformarla en un simple tejido fibrótico o cicatricial, se pensó que se podía estar ante un caso de agenesia vesicular y se procedió al cierre de la laparotomía.

Esta malformación que llega a desconcertar a radiólogos y cirujanos, tanto por sus síntomas inespecíficos como por su difícil diagnóstico radiológico preoperatorio, es una situación excepcional sobre la que hay escasa literatura. Mediante una revisión, encontramos casos similares al nuestro en publicaciones españolas^{2,3}, aunque es cierto que los hallazgos quirúrgicos no fueron exactamente iguales, pues en estos dos casos sí se visualizaba ligera fibrosis en la zona que correspondería al lecho vesicular.

En ambos casos, al igual que en el descrito en este artículo, el diagnóstico de colecistitis con vesícula escleroatrófica se estableció del mismo modo, tanto por la clínica de los pacientes como por la ecografía compatible.

La clínica es tremendamente inespecífica, desde pasar inadvertida a presentar síntomas que confunden al médico y encaminan la diagnosis hacia otras enfermedades (dispepsia, coledocolitiasis o colecistitis, incluso llega a originar síntomas no biliares^{4,5}). Otro escenario en el que



Fig. 1. Colangiografía intraoperatoria.

podemos encontrar esta anomalía es en el seno de síndromes malformativos.

En estos casos podemos encontrar falsos positivos en la ecografía (colecistitis en vesícula escleroatrófica)², como vimos en el caso clínico descrito precisamente en el XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica donde se trató este tema; se explicó que un asa de duodeno con gas podía ofrecer una imagen similar a una vesícula escleroatrófica con múltiples cálculos, y se propuso la tomografía computarizada (TC) helicoidal con contraste intravenoso de eliminación biliar como un buen método para un diagnóstico de la agenesia vesicular sin necesidad de intervención quirúrgica⁶. No obstante, al tratarse de un diagnóstico excepcional, parece comprensible que ante una ecografía con esta imagen el radiólogo se incline hacia una vesícula escleroatrófica más que hacia una agenesia.

Podríamos dudar, si ante estos hallazgos, nos encontramos realmente ante una agenesia o se trata de una desaparición de la vesícula biliar resultado de un proceso inflamatorio crónico. Para poder dar un diagnóstico de certeza Frey et al⁷ propusieron en 1967 los siguientes criterios: a) disección de la vía biliar principal desde el duodeno hasta la bifurcación de los hepáticos, sin hallazgo de vesícula biliar; b) ausencia de reacción inflamatoria aguda o adherencias al lecho vesicular, y d) colangiografía intraoperatoria.

Como alternativas a esta colangiografía intraoperatoria se podría visualizar la vía biliar mediante otras pruebas de imagen (colangiorresonancia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica o TC helicoidal con contraste intravenoso de eliminación biliar) postoperatoriamente.

Si se recuerdan los pasos seguidos para el diagnóstico de agenesia vesicular del caso clínico aquí presentado se verá que son exactamente los mismos que los planteados por Frey.

**María I. Pérez Moreiras, José M. Couselo Villanueva,
Olga Maseda Díaz y Félix Arijá Val**

Servicio de Cirugía General.
Complejo Hospitalario Xeral-Calde.
Lugo, España.

Bibliografía

1. Bloom RB, Fichtenberg H. Agenesis of the gallbladder: report case. JAMA. 1981;81:62.
2. Elorza Orúe JL. Agenesia de la vesícula biliar. Presentación de un caso estudiado por RM-colangiografía. Cir Esp. 2001;69:427-8.
3. Díaz-Aguirreitia FJ, Lamikiz-Velasco A, Valdivieso-López A, Perdigó-Bilbao L. Ausencia-desaparición de la vesícula biliar en un paciente diagnosticado de coledocitis. Cir Esp. 2005;78:331-2.
4. Singh B, Moodley J, Haffejee AA, Rajaruthnam P. Laparoscopic diagnosis of gallbladder agenesis. Surg Laparosc Endosc. 1997;7: 129-32.
5. Praseedom RK, Mohammed R. Two cases of gall bladder agenesis and review of the literature. Hepatogastroenterology. 1998;45: 954-5.
6. Carrascoso A, Chércoles A, Rodríguez R, Sánchez V, Gil Sierra A. Agenesia vesicular. A proposito de dos casos estudiados con colangio-TC. XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica. SERAM 2000. Madrid.
7. Frey C, Bizer L, Ernst C. Agenesis of the gallbladder. Am J Surg. 1967; 114:917-26.