

Torsión vesicular a propósito de un caso

On a case report of gallbladder torsion

Carlos Ramírez León, Javier Cruz Rodríguez, Herio Toledo Romani,
Joel Ramos Rodríguez, Joaquín Zurbano Fernández, Marcia O´farril Hernández

Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La torsión vesicular es una entidad muy poco frecuente en la que se produce un giro de la vesícula biliar a lo largo de su eje con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta. En este artículo presentamos una paciente de 98 años, que fue hospitalizada para tratamiento quirúrgico urgente con diagnóstico de colecistitis aguda; durante el acto quirúrgico se detectó torsión vesicular. Esta enfermedad es frecuente en personas ancianas del sexo femenino. Su diagnóstico preoperatorio es muy difícil y generalmente se realiza en el acto operatorio. El tratamiento es siempre quirúrgico (detorsión de la vesícula y colecistectomía). Por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad es importante conocerla para evitar las complicaciones derivadas de una actuación médica tardía.

Palabras clave: torsión vesicular; vólvulo de la vesícula; cirugía; abdomen agudo.

ABSTRACT

Gallbladder torsion is an uncommon clinical entity. It is known to occur when of the gallbladder rotation occurs along the axis of the cystic duct and vascular pedicle, with affectation of vascular irrigation in a complete or incomplete form. This article presents a 98-year-old woman, who was hospitalized for emergency surgical treatment with a diagnosis of acute cholecystitis; gallbladder torsion was diagnosed in the operative act. This disease is more frequently found in females and aged patients. The positive preoperative diagnosis of gallbladder torsion is much difficult and is frequently carried out in the operative act. The chosen treatment is to

distortion of the gallbladder and cholecystectomy. Knowing gallbladder torsion will permit avoiding the complications derived from an overdue medical intervention.

Keywords: Gallbladder torsion; gallbladder volvulus; surgery; acute abdomen.

INTRODUCCIÓN

La torsión vesicular es una entidad muy poco frecuente en la que se produce un giro de la vesícula biliar a lo largo de su eje con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta. En 1898, Wendel describió el primer caso en la literatura médica.¹⁻³ Desde entonces se han comunicado alrededor de 400 casos de torsión vesicular,^{1,3} aunque también se ha planteado que la cifra es de 500⁴ y en los últimos 30 años se han informado aproximadamente 50 casos.²

En este artículo presentamos a una paciente que fue intervenida quirúrgicamente de forma urgente por presentar un cuadro doloroso abdominal agudo a quien se le diagnosticó finalmente una torsión vesicular. Se realizó una revisión bibliográfica actualizada de la enfermedad. A continuación se expone el caso.

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta a una paciente de 98 años de edad, de piel blanca, de procedencia urbana con antecedentes de hipertensión arterial sisto-diastólica diagnosticada hace 10 años y de cardiopatía isquémica para lo que mantenía tratamiento farmacológico con Captopril (25mg) 1/2 tableta cada 8 horas, furosemida (40 mg) 1/2 tableta diaria, espironolactona (25 mg) 1/2 tableta cada 12 horas, nitropental 1/2 tableta cada 12 horas y ácido acetilsalicílico (125 mg) 1 tableta diaria. La paciente también presentaba antecedentes de haber sido mastectomizada 10 años atrás, por una neoplasia de mama derecha. En esta oportunidad fue llevada a cuerpo de guardia de Cirugía General por presentar dolor abdominal de tres días de evolución, seguido de náuseas y vómitos.

Datos positivos al interrogatorio: Antecedentes de trastornos dispépticos con posterioridad a la ingestión de alimentos colecistoquinéticos. Antecedentes de dolor abdominal de tres días de evolución, localizado en hipocondrio derecho que se incrementó en las 24 horas previas al ingreso a pesar de la administración de analgésicos por vía parenteral.

Datos positivos al examen físico: Se evidencia a la inspección la ausencia de la mama derecha (por mastectomía) y la correspondiente cicatriz quirúrgica. Abdomen globuloso, doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Índice de masa corporal en 17,6 Kg/m² correspondiente a desnutrición leve.

Exámenes complementarios: Hto: 043 L/L, leucograma: 11,4 x 10⁹/L (Polimorfonucleares: 88 % y linfocitos: 12 %), coagulograma: tiempo de

sangramiento 2 minutos, tiempo de coagulación 9 minutos, conteo de plaquetas $210 \times 10^9/L$, glicemia: 5,1 mmol/L, Creatinina: 121 mmol/L, EKG: signos de hipertrofia ventricular izquierda, Radiografía simple de tórax antero-posterior: índice cardiotorácico aumentado. Radiografía simple de abdomen antero-posterior: sin alteraciones. Ultrasonido abdominal: vesícula distendida que mide 9,3 x 4,4 cm, con paredes engrosadas, con ligero edema perivesicular, bilis espesa hacia el cuello que impide definir la existencia de litiasis, colédoco dentro de límites normales, no describen otras alteraciones de interés.

La paciente se anuncia para intervenir quirúrgicamente con diagnóstico de colecistitis aguda.

Descripción del acto operatorio: Paciente colocada en decúbito supino. Se aplicó anestesia general endotraqueal. Realizamos antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Colocamos campos estériles. Hicimos incisión de subcostal de Kocher profundizando por planos. Encontramos a la vesícula biliar torcida (con rotación aproximada de 180 grados), distendida y gangrenada. También encontramos un conducto cístico largo. Procedimos a destorcer la vesícula biliar y realizamos colecistectomía de cuello a fondo, se ligó al conducto cístico y a la arteria cística con poliéster 0. Realizamos hemostasia. Finalmente cerramos por planos, se dejó drenaje. En la figura se muestra el aspecto de la vesícula biliar inmediatamente de ser extirpada.



Fig. Aspecto de la vesícula biliar inmediatamente después de realizada la colecistectomía.

Posoperatorio hospitalario: La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresada antes de las 72 horas de operada.

Biopsia número (7057/2014): Gangrena vesicular.

DISCUSIÓN

La torsión de la vesícula biliar es una rara enfermedad cuya incidencia no es reconocida en la literatura. Se considera una enfermedad preponderante de las personas ancianas, y de frágil condición, aunque se han descrito casos en un rango de edad entre los dos y los cien años.⁵ El 80 % de los casos se produce en ancianos¹ y el 85 % de los casos reportados se encuentran entre los 60 y 80 años.⁶ Su descripción en la infancia es excepcional, la literatura solo reporta 25 casos desde 1925 hasta 2011.⁷ Esta enfermedad puede presentarse en cualquier sexo, pero muestra predilección por el femenino con una relación mujer: hombre de 3:1.^{1,5,6}

Si bien no se conoce la etiología, se postulan varios factores desencadenantes. Hay dos requerimientos necesarios para que se produzca la torsión de la vesícula: el primero consiste en una configuración anatómica predisponente que consiste en la movilidad rotacional. El segundo implica un evento desencadenante que produzca la torsión del conducto cístico sobre su eje.⁵

Dos variantes anatómicas de la vesícula biliar favorecen la torsión. En una existe deformidad congénita donde el mesenterio sólo cubre el conducto y la arteria cística y no a la vesícula biliar; en la otra el mesenterio es normal pero muy laxo. En ambos casos, existe una vesícula libre y flotante en la cavidad abdominal, condición precisa para que se produzca la torsión.^{1,8,9}

Entre los factores que precipitan el acontecimiento final de torsión han sido considerados: el traumatismo abdominal, los movimientos violentos, inclusive peristalsis intensa y cifoescoliosis, la visceroptosis, la presencia de la arteria cística tortuosa, aterosclerosis de la arteria cística, estreñimiento y pérdida de peso.^{1,8}

La litiasis vesicular como factor predisponente es discutible, pues sólo se ha observado en el 20-30 % de los pacientes con torsión vesicular.^{1,8}

Existen dos tipos de torsión, incompleta y completa, según la rotación sea inferior o superior a 180 grados, respectivamente, que podrían determinar intensidad de la sintomatología y velocidad de instauración. El giro completo produciría un infarto isquémico al interrumpirse el flujo biliar y la irrigación sanguínea con una estasis venosa asociada. Si produce compromiso vascular la gangrena vesicular se desarrolla.^{1,7,8}

No existen síntomas específicos preoperatorios lo cual dificulta el diagnóstico basado en la historia clínica y el examen físico únicamente. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil debido a su semejanza con la colecistitis. Esta entidad debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes ancianos con síntomas de colecistitis.⁵ Es difícil hacer el diagnóstico preoperatorio de la torsión de la vesícula biliar. Estos representan menos del 10 % de los casos registrados en la literatura.¹⁰

La torsión vesicular cursa con dolor abdominal en cuadrante superior derecho y frecuentemente se producen náuseas, vómitos, defensa y masa abdominal palpable. A diferencia con la colecistitis aguda, la litiasis es infrecuente, la ictericia generalmente está ausente y la fiebre es inconstante. En los datos analíticos se puede encontrar elevación inespecífica de parámetros inflamatorios.⁷

La ecografía aporta como signo la ausencia de vesícula biliar de su lecho anatómico. La tomografía y la resonancia magnética solo muestran los fenómenos inflamatorios relacionados con la complicación.¹¹ La resonancia magnética es más específica, señala el engrosamiento parietal y signos de gangrena, al igual que la gammagrafía o la colangio-pancreato-resonancia, pero no se realizan habitualmente.⁷

La solución es siempre quirúrgica (detorsión de vesícula y colecistectomía), puede emplearse la vía laparoscópica por su menor tasa de complicaciones y más rápida recuperación.^{7,11}

La torsión vesicular es una afección rara, causa de abdomen agudo. Por las dificultades diagnósticas que presenta esta enfermedad es importante conocerla para evitar las complicaciones derivadas de una actuación médica tardía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Puga Bermúdez R, Sabater Maroto C, Ramia Ángel JM, Quiñones Sampedro JE, García-Parreño Jofré J. Torsión de la vesícula biliar. CIR ESP. 2010;88(4):270-1.
2. Baley Spindel I, Martin Tellez KS, Cervantes Castro J. Mujer de 78 años de edad con dolor abdominal severo. Gaceta Médica de México. 2011;147:275-8.
3. Arslan ED, Hakbilir O, Uyanik B, Öztürk B, Kaya E, Öztürk D. Gallbladder volvulus. J Pak Med Assoc. 2012;62(9):965-6.
4. Garcaviilla PC, Alvarez JF, Uzqueda GV. Diagnosis and laparoscopic approach to gallbladder torsion and cholelithiasis. Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2010;14(1):147-51.
5. Torres CA, Aguirre C, Juárez JH, Borda G. Vólvulo de vesícula: Revisión de la literatura y reporte de un caso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. 2008;177:13-6.
6. Janakan G, Ayantunde AA, Hoque H. Acute gallbladder torsion: an unexpected intraoperative finding. World Journal of Emergency Surgery. 2008;3:9.
7. Martínez Ezquerro N, Muñoz Aramburuzabala J, Ruíz Aja E, López Álvarez-Buhilla P, Gozalo García A, Sojo Aguirre A. Torsión de vesícula biliar: una entidad infrecuente. Anales de Pediatría. 2011;75(4):282-4.
8. Jiménez R, Beguiristain A, Ruiz-Montesinos I, Garnateo F, Echenique Elizondo M. Torsión de vesícula biliar [Carta al director]. Rev Esp Enferm Dig. 2007;99(10):613-21.
9. Mouawad NJ, Crofts B, Streu R, Desrochers R, Kimball BC. Acute gallbladder torsion - a continued preoperative diagnostic dilemma. World Journal of Emergency Surgery. 2011;6:13.
10. Boer J, Boerma D, De Vries Reilingh TS. A gallbladder torsion presenting as acute cholecystitis in an elderly woman: a case report. Journal of Medical Case Reports. 2011;5(1):588.
11. Kreplak M, Zamboni M, Quenard L. Vólvulo de vesícula con colecistitis. Reporte de un caso. Revista Argentina de Radiología. 2009;73(4):437-8.

Recibido: 12 de septiembre de 2014.

Aceptado: 6 de diciembre de 2014.

Javier Cruz Rodríguez. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara.

Correos electrónicos: javiercr@hamc.vcl.sld.cu