

## DIVERTICULOS DE LA VESICULA BILIAR\*

Mesías Arias Segovia (\*\*)

El hallazgo de los verdaderos divertículos vesiculares es poco frecuente, por lo que son considerados por muchos como raros (1,2,6, 7,9,15,25). Se ha sostenido que es una excepcional anomalía biliar (19). Mac Carty en un estudio de 29,710 vesículas extirpadas encontró solamente 25 casos (4). Sin embargo, hay autores que afirman la existencia de un mayor número de divertículos que no son visualizados en las radiografías por deficiencia en su relleno (2), o porque las pequeñas cavidades se encuentran ocupadas por detritus celulares, bilis, colestera (14,15,25).

Culver (5), dice, que cualquier colecistografía que muestre una vesícula con estrechamiento sería sospechosa de albergar senos de Rokitsky Aschoff que, de acuerdo a ciertas opiniones, serían el punto de partida de los divertículos. Este mismo autor menciona los requisitos señalados por Akerlund y Rudhe para la visualización radiográfica de los divertículos y que son los siguientes:

- a) La vesícula debe estar llena de sustancia de contraste con buena concentración del mismo.
- b) El divertículo debe ser suficientemente grande y con contenido a tensión.
- c) No debe estar ocupado por apreciable cantidad de componentes biliares.

---

\* Presentado para publicación el 3 de noviembre de 1964.

\*\* Jefe Instructor, Asignatura de Semiología y Clínica Médica, Hospital Loayza,

## ETIOPATOGENIA

Existen controversias en señalar el origen de los divertículos vesiculares. Muchos le atribuyen un origen congénito (1,9,11,13,15,19,26) Mediante esta hipótesis se explica, incluso, la localización del divertículo; así, los situados en el cuello tendrían su origen en la persistencia de los conductos cistohepáticos fetales. En el desarrollo embriológico numerosos conductos hepáticos descargan en el cístico (20). La persistencia de estas formaciones fue demostrada por Eisendrath (10) al encontrar en un caso la existencia de conductos cistohepáticos abiertos directamente dentro de la vesícula.

Aquellos situados en el fondo vesicular serían por la constricción ejercida por bridas de origen fetal (9). Para Gross (11) es difícil explicar el origen de los divertículos de esta localización, sin embargo, se cree que serían debido a una insuficiente vacuolización o resolución incompleta del estado sólido de la vesícula, fase por la que atraviesa en su estado embriológico (11,26).

Otros piensan que los divertículos se forman por aumento de la presión dentro de la vesícula (1,6,7,9,18,21). Esta afirmación es rechazada por Hernández Girón (13), Arias Vallejo (2) y Montalván (16).

La pared vesicular está formada por tres capas: mucosa, muscular y adventicia serosa, no existe muscularis mucosae (3,12), por esta razón también se acepta que la mucosa vesicular sufre invaginaciones a través de una pared congénitamente débil (9) o a través de la solución de continuidad producida por los vasos en su penetración (7) dando lugar a formaciones pseudoglandulares (22) ya que en la vesícula no existen verdaderas glándulas, excepción hecha de la región del cuello (8). Por otra parte señalan como causa agregada, el proceso inflamatorio generalmente a repetición (4). La inflamación asociada a la debilidad de la pared favorecería la formación de los divertículos (18, 21), más aún si va unida al aumento de la presión intravesicular, muchas veces por alteraciones hipertónicas del esfínter de Oddi, (24).

Se dice igualmente que los divertículos procederían de los senos de Rokitansky Aschoff (9,15,13), prueba de ello, Monaco Gasso considera como verdaderos divertículos a los originados en los senos mencionados.

Sherwood (27) encuentra en una revisión de unos 17 casos informados que 11 presentaban estrechamientos en diferentes partes de la vesícula, por esta razón, este autor trata de establecer una relación entre el estrechamiento y la presión aumentada en la porción distal e indica

la posibilidad de que esta anomalía constituye un factor de la infección crónica, punto de origen del divertículo. Igualmente Ross (24) considera el estrechamiento de la luz de la vesícula como factor determinante del aumento de la presión dentro de ella y secundariamente la dilatación de los senos de Rokitansky Aschoff.

Por su parte Hernández Girón (13) hace conocer la opinión de algunos autores que han observado la intervención del factor constitucional en la aparición de los divertículos, según sus propugnadores, hay coexistencia con ptosis viscerales y ciertas tendencias a la hipoplasia del tejido de sostén.

Por otro lado hay quienes consideran a los divertículos como verdaderos y pseudodivertículos, es decir, congénitos y adquiridos respectivamente.

Los adquiridos, según Arcomano (1), pueden formarse, además, por tracción debido a las adherencias pericolecísticas, pudiendo, radiográficamente, diferenciarse de los verdaderos después de la comida grasa, pues, aquellos no se contraen por la tracción mecánica, siendo mejor visualizados.

## SINTOMATOLOGIA

No presenta un cuadro clínico propio (9). Algunos divertículos no dan sintomatología (15), en cambio otros tienen síntomas similares a cualquier colecistopatía (7). Hay autores que describen el cuadro como crisis paroxísticas sobre un fondo de dolores continuos pero de escasa intensidad, acompañado de dispepsias, vómitos, febrículas (29). Otras veces la sintomatología ya depende de las complicaciones como la litiasis, diverticulitis, perforaciones (2). Para Moore (17), la presencia de los divertículos evidencian enfermedades crónicas de la vesícula. Sutton (22) considera las diverticulosis como sinónimos de colecistitis crónicas.

Por todo lo señalado, es imposible hacer el diagnóstico clínico confundiendo en su presentación con cualquiera de las colecistopatías conocidas.

Enseguida relatamos la historia clínica de la enferma.

J. B. H. de 23 años de edad, mestiza, casada, natural de la Provincia de Grau, procedente de Lima. Inicia su enfermedad hace aproximadamente 8 días, a pocas horas después de la ingestión de carne de choncho, con escalofríos, sensación de alza térmica, y dolor tipo constrictivo intenso, localizado en el hipocóndrio derecho, con irradiación a las regiones mamarias y lumbar del mismo

laço, que mejoraba solo con antiespasmódicos, persistiendo hasta su ingreso. Concomitantemente náuseas y vómitos biliosos de 5 a 6 veces por día, igualmente diarreas en número de 3 a 4 veces que desaparecieron a los dos días del inicio de la enfermedad. Apetito disminuído, sed aumentada, orinas con aspecto de té cargado. Sueño interrumpido por el dolor. Peso refiere haber disminuído ignorando la cuantía.

Antecedentes Familiares: Sin importancia.

Antecedentes Personales:

Generales: Alimentación aparentemente balanceada.

Fisiológicos: Embarazos 3, de evolución, parto y puerperios normales.

Patológicos: A los 16 años, bronquitis aguda. Desde los 18 años crisis convulsivas originadas por tensiones emocionales. Desde la misma edad várices en miembros inferiores.

#### Examen General:

Paciente en buen estado general, lúcida. Tipo constitucional pícnico.

Buen estado de nutrición. Piel caliente húmeda y elástica, se aprecian dilataciones venosas en miembros inferiores. Tejido celular subcutáneo bien distribuído.

#### Examen Regional:

Cabeza: Ojos, conjuntivas palpebrales pálidas. Amígdalas crípticas.

Cuello: Tiroides se palpa aumentado de volumen a predominio del lóbulo derecho.

Tórax: Aparato respiratorio y cardiovascular, clínicamente normales.

Abdomen: Dolor en fosa iliaca izquierda, Maniobra de Murphy positivo.

Puntos uretales superiores dolorosos.

#### Exámenes Auxiliares:

Hemograma: Hb, 10.80 Gr. hematias 3.800.00 Leucocitos 5,100, Linfocitos 32, monocitos 5, eosinófilos 1, basófilos 0, abastoados 0, segmentados 62, neutrófilos 62%, hematocrito 36.

Tiempo de coagulación: 5 minutos 30 segundos. Tiempo de sangría 1 minuto 30 segundos. Velocidad de Sedimentación 36 mm. a la hora. Serológicas negativas. Orina: aspecto turbio, densidad 1,010, reacción ácida, albúmina vestigios, urobilina 3. Examen microscópico: piocitos y células epiteliales abundantes. Radiografía de Tórax: normal. Exámen Ginecológico: cervicitis crónica y leucorrea. Captación de I-131, 46% a las 24 horas. Informe otorrinolaringológico: amigdalitis crónica quística. Pruebas hepáticas: Van den Berg: negativo. Cefalina —colesterol 2; timolfloculación 1; Timol turbidez 2.4; Sulfato de Zinc turbidez 7.3 Fosfatasa alcalina 4.5 Unidades Bodansky. Proteínas totales 5.8; albúminas 3.10, globulinas 2.70. Reacción Alb. Glob. 1.14

Gamma— Globulinas: 0.90; glucosa: 0.94 mgrs. % Urea: 27 mgrs. % Creatinina: 0.9 Aglutinaciones negativas: Urocultivo: Paracolon Coliformes. Heces no se encontró parásitos. Electrocardiograma normal. Colecistografía: Ve-



Fig. 1.—Vesícula que concentra bien y que presenta en su fondo un pequeño divertículo de forma redondeada y bordes regulares.

sícula Biliar que concentra y contrae satisfactoriamente, presenta en su fondo un pequeño divertículo: Fig. 1 y 2.

La paciente permaneció en el servicio 38 días. No fué operada, salió de alta asintomática.



Fig. 2.—Buena contracción después de la comida grasa y persistencia del divertículo.

### RESUMEN

En conclusión, como se puede apreciar, los verdaderos divertículos de la vesícula biliar son poco frecuentes e indudablemente de origen congénito.

El diagnóstico es exclusivamente radiográfico o anatómo-patológico. Por su rareza, clínicamente casi nunca se menciona.

La sintomatología, cuando se hace evidente como hemos visto en este caso, es similar a un proceso vesicular cualquiera.

## BIBLIOGRAFIA

1. Arcomano J.P. Barnet. Diverticulum of the Gallbladder A. Three Cases and a Review of the Literature. *Amer J. Dig. Des* 4: 556-561 1959.
2. Arias Vallejo E.; Alberdi Frias J. M. Divertículos de la vesícula biliar *Rev. Esp. de Enferm. del Apar. Dig. y Nutri.* 18: 198-202, 1959.
3. Bailey Frederick R, *Histología*. Décimo cuarta Edición. López Libros Editores S. R. L. Buenos Aires 1960.
4. Bockus Henry L. *Diagnosis and Treatment of Disorders of the Liver, Gallbladder, Biliary Tract and Pancreas. Intestinal Parasites and Secondary Gastro-intestinal Disorders. Gastro-enterology Volumen III* pág. 460, 1949.
5. Culver G. Berens. The Relationship of Stenosis to Rokitansky Aschoff Sinuses of the Gallbladder. *Am. J. Roentgenol Rad Theraphy Nuclear Med.* 77: 47-54 1957.
6. D'Alotto Victorino. Intramural Diverticulosis of Gallbladder. *Med. Radiogr. and Photogr.* 34: 51-52 1958.
7. De Arzua Zulaica. Diverticulosis of the Gallbladder. *Rev. Clin. Esp* 81: 411-417 1961.
8. Di Fiore Mariano S. H. *Diagnóstico Histológico Tomo I Cuarta Edición* Editorial "El Ateneo" Buenos Aires 1956.
9. Dominguez Rodiño E. Dominguez D'Adame. Diverticula of the Gallbladder *Rev. Clin. Esp.* 85: 130-134 1962.
10. Eisendrath D. N. Anomalies of the Bile Ducts and Blood Vessels *J. A. M. A.* 71: 864 (citado por Gross). 1918.
11. Gross Robert E. Congenital Anomalies of the Gallbladder. A Review of one hundred and forty-eight cases, with Report of a Double Gallbladder. *Arch Surg* 32: 131-157 1936.
12. Ham Arthur Worth. *Tratado de Histología*. Tercera Edición. Editorial Interamericana, Méjico 1961.
13. Hernández Girón. Diverticulosis of the Gallbladder. *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.* 19: 1334-8 1960.
14. Kamdar K. N. Diverticulitis of Gallbladder; Visualization of Rokitansky-Aschoff Sinuses of the Gallbladder. *Brit. J. Radiol* 28: 45-49 1955.
15. Monaco Gasso. Diverticulosis de la Vesícula Biliar. *Rev. Esp. de Enferm. del Apar. Dig. y Nutri* 18: 204-209 1959.
16. Montalvan C. M. Diverticulo de la Vesícula Biliar. *Rev. Esp. Enferm. Apar. Dig.* 21: 1250-1252 1962.
17. Moore. Diverticula of the Gallbladder. *Am J. Roentgenol Rad. Theraphy Nuclear Med.* 75: 360-365 1956
18. Olcese E. O. De Onandia A. B. Intraparietal Diverticulosis of the Gallbladder. Review and Considerations on 9 recent cases. *Rev. Asoc. Med. Argent.* 75: 419-422 1961.
19. Pataro V. Casal M. Diverticula of the Gallbladder. *Rev. Bras Gastroent* 13: 77-80 1961.

20. Patten B. M. *Embriología Humana, Segunda Edición*. Editorial "El Ateneo" Buenos Aires 1958.
21. Rizk W. S. Diverticulosis of the Gallblader. Rokitansky-Aschoff Sinuses and Calculi Demonstrated Roentgenographically. *A.M.A. Arch Surg* 73: 775-779 1956.
22. Robertson H. E. and Ferguson W. J. Diverticula (Luschka's crypts of Gallbladder) *Arch. Path* 40: 312-333 1945.
23. Robinson B. W. and Peters J.J. Roentgen Visualization of Rokitansky-Aschoff Sinuses *Am. J. Roentgenol* 73: 215 1955.
24. Ross W. D. Fingy N. and Evans S.A. Intramural Diverticulosis of the Gallblader (Rokitansky-Aschoff Sinuses). *Radiology* 64: 366 1955.
25. Rukstinat G. Diverticulum of the Gallbladder. A Report of Three Cases. *Arch Path* 22: 336 1936.
26. Sherlock Sheila. *Enfermedades del Hígado y de las Vías Biliares*. Editorial Vergara Buenos Aires 1956.
27. Sherwood C. E. Chronic Cholecystitis and Intramural Diverticulosis of the Gallbladder. Rokitansky-Aschoff Sinuses. *Gastroenterology* 30: 310-314 1956.
28. Sutton David. Intramural Diverticulosis of the Gallbladder Shown by Radiography with a case Report. *Brit. J. Radiol* 28: 264 1955.
29. Voticon J. *Acta Gastroenter. Belg.* 5: 449, 1956 (Citado por De Arzua).