

Vólvulo vesicular: un hallazgo quirúrgico

Vesicular volvulus: a surgical finding

Dr. Orlando Téllez Almenares^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5167-7087>

Dr. Pablo Antonio Columbié Barrios¹ <https://orcid.org/0000-0001-5413-0853>

Dr. Sergio Hernández Cumbá¹ <https://orcid.org/0000-0002-5629-4525>

¹Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres, Universidad de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: orlandotellez.al@gmail.com

RESUMEN

Se describe el caso clínico de una paciente de 95 años de edad, quien acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres de Santiago de Cuba por presentar dolor abdominal difuso, de comienzo súbito con 48 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos de escasa cuantía y de coloración oscura, así como ligera distensión abdominal, sin expulsión de heces ni gases. Se decidió su ingreso para tratamiento quirúrgico urgente, con el diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal. Durante la cirugía se encontró la vesícula distendida con su pedículo torcido. Se realizó colecistectomía típica. La paciente evolucionó satisfactoriamente y no presentó complicaciones posoperatorias.

Palabras clave: anciana; vesícula biliar; vólvulo vesicular; torción vesicular; colecistectomía.

ABSTRACT

The case report of a 95 years patient is described, she went to the emergency department of Saturnino Lora Torres Teaching Clinical Surgical Provincial Hospital in Santiago de Cuba due to a diffuse abdominal pain, of sudden beginning with 48 hours

of clinical course, accompanied by nauseas and vomits of scarce quantity and dark color, as well as slight abdominal distention, without expulsion of stools neither gases. Her admission was decided for emergency surgical treatment, with the presumptive diagnosis of intestinal occlusion. During the surgery the distended gallbladder with bent pedicle was found. A typical cholecystectomy was carried out. The patient had a favorable clinical course and she didn't present postoperative complications.

Key words: elderly woman; gallbladder; vesicular volvulus; gallbladder torsion; cholecystectomy.

Recibido: 27/05/2019

Aprobado: 28/08/2020

Introducción

El vólvulo vesicular se define como la rotación de la vesícula biliar en su mesenterio a lo largo del eje del conducto cístico y la arteria cística. Es una enfermedad extremadamente rara y quien la presenta necesita ser intervenido quirúrgicamente. El diagnóstico definitivo, por lo general, se realiza durante la cirugía.⁽¹⁾ Constituye una entidad nosológica de difícil confirmación clínica, dada su similitud sintomatológica con otras afecciones intraabdominales, por lo cual se dificulta el diagnóstico preoperatorio.^(1,2,3,4)

Se supone que la primera observación sobre esta enfermedad haya sido en 1769, cuando Morgagni notificó por vez primera deformaciones de la vesícula biliar.⁽⁵⁾ La mayoría de los artículos publicados al respecto^(1,2,3,4) reconocen en Wendel la primacía de haberla informado en 1898, en su publicación "*A case of floating gall-bladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of the gall-bladder*"; no obstante, en 1928, el cirujano e historiador francés Mondor⁽⁶⁾ no menciona la referida publicación. Llama la atención que, transcurridos 30 años, el cirujano galo, en su apartado *Torsiones y vólvulos*, no se hubiese referido a la obra de Wendel. Desde la

publicación inicial de dicho autor hasta la actualidad se han notificado, aproximadamente, más de 500 casos en toda la bibliografía a escala mundial,^(1,2,3,4) lo cual ha permitido entender la enfermedad.

El presente artículo tiene como objetivo presentar el caso clínico de una paciente intervenida quirúrgicamente en el Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres de Santiago de Cuba, quien cursó con sintomatología sugestiva de oclusión intestinal.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de una paciente de 95 años de edad, mestiza, de procedencia rural, con antecedentes de salud, quien acudió al Cuerpo de Guardia del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico Saturnino Lora Torres de Santiago de Cuba en horas de la noche por presentar dolor abdominal difuso, de comienzo súbito con 48 horas de evolución. Inicialmente era de ligera intensidad y luego se incrementó, sin irradiación; acompañado de náuseas y vómitos de escasa cuantía y de coloración oscura, así como ligera distensión abdominal, sin expulsión de heces ni gases. Se le administraron analgésicos pero la paciente no sintió alivio.

- Historia de obstetricia: 6 gestaciones, 6 partos eutócicos y no presentó abortos.
- Operaciones: histerectomía total abdominal a los 47 años por presentar fibroma uterino.

- Datos de interés al examen físico
 - Peso: 45 Kg
 - Talla: 150 cm
 - Índice de masa corporal (IMC): 20
 - Evaluación nutricional: normopeso
 - Mucosas: normocoloreadas y ligeramente secas

- Sistema respiratorio: expansibilidad torácica conservada. Vibraciones vocales normales. Murmullo vesicular normal. Frecuencia respiratoria (FR): 22resp/min. No estertores ni roce pleural
- Sistema cardiovascular: ruidos cardiacos audibles, de buen tono y taquicárdicos. Frecuencia cardiaca (FC): 112 lat/min. Pulsos periféricos sincrónicos.
- Abdomen: se observa cicatriz quirúrgica que se corresponde con incisión de *Pfannenstiel*; sigue los movimientos respiratorios doloroso a los golpes de tos en hipocondrio derecho, ligeramente distendido. A la palpación se precisa distensión abdominal, así como dolor en hipocondrio derecho; no se constatan signos de reacción peritoneal ni contractura abdominal. Ruidos hidroaéreos aumentados en intensidad. Hipersonoridad abdominal.
- Tacto rectal: región perianal normal, esfínter anal ligeramente hipotónico. Ampolla rectal ocupada por heces de color y consistencia normales. Se observa dedil de guante que sale con restos de heces.

- Exámenes paraclínicos

- Hemograma: hemoglobina (Hb): 13,3 g/dL; hematocrito (Hto):38,0 %; leucocitos: 12 X 10⁹/L (polimorfonucleares: 78 %; eosinófilos 0 %; linfocitos: 22 %)
- Coagulograma: tiempo de sangrado: 3 min; tiempo de coagulación: 7min; conteo de plaquetas: 230 X 10⁹/L; coágulo retráctil
- Ionogasometría arterial: pH: 7,40; pCO₂: 37 mmHg; pO₂:95 mmHg; Na⁺:138 mmol/L; K⁺: 4,12 mmol/L; HCO₃: 17,3 mmol/L
- Glucemia: 7,6 mmol/L
- Creatinina: 86 μmol/L
- Electrocardiograma: taquicardia sinusal, eje izquierdo. No alteraciones del segmento ST; FC: 115 lat/min.
- Radiografía simple de abdomen en bipedestación: se observan niveles hidroaéreos de localización periférica y presencia de válvulas conniventes.

- Radiografía simple de abdomen en decúbito supino: se observan niveles hidroaéreos de localización central, presencia de válvulas conniventes y ligero edema de la pared.

- Diagnóstico presuntivo: Teniendo en cuenta el antecedente de intervención quirúrgica previa, los elementos clínicos obtenidos mediante el interrogatorio y el examen físico, así como los hallazgos paraclínicos, se consideró ingresar a la paciente para realizar tratamiento quirúrgico con el diagnóstico de oclusión de intestino delgado por adherencias. Se anunció de urgencia, previa estabilización del medio interno.

- Descripción de la cirugía: paciente colocada en decúbito supino. Se aplicó anestesia general endotraqueal. Se realizaron los procedimientos para garantizar la asepsia y antisepsia. Se preparó el campo operatorio. Se realizó incisión media supraumbilical hasta acceder a cavidad. Se encontró vesícula distendida con hipervascularización y torsión de su pedículo (fig.1), así como ligeros cambios de coloración y la presencia de cístico elongado. También se observó una alteración vascular por torción completa, mayor de 180° (fig. 2) y laxitud del mesenterio que refuerza la teoría de la visceroptosis (fig.3). Se desvolvula la vesícula y se realiza colecistectomía típica. Luego, se revisa el resto de la cavidad abdominal para descartar otra afección y no se observan alteraciones. Finalmente, se comprueba hemostasia y se cierra por planos, previa colocación de dren en lecho hepático.

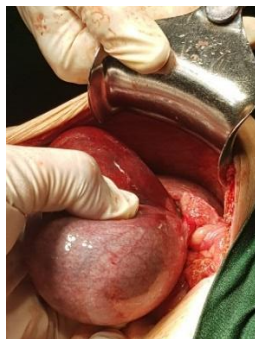


Fig. 1. Vesícula distendida con hipervascularización y torsión de su pedículo



Fig. 2. Alteración vascular por torsión completa



Fig. 3. Laxitud del mesenterio

La paciente evolucionó satisfactoriamente, luego de haber sido internada durante 7 días en el Servicio de Cirugía General y recibir terapéutica para garantizar su total restablecimiento. No presentó complicaciones posoperatorias.

Comentarios

Algunos autores⁽²⁾ consideran que la incidencia de esta enfermedad no se informa en la bibliografía; otros,⁽⁴⁾ por su parte, notifican que es de 1 por cada 365 520 ingresos hospitalarios.

Este caso coincide con lo descrito en otras publicaciones respecto a la incidencia y prevalencia de esta afección, la cual se puede presentar en cualquier grupo etario,

pero se ha evidenciado que predomina en pacientes geriátricos y especialmente en el sexo femenino, con una incidencia de 3:1.^(4,7)

Cabe destacar que, desde el punto de vista fisiopatológico, se enuncian mecanismos patogénicos relacionados con 2 variantes anatómicas.^(2,4) En la primera existe una deformidad donde el mesenterio recubre solamente el cístico y su arteria, pero no la vesícula; en la segunda, el mesenterio es normal, pero muy laxo.

Se considera que esta enfermedad se produce por varias causas. Pottorf et al⁽⁴⁾ asegura que diversos autores han planteado teorías para explicar la torsión de la vesícula biliar, y que entre ellos Boonstra ha sugerido la ausencia de fijación de la vesícula biliar al hígado como causante de la torsión. La viceroptosis o relajación y atrofia de un mesenterio previamente sano en pacientes ancianos, así como la aterosclerosis y la presencia de un conducto cístico tortuoso pueden provocar esta torsión. Existen además múltiples factores de riesgo predisponentes al vólvulo vesicular.

La teoría de la visceroptosis^(4,8,9,10) es aplicable al caso presentado, en el cual durante el acto quirúrgico pudo observarse un mesenterio laxo, así como una rotación incompleta (mayor de 180°) de la vesícula sobre su eje, lo cual condicionó que no se presentaran signos macroscópicos de tipo isquémico.

Según se ha observado, en gran parte de los artículos consultados,^(1,2,3,4) la sintomatología de esta afección resulta en un cuadro de abdomen agudo peritoneal y se ha diagnosticado preoperatoriamente de forma errónea una apendicitis o colecistitis aguda. Al respecto, en este caso se sospechó una oclusión intestinal dado los antecedentes, sintomatología y hallazgos al examen físico. En la bibliografía consultada^(1,2,3,4) no se encontró informe de casos que presentaran síndrome oclusivo; sin embargo, Mondor⁽⁶⁾ se refiere a ello en su texto de 1928. Resulta importante señalar que de los 9 elementos que conforman la tríada de tríadas propuestos por Lau, según Pottorf *et al*,⁽⁴⁾ se encontraron en este caso solo 6.

El diagnóstico preoperatorio de pacientes con torsión vesicular entraña un importante reto para los cirujanos, lo cual exige una esmerada preparación clínica. Desde este punto de vista, dicha enfermedad se presenta como un síndrome de abdomen agudo peritoneal, pero como se evidencia en este caso y fue descrito

inicialmente por Mondor,⁽⁶⁾ puede cursar con elementos de un síndrome oclusivo. El tratamiento quirúrgico constituye el pilar terapéutico fundamental y, dentro de este, la colecistectomía, ya sea video laparoscópica o convencional, previa desvolvulación. La evolución de los pacientes con esta afección generalmente es satisfactoria a pesar de su avanzada edad.

Referencias bibliográficas

1. Abadía Barnó P, Coll Sastre M, Picón Serrano C, Sanjuanbenito Dehesa A, Cabañas Montero J. Gallbladder volvulus: Diagnostic and surgical challenges. *Cir cir.* 2017 [citado 02/02/2019]; 85 (Supl. 1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27955849>
2. 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.* 2016 [citado 02/02/2019]; 55 (1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000100010
3. Sosa Estebanez H, González Alba Z, Castillo Santiago G, Sánchez Gómez M. Vólvulo de vesícula biliar. *Rev Cubana Cir.* 2017 [citado 02/02/2019]; 56 (3). Disponible en: <http://www.revquirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/414/271>
4. Pottorf BJ, Alfaro L, Harris W Hollis. A clinician' guide to the diagnosis and management of gallbladder volvulus. *Perm J.* 2013 [citado 02/02/2019]; 17 (2): 80-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662289/>
5. Skandalakis J, Colborn G, Weidman T, Foster R, Kingsnorth A, Skandalakis L, et al. *Skandalakis' surgical anatomy.* New York: Mc Graw Hill; 2006.
6. Mondor H. *Diagnostiques urgents (Abdomen).* París: Masson& Cié Editeurs; 1963.
7. López Casillas N. Vólvulo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. Reporte de caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Cir.* 2017 [citado 07/02/2019]; 69 (6) 479-82. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262017000600479&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Aljoe J. Gallbladder volvulus–acute cholecystitis “with a twist”. Journal of Surgical Case Report. 2018. [citado 03/02/2019]; 2018 (11). Disponible en:

<https://academic.oup.com/jscr/article/2018/11/rjy303/5189770>

9. Wood BE, Trautman J, Smith N, Putnis S. Rare case report of acalculous cholecystitis: Gallbladder torsion resulting in rupture. Sage Open Medical Case Reports. 2019 [citado 07/02/2019]; 7: 1-3. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/330341442_Rare_case_report_of_acalculous_cholecystitis_Gallbladder_torsion_resulting_in_rupture

10. Kashyap S, Mathew G, Abdul W, Ahmad H. Gallbladder volvulus. StatPearls. 2020 [citado 07/09/2020]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448064/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores

Orlando Téllez Almenares: Conceptualización y diseño de la investigación; búsqueda de información; obtención de los datos; análisis e interpretación de los resultados; redacción del borrador original; revisión, corrección y edición del documento final; visualización (70 %)

Dr. Pablo Antonio Columbié Barrios: Obtención de los datos; autor de las imágenes; revisión del documento (15 %)

Dr. Sergio Hernández Cumbá: Obtención y procesamiento de los datos; revisión del documento (15 %)

