

Título: VESÍCULA BILIAR ECTÓPICA COMO HALLAZGO NECRÓPSICO

Tipo de caso: Caso clínico

Autores:

Yaillet María Almarales Milpt. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica y Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email yaillet.cmw@infomed.sld.cu

Sindelys Marrero Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email sindelys.cmw@infomed.sld.cu

Yudelky Almeida Esquivel. Especialista de Segundo Grado en Anatomía Patológica. Profesor Instructor. Investigador Agregado. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba. Email yudelky.cmw@infomed.sld.cu

Descripción del caso

Paciente blanco, masculino de 75 años de edad, jubilado, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial tratada con hidroclorotiazida (25 mg) 1 tableta/día y enalapril (20 mg) 2 tabletas/día. Antecedentes patológicos familiares: madre (fallecida) hipertensión arterial; padre (fallecido): hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. Acude por presentar falta de aire a grandes esfuerzos, malestar general, decaimiento, y nota una coloración amarillenta de la piel que sus familiares refieren se ha incrementado. En el interrogatorio además se recoge el antecedente de ingreso hospitalario reciente por infección respiratoria positiva a COVID-19.

Al examen físico: tinte icterico en esclera y piel; tejido celular subcutáneo no infiltrado. Aparato respiratorio con murmullo vesicular disminuido a predominio de campo pulmonar derecho, se auscultan estertores crepitantes bibasales, frecuencia respiratoria 23 por minuto. Aparato cardiovascular con ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad, no se auscultan soplos, frecuencia cardíaca 103 latidos por minuto, tensión arterial: 110/70 mmHg. Abdomen, depresible, ligeramente doloroso a la palpación a predominio de hipocondrio derecho, discreta hepatomegalia palpable. Ruidos hidroaéreos audibles y normales. Sistema Nervioso Central sensorio libre.

Los complementarios realizados arrojan leucocitosis a predominio de polimorfonucleares neutrófilos, eritrosedimentación acelerada, así como cifras elevadas de colesterol, triglicéridos y bilirrubina total. Se realiza ultrasonografía abdominal que informa hígado ligeramente aumentado de tamaño con discreta dilatación de conductos biliares intrahepáticos, no se puede visualizar colédoco. No visualización de vesícula biliar. Rayos x de tórax pósteroanterior muestra radiopacidad a nivel de base derecha y moteado difuso con patrón intersticial.

Se sospecha clínicamente una bronconeumonía de probable etiología viral como complicación del cuadro respiratorio por COVID-19, además de un íctero obstructivo en espera de otros estudios imagenológicos, los cuales se aplazaron por la evolución tórpida del paciente, con mala mecánica ventilatoria, hipotensión y taquicardia. Aumenta también el dolor abdominal, el cual comienza a presentarse en barra, con discreta reacción peritoneal. A pesar de varias medidas propeutéicas aplicadas, el paciente continúa con empeoramiento de su cuadro clínico, con gradiente térmico

distal y requiere ventilación mecánica asistida, con pronóstico desfavorable. Cae en parada cardiorrespiratoria, no responde a maniobras de reanimación y lo declaran fallecido.

Se solicita estudio necrópsico donde se constata una sepsis generalizada a punta de partida de la infección respiratoria postcovid, con bronconeumonía severa bilateral de etiología viral, asociada a bulas enfisematosas subpleurales, atelectasia bibasal y tromboembolismo pulmonar de ramas gruesas y medias como causa directa de muerte. Entre otros hallazgos se encontró vesícula biliar ectópica de localización intrahepática (figura), parcialmente colapsada, con múltiples litiasis y barro biliar, así como litiasis de mediano tamaño que ocupa ampolla de Vater, lo cual constituye la causa del íctero obstructivo y la agudización del cuadro doloroso abdominal.

Comentario del especialista

Embriológicamente el hígado, la vesícula biliar y las vías biliares se originan de un divertículo procedente de la porción caudal del intestino anterior al principio de la cuarta semana de desarrollo embrionario.^{1,2}

Las anomalías congénitas de la vesícula biliar pueden clasificarse en alteraciones de localización, número o del desarrollo. La ectopia vesicular es una anomalía del desarrollo que impide que la vesícula biliar se mueva desde su posición intrahepática en el segundo mes de gestación hasta su localización superficial normal.^{2,3}

La vesícula biliar ectópica tiene una incidencia de 0,1-0,7% siendo con mayor frecuencia la localización intrahepática, en el lóbulo derecho, como en el caso presentado. Otras posibles localizaciones son por debajo del lóbulo hepático izquierdo y a la izquierda del ligamento redondo, en posición transversa, intrahepática, retrohepática, retroperitoneal, flotante, suprahepática, en el omento menor, retroduodenal, en el ligamento falciforme, en los músculos de la pared abdominal e incluso en el tórax.^{3,4}

La ectopia vesicular puede provocar una interpretación errónea de las imágenes radiológicas, especialmente cuando está colapsada o no está completamente distendida. Además la importancia de su diagnóstico reside de la vesícula biliar ectópica reside en que presenta una función alterada porque no se vacía completamente lo cual resulta en la formación de cálculos biliares debido al estasis que pueden provocar litiasis obstructivas de vías biliares, como el caso presentado.^{4,5}

Los estudios de imagen como la tomografía computarizada o la ultrasonografía en muchos casos logran el diagnóstico de esta anomalía, sin embargo en el caso presentado por encontrarse de localización intrahepática y parcialmente colapsada no se logró su visualización en el ultrasonido y por la evolución tórpida del paciente otros estudios imagenológicos no se lograron realizar, constituyendo la necropsia el estudio definitivo que logra diagnosticar la ectopia vesicular en este caso, y correlacionarla con la clínica del paciente. Actualmente con el desarrollo de los estudios de imagen la necropsia diagnóstica estos casos con una incidencia inferior al 5%.⁴

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica algunos autores solo la recomiendan en los casos en los cuales se tenga certeza de la presencia de litiasis en vías biliares con fines terapéuticos, debido a sus complicaciones, y otros autores le otorgan a la colangiopancreatografía transoperatoria como gold standart.⁵

La colecistectomía laparoscópica es la técnica quirúrgica de elección en la vesícula biliar intrahepática. En los casos de vesícula biliar ectópica asintomática muchos autores consideran que no es necesaria la colecistectomía aunque sí se debe realizar un reporte detallado del tipo de

ectopia, para poder realizar un diagnóstico diferencial adecuado en casos de dolor abdominal o una correcta planificación quirúrgica en caso de que el paciente precisara una colecistectomía. Otros autores con los cuales concordamos, consideran que toda vesícula biliar ectópica debe ser extirpada para evitar posibles complicaciones.^{4,5}

Las litiasis en la ampolla de Vater sin el tratamiento adecuado pueden resultar en una alta tasa de mortalidad.⁶ Las complicaciones respiratorias de este paciente imposibilitaron el manejo quirúrgico que en su caso requeriría una colecistectomía y posible papilotomía para extraer el cálculo impactado en la ampolla de Vater.

Referencias bibliográficas

- 1- López Milhet Ana Bertha, Hernández Gutiérrez José Manuel, Roque González Rosalba, Nodal Ortega Josefina, Pernia González Liliana. Vesícula biliar aberrante. Rev Cubana Cir [Internet]. 2012 Mar [citado 2023 Sep 30] ; 51(1): 79-83. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932012000100010&lng=es.
- 2- Bizueto-Rosas Héctor, Hernández-Altamirano Iván, Pérez-Reyna Juan de Dios, Romero-López Marco Antonio, Cruz-Sánchez Norma, Oropeza-Adame Daniela. Vesícula biliar retrohepática hipotrófica, intrahepática, hepático derecho accesorio aberrante. Reporte de caso y revisión de la literatura. Cir. gen [revista en la Internet]. 2016 Dic [citado 2023 Sep 30] ; 38(4): 207-212. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992016000400207&lng=es. Epub 16-Abr-2020.
- 3- Alonso Soto, Manuel Ismael Ascarza-Huando. Pancreatitis biliar recurrente asociada a vesícula biliar de localización anómala y comunicación interauricular. Rev. Fac. Med. Hum. Julio 2019; 19(3):101-105. DOI 10.25176/RFMH.v19i3.2154. Disponible en: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>
- 4- López Saro S, Ruiz Pardo J, Martín Cano J, Sánchez Fuentes PA, Vidaña Márquez E, Reina Duarte Á. Vesícula biliar subdiafragmática anterolateral hepática derecha: un nuevo tipo de ectopia vesicular. Cir Andal. 2022;33(3):386-387.DOI: 10.37351/2021333.15
- 5- Pérez O Juan C, Haito Ch Yamile, Rodríguez V Francisco. VESÍCULA BILIAR INTRAHEPÁTICA: ABORDAJE INTRAPARENQUIMATOSO. Rev Chil Cir [Internet]. 2015 Ago [citado 2023 Oct 02] ; 67(4): 350-351. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000400002>.
- 6- Hokama, A. Paso espontáneo de un cálculo biliar impactado en la ampolla de Vater: signo de «poniendo un huevo». Revista de Gastroenterología de México [Internet]. 2022;87(3):384-385. DOI: 10.1016/j.rgmx.2022.06.001. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-paso-espontaneo-un-calculo-biliar-articulo-S0375090622001057>