
VOLVULO DE VESICULA: Revisión de la literatura y reporte de un caso.

GALLBLADDER VOLVULUS: Review of the literature and the report of a case.

**Carlos Alberto Torres, Claudia Aguirre.
Dr. Juan Hipolito Juárez, Dr. Gustavo Borda**

Servicio de Cirugía del Sanatorio Frangiolli, Chaco, Argentina.

Resumen:

El vólvulo de vesícula es una rara enfermedad en la que el órgano gira a lo largo de su eje comprometiendo su irrigación vascular.

Fue descrita por primera vez en 1898 por A. V. Wendel.

Su incidencia es escasa con un marcado aumento debido a la prolongación en la expectativa de vida.

Se desconoce su etiología pero se reconoce como un signo constante la presencia de variantes anatómicas del mesenterio vesicular. Mesenterio fino o mesenterio que solo contiene al cístico dejando de lado al paquete vascular.

Entre los factores precipitantes se mencionan: movimientos violentos, incluyendo intensa peristalsis de órganos vecinos, cifoescoliosis, visceroptosis y arteria cística arteriosclerótica y tortuosa.

Su aparición es frecuente entre los 65 a 75 años con una incidencia de 84% en mujeres.

El diagnóstico preoperatorio es muy difícil debido a su semejanza con la colecistitis.

Su evolución, sin tratamiento, puede provocar gangrena y perforación.

La Ecografía y la Tomografía Axial Computada pueden ser de relativa utilidad. La Resonancia Nuclear Magnética y la Colangiopancreatografía por Resonancia Nuclear magnética se describen como más específicas.

El tratamiento quirúrgico es urgente y consiste en la detorsión y colecistectomía.

Esta entidad debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes ancianos con síntomas de colecistitis.

Summary:

The gallbladder volvulus is a rare disease in which the organ twists on its long axis compromising its vascular irrigation.

It was first described in 1898 by A. V. Wendel.

Its incidence is small with an important increase because of the extension of the life expectation.

Its etiology is unknown but it is recognized as a constant sign the presence of anatomical variables of the gallbladder mesentery. Thin mesentery or mesentery that only contains the cystic and it is not included vascular bundle.

Some of the precipitating factors about this disease are: violent movements, including intense peristalsis of neighboring organs, kyphoscoliosis, visceroptosis and tortuous atherosclerotic cystic artery.

It is common to appear between 65 and 75 years old with 84% of incidence in women. The preoperative diagnosis is very difficult due to its similarity with the cholecystitis.

The evolution of this pathology without a treatment it is potential and catastrophic risk of gangrene and perforation.

The ultrasonography and the computer tomographic scan utility is relative.

The magnetic resonance and the magnetic resonance cholangiopancreatography are more specific studies.

The surgery is urgent and consists of detorsion and cholecystectomy. This entity must be included in the differential diagnosis of elderly patients with cholecystitis symptoms.

INTRODUCCION

El vólvulo de vesícula es una rara enfermedad. Fue descrita por primera vez en 1898 por Wendel¹, aunque su incidencia no es conocida en la literatura, se considera una enfermedad preponderante de las personas ancianas, y de frágil condición, se han descrito casos en un rango de edad de los dos a los cien años² primordialmente en el sexo femenino³. Se desconoce su etiología pero se reconoce como

un signo constante la presencia de un mesenterio móvil (vesícula flotante)^{4,5}, y como factores precipitantes: movimientos violentos, incluyendo intensa peristalsis de órganos vecinos⁶, cifoescoliosis, visceroptosis y arteria cística arteriosclerótica tortuosa, multiparidad⁷, litiasis múltiple^{8,9,10}. La Ecografía (E) y la Tomografía Axial Computada (TAC) pueden proveer pistas importantes para el diagnóstico como la presencia de una vesícula distendida, general-

mente sin la presencia de litos, apariencia cónica del conducto cístico con falta de continuidad del lumen sugieren torsión^{11,12}. Esta entidad debe ser incluida en el diagnóstico diferencial de pacientes ancianos con síntomas de colecistitis¹³.

Presentamos un caso de vólvulo de vesícula, revisamos los aspectos clínicos de la enfermedad y su tratamiento.

REPORTE DE UN CASO

Paciente de sexo femenino de 68 años de edad que se presenta a la consulta médica con dolor abdominal difuso de un día de evolución.

El dolor abdominal se inició en epigastrio, generalizándose luego y aumentando en intensidad, acompañándose de constipación, y leve distensión abdominal.

Al examen físico se constata dolor a la palpación superficial y profunda del abdomen, con defensa muscular generalizada.

La paciente no presenta antecedentes relevantes.

Los signos vitales solo revelaron taquicardia como parámetro anormal.

HEMOGRAMA	
Hto	35%
Hb	10,8 g%
Recuento de Blancos	1200/mm ³
Proteína C Reactiva	2,57 mg/dl
HEPATOGRAMA	
GOT	35 U/L
GPT	14 U/L
BD	0,12 mg/dl
DI	0,53 mg/dl
BT	0,65 mg/dl
FAL	178 U/L

La E de abdomen revela dilatación vesicular (12cm. x 15cm) sin presencia de litos y paredes engrosadas.

Se diagnostica colecistitis aguda y se procede a la administración de fluidos por vía parenteral, antibióticos y con analgésicos.

Debido a la falta de mejoría del cuadro se efectúa una videolaparoscopia donde se constata vesícula volvulada con una rotación de 180° a la izquierda. Distensión a nivel del cuerpo y fondo vesicular con signos de isquemia. Meso del órgano fino y largo.

Se efectúa la colecistectomía. La colangiografía intraoperatoria revela vía biliar normal.

El examen anatomopatológico de la pieza informa: múltiples áreas de hemorragia intersticial especialmente subserosas compatibles con infarto hemorrágico reciente de vesícula biliar. (Figura 1 y 2)

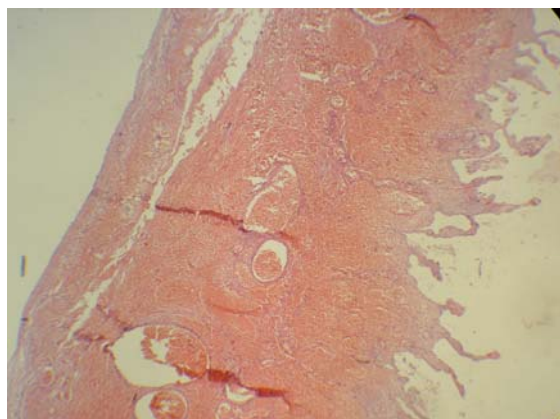


Figura 1

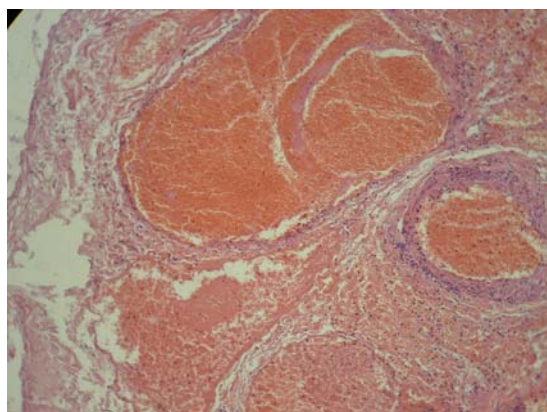


Figura 2

DISCUSION

El vólvulo es la torsión sobre su eje de un órgano no sólido y que ocurre generalmente en el colon sigmoide, ciego e intestino delgado, más raramente estómago⁴.

El vólvulo de vesícula es una entidad poco frecuente que fue descrita en 1898 por A. V. Wendel^{4,11}.

Esta patología puede ocurrir a cualquier edad y sexo, pero muestra predilección por las personas ancianas y con una relación mujer-hombre de 3:1^{1,3,4}.

Si bien no se conoce la etiología se postulan varios factores desencadenantes⁵.

Hay dos requerimientos necesarios para que se produzca la torsión de la vesícula: el primero consiste en una configuración anatómica predisponente que consiste en la movilidad rotacional. El segundo implica un evento desencadenante o gatillo que produzca la torsión del conducto cístico sobre su eje¹⁶.

Si bien los factores anatómicos predisponentes están bien documentados, los factores desencadenantes aun son estudiados pues los datos no son suficientes.

Dos tipos de anomalías han sido implicadas, y en algunos casos una tercera menos frecuente.

La primera se relaciona con una deformidad congénita que ocurre en la cuarta a séptima semana del desarrollo embrológico de la pars

cística desde el divertículo hepático, en la que la migración anormal con ausencia de mesenterio vesicular crea una vesícula libre y flotante^{8, 11, 13}.

La segunda ocurre por visceroptosis generalizada, en la que el mesenterio de la vesícula y el conducto cístico se relaja y se elonga⁷, creando una situación de mayor movilidad. La atrofia hepática, la pérdida de la grasa visceral y de la elasticidad, la disminución de peso, y las deformidades de la columna⁶ dan a la vesícula una posición más pendiente que predispone a la torsión, que se ve favorecida por factores como la arteriosclerosis, la tortuosidad del conducto cístico⁷, la colecistitis con dilatación aguda, los movimientos violentos y la peristalsis intensa de las vísceras vecinas^{11,13}.

La tercera y menos frecuente, es la configuración anatómica, que se caracteriza por una vesícula con su fosa normal en la que el órgano y el lóbulo hepático carecen de ligamento coronario y triangular.

Los dos tipos de torsión que pueden ocurrir son: torsión completa en la que la rotación es mayor a 180° y la incompleta con rotación menor a 180°^{11,16}.

La torsión completa incluye la oclusión al flujo biliar y vascular, mientras que el incompleto solo ocluye el flujo biliar¹¹.

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 transverso la rotación era hacia la izquierda¹¹.

No existen síntomas específicos preoperatorios lo cual dificulta el diagnóstico basado en la historia clínica y el examen físico únicamente.

Los exámenes de laboratorio son frecuentemente normales. Se menciona solo un recuento de glóbulos blancos elevado. El hepatograma es usualmente normal¹⁰.

En los últimos años el diagnóstico preoperatorio de esta entidad ha sido facilitado con el uso de la E y la TAC¹².

Se han reportado como signos ecográficos específicos, la presencia de la vesícula fuera de su fosa anatómica e inferior del hígado. La imagen cónica del cuello sin cálculos biliares. El engrosamiento de la pared con separación de los planos signos indirectos de inflamación, isquemia y gangrena de la vesícula^{8,11,12}.

La TAC no agrega más datos que la dilatación de la vesícula y el estado de su pared¹¹.

La RNM también ha sido utilizada y solo aporta detalles en cuanto a la necrosis y hemorragia de la pared¹⁴.

La Colangiopancreatografía por Resonancia Nuclear Magnética (CRNM) revela detalles anatómicos más precisos del cuello vesicular y del cístico. Dichos detalles pueden lograr diferenciar el cáncer de vesícula de la litiasis y la torsión del órgano ya que se enfocan en las relaciones entre la vesícula dilatada, el cístico y la vía biliar¹⁷. Es un procedimiento no invasivo pero muy costoso.

En nuestro caso, el ultrasonido no proveyó la información suficiente para hacer el diagnóstico preoperatorio del vólvulo vesicular. La falta de respuesta al tratamiento médico motivó la intervención quirúrgica.

La intervención quirúrgica es el tratamiento definitivo que debe ser instaurado de forma urgente debido a la posibilidad de complicaciones por ruptura vesicular por gangrena y consecuente perforación produciendo una peritonitis biliar¹⁵.

La colecistectomía laparoscópica es más ventajosa para el tratamiento de la torsión vesicular debido a que no solo es un método diagnóstico sino terapéutico¹⁴. El abordaje laparoscópico debería de ser de primera elección ante la sospecha de vólvulo vesicular¹⁰.

La vesícula esta poco adherida al hígado por lo que la intervención mínimamente invasiva puede ser realizada fácilmente¹⁴.

En mujeres mayores con colecistitis aguda o en presencia de dolor agudo de origen desconocido debiera sospecharse de un vólvulo de vesícula^{10,14}.

CONCLUSIONES

El vólvulo de vesícula es de diagnóstico clínico difícil

Los exámenes complementarios no certifican con seguridad el mismo y en nuestro medio el costo de la TAC, RNM y la CRNM es elevado.

Por ende ante la no respuesta al tratamiento médico de una presunta colecistitis aguda con y sin litiasis sugerimos la videolaparoscopia.

BIBLIOGRAFIA

1. Wendel AV. Case of floating gallbladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of gallbladder. *Am Surg* 1998 ;27:199-202.
2. Christoudias GC. Gallbladder volvulus with gangrene. Case report and review of the literature. *J Soc Laparosc Surg*. Apr-Jun 1997;1(2):167-70.
3. Shaikh AA, Charles A, Domingo S, Schaub G. Gallbladder volvulus: report of two original cases and review of the literature. *Am Surg*. 2005 Jan;71(1):87-9.
4. Stieber AC, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *Am J Gastroent*, 1983, 78:96-99.
5. Merriman TE, Houghton G, Ventura R. Torsion of the fundus of the gallbladder. *Aust N Z J Surg*, 1993;63:821-824.
6. Gross RE. Congenital anomalies of the gallbladder. *Arch Surg*, 1936, 32:131-135.
7. Ingwang R, Belsham P, Scott H, Barker S, Bearn P. Torsion of the gallbladder: rare, unrecognized or under-reported? *Aust N Z J Surg*, 1991, 61:717-720.

8. López C, Pous S, Dolz JF, Anaya P, Serralta A, Rodero D. Torsión aguda de la vesícula biliar. *Cir Esp* 1998;64:504-5.
9. Komura J, Yano H, Tanaka Y, Tsuru T. Torsion of the gallbladder. *Am J Surg* 1979;137:798-9.
10. Gonzalez RF, Vargas L, Rescala E, Dergal E. Gallbladder volvulus. *HBP Surg* 1993;7:798-9.
11. Nguyen T, Geraci A, Bauer JJ. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc* 1995;9:519-21.
12. Hinoshita E, Nishizaki T, Wakasugi K, et al. Pre-operative imaging can diagnose torsion of the gallbladder: report of a case. *Hepatogastroenterology*. Jul-Aug 1999;46(28):2212-5.
13. Resano B, Abadía I, Arnedo S, Flamarique O, Eguaras E, Ramírez O. Vólvulo de vesícula. *Cir Esp* 2000; 68:87-88.
14. Ömer Rıdvan Tarhan, İbrahim Barut, Hasan Dinelek. Gallbladder volvulus: Review of the literature and report of a case. *The Turkish Journal of Gastroenterology*. 2006;17: 209-211.
15. Campione O, D'alessandro L, Navarro N, Lenzi F. A case of volvulus of gallbladder. *Minerva Chir* 1998;53:285-287.
16. Levene, A. Acute Torsion of the Gallbladder. Postmortem Finding in two cases. *Br. J. Surg.* 1958;45:338-340
17. Usui M, Matsuda S, Suzuki H, Ogura Y. Preoperative diagnosis of gallbladder torsion by magnetic resonance cholangiopancreatography. *Scand J Gastroenterol*. 2000; 35:218-22.