



IMÁGENES

Vesícula biliar multiseptada en paciente pediátrico

Multiseptate gallbladder in pediatric patient

Luis Ortiz González^{a,*}, Luis Ortiz Peces^b y Carlos Ortiz Peces^c^a Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Extremadura, Badajoz, España^b Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España^c Facultad de Medicina, Universidad de Lleida, Lleida, España

Las anomalías congénitas de la vesícula biliar se pueden clasificar según su tamaño, forma, posición y número¹.

La vesícula biliar multiseptada (VBM) es una malformación congénita muy rara de la vesícula biliar, con formas distintas, en la que la luz se divide en compartimentos multiseptales de diferente tamaño, formando una apariencia de «panal de abejas»². Tiene escasos reportes en la literatura. Se puede diagnosticar en las primeras décadas de la vida³. Fue descrita por primera vez en el año 1963⁴, y el primer caso pediátrico lo publicó Haslam, en 1966, como causa de dolor abdominal recurrente⁵.

Dado que no se han descrito casos malignos, la VBM se considera un trastorno benigno¹, aunque puede asociarse a quistes de colédoco o una disposición anómala del conducto pancreático-biliar⁶, lo que aumenta el riesgo de transformación maligna, y por lo que se debe realizar una evaluación completa de las posibles anomalías ductales asociadas².

Existen varias teorías que podrían explicar la existencia de la VBM. Una de ellas es la cavitación incompleta de vesícula biliar sólida¹; otra, «la teoría de las arrugas» por su apariencia; y la otra sería «la teoría del casquete frigio»

mediante la cual la vesícula crece a un ritmo más rápido que las estructuras que la rodean^{1,3}.

Aunque hay casos asintomáticos, la mayor parte de los pacientes tienen síntomas biliares, de los cuales el dolor en el hipocondrio derecho es el síntoma más común, seguido del epigástrico y náuseas/vómitos; en algunos casos pediátricos se ha documentado la ictericia como una de sus presentaciones clínicas¹.

El diagnóstico de la mayoría de los casos notificados se realizó por ultrasonografía, donde la VBM se caracteriza por la presencia de bandas finas ecogénicas en su interior, sin sombras acústicas, que delimitan diferentes compartimentos intercomunicados. El diagnóstico diferencial comprende la vesícula biliar descamada, colesterosis polipoide, quiste hidatídico, diverticulosis intramural congénita o adquirida y hepatitis aguda.

En pacientes sintomáticos, la colecistectomía suele aliviar los síntomas³. En estos casos, la indicación y el momento de la cirugía están determinados por la clínica y la presencia de complicaciones biliares². En ausencia de síntomas atribuibles a VBM y de anomalías del tracto biliar asociadas, el manejo no quirúrgico con control clínico y ecográfico evolutivos se considera una actitud de seguimiento razonable³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lortiz@clinicapediatria.es
(L. Ortiz González).

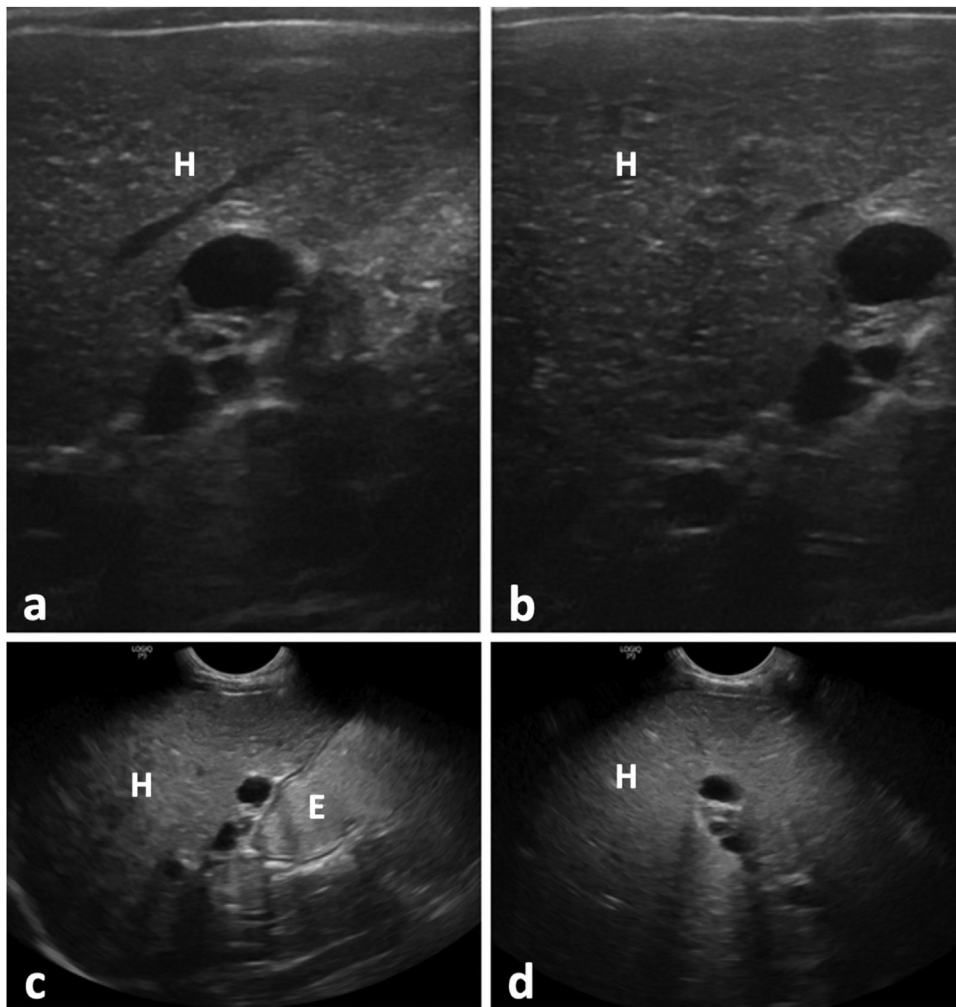


Figura 1 a) Corte longitudinal a nivel de hipocondrio derecho con sonda lineal de alta frecuencia: visión antero-posterior de la VBM. b) Corte similar al previo, algo más oblicuo: visión diferente de los septos vesiculares. c) Corte similar a los previos con sonda microconvex: visión antero-posterior de la VBM, en íntimo contacto con el antro gástrico (E). d) Corte transversal con sonda microconvex a similar nivel: visión transversal de la VBM. H: hígado.

Actualmente, la patogenia y la historia natural de la enfermedad continúan por esclarecerse, para lo que se precisa la notificación de un mayor número de casos.

Presentamos el caso de una niña de 2 años de edad, con antecedentes personales de alergia IgE mediada a proteínas lácteas vacunas evolucionada a la tolerancia espontánea, y reflujo gastroesofágico (RGE) tratado con omeprazol en el primer semestre de la vida, que refería molestias abdominales de varias semanas de evolución. Se realizó una ecografía abdominal donde se evidenció un esófago abdominal corto, un ángulo gastro-esofágico obtuso y durante el estudio realizado se visualizaron numerosos episodios de reflujo, bidireccional, con permanencia del esfínter gastroesofágico

permeable de forma continuada un tiempo superior a 10 segundos. El píloro presentó morfología, tamaño y ecoestructura normales, con adecuado tránsito a su través. La vesícula biliar se objetivó alitiásica, con contorno y dimensiones normales, y en su interior se encontraba tabicada con múltiples septos, sin signos inflamatorios, y vías biliares intra y extrahepáticas normales (fig. 1). Se inició tratamiento con esomeprazol y se reevaluó un mes después, donde se comprobó mejoría significativa de la semiología clínica y ecográfica del RGE, y una vesícula biliar de similares características al control previo (fig. 2). Considerando que la semiología clínica del paciente no era atribuible a la VBM, se indicó una actitud conservadora de seguimiento evolutivo del proceso.

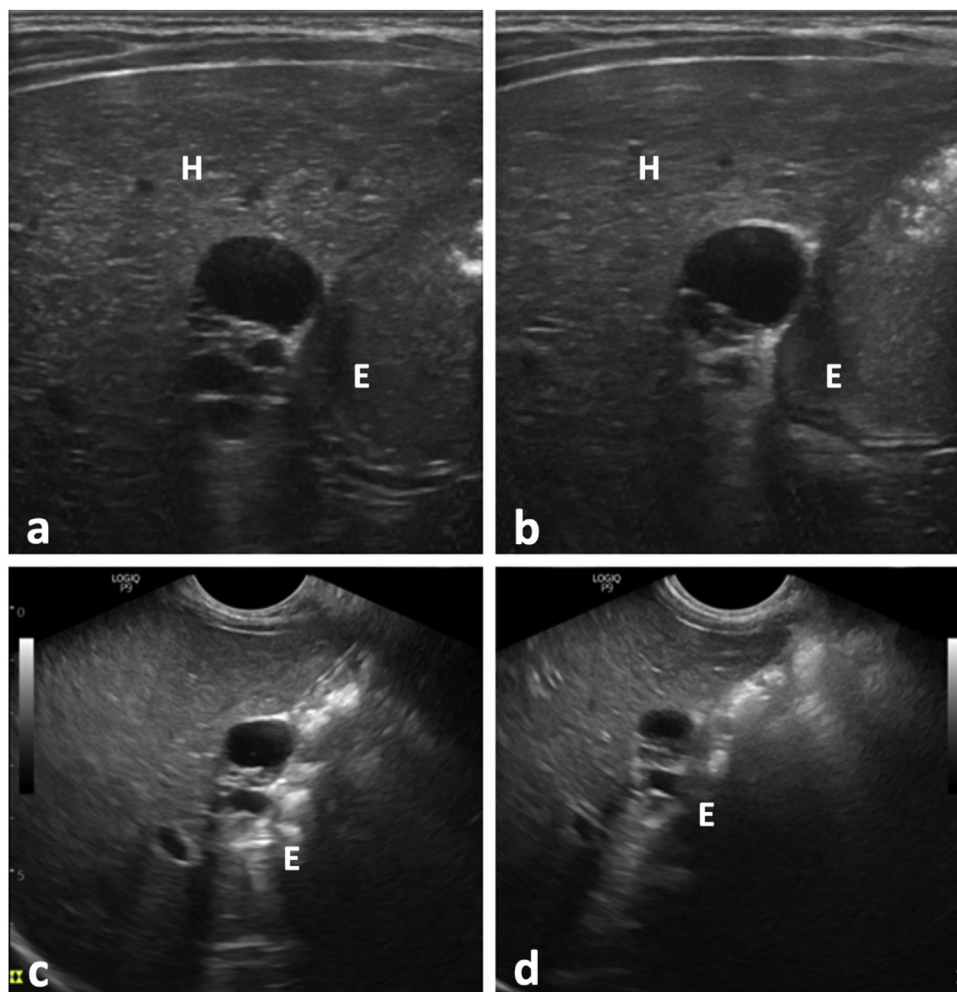


Figura 2 a) Corte longitudinal a nivel de hipocondrio derecho con sonda lineal de alta frecuencia: visión antero-posterior de la VBM, en íntimo contacto con el antro gástrico (E). b) Corte similar al anterior, algo más oblicuo: visión transversal de la VBM. c) Corte similar a los previos con sonda microconvex: visión antero-posterior de la VBM. d) Corte transversal con sonda microconvex al mismo nivel: visión transversal de la VBM. H: hígado.

Bibliografía

1. Simon M, Tandon BN. Multiseptate gallbladder. A case report. *Radiology*. 1963;80:84–6.
2. Haslam RH, Gayler BW, Ebert PA. Multiseptate gallbladder. A cause of recurrent abdominal pain in childhood. *Am J Child*. 1966;112:600–3.
3. Wanaguru D, Jiwane A, Day AS, Adams S. Multiseptate gallbladder in an asymptomatic child. *Case Rep Gastrointest Med*. 2011;2011:470658.
4. Hsieh YM, Hsieh YL, Wang NL, Wu PS, Weng SC. Multiseptate gallbladder: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100:e27992.
5. Oyachi N, Numano F, Koizumi K, Takano A, Shibusawa H. Multiseptate gallbladder coexisting with pancreaticobiliary maljunction treated by laparoscopic cholecystectomy: report of a pediatric case. *Surg Case Rep*. 2022;8:16.
6. Yamamoto T, Matsumoto J, Hashiguchi S, Yamaguchi A, Sakoda K, Taki C. Multiseptate gallbladder with anomalous pancreaticobiliary ductal union: a case report. *World J Gastroenterol*. 2005;11:6066–8.