

Vólvulo de vesícula biliar

Gallbladder volvulus

Hanuarys Sosa Estebanez, Zuanlys González Alba, Gladys Castillo Santiago, Miguel Sánchez Gómez

Hospital Docente "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

El vólvulo de la vesícula biliar es una enfermedad rara y poco frecuente de difícil diagnóstico de manera preoperatoria, ya que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades. Se presenta un caso de una paciente femenina de 84 años de edad que ingresó en el servicio de cirugía general con un cuadro de dolor abdominal a tipo cólico en hipocondrio derecho acompañado de náusea y vómitos con restos de alimentos. Se realizó examen físico y se indicó ultrasonido abdominal. Se interpretó como una colecistitis aguda litiásica. Se impuso un tratamiento con ceftriaxone. Dado su evolución no desfavorable, cinco días después de su ingreso se realizó la colecistectomía donde se encuentra órgano volvulado. La biopsia confirma colecistitis aguda gangrenada. La paciente evolucionó satisfactoriamente. Tres días posteriores a la cirugía egresó de la institución.

Palabras clave: vólvulo de vesícula biliar; abdomen agudo; colecistectomía.

ABSTRACT

Gallbladder volvulus is a rare and infrequent disease difficult to diagnose preoperatively, as clinical manifestations are attributed to other diseases. A case is presented of an 84-year-old female patient who entered the general surgery service with abdominal colicky pain to the right hypochondrium accompanied by nausea and vomiting with food remains. A physical examination was performed and abdominal ultrasound was indicated. It was interpreted as acute lithiasic cholecystitis. Ceftriaxone was prescribed. Given the unfavorable evolution five days after admission, the cholecystectomy was performed, where the volvulus was

found. The biopsy confirms acute gangrenous cholecystitis. The patient evolved satisfactorily. Three days after the surgery he was discharged from the institution.

Key words: gallbladder volvulus; acute abdomen; cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades biliares ocupan un lugar importante entre todas las enfermedades quirúrgicas. Las enfermedades vesiculares son motivo de intervención quirúrgica frecuente y ocupan una de las primeras causas de morbilidad hospitalaria.¹⁻³

El vólvulo de la vesícula biliar es una enfermedad 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. Es preponderante en las personas ancianas y del sexo femenino, en la que el órgano gira a lo largo de su eje, lo cual compromete su irrigación vascular. Esta entidad clínica fue descrita por primera vez en 1898 por Wendel.^{4,5}

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso clínico de paciente con vólvulo de vesícula biliar tratada en el Hospital Docente "Mártires del 9 de abril" de Sagua la Grande, Villa Clara.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 84 años edad, con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, para lo cual lleva tratamiento con nifedipina (1 tableta cada 8 horas). Ingresó en el servicio de cirugía general del Hospital Docente "Mártires del 9 de abril" el 19 de noviembre de 2015, por presentar un cuadro caracterizado por dolor abdominal a tipo cólico en hipocondrio derecho de varias horas de evolución, 5 a 6 horas aproximadamente, el cual se había intensificado y se acompañaba de náuseas y vómitos, estos últimos en números de dos y con restos de alimentos.

Se recogió al ingreso el antecedente de historias anteriores de dolores abdominales asociados a dispepsia de meses de evolución, sin estudios previos.

Al examen físico se destacó abdomen doloroso, sobre todo en epigastrio e hipocondrio derecho, donde la maniobra de *Murphy* resultó ser positiva. Ruidos hidroaéreos presentes, de buen tono e intensidad

Piel y mucosas: normocoloreadas y húmedas.

Cardiovascular: ruidos cardiacos audibles, no se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes y fuertes. Frecuencia cardíaca: 81 latidos por minutos.

Tensión arterial: 120/80 mmHg.

Se realizó al ingreso ultrasonografía (US) abdominal: El riñón derecho medía 110 x 51 mm con imagen ecolúcida quística hacia la cara anterior, de 2,5 cm de diámetro y parénquima de 15 mm. El riñón izquierdo medía 114 x 55 mm, parénquima de 16 mm, con imagen quística cerca de la pelvis de 4,5 cm.

Vesícula biliar de paredes gruesas y edema perivesicular, con dos imágenes ecogénicas litiásicas en su interior, de 16 y 17 mm respectivamente. Llamó la atención que la vesícula no estaba en la posición habitual; se localizó más hacia la línea media, quizás por desplazamiento del órgano por el propio proceso inflamatorio. No hubo dilatación de vías biliares ni líquido libre en cavidad.

Los síntomas se interpretaron como una colecistitis aguda litiásica. Se decidió el ingreso con antibiótico: ceftriaxone 1 gramo cada 12 horas.

Durante el ingreso hospitalario mantuvo el cuadro doloroso abdominal en la proyección de hipocondrio derecho, a tipo cólico, el cual paulatinamente fue intensificándose y asociándose a náuseas.

Se realizó ultrasonido evolutivo (5 días posteriores al inicio del tratamiento con antibiótico) donde se observó vesícula biliar distendida, de paredes engrosadas, con múltiples imágenes ecogénicas litiásicas en su interior, la mayor fue de 25 mm. Vuelve a persistir la imagen descrita en cuanto a la posición en el ultrasonido inicial.

Se evaluó por la guardia y se decidió llevar al salón con el diagnóstico de Colecistitis aguda litiásica (el 25 de noviembre de 2015) para realizar colecistectomía a través de cirugía convencional. En transoperatorio se constató vesícula biliar aumentada de tamaño, isquémica y volvulada sobre su pedículo, aproximadamente 270° y 360°. Se le realizó la punción debido a la distensión de la vesícula biliar. Se aspiró 40-50 mL de contenido serohemático, se realizó la colecistectomía, previa desvolvulación de cuello a fondo.

Evolucionó en el posoperatorio de manera satisfactoria y egresó viva el 28 de noviembre de 2015.

Se recibió biopsia 3833 del año 2015 que informa a la descripción del macro: Vesícula biliar que mide 11x6x5 cm, serosa de color pardo oscuro, deslustrada, a su apertura salida de abundante material hemático y presencia de 2 formaciones litiásicas hacia la región del fondo, mucosa con pérdida total de su aspecto aterciopelado, paredes engrosadas y adenomatosas hasta 1cm. 2fc/r

Conclusión diagnóstica: colecistitis aguda gangrenada litiásica. (Fig. 1.) (Fig. 2.)



Fig. 1. Transoperatorio, vesícula biliar aumentada de tamaño, isquémica y volvulada.

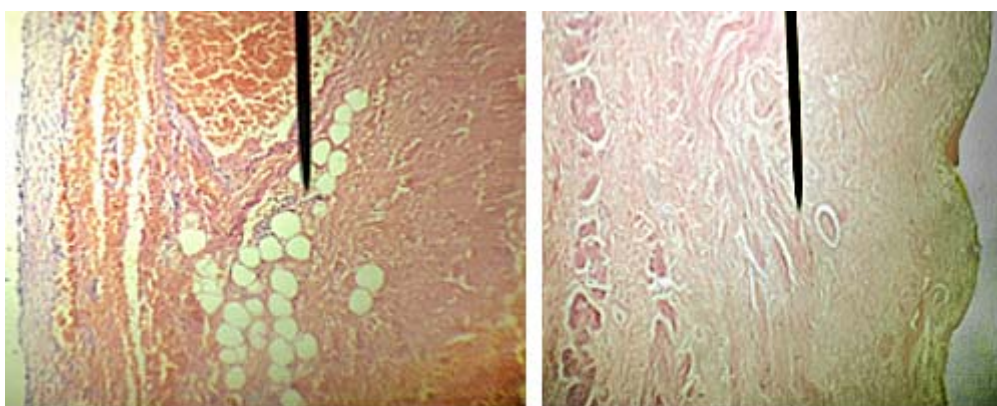


Fig. 2. Imagen microscópica de la torsión vesicular, áreas de necrosis de la pared vesicular, fenómenos inflamatorios y necróticos.

DISCUSIÓN

Se desconoce la etiología del vólvulo, pero se reconoce como un signo constante la presencia de un mesenterio móvil (vesícula flotante). Hay dos requerimientos necesarios para que se produzca torsión de la vesícula. El primero, estriba en una configuración anatómica predisponente que consiste en la movilidad rotacional; por ejemplo, ausencia del ligamento triangular hepático. El segundo implica un evento desencadenante o gatillo que produzca la torsión del conducto cístico sobre su eje; por ejemplo, movimientos violentos, intensa peristalsis de órganos vecinos.¹

Es una afección que se descubre habitualmente durante el acto operatorio realizado por otro diagnóstico (colecistitis, apendicitis). 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 las 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.⁵

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 50 % de los casos.⁴⁻⁷

Fisiopatológicamente, la torsión puede ser completa o incompleta. Cuando esta es de 360°, genera una oclusión total de los vasos y colecistitis gangrenosa; cuando la torsión es parcial, se presenta con cuadros clínicos intermitentes de cólico biliar.⁷

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).⁴⁻⁷

En 1982, se propone la siguiente triada diagnóstica:

- Antecedentes de dolor abdominal súbito y de vómito.
- Presencia de una masa palpable, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica y con discrepancia entre el pulso y la temperatura.
- Características clínicas y físicas del paciente (edad avanzada, delgado, escoliosis).⁷

Los exámenes de laboratorio no son específicos y frecuentemente son normales. Se menciona una elevación en la cuenta de glóbulos blancos como respuesta inflamatoria sistémica. En los últimos años, el diagnóstico preoperatorio de esta entidad ha sido facilitado con el uso del ultrasonido y la tomografía axial computarizada (TAC). La TAC agrega más datos que la dilatación de la vesícula y el estado de su pared. La resonancia magnética nuclear (RMN), también utilizada, sólo aporta detalles en cuanto a la necrosis y hemorragia de la pared.

La colangiopancreatografía por resonancia nuclear magnética (CRNM) revela detalles anatómicos más precisos del cuello vesicular y del cístico, ya que se enfoca a las relaciones entre la vesícula dilatada, el cístico y la vía biliar. Es un procedimiento no invasivo pero muy costoso.⁴⁻⁹

La intervención quirúrgica (colecistectomía) abierta o laparoscópica es el tratamiento definitivo y se debe realizar de forma urgente.⁴⁻⁷

Se concluye con el planteamiento de que las enfermedades biliares ocupan un lugar importante entre todas las enfermedades quirúrgicas. El vólvulo de la vesícula biliar es una enfermedad rara y poco frecuente, de difícil diagnóstico de manera preoperatoria, ya que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades. En la etiología del vólvulo, se reconoce como un signo constante la presencia de un mesenterio móvil. Los signos y síntomas son similares a la colecistitis aguda, por lo que la clínica no es suficiente para orientarse en el diagnóstico. En estos casos, suele indicarse la intervención quirúrgica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Colectectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur[revista en Internet]. 2014 [citado 2015 Dic 5]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>
2. Velázquez Mendoza JD, Villagrán Murillo FJ, González Ojeda A. Colectectomía por minilaparotomía versus laparoscópica. Resultados de un ensayo clínico controlado. Cir Gen. 2012; 80 (2): 115-21.
3. López Espinosa G, Zavalza González JF, Paipilla Monroy O, Lee Rojo S. Colectectomías laparoscópicas realizadas en Unidad de Cirugía Ambulatoria. Cir Gen. 2011; 33 (2): 104-10.
4. Romero Terán O, Baeza Herrera C, Rodríguez Calderón RL, Arizpe Amador EG, Nava Carrillo AD. Vólvulo de vesícula biliar en un recién nacido. Perinatol. Reprod. Hum. [revista en la Internet]. 2014 Sep [citado 2015 Dic 08]; 28(3): 170-173. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372014000300009&lng=es
5. Lantigua Godoy A, Alonso Domínguez N, Alfonso Moya O. Vólvulo de vesícula biliar. Rev Cub Med Mil [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2015 Dic 08]; 43(4): 550-554. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000400015&lng=es
6. Rueda Martínez JL, Cascales Sánchez P, Vázquez Aragón P, Valero Liñán AS, Prat Calero A. Gallbladder volvulus: clinical presentation mimicking acute appendicitis of the elderly. Rev Esp Enferm Dig. [revista en la Internet]. 2011 Dic [citado 2015 Dic 08]; 103(12): 656-657. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082011001200011&lng=es
7. Baley Spindel I, Martín Téllez KS, Cervantes Castro J. Mujer de 78 años de edad con dolor abdominal severo. Gaceta Médica de México. 2011;147:275-8.
8. Vaca MF, Guerrero AG, Amezcua H. Colangiopancreatografía por resonancia magnética: correlación del diagnóstico clínico y los hallazgos de imagen en un estudio retrospectivo. Anales de Radiología México. 2013;1 7-13.
9. Valencia Huerta O, Sánchez Cortázar J, Gómez Pérez MG. Diagnóstico más frecuente en colangiopancreatografía por resonancia magnética. Acta Med. 2014;12(3):117-21.

Recibido: 28 de marzo de 2016.

Aprobado: 30 de abril de 2016.

Hanuarys Sosa Estebanez. Hospital Docente "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba.
Correo electrónico: hanuarys.sosa@nauta.cu
