

Vólvulo vesicular, como causa de dolor abdominal agudo: revisión a propósito de un caso

Vesicular volvulus, as a cause of acute abdominal pain: review a propose of a clinical case

Estrella Uzcátegui¹, Blanca Gordillo², Gustavo León², María Silva³, Pedro Fernández⁴.

Asociación Científica Universitaria de Estudiantes de Medicina de la Universidad de los Andes. Mérida, Venezuela.

¹Cirujano, Instituto Autónomo Hospital, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

²Residente de Cirugía, Servicio de Cirugía General, Instituto Autónomo Hospital, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

³Médico Cirujano, Universidad Central Lisandro Alvarado. Barquisimeto, Venezuela.

⁴Estudiante de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Mérida, Venezuela.

RESUMEN

El vólvulo vesicular es una rara entidad clínica, difícil de diagnosticar de manera preoperatoria dado que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades. Presentamos el caso de una paciente de 74 años, natural del estado Mérida. Acude con clínica de dolor abdominal agudo difuso y signos de irritación peritoneal, admitida para estudio y tratamiento por un cuadro de abdomen agudo quirúrgico infeccioso; es sometida a laparotomía exploradora de emergencia en la cual se realiza el diagnóstico de vólvulo de vesícula biliar, por lo que se realiza colecistectomía. El estudio anatomopatológico evidenció signos de isquemia y necrosis en la vesícula reseca. Se discute la presentación clínica, métodos diagnósticos y opciones terapéuticas del vólvulo vesicular.

Palabras Clave: Vólvulo, Vesícula biliar, torsión.

ABSTRACT

Vesicular volvulus is a rare clinical entity, difficult for diagnosis on preoperative circumstances. We present the case of a 74 year old patient, born and raised in Mérida. Patient comes to service with diffuse acute abdominal pain and signs of peritoneal irritation; was admitted for study and treatment for infectious acute surgical abdomen. An emergency exploratory laparotomy was performed and the patient was diagnosed for torsion of the gallbladder; cholecystectomy was performed

Keywords: Vólvulo, Gall bladder, torsion

INTRODUCCIÓN

El vólvulo vesicular es una rara entidad clínica, difícil de diagnosticar de manera pre operatoria ya que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades, llevando muchas veces a cursos crónicos con tratamientos sintomáticos, la indicación quirúrgica suele ser indicada por la evidencia de signos de irritación peritoneal o aparición de una masa en el flanco derecho^(1,2).

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con una relación de 3:1 y generalmente en pacientes entre los 60 y 80 años. Aunque la etiología no está del todo clara, se

relaciona con variantes anatómicas anómalas en las que el mesenterio que la soporta la hace propensa a la torsión⁽³⁻⁵⁾. Generalmente tienen un buen pronóstico, cuando el diagnóstico se realiza a tiempo. El caso revisado corresponde al primer caso de vólvulo vesicular registrado en el estado Mérida.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 74 años de edad, quien refiere enfermedad actual de tres días de evolución caracterizada por dolor abdominal difuso tipo cólico que aumentó progresivamente en intensidad y luego se localizó en el hipogastrio y fosa iliaca derecha irradiado a región lumbar derecha, concomitantemente náuseas, vómitos de contenido alimentario y cefalea. La paciente refiere como antecedentes trastornos digestivos dados por dispepsia y trastornos en el hábito evacuatorio. Niega otras afecciones de importancia y alergia a medicamentos.

Al examen se encuentra un abdomen globoso a predominio de hipogastrio, ruidos hidroaéreos presentes hipofonéticos, doloroso a la palpación en el de flanco y

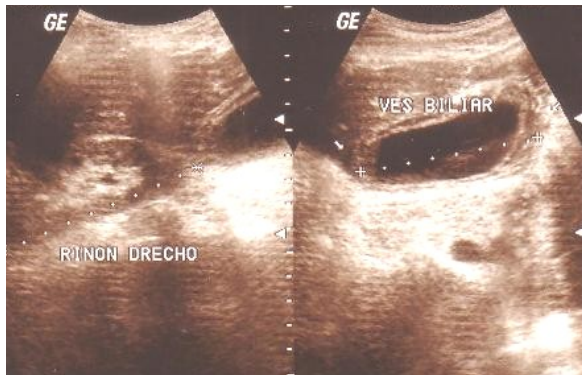


Figura 1. Ecografía abdominal, se aprecia vesícula biliar aumentada de tamaño, longitud de 7,4cm, halo hipoecoico perivesicular, paredes engrosadas, sin litiasis.

fosa iliaca derecha, con dolor a la descompresión, Blumberg y Mc Burney presentes y dolorosos sin megalias palpables ni signos de raptaciones; resto del examen sin alteraciones.

Se encuentra una leucocituria (16,9x10³) con neutrofilia (93,1%); TGO:29 U/L, TGP:19 U/L, BT:0,94 mg/dl, resto de exámenes en valores normales. Se realiza ecografía abdominal (Figura 1), que revela vesícula biliar aumentada de tamaño, longitud de 7,4cm, halo hipoecoico perivesicular, paredes engrosadas, no litiasis. El diagnóstico imagenológico sugiere hidrocolecisto y pericolecistitis, el resto del estudio es normal.

Se decide realizar una laparotomía exploradora, en donde los hallazgos operatorios fueron: escaso líquido serobiliar no fétido, libre en cavidad abdominal en el área subhepática y fibrina; se aprecia vesícula biliar aumentada de tamaño de aproximadamente 12x6cm torcida sobre su pedículo conteniendo arteria y conducto cístico de aspecto gangrenoso, cístico largo de 4cm aproximadamente, no dilatado, se observa el colédoco no dilatado (Figura 2), asas intestinales delgadas y colon transvers dilatadas con abundante líquido biliar en su interior, se observa a 40cm aproximadamente de la válvula ileocecal, divertículo de Merckel, apéndice cecal de 15cm de longitud reactiva de aspecto catarral, en colon se observan múltiples divertículos de 0,5-0,8mm de diámetro.

Debido la necrosis de la vesícula volvulada, se procedió a realizar colecistectomía. El examen de anatomía patológica evidenció signos de isquemia y necrosis en la vesícula reseca, sin evidencia de otras alteraciones.

DISCUSIÓN

El vólvulo es una torsión de un órgano sobre su pedículo, que produce síntomas derivados de la obstrucción del

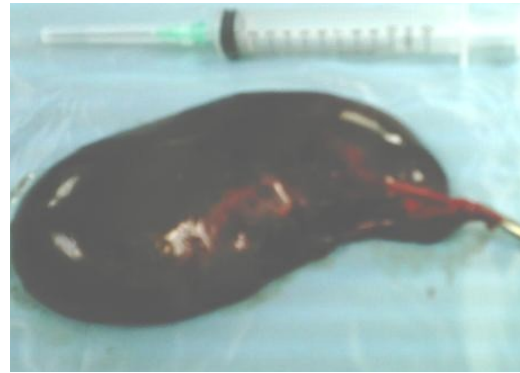


Figura 2. Vesícula biliar reseca, con paredes engrosadas, necrosada; cístico de 4cm aprox. no dilatado.

lumen de ese órgano, de la gangrena por compromiso vascular o de ambos⁽¹⁾. La presentación más frecuente es el vólvulo intestinal, seguido del vólvulo gástrico, vólvulo de las trompas de Falopio y la presentación mas inusual el vólvulo vesicular⁽²⁾, el cual se define como el giro de la vesícula biliar sobre su propio pedículo vascular con la consiguiente obstrucción de los flujos biliar y sanguíneo (compresión de la arteria cística), dando lugar a la isquemia y posteriormente a la necrosis de la pared vesicular⁽³⁾. Se presenta principalmente en el sexo femenino, con una relación de 3:1 y con mayor frecuencia entre la sexta y octava década de la vida, aunque se ha descrito varios casos en hombres y en pacientes jóvenes⁽⁴⁾.

Más de 300 casos se han reportado en la literatura desde que fue descrito por primera vez en 1898 por Wendel⁽⁵⁾, en el año 2000 se describió un caso de vólvulo vesicular por CPRE⁽⁶⁾, en el 2003 fue descrito un caso de triple torsión de la vesícula biliar sobre su pedículo resuelto por cirugía laparoscópica⁽⁷⁾. En el 2006 se reporta un caso de vólvulo vesicular empleando el ecosonograma, la TAC, la CPRE y RM como métodos de diagnóstico⁽⁸⁾. La importancia de esta entidad viene dada por que no suele tenerse presente como diagnóstico diferencial en el momento de examinar a un paciente con dolor abdominal^(9,10). La principal manifestación clínica es el dolor intenso en el hipocondrio derecho, aunque también puede presentarse en el epigastrio y en la fosa iliaca derecha, en caso de existir ptosis vesicular^(9,11), que puede simular una apendicitis aguda⁽¹²⁾.

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⁽¹³⁾. En general, los signos y síntomas

son similares a la colecistitis aguda por lo que la clínica no es suficiente para orientarnos en el diagnóstico y la indicación 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)^(9,11). Aunque la etiología no está del todo clara, dos variantes anatómicas pueden conllevar al vólvulo. En una, la vesícula tiene un mesenterio que la hace propensa a la torsión. En la otra variante, el mesenterio soporta sólo al conducto cístico, permitiendo que la vesícula literalmente cuelgue libremente, lo que se conoce como "vesícula flotante"⁽¹⁴⁾.

Se ha 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 se asocia en 50% de los casos⁽¹¹⁾. 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 o sin litiasis, aunque resulta muy útil 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 vólvulo, en caso de presentarse la clínica⁽¹³⁾.

El tratamiento de elección es la colecistectomía, que realizada a tiempo tiene muy buen pronóstico, con una baja mortalidad (entre 3 y 5%)⁽⁹⁾, de ahí la importancia de tener en cuenta a esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el anciano. se recomienda la destorsión del vólvulo antes de la colecistectomía por disminuir el riesgo de lesiones en las vías biliares⁽¹⁴⁾. En nuestra revisión de las estadísticas nacionales no encontramos otros casos reportados de esta entidad en Venezuela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uzcátegui E, Molina L. Manual de diagnóstico y Terapéutica quirúrgica. Cirg IAHULA. 2004; 15:275-80.
2. Sabistone. Tratado de patología quirúrgica. Editorial McGraw – Hill 2005; 1167.
3. Wendel AV. A case of floating gallbladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of the gallbladder. *Ann Surg.* 1898; 27:199-202.
4. López C, Pous S, Dolz JF, Anaya P, Serralta A, Rodero D. Torsión aguda de la vesícula biliar. *Cir Esp.* 1998;64:504-5.
5. Christoudias GC. Gallbladder volvulus with gangrene. Case report and review of the literature. *J Soc Laparoendosc Surg.* 1997; 1(2):167-70.
6. Usui M, Matsuda S, Suzuki H, Ogura Y. Preoperative diagnosis of gallbladder torsion by magnetic resonance cholangiopancreatography. *Scand J Gastroenterol.* 2000; 35(2): 218-22.
7. Kim SY, Moore JT. Volvulus of the gallbladder: laparoscopic detorsion and removal. *Surg Endosc.* 2003; 17(11):1849
8. Matsushashi N, Satake S, Yawata K, Asakawa E, Mizoguchi T, y col. Volvulus of the gall bladder diagnosed by ultrasonography, computed tomography, coronal magnetic resonance. *World J Gastroenterol.* 2006; 12(28):4599-601.
9. Stieber AC, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *Am J Gastroenterol.* 1983; 78:96-8.
10. González RF, Vargas L, Rescala E, Dergal E. Gallbladder volvulus. *HBP Surg.* 1993; 7:147-8.
11. Stieber AC, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *Am J Gastroenterol.* 1983; 78: 96-8
12. Álvarez JA, González JJ, Fernández E, Granero JE. Vólvulo de vesícula biliar. *Cir Esp.* 1985;39:832-4.
13. Butsch JL, Luchette F. Torsion of the gallbladder. *Arch Surg.* 1985; 120:1323.
14. Nguyen T, Geraci A, Bauer JJ. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc.* 1995; 9:519-21.

Correspondencia:

Pedro Fernández Rodríguez

Paseo La Feria, Calle Magdalena Residencias Primavera, Torre B Apartamento B-33. Mérida, Venezuela.

Correo_e: pedrojavierfernandezrodriguez@hotmail.com

Manuscrito recibido: 18 de octubre de 2007

Manuscrito aceptado para publicarse: 21 de diciembre de 2007