

CÓLICO BILIAR PERSISTENTE ALITIÁSICO - ACODAMIENTO VESICULAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

CARLOS DE JESÚS BETANCES¹ 

ROSA BARRETO M.²

JESSIBETH RODRÍGUEZ G.³

YENIFER RIVAS M.²

JONATHAN MATA⁴

PERSISTENT ACALCULOUS BILIARY COLIC - GALLBLADDER FLEXION - A CASE REPORT

RESUMEN

Dentro de las principales patologías benignas que ocasionan una disfunción anatómica y fisiológica de la vesícula biliar, se encuentra el acodamiento vesicular o "vesícula en gorro frigio", que se define como una anomalía anatómica que provoca una flexura de una de las porciones de la vesícula, que puede condicionar una disminución de la luz del órgano, comprometiendo el adecuado vaciamiento del contenido, que puede condicionar a la formación de cálculos, colecistitis e incluso compromiso vascular. Esta patología suele ser asintomática, siendo un hallazgo incidental intraoperatorio o a la realización de un estudio imagenológico. Sin embargo, puede tener presentación sintomática y cursar con: cólico biliar, náuseas, vómitos y fiebre. En este escrito se reporta el caso de una paciente de 16 años, la cual acude en repetidas ocasiones por emergencia presentado episodios de dolor abdominal, sin una etiología documentada, con estudios de imagen sin alteración. Acude en esta ocasión presentado cuadro clínico, que impresiona cólico biliar, se realiza ecografía abdominal donde se confirma impresión diagnóstica, al evidenciarse acodamiento vesicular sin presencia de litos. Paciente se llevó a mesa operatoria donde se realizó la colecistectomía convencional, resolviendo de forma satisfactoria la patología.

Palabras clave: Vesícula acodada, gorro frigio, cólico biliar

ABSTRACT

Among the main benign pathologies that cause anatomical and physiological dysfunction of the gallbladder is gallbladder kinking, also known as "Phrygian cap gallbladder." This is defined as an anatomical anomaly that causes a flexure of one of the gallbladder's portions, which can lead to a narrowing of the organ's lumen, compromising the proper emptying of its contents. This can result in the formation of gallstones, cholecystitis, and even vascular compromise. This pathology is usually asymptomatic, being an incidental finding during surgery or imaging studies. However, it can present with symptoms such as biliary colic, nausea, vomiting, and fever. This report describes the case of a 16-year-old female patient who presented repeatedly to the emergency department with episodes of abdominal pain without a documented etiology, and with normal imaging studies. The patient presented with a clinical picture suggestive of biliary colic. An abdominal ultrasound was performed, confirming the diagnosis by revealing gallbladder kinking without the presence of gallstones. The patient underwent surgery, where a conventional cholecystectomy was performed, successfully resolving the condition.

Key words: Kinked gallbladder, Phrygian cap, biliary colic

1. Residente de 3er año de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela. Correo-e: carlosdj1@gmail.com
2. Adjunto del servicio de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela.
3. Residente de 2º año de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela.
4. Residente de 1º año de cirugía general – Hospital Dr. Rafael Medina Jiménez. Vargas, Venezuela.

Recepción: 06/03/2026
Aprobación: 06/04/2026
DOI: [10.48104/RVC.2026.79.1.16](https://doi.org/10.48104/RVC.2026.79.1.16)
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

Los conductos biliares y la vesícula biliar al igual que el hígado se originan a partir de una evaginación ventral de la porción caudal del intestino anterior alrededor de la cuarta semana de desarrollo embrionario. ¹ Específicamente, el divertículo hepático se divide en una yema craneal (pars hepática) y una yema caudal (pars cystica), esta última, se divide a su vez en yemas inferior y superior. Es la yema superior la que finalmente se desarrolla en la vesícula biliar. Inicialmente, la vesícula biliar es hueca, pero se llena de células endodérmicas antes de sufrir posteriormente la recanalización. ² El denominado divertículo o esbozo hepático, que son cordones de células de rápida proliferación, los que se introducen en el septum transversum, a medida esto ocurre, la comunicación entre el divertículo hepático y el intestino anterior (duodeno) disminuye de calibre y se forma el colédoco, por tanto el esbozo se divide en dos porciones una craneal que dará origen al hígado y otra caudal que corresponderá a la vesícula biliar y el conducto cístico que al unirse al conducto hepático conforman el colédoco. ¹ Durante el desarrollo temprano, la vesícula biliar migra a su posición final en la superficie anteroinferior del hígado, entre los segmentos IV y V. Antes de alcanzar su ubicación definitiva, la vesícula biliar permanece transitoriamente intrahepática. ²

La vía biliar intrahepática inicia en los canales periportales (de Hering), que son conductillos o canalículos limitados por la membrana de los hepatocitos; estos canales se continúan con conductos de calibre progresivamente mayor hasta conformar el conducto hepático derecho. Este drena los segmentos V, VI, VII, VIII y el conducto hepático izquierdo formado por la confluencia de los ductos que corresponden a los segmentos II, III, IV. ¹

La vía biliar extrahepática está conformada por la unión de los conductos hepáticos derecho e izquierdo, a nivel de la base del lóbulo derecho, denominándose conducto hepático común. El trayecto que sigue es hacia abajo en la parte superior del ligamento hepatoduodenal, por delante de la vena porta y a la derecha de la arteria hepática.

Para su adecuada compresión, anatómicamente la vesícula se divide en: fondo, cuerpo, infundíbulo/cuello (Figura 1). Existen distintas variantes anatómicas que son de importancia clínico-quirúrgicas; Vesícula septada: consiste en la separación de la vesícula con dos o más compartimientos intercomunicados separados transversalmente o longitudinalmente por un septum. Vesícula Acodada: doblez o acodadura que se da en algún segmento de la vesícula biliar el cual reduce su calibre (luz); en cuyo caso favorece la aparición de patologías biliares (colecistitis, colelitiasis), dicho hallazgo se realiza a través de la ecografía abdominal (Figura 2). Duplicación o triplicación de la vesícula biliar: ocurre cuando el brote caudal del divertículo hepático se subdivide, se reporta una incidencia de 1 en 4000 autopsias. Embriológicamente éstas se pueden dividir en las duplicaciones y vesículas biliares verdaderos accesorios de acuerdo a si los dos conductos císticos se fusionan o por separado cuando se unen el conducto biliar común. Se distinguen: la vesícula biliar doble

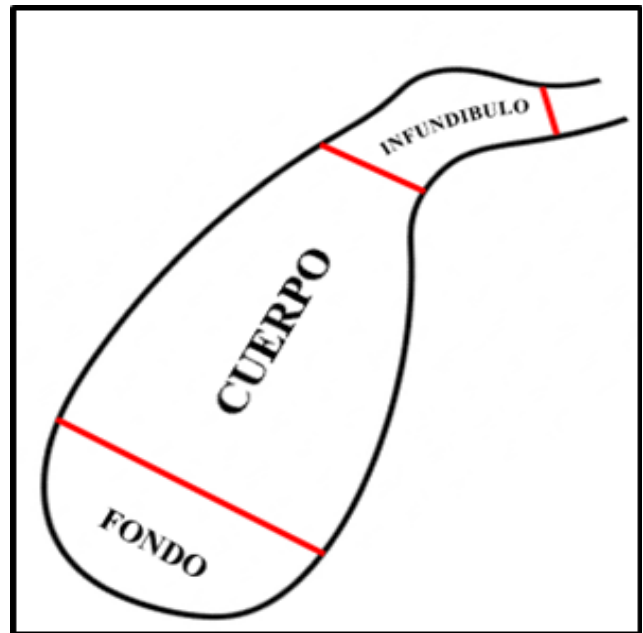


Figura 1. Porciones anatómicas de la vesícula biliar (fondo, cuerpo, infundíbulo / cuello)

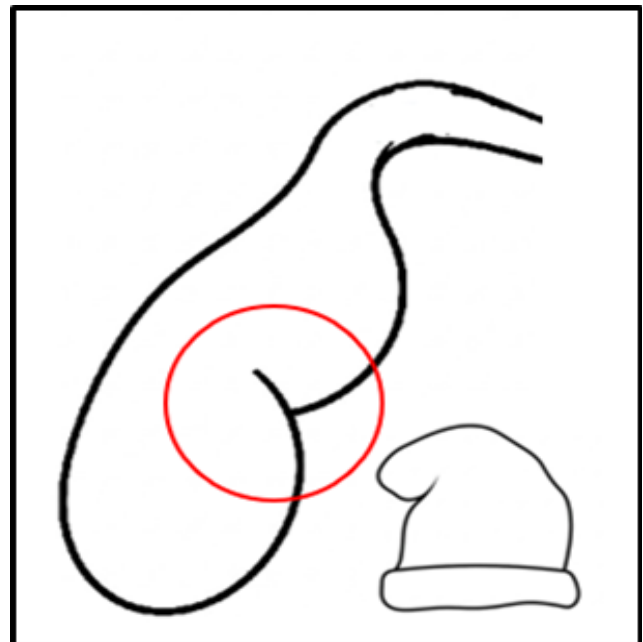


Figura 2. Flexura y acodamiento patológico de la vesícula biliar en forma de "Gorro Frigio"

con un cuello común (vesica divisa) o cuellos separados (vesica fellea dúplex), vesícula biliar diverticular que aparece como un divertículo único o múltiples divertículos de la vesícula biliar. Vesícula biliar móvil: cuando esta tiene un mesenterio corto y ocurre en aproximadamente 4% de la población, lo que puede conllevar a torsión vascular e infarto. Localizaciones aberrantes de la vesícula: son una rara anomalía congénita del sistema

biliar con una frecuencia de 5-10% de la población. Entre estas localizaciones se pueden mencionar su ubicación en el lóbulo izquierdo hepático, una localización intrahepática y otra flotante, por la existencia de un mesenterio largo.¹

Las anomalías congénitas de la vía biliar se dividen en dos grupos: malformaciones de la vesícula biliar y de la vía biliar propiamente dicha. Sus malformaciones congénitas son extremadamente raras, siendo la agenesia de vesícula biliar la más frecuente, con una incidencia de 1 por cada 6.000 recién nacidos vivos. La vesícula en gorro frigio se produce por la presencia de un pliegue entre el fondo y el cuerpo de esta.⁷

Desde que se evaluó una real incidencia de la colecistitis crónica en niños³, aumento la realización de colecistografías para diagnóstico diferencial, en pacientes preescolares y de la segunda infancia, que presentan cuadros de dispepsia o de dolor crónico abdominal repetido, lo que ha permitido encontrar casos en los que no existe litiasis, pero si una vesícula deformada. Los primeros enfermos de esta serie fueron tratados en forma médica, pero a raíz de la severidad de su sintomatología y de su pertinaz recurrencia, por lo que es necesario la realización de colecistectomías en casos realmente justificados, en los cuales no se obtuvo alivio de los síntomas con las medidas dietético-medicamentosas. Es interesante destacar que, a diferencia de la litiasis vesicular, que afecta con mayor frecuencia a la mujer que al hombre (3,5 mujeres x 1 hombre en nuestra estadística en niños), en esta entidad clínica la incidencia es perfectamente igual para ambos sexos.³

Los síntomas y síndromes asociados a las patologías congénitas de la vesícula biliar pueden incluir: Cólico biliar; dolor o malestar intenso que se localiza en epigastrio o hipocondrio derecho, y que suele irradiarse hacia la espalda. Este dolor suele asociarse a náuseas y vómitos, así como a síntomas generales como diaforesis, sensación de mal estado general, mareo, etc. Este cuadro suele aparecer de forma brusca, se mantiene un tiempo determinado (habitualmente entre 30 y 60 minutos) y posteriormente cede.⁵ El cólico biliar puede variar en el tiempo de duración e intensidad del dolor, pudiendo persistir por varias horas y hasta días. En estos casos el dolor no atenúa inicialmente a la administración de antiespasmódicos o AINES, motivo por el cual puede ameritar intervención quirúrgica en los casos de cólico biliar persistente o remitente. Cuando se asocian síntomas de reacción inflamatoria local y sistémica como signos de irritación peritoneal focalizada (maniobra de Murphy positivo), fiebre y leucocitosis entramos en contexto de una colecistitis. En los casos de vesícula acodada pueden evolucionar con colecistitis y en casos de acodamiento pronunciado, vesícula flotante y vesícula ectópica corren el riesgo de girar sobre su propio eje, volviéndose y terminando en isquemia vesicular.

El método diagnóstico de inicio ante la sospecha de patologías de la vesícula biliar con mejor relación costo-beneficio es el ultrasonido abdominal; sin embargo, algunos hallazgos imagenológicos son inespecíficos o limitados por variantes anatómicas lo que dificulta un diagnóstico preciso. La

mayoría de las anomalías de la vesícula biliar se diagnostican incidentalmente durante la colecistectomía o las intervenciones hepatobiliarias. Si bien el diagnóstico preoperatorio es ideal para facilitar la planificación quirúrgica y garantizar la seguridad de las intervenciones, puede ser difícil en pacientes con cólico biliar típico o síntomas inespecíficos. La resonancia magnética con contraste y CPRM (Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética) se considera el método de referencia para el diagnóstico de anomalías de la vesícula biliar. Es especialmente útil en las evaluaciones preoperatorias de la cirugía hepatobiliar, ya que proporciona imágenes de alta resolución de la vesícula biliar, los conductos biliares y la vasculatura asociada.²

Es importante conocer estos hallazgos para establecer un diagnóstico adecuado. Generalmente, los síntomas son inespecíficos y los resultados de la ultrasonografía pueden superponerse creando un desafío diagnóstico y requiriendo la evaluación mediante tomografía computada o resonancia magnética. Un gran número de anomalías congénitas pueden identificarse, afectando su forma, ubicación o número. Con respecto a las anomalías de forma, el "gorro frigio" describe un fondo vesicular plegado. Tiene una incidencia del 4% y normalmente es asintomática.⁴ Esta consiste en un tabique parcial o completo que separa el fondo y el cuerpo de la vesícula, dándole la forma de gorro. En la mayoría de los casos carece de significación clínica, aunque en algunos pacientes se ha visto que favorece el vaciamiento defectuoso del saco inferior y puede originar estasis, inflamación y predisponer a la formación de litiasis.⁶

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión de literatura con textos publicados en distintas revistas indexadas de investigación y ciencias que hablan acerca de las anomalías anatómicas de la vesícula biliar, haciendo énfasis en la vesícula acodada o en "gorro frigio", abarcando los aspectos anatómicos, fisiopatológicos, así como el diagnóstico y el manejo. Además, se reporta nuestra experiencia con un caso de patología biliar alitiásica secundario a acodamiento vesicular en paciente femenino de 16 años, haciendo énfasis en la presentación en un grupo etario poco habitual de patología biliar.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente femenino de 16 años, quien acude por emergencia de cirugía general, con historia de enfermedad actual de 2 meses de evolución caracterizado por presentar episodios intermitentes de dolor abdominal de inicio insidioso, localizado en hipocondrio derecho, moderada intensidad, carácter cólico, que no irradia y atenúa a la ingesta de antiespasmódicos, concomitante náuseas y vómitos de contenido alimentario, el cual exacerba 2 días previo a acudir al centro, aumentando en intensidad de dolor y persistencia del mismo, aun con administración de AINES y antiespasmódicos endovenosos.

Tratamiento realizado

Se procede a realizar ecosonograma abdominal donde evidencian: vesícula biliar acodada, sin presencia de litos en su interior (Figura 3). Se asocia el diagnóstico de cólico biliar persistente secundario a acodamiento vesicular. Paciente es llevada a mesa operatoria donde los hallazgos fueron: vesícula biliar acodada con adherencia firme desde el fondo vesicular hacia el infundíbulo que condiciona a flexura patológica del cuerpo de la vesícula sobre sí misma (Figura 4). Se realiza colecistectomía convencional retrograda, obteniéndose evolución satisfactoria de paciente, egresando a las 24 horas de postoperatorio.



Figura 3. Ecosonograma abdominal de la paciente, en el que se puede evidenciar la flexura del cuerpo vesicular sobre el infundíbulo, provocando un acodamiento

DISCUSIÓN

La vesícula biliar acodada a pesar de ser la anomalía anatómica más frecuente de la vesícula biliar no suele casuar sintomatología y su diagnóstico es casi en su totalidad un hallazgo incidental en el acto quirúrgico. La epidemiología de esta no comprende rangos de edad, ya que puede ser una patología congénita, por lo que puede afectar pacientes en cualquier grupo etario, siendo en ocasiones de difícil diagnóstico ya que no se plantea la posibilidad de su presentación. En este sentido se hace importante tener en cuenta la forma de presentación de esta patología y descartar la patología ante un cuadro sintomático biliar, entendiendo que la misma puede cursar con complicaciones importantes al igual que todas las patologías biliares agudas.



Figura 4. Hallazgo intraoperatorio donde se visualiza el fondo vesicular inmediatamente al acceder a la cavidad, posicionado hacia antero-medial, con flexión del fondo sobre el cuerpo condicionado por adherencia firme desde el fondo hacia el infundíbulo

CONCLUSIONES

En vista de que no existe suficiente literatura actualizada acerca de la presentación clínico-imagenológica de la vesícula biliar acodada, correspondiendo su registro en base a reportes aislados de casos y escasa bibliografía que abordan la patología como tal y sus complicaciones, es importante reconocer la importancia en la presentación de estos casos ya que en pacientes con presentaciones atípicas, estudios de imagen no concluyentes (como en la patología biliar alitiásica) así también la presentación en grupos etarios atípicos (pediátricos) podría confundirse con otras patologías del complejo gastrointestinal, siendo subdiagnosticado la malformación vesicular y subestimando las complicaciones que esta pueda presentar. Los pacientes sintomáticos con vesícula en gorro frigio deben ser sometidos a colecistectomía, preferiblemente de forma programada.

CONFLICTO DE INTERESES Y FINANCIACIÓN

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Nabil BA, Fuentes R, Javiera BF, Cárdenas E, Br A, Oscar D, et al. Variaciones anatómicas de la Vesícula Biliar y Vías Biliares en pacientes con patologías asociadas, que asisten al Hospital Alemán Nicaragüense [Tesis doctoral en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016 [citado 24 feb 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/6434/1/90060.pdf>
2. Takahashi H, Raj R, Hughes A, Katz O, Gunasekaran G. A Systematic Review of Gallbladder Anomalies. *JSLs*. 2026;30(1):e2025.00102.
3. Patricio D, Paredes G, Rojas E. Vesícula Acodada o Malformada. *Rev Chil Pediatr* [Internet]. 1976 [citado 24 feb 2026];47(2):142-5. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v47n2/art06.pdf>
4. López-Grove R, Aineseder M, Orta R, Mullen E, Spina JC. Tomografía computada y resonancia magnética en la patología de la vesícula biliar: más allá de la litiasis. *Rev Argent Radiol*. 2023;86(4):175-86.
5. Pereñíguez López A, Egea Valenzuela J, Carballo Álvarez F. Protocolo terapéutico del cólico biliar y la colecistitis aguda. *Medicine (Madr)*. 2016;12(8):467-71.
6. López D, De Pablo Márquez B, Garcia Font D. Vesícula biliar en gorro frigio. *FMC Form Med Contin Aten Prim Sanid*. 2015;22(9):535-9.
7. Maeso-Méndez S, García Casales Z, Calvo Sáez AE, Díez López I, Llanos MG, Oller AG. Revisión de las anomalías congénitas de la vía biliar diagnosticadas en el Hospital Universitario Araba en el último quinquenio. *Bol Soc Vasco-Navarra Pediatr* [Internet]. 2021 [citado 27 feb 2026];53(1):58-64. Disponible en: <https://www.svnp.es/web/sites/default/files/2022-01/58-64%20OR%20Revision%20anomalias.pdf>