



12°
CONGRESO
DE LA
ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

EN VESÍCULA BILIAR IZQUIERDA.

Rosental Sebastian , Jorge Alberto Roldán García , Carmen Judith Roca Vásquez , Irving Hugo Aguilar Preciado, Eduardo Pérez Torres, Oscar Chapa Azuela

Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”.



CIRUGIA HEPATOPANCREATOBILIAR
HOSPITAL GENERAL de MÉXICO

INTRODUCCIÓN

La vesícula biliar del lado izquierdo (LSG) es una variación anatómica poco común, descrita por primera vez por Hochstetter en 1886. Beck ha descrito dos tipos de malposición de la vesícula biliar en ausencia de Situs inversus: la medioposición de la vesícula biliar y la sinistroposición (transposición). En sinistroposición, la vesícula biliar se encuentra debajo del lóbulo izquierdo (generalmente segmento III) a la izquierda del ligamento. La vesícula biliar del lado izquierdo o sinistroposición, es un hallazgo intraoperatorio. La prevalencia es del 0,04 - 1,1% . En la literatura se han reportado 252 casos, con una incidencia del 7% de lesión de las vías biliares. Más del 80% de las vesículas biliares izquierdas se identifican por primera vez durante la cirugía; siendo de suma importancia ante este hallazgo contar con elementos de seguridad para realizar el procedimiento.

CASO CLÍNICO

Femenino de 32 años + embarazo de 30 SDG.

Inició su padecimiento con dolor en abdomen superior compatible con pancreatitis aguda. Se realizan los siguientes estudios.

Laboratorios: Hiperamilasemia, hiperlipasemia, leucocitosis, hiperbilirrubinemia a expensas de directa y elevación de urea y creatinina.

USG de hígado y vías biliares: vesícula biliar de 10 x 6 cm, múltiples litos en su interior, paredes engrosadas. Colédoco de 10 mm, sin evidencia de sitios de obstrucción. Vena porta 7 mm.

CASO CLÍNICO

IDX: Pancreatitis moderadamente severa secundaria a falla cardiovascular y renal de origen biliar + embarazo de 30 SDG. Una vez remitidas las fallas, se realiza colecistectomía laparoscópica con los siguientes hallazgos: vesícula biliar Parkland 5, Nassar IV. Se observa vesícula biliar izquierda, por debajo y a la izquierda del ligamento falciforme, con placa hepatocística en segmento III del lecho hepático. Vesícula biliar de 7 x 6 x 4 cm, con datos macroscópicos de agudización, arteria cística de 3 x 4 mm, conducto cístico de 10 x 10 mm.

Producto sin alteraciones durante el perioperatorio.

Es dada de alta sin complicaciones a las 48 horas de postquirúrgico.

Paciente la cual mantiene seguimiento con ginecología y obstetricia, parto sin alteraciones a las 40 SDG.

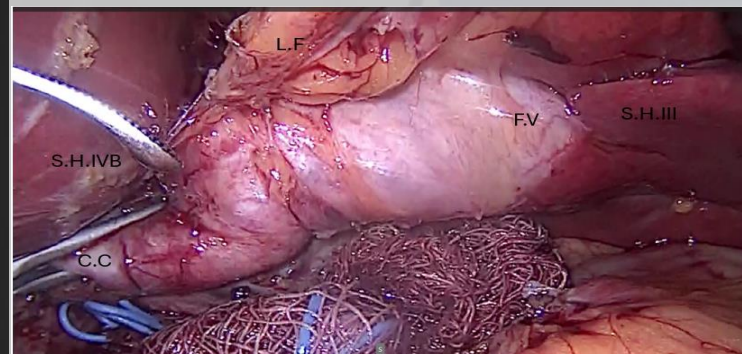
Estrategias de seguridad:

1. Colocación de otro puerto laparoscópico, colocado en flanco izquierdo, en la línea medio clavicular de ese lado.
2. Disección de la vesícula de manera retrógrada.
3. Al encontrarse fusionada la pared posterior con el ligamento falciforme se realiza colecistectomía subtotal, dejando un centímetro de pared posterior.
4. Se encuentra conducto cístico dilatado, el cual por sus medidas se trata con puntos intracorpóreos para cierre.
5. Se deja drenaje.

Enlace a video de la cirugía:



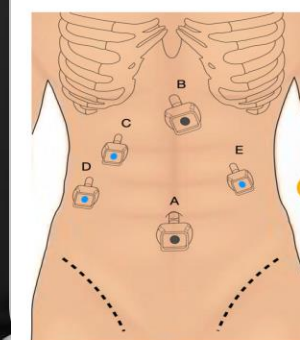
MATERIAL Y MÉTODOS



F.V: Fondo vesicular. C.C: Conducto cístico. S.H.III: Segmento hepático III
S.H.IVB: Segmento hepático IVB. L.F: Ligamento falciforme.

MATERIAL Y MÉTODOS

Colocación de puertos



Colecistectomía laparoscópica

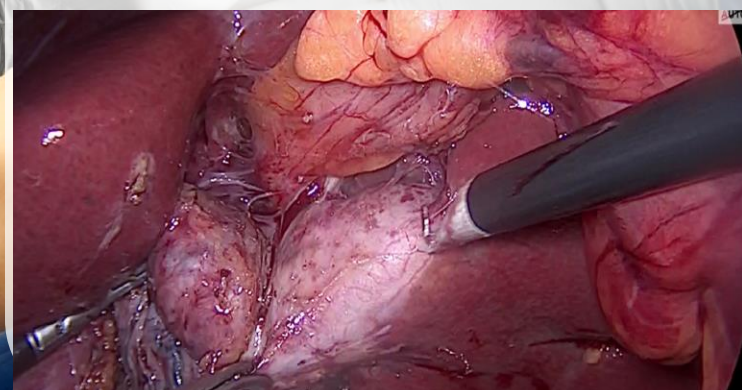
Puerto de 10 mm (A, B)

Puerto de 5 mm (C, D, E)

A Lente de 30°

S Cirujano

MATERIAL Y MÉTODOS



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La vesícula biliar localizada en el lado izquierdo representa un reto debido a que rara vez se puede realizar el diagnóstico de manera preoperatoria.

Consideramos que el uso de diversas estrategias para mejorar la visualización, exposición, así como disección de la vesícula, y su aproximación hacia las estructuras del triángulo de Callot permiten completar la cirugía de manera segura, con un bajo riesgo de complicaciones.

Considerando que durante el transquirúrgico se obtuvo una adecuada visualización de las estructuras anatómicas, no se consideró la necesidad de conversión.

En este caso la evolución tanto de la paciente como del producto fue favorable.

REFERENCIAS

- Roli I, Colli F, Mullineris B, Esposito S, Piccoli M. Left sided gallbladder: A case report during laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. International Journal of Surgery Case Reports. 2020;77. doi:10.1016/j.ijscr.2020.10.046
- Idu M, Jakimowicz J, Iuppa A, Cuschieri A. Hepatobiliary anatomy in patients with transposition of the gallbladder: Implications for safe laparoscopic cholecystectomy. British Journal of Surgery. 1996 Oct;83(10):1442–3. doi:10.1002/bjs.1800831037
- Nachiappan M, Thota RK, Gadiyaram S. Leftsided Gallbladder: An Intraoperative Surprise during Laparoscopic Cholecystectomy. World J Lap Surg 2022;15(3):258–259
- Wong LS, Rusby J, Ismail T. Left-sided gall bladder: A Diagnostic and surgical challenge. ANZ Journal of Surgery. 2001 Sept;71(9):557–8. doi:10.1046/j.1440-1622.2001.02195.x