

Vólvulo de vesícula biliar

Gallbladder volvulus

Dr. Abel Lantigua Godoy, Dr. Norkis Alonso Domínguez, Dr. Oriol Alfonso Moya

Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Matanzas, Cuba.

RESUMEN

Paciente femenina de 84 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y de litiasis vesicular de alrededor 40 años de evolución. Acude al cuerpo de guardia del hospital por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico de 3 días de evolución que comienza después de la ingestión de una comida abundante; refiere además náuseas y escalofríos. Se encontró vesícula biliar muy distendida de color oscuro con líquido serohemático abundante perivesicular, por lo que se le diagnosticó vólvulo vesicular biliar. Se le realizó colecistectomía laparoscópica satisfactoria y tuvo una evolución favorable.

Palabras clave: vólvulo, vesícula biliar.

ABSTRACT

Female patient aged 84 years, Caucasian, with a history of blood hypertension, ischemic cardiopathy and vesicular lithiasis for 40 years. She went to the emergency room of the hospital because she felt abdominal pain in right hypochondrium and cholic for 3 days after having had an abundant meal. She also felt nauseas and shivering. The diagnosis was dark coloured, much distended gallbladder with abundant serohematic fluid around the bladder, leading to gallbladder volvulus. She underwent laparoscopic cholecistectomy and recovered satisfactorily.

Keywords: volvulus, gallbladder.

INTRODUCCIÓN

El vólculo vesicular es una entidad clínica rara y poco frecuente, de difícil diagnóstico de manera preoperatoria ya que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades; lleva muchas veces a evolución crónica con tratamientos sintomáticos. La indicación quirúrgica suele ser realizada por la evidencia de signos de irritación peritoneal o aparición de una masa en el flanco derecho.^{1,2}

Es una afección que se descubre habitualmente durante el acto operatorio realizado por otro diagnóstico (colecistitis, apendicitis). Desde su primera descripción en 1898 por Wendel se han publicado más de 500 casos documentados en la literatura.³

Se origina cuando la vesícula biliar rota a lo largo del eje del conducto cístico y el pedículo vascular. Es más frecuente entre el 80 ± 85 % en pacientes seniles y predomina en la mujeres 3: 1. Su presentación es de un cuadro de dolor agudo de abdomen, diagnóstico que requiere de un tratamiento quirúrgico de emergencia. Generalmente tienen un buen pronóstico, cuando el diagnóstico se realiza a tiempo.⁴ En el presente trabajo se describe un caso con vólculo de vesícula biliar.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 84 años de edad, raza blanca, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y de litiasis vesicular de alrededor 40 años de evolución. Acude al cuerpo de guardia del hospital por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico de 3 días de evolución que comienza después de la ingestión de una comida abundante. Este dolor aumentó progresivamente en intensidad y luego se localizó en el hipogastrio y flanco derecho irradiado a región lumbar derecha, unido a náuseas y escalofríos, vómitos y cefalea. La paciente refiere como antecedentes trastornos digestivos dados por dispepsia y trastornos en el hábito de evacuación. Niega alergia a medicamentos.

Al examen físico se encuentra el abdomen globuloso a predominio de hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes y normales. Se siente masa tumoral de gran tamaño que ocupa el hipocondrio y flanco derecho, de consistencia dura, poco movable y dolorosa a la palpación con discreta defensa muscular involuntaria. Tensión arterial de 130/80 mmHg con frecuencia cardíaca de 96 latidos por min; no presentó alteraciones en el resto de los exámenes.

En los exámenes complementarios realizados se encontró una leucocitosis ($16,9 \times 10^9$) con neutrofilia (90 %), glicemia 5,6 mg/dL, creatinina 86 mg/dL, hematócrito 0,36; el resto de los exámenes presentaron valores normales. Se realizó ultrasonido abdominal que evidenció vesícula biliar distendida de paredes engrosadas (7 mm) con doble contorno, bilis espesa hacia cuello, litiasis grande en su interior hacia el fondo de 39 x 48 mm, presencia de líquido perivesicular, de asa fija próxima a la vesícula y ambos riñones ptósicos.

La paciente fue ingresada con diagnóstico de colecistitis aguda, se le indicó antibioticoterapia con cefalosporina de tercera generación (claforán), fluidoterapia para corregir los trastornos hidroelectrolíticos, analgésicos por vía parenteral, suspensión de la vía oral. Después de 24 h de tratamiento no hay mejoría del cuadro clínico, se mantiene el dolor abdominal y aumento de la leucocitosis, por lo que se decide intervenir quirúrgicamente de urgencia.

Se realizó una cirugía videolaparoscópica. Se encontró vesícula biliar muy distendida de color oscuro con líquido serohemático abundante perivesicular, por lo que se le diagnosticó el vólvulo vesicular al estar rotada en su meso 180° (Fig. 1, 2 y 3). Se realizó colecistectomía laparoscópica satisfactoria con evolución favorable de la paciente.



Fig. 1. Torsión del meso vesicular.



Fig. 2. Torsión del pedículo vesicular.



Fig. 3. Pieza quirúrgica con congestión, hemorragia de la mucosa y litiasis de gran tamaño.

COMENTARIOS

La importancia del vólculo de vesícula biliar está dada porque no suele tenerse presente como diagnóstico diferencial en el momento de examinar a un paciente con dolor abdominal. La principal manifestación clínica es el dolor intenso en el hipocondrio derecho, aunque también puede presentarse en el epigastrio y en la fosa ilíaca derecha, en caso de existir ptosis vesicular, que puede simular una apendicitis aguda.⁵

Usualmente las principales impresiones diagnósticas que el cirujano se plantea en estos casos son la colecistitis aguda, la úlcera péptica perforada, la obstrucción de asas delgadas y la apendicitis aguda. En general, los signos y síntomas son similares a la colecistitis aguda por lo que la clínica no es suficiente para orientarse en el diagnóstico; la intervención quirúrgica suele ser indicada por la evidencia de signos de irritación peritoneal o aparición de una masa en el flanco derecho (presente en un tercio de los casos).⁶ Aunque la etiología no está del todo clara, existen dos variantes anatómicas que pueden conllevar al vólculo. En la primera variante, la vesícula tiene un mesenterio que la hace propensa a la torsión. En la segunda, el mesenterio soporta solo al conducto cístico, permite que la vesícula literalmente cuelgue libremente, lo que se conoce como "vesícula flotante".⁷

Se han propuesto varios factores predisponentes, como la presencia de malformaciones congénitas, ptosis visceral por envejecimiento, aumento del peristaltismo intestinal de forma exagerada, cifoescoliosis y multiparidad. La litiasis biliar está asociada en el 50 % de los casos.⁸ Los estudios de laboratorio e imágenes no suelen aportar hallazgos significativos, aunque pueden ser usados para descartar algunas impresiones diagnósticas. En la ecografía, los hallazgos son compatibles con colecistitis aguda con litiasis o sin esta, los que resultan útiles para el diagnóstico precoz ya que un hallazgo previo de una vesícula agrandada que flota, con la pared engrosada y múltiples acodamientos podría orientar hacia el diagnóstico del vólculo, en caso de presentarse la clínica.⁹

El tratamiento de elección es la colecistectomía, que realizada a tiempo tiene muy buen pronóstico, con una baja mortalidad (entre 3 y 5 %), de ahí la necesidad de tener en cuenta a esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el anciano. Se recomienda la destorsión del vólculo antes de la colecistectomía por disminuir el riesgo de lesiones en las vías biliares.¹⁰

Son pocos los casos notificados en la literatura que fueron intervenidos quirúrgicamente por cirugía videolaparoscópica; en la revisión de las estadísticas nacionales no se encontraron otros casos de esta entidad en Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uzcátegui E, Molina L. Manual de diagnóstico y Terapéutica quirúrgica. Cirg IAHULA. 2004;15(3):275-80.
2. Condon RE. Apendicitis. En: Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. 16 ed. New York: Editorial McGraw-Hill; 2005. p. 1231-2.
3. Wendel AV. A case of floating gallbladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of the gallbladder. Ann Surg. 1898;27(5):199-202.

4. López C, Pous S, Dolz JF, Anaya P, Serralta A, Rodero D. Torsión aguda de la vesícula biliar. *Cir Esp*. 1998;64(7):504-5.
5. Kim SY, Moore JT. Volvulus of the gallbladder: laparoscopic detorsion and removal. *Surg Endosc*. 2003;17(11):1849-50.
6. Matsuhashi N, Satake S, Yawata K, Asakawa E, Mizoguchi T. Volvulus of the gall bladder diagnosed by ultrasonography, computed tomography, coronal magnetic resonance. *World J Gastroenterol*. 2006;12(28):4599-601.
7. Coquaz S, Bruant P, Regenet N, Lermite E, Pessaux P, Arnaud JP. Gallbladder volvulus: two cases report. *Ann Chir*. 2005;130(12):252-3.
8. Tarhan OR, Barut I, Dinelek H. Gallbladder volvulus: review of the literature and report of a case. *Turk J Gastroenterol*. 2006;17(5):209-11.
9. Malherbe V, Dandrifosse AC, Detrembleur N, Denoel A. Torsion of the gallbladder: two case reports. *Acta Chir Belg*. 2008;108(8):130-2.
10. Kimura T, Yonekura T, Yamauchi K, Kosumi T, Sasaki T, Kamiyama M. Laparoscopic treatment of gallbladder volvulus: a pediatric case report and literature review. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2008;18(6):330-4.

Recibido: 28 de abril de 2013.

Aprobado: 12 de julio de 2014.

Abel Lantigua Godoy. Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy". Servicio de Cirugía General. Carretera Central Km 101, Gelpis. Matanzas, Cuba.
Correo electrónico: bibliotecahm.mtz@infomed.sld.cu