



PRESENTACIÓN DE CASO

Vólvulo de vesícula biliar, a propósito de un caso

Gallbladder Volvulus: a case report

Marta Amada Oriolo-Estrada¹  , **José Antonio García-Pérez¹** , **Carlos Alberto Cárdenas-Valdés¹** 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba

Recibido: 4 de febrero de 2020

Aceptado: 7 de noviembre de 2020

Publicado: 15 de enero de 2021

Citar como: Oriolo-Estrada MA, García-Pérez JA, Cárdenas-Valdés CA. Vólvulo de vesícula biliar, a propósito de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 25(1): e4365. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4365>

RESUMEN

Introducción: el vólvulo de la vesícula biliar se define como la torsión del órgano sobre su mesenterio a lo largo del eje del conducto y arteria cística, es una enfermedad rara, que ocurre con mayor frecuencia en mujeres ancianas.

Presentación del caso: se trata de una paciente femenina de 46 años de edad, de color de piel blanca, con antecedentes patológicos personales de úlcera duodenal, que practica hábitos tóxicos como el fumar y la ingestión de café. No se ha sometido con anterioridad a procedimientos quirúrgicos. Acude a cuerpo de guardia de Cirugía General del Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Abel Santamaría Cuadrado de Pinar del Río con dolor en hipocondrio derecho, de leve intensidad y de aproximadamente 24 horas de evolución, acompañado de náuseas y dos vómitos con restos de alimentos. Se le diagnostica vólvulo de vesícula biliar, por lo cual recibe tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: el vólvulo de vesícula biliar, enfermedad infrecuente de gran similitud clínica a otras patologías de abdomen agudo, hace muy complejo su diagnóstico preoperatorio. No obstante, el advenimiento de las nuevas técnicas imagenológicas maniobradas por especialistas capacitados, junto con la correcta aplicación del método clínico epidemiológico facilitaron la capacidad diagnóstica que permitiera a los cirujanos tomar la decisión terapéutica acertada para el paciente, con resultados satisfactorios.

Palabras clave: Vesícula Biliar; Colectomía; Abdomen Agudo.

ABSTRACT

Introduction: gallbladder volvulus is defined as the twisting of the organ over its mesentery along the axis of the duct and cystic artery; it is a rare disease, which more frequently occurs in older women.

Case report: a 46 year-old, white skin color female patient, with personal pathological history of duodenal ulcer, having smoking and coffee ingestion habits, who has not previously undergone surgical procedures, she comes to the emergency room of the General Surgery Department at Abel Santamaria Cuadrado Provincial General Hospital in Pinar del Río referring pain in right hypochondriac region, of slight intensity and of approximately 24 hours of evolution; accompanied by nausea and two vomits with food remains. He is diagnosed with gallbladder volvulus, undergoing surgical treatment.

Conclusions: gallbladder volvulus, an infrequent entity of great clinical similarity to other pathologies of the acute abdomen, makes a very complex pre-surgical diagnosis; nevertheless, the introduction of new imaging techniques performed by trained specialists, together with the accurate application of the clinical epidemiological method facilitated the diagnostic capacity, allowing the surgeons to take a correct and timely therapeutic decision for the patient and with satisfactory results.

Keywords: Gallbladder; Cholecystectomy; Abdomen, Acute.

INTRODUCCIÓN

El vólvulo de la vesícula biliar se define como la torsión del órgano sobre su mesenterio a lo largo del eje del conducto y arteria cística, lo que se ha informado que ocurre con mayor frecuencia en mujeres ancianas.⁽¹⁾

En 1898, Wendel describió por primera vez el vólvulo de la vesícula biliar en una mujer de 23 años, fue definido como una torsión sobre la arteria y conducto císticos como eje.⁽²⁾

El Dr. Abel Lantigua Godoy describe el primer caso publicado en Cuba.⁽³⁾ Desde entonces, sus manifestaciones clínicas se atribuyen a otras enfermedades, hecho que la convierte en una enfermedad de difícil diagnóstico, cuya identificación en la mayoría de los casos, solo se logra en el acto quirúrgico, ya sea mediante videolaparoscopia o por laparotomía exploratoria.⁽²⁾ Solo el 9,8 % de todos los casos han sido diagnosticados antes de la operación.⁽³⁾

Esta enfermedad rara de etiología desconocida, cursa con ausencia del mesenterio de la vesícula biliar o del conducto cístico, o por ser este amplio, móvil, con aspecto de vesícula biliar flotante, o porque la vesícula biliar rota a lo largo de su propio eje o sobre el triángulo cístico (clasificación de Gross de tipo 1 o 2).⁽²⁾

Se observa principalmente en pacientes entre los 70 y los 80 años de edad,⁽²⁾ con una media de presentación de 77 años. Es más común entre las mujeres, por lo que se establece una relación mujer/hombre de 4:1, contrario a lo que sucede en la infancia, donde se produce una razón hombre/mujer de 2,5:1.^(3,4)

Entre los factores precipitantes se mencionan: movimientos violentos (intensa peristalsis de órganos vecinos), cifoscoliosis, visceroptosis y arteria cística arteriosclerótica y tortuosa. Causa desde síntomas vagos hasta verdaderas urgencias quirúrgicas cuando existe torsión completa (mayor de 180°),⁽²⁾ se presenta clínicamente como un síndrome peritoneal: dolor intenso en hipocondrio derecho, aunque también puede localizarse en epigastrio y en fosa ilíaca derecha, hiperestesia cutánea y defensa muscular.⁽⁴⁾

Se han reportado cerca de 400 casos en todo el mundo, no obstante, esta cifra puede haber variado gracias al incremento de la esperanza de vida.^(1,2) El tratamiento consiste en colecistectomía urgente y, en general, tiene buen pronóstico, siempre y cuando su diagnóstico sea oportuno.^(2,5)

A continuación, se presenta un caso de cólico de vesícula biliar atendido en el servicio de cirugía general del Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado de la ciudad de Pinar del Río, con el consentimiento informado de la paciente para su empleo con fines científicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trató de una paciente femenina de 46 años de edad, de color de piel blanca, con antecedentes patológicos personales de úlcera duodenal, sin antecedentes familiares de interés, que practica hábitos tóxicos como el tabaquismo (de tres a cinco cigarrillos diarios) y la ingestión de café (de dos a cuatro tazas diarias), no había sido sometida con anterioridad a procedimientos quirúrgicos ni a transfusiones. Presenta alergia a fármacos como la Dipirona, Cefotaxima, Tetraciclina, Eritromicina y Ranitidina. Acudió al cuerpo de guardia de cirugía general del hospital mencionado por dolor en hipocondrio derecho de leve a moderada intensidad, de aproximadamente 24 horas de evolución, acompañado de náuseas y dos vómitos con restos de alimentos, por lo que se automedicó Omeprazol (capsulas 20 mg) y Domperidona (suspensión 5 mg/5ml) sin lograr aliviar sus síntomas.

Al examen físico se constató dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy positivo y discreta reacción peritoneal con el resto del examen sin alteraciones.

La paciente fue ingresada en la sala de observación del centro para estudio y tratamiento médico, debido a la ausencia de alteraciones imagenológicas. Se indicó Diclofenaco de Sodio (ampolleta 75 mg/3ml) una ampolleta intramuscular, con lo cual se alivió por aproximadamente ocho horas.

Los estudios imagenológicos realizados a la paciente junto a los complementarios de laboratorio, facilitaron el diagnóstico definitivo.

Ultrasonografía abdominal al ingreso

Bases pulmonares sin derrames. Bazo normal. Ligero aumento de la ecogenicidad hepática, sin lesiones focales. Colédoco que mide 2,9 mm. Porta mide 6,1 mm. Vesícula biliar semicolapsada, doblemente acodada, de paredes finas, que impresiona sin litiasis. No dilatación de vías biliares. Ambos riñones de tamaño y características normales, sin dilatación de su sistema excretor, ni litiasis. Vejiga en total repleción, útero en anteversoflexión, de tamaño normal, con pequeña imagen de 13 mm hacia su cara anterior y otro hacia el fondo de 20 mm. Anejo derecho normal, anejo izquierdo no se visualiza. Endometrio lineal. No líquido libre intraabdominal.

Ultrasonografía abdominal evolutivo (a las 12 horas posteriores)

Bases pulmonares sin derrames. Bazo normal. Ligero aumento de la ecogenicidad hepática, sin lesiones focales. Ambos riñones de tamaño normal con prominencia de sus pirámides. Cava inferior que mide 20 mm. Vesícula biliar de paredes normales, que impresiona sin litiasis; no se observa dilatación de vías biliares. Casi adyacente al fondo de la vesícula se observa imagen de bordes más menos regulares, con halo externo ecolúcido, con un borde externo ecogénico, engrosado con un grosor de 6.,1 mm y centro ecolúcido que al paso del transductor la paciente refiere dolor. La imagen está en íntimo contacto con la vesícula, no se pudo descartar vólvulo de vesícula. No líquido libre intraabdominal. (Fig. 1)



Fig. 1 Imagen ultrasonográfica del vólvulo de vesícula. Hospital Clínico Quirúrgico Provincial Abel Santamaría Cuadrado, Pinar del Río. 2019

Tabla 1. Resultado de los estudios de laboratorio de urgencias.

Complementario	Valor
Hematócrito	0,40 l/l
Conteo de plaquetas	270*10 ⁹ /l
Glucemia	4,6mmol/l
Leucograma	9,6*10 ⁹ /l
Neutrófilos	0,58
Linfocitos	0,42
Eosinófilos	0,00
Monocitos	0,00

Al considerar el cuadro clínico de la paciente y los resultados mostrados por los complementarios imagenológicos se decide realizar colecistectomía videolaparoscópica.

Durante la intervención quirúrgica se halló una vesícula biliar dilatada, volvulada sobre su eje longitudinal en su tercio medio, con compromiso vascular y signos de isquemia, por lo que se procede a corregir el vólvulo y a realizar colecistectomía. Se localiza triángulo de Calot y se disecan sus estructuras, se coloca doble grapa de titanio en el conducto cístico y arteria cística y se cortan, se realiza colecistectomía de cuello a fondo sin dificultad ni sangrado. Se revisa el resto de la cavidad abdominal sin encontrar alteraciones. El tiempo operatorio fue de 40 minutos (Fig. 2 y 3). Se inició la vía oral a las ocho horas y se egresó la paciente al segundo día de operada.

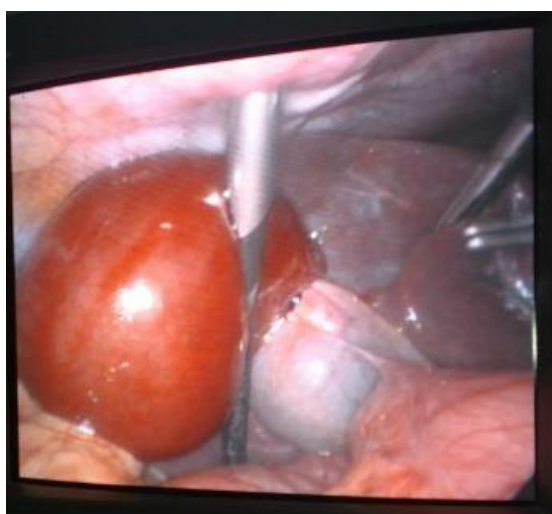


Fig. 2 Vólvulo de vesícula biliar.

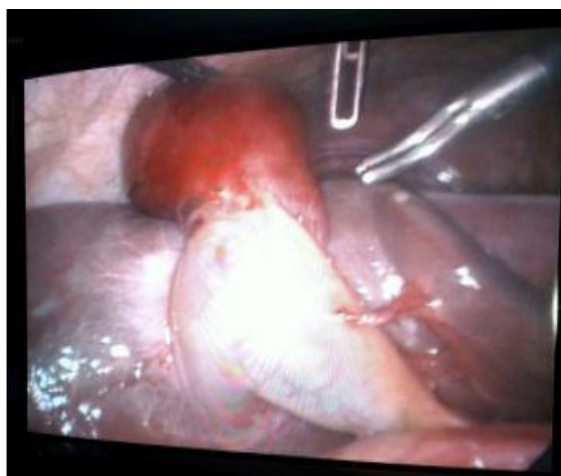


Figura 3. Lecho vesicular.

DISCUSIÓN

El vólvulo representa la torsión de un segmento de una víscera sobre su eje longitudinal (órganoaxial), o alrededor de su eje transversal (mesentero-axial). Hasta en el 90 % de los casos ocurre en el colon sigmoideos, si bien se ha reportado en el ciego, el estómago y el intestino delgado y, raras veces, en la vesícula biliar donde se rota sobre su mesenterio corto o amplio. Puede resolverse de forma espontánea, pero en algunos casos progresa hasta la obstrucción y el compromiso vascular, según el tiempo de isquemia, gangrena y perforación.⁽²⁾

El vólvulo de la vesícula biliar es una enfermedad poco frecuente que se presenta en mujeres mayores de 70 años. Existen pocas publicaciones de esta enfermedad en pacientes pediátricos; hasta ahora, un niño de nueve meses de edad ha sido el paciente más pequeño descrito,^(1,4) esto demuestra que la enfermedad en cuestión se puede encontrar en cualquier etapa de la vida.

En 1963, Ramírez et al, describen dos tipos de torsión, una completa, donde la rotación es mayor que 180°, de inicio agudo e incluye la oclusión del flujo biliar y vascular; otra incompleta, con rotación menor que 180°, de inicio gradual y solo ocluye el flujo biliar. La peristalsis intensa del estómago o el duodeno están implicados en la rotación a la derecha de la vesícula; cuando intervienen los movimientos peristálticos del colon transversal, la rotación es hacia la izquierda.⁽⁵⁾

Se desconoce el mecanismo de torsión, aunque se sospecha que debe existir una serie de factores anatómicos predisponentes que la desencadenan. Entre los factores anatómicos están la malformación congénita, que ocurre entre la cuarta y la séptima semana del desarrollo embrionario y provoca ausencia de mesenterio vesicular que da como resultado vesícula biliar libre o flotante; la visceroptosis generalizada, en cuyo caso la vesícula adquiere mayor movilidad por la relajación y la elongación del mesenterio vesicular y del conducto cístico, lo que da mayor movilidad a estas estructuras en el paciente anciano.^(2,6)

El diagnóstico prequirúrgico requiere alta sospecha clínica. En 1982, se propone la siguiente tríada diagnóstica, también conocida como postulados de Lau:

- 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).^(2,6)

En otro aspecto, la poca ayuda de los estudios de laboratorio e imágenes llevan al diagnóstico tardío y, por tanto, a complicaciones como isquemia, infarto y gangrena de la vesícula biliar con repercusiones nefastas para el paciente que, por ende, afectan su pronóstico con un porcentaje de mortalidad cercano al 30 %. En general, el diagnóstico prequirúrgico es casi imposible en primera instancia, de ahí que se somete a cirugía como abdomen agudo, en la que se practica laparotomía exploratoria. Solo se llega a este si se tiene alta sospecha a partir de la historia clínica del paciente y de las ayudas imagenológicas^(2,7) como sucedió en este caso, a pesar de no contar con grandes recursos imagenológicos ni de laboratorio, lo cual demuestra que se puede hacer buenos diagnósticos sin el uso de costosas y perjudiciales técnicas para el paciente. Que aunque pueden ser muy útiles, muchas veces son innecesarias.

La técnica quirúrgica es la corrección del área de torsión de la vesícula biliar –generalmente, el hilio– y la colecistectomía, que es el tratamiento definitivo para esta enfermedad. También evita posibles complicaciones como la isquemia o la gangrena, como en este caso, hasta la ruptura vesicular que, posteriormente, produce peritonitis biliar. La colecistectomía laparoscópica es considerada el método de preferencia para el diagnóstico; por medio de esta vía se practica la cirugía correspondiente, se corrige de manera menos traumática la anomalía presente y se logra una recuperación posoperatoria más rápida para el paciente, como se observa en el caso estudiado. ^(2,4,7)

CONCLUSIONES

El vólvulo de vesícula biliar es una enfermedad infrecuente, que dada su gran similitud clínica a otras patologías de abdomen agudo, hace que su diagnóstico preoperatorio sea muy complejo. No obstante, el advenimiento de las nuevas técnicas imagenológicas maniobradas por especialistas bien capacitados, junto con una correcta aplicación del método clínico epidemiológico han facilitado una mejor capacidad diagnóstica. Como en este caso en el que permitieron a los cirujanos tomar conductas terapéuticas adecuadas e inmediatas con resultado favorable para la paciente.

Conflictos de intereses

Ninguno

Contribución de los autores

Los autores participaron en la conceptualización y redacción del artículo, así como la revisión crítica y aprobación de la versión final.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento del paciente para el empleo de este material con fines científicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Hernández C, Archivaldo-García C, Carvajal-Figueroa L, Granados-Macías M, Herrera-Flores I. Vólvulo agudo de la vesícula biliar: tratamiento laparoscópico en un lactante. *Cir Cir* [Internet] 2019 [citado 23/11/2019]; 87(S1): 58-61. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2019/ccs191k.pdf>
2. Palmieri A, Hernández LA, González C, Hernández KJ, Pérez JB, Tovío IP. Vólvulo de la vesícula biliar. *Rev Colomb Cir* [Internet] 2019 [citado 23/11/2019]; 34: 269-76. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v34n3/2011-7582-rcci-34-03-00269.pdf>
3. Alfonso Valdés JM, Domínguez Rodríguez DL, Correa Martínez L, Piñero Prieto R. Vólvulo de vesícula biliar a propósito del panorama demográfico contemporáneo. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. may.-jun 2016 [citado 23/11/2019]; 20(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000300019
4. Delgado FM. Vólvulo vesicular. Reporte de un caso. 16 de Abril [Internet]. 2018 [citado 23/11/2019]; 57(268): 113-116. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/572/pdf_174

5. Legra Zayas Z, Bory Rodríguez J, Montero Lora Y. Vólvulo de vesícula biliar en una anciana. MEDISAN [Internet]. 2018 [citado 23/11/2019]; 21(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500010
6. Sosa Estebanez H, González Alba Z, Castillo Santiago G, Sánchez Gómez M. Vólvulo de vesícula biliar. Rev Cubana Cir [Internet]. 2017 [citado 23/11/2019]; 56(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cubcir/rcc-2017/rcc173h.pdf>
7. Ramírez León C, Cruz Rodríguez J, Toledo Romani H, Ramos Rodríguez J, Zurbano Fernández J, O´farril Hernández M. Torsión vesicular a propósito de un caso. Rev Cubana Cir [Internet]. 2016 [citado 23/11/2019]; 55(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000100010