

HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO

**VOLVULO DE VESICULA BILIAR.  
INFORME DE UN CASO**

*Dra. Yamilé Calzadilla Navarro<sup>1</sup>, Dra. Onoria Cayón Poyeaux<sup>1</sup>, Dr. Yoel Ricardo Serrano<sup>2</sup>, Dra. Yindra Bustamante Realin<sup>3</sup>, Dr. Roberto Lantigua Barrios<sup>4</sup>, Lic. Maythe Peláez Llorente<sup>5</sup>, Dr. Javier Pérez Azahares.<sup>6</sup>*

**RESUMEN**

El vólculo o torsión de vesícula biliar es una rara enfermedad y de difícil diagnóstico para el cirujano y siempre debe tenerse el diagnóstico preoperatorio. Se presenta un caso de una paciente operada por vólculo de vesícula biliar diagnosticado por laparoscopia en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo, el 9 de Febrero de 2003, la cual evoluciona satisfactoriamente después de su intervención quirúrgica. Se realiza una revisión bibliográfica en la que se exponen las características clínico-quirúrgicas de dicha enfermedad, y se destaca lo raro que resulta esta afección en la práctica quirúrgica diaria.

*Palabras clave:* COLELITIASIS/cirugía; COLECISTECTOMIA.

**INTRODUCCION**

El vólculo de vesícula es una rara enfermedad que evita la irrigación adecuada de dicho órgano y bloquea el flujo de bilis a través del cístico, lo cual provoca abdomen agudo quirúrgico con peritonitis localizada y presencia de líquido sanguinolento en la cavidad.

---

<sup>1</sup> *Especialista de I Grado en Gastroenterología. Instructor.*

<sup>2</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructor. Residente de Gastroenterología.*

<sup>3</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente en Gastroenterología.*

<sup>4</sup> *Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.*

<sup>5</sup> *Licenciada en Enfermería. Instructor. Residente de Fisiología Médica.*

<sup>6</sup> *Especialista de I Grado en Medicina General Integral.*

Fue descrita por primera vez en 1898 por Wendel.<sup>1</sup> 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 2-100 años, con mayor frecuencia de aparición en el sexo femenino.<sup>2</sup>

A pesar de que la etiología es desconocida es constante en todos los casos la presencia de un mesenterio móvil que crea la llamada vesícula "flotante".<sup>3</sup> Se han propuesto varios factores favorecedores, tales como: presencia de malformaciones congénitas, ptosis visceral por envejecimiento, aumento del peristaltismo intestinal de forma exagerada, cifoscoliosis y multiparidad.<sup>4</sup>

El síntoma más característico es el dolor de gran intensidad en el epigastrio e hipocondrio derecho. El dolor puede irradiarse hacia la espalda o al hombro derecho, acompañado de vómitos repetidos.

En el examen físico<sup>5</sup> se plantea que el área de mayor dolor se encuentra más hacia el centro y en posición inferior que el que podemos encontrar en la colecistitis aguda, con modificaciones de pulso, temperatura y frecuencia respiratoria; estas alteraciones pueden conducir al estado de choque, por lo que es necesario destacar la suma importancia del diagnóstico en esta afección para evitar un tratamiento conservador en pacientes con cuadro de colecistitis aguda.

## **PRESENTACION DEL CASO**

Paciente de 38 años de edad, de sexo femenino, que acude a nuestro centro por presentar dolor abdominal difuso por espacio de 15 horas, de moderada intensidad, acompañado de intolerancia a las grasas, vómitos biliosos y en varias ocasiones sin restos de alimentos.

Al examen físico se precisa abdomen doloroso a la palpación en región de hipocondrio derecho, flanco lateral y epigastrio, contractura y dolor a la descompresión brusca en hipocondrio derecho y vesícula palpable.

*Signos vitales:*

Pulso: Normal      Tensión arterial: 120/80 mm Hg      Temperatura: 36 °C

*Hemograma completo:*

Hemoglobina: 115 gr/L

Leucocitos:  $14 \times 10^9/L$

Glicemia: 5.7 mmol/L

Polimorfos: 0.85/L

Linfocitos: 0.15/L

*Examen de orina:* Leucocitos: 2 x C, epitelio plano, albúmina negativa.

*Ultrasonido Abdominal:* Vesícula dilatada con múltiples imágenes litiásicas en su interior, paredes normales. Páncreas, hígado y demás órganos del abdomen, normales.

*Laparoscopia:* Hígado de caracteres normales. Vesícula aumentada de tamaño, llena a tensión, con aumento de vascularización, de color rojo violáceo, doloroso, rodeado de exudado de aspecto vinoso. Estómago normal. Bazo no se visualiza. Apéndice normal. En cavidad pélvica se observa útero de tamaño, color y consistencia normal, trompas engrosadas y tortuosas, ovarios normales. Se concluyó: Colecistitis aguda con compromiso vascular.

*Anatomía patológica:* Colecistitis litiásica aguda con compromiso vascular.

*Laparotomía exploradora:*

Se realiza incisión subcostal derecha de *Kocher* y se aborda cavidad peritoneal encontrándose moderada cantidad de líquido libre de aspecto vinoso. La vesícula se encuentra de color oscuro, cianótica, tensa con múltiples cálculos en su interior de diámetro aproximado de 0.6 - 1 cm.

El meso vesicular es largo y la vesícula está torcida en su eje longitudinal en sentido de las manecillas del reloj. Se coloca pinza en el extremo distal de la vesícula donde se inicia el conducto cístico, se punciona vesícula y se aspiran 40 cc de bilis concentrada seguida de disección del triángulo de *Calot*, encontrándose conducto cístico fino y largo, hepatocolédoco no dilatado sin cálculo palpable en su interior. Luego, se procede a realizar colecistectomía de fondo a cuello con la técnica habitual.

Evolución satisfactoria, con 3 días de estadía y sin complicaciones.

## DISCUSION DEL CASO

Los vólvulos de vesícula biliar constituyen una enfermedad poco frecuente. Hasta el momento se han registrado poco más de 300 casos. Se manifiestan sobre todo en la población pediátrica o en ancianos y su diagnóstico preoperatorio se consigue sólo en la minoría de los casos, principalmente por lo raro de la alteración.<sup>6</sup>

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 estómago. Esta patología puede ocurrir a cualquier edad y sexo, pero más frecuente en el sexo femenino con una relación mujer/hombre de 3:11.<sup>7</sup>

Existen dos requerimientos necesarios para que ocurra 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 provoca la torsión del conducto cístico sobre su eje.

Si bien los factores anatómicos predisponentes están bien documentados, los factores desencadenantes aún son estudiados pues los datos no son suficientes.<sup>2</sup>

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

La primera anomalía se relaciona con una deformidad congénita que ocurre en la cuarta a séptima semana del desarrollo embriológico de la pars cística desde el divertículo hepático, en la cual la migración anormal con ausencia de mesenterio vesicular crea una vesícula libre y flotante.<sup>8</sup>

La segunda ocurre por visceroptosis generalizada, en la que el mesenterio de la vesícula y el conducto cístico se relajan y se elongan, creándose 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 columna, dan a la vesícula una posición más pendiente, que predispone a la torsión. Esta se ve favorecida por factores como: la arteriosclerosis, la tortuosidad del conducto cístico, la colecistitis con dilatación aguda, los movimientos violentos y la peristalsis intensa de las vísceras vecinas.<sup>9</sup>

La tercera y menos frecuente, es la configuración anatómica caracterizada 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 de 180°, y la incompleta, con rotación menor de 180°. <sup>10</sup>

La analítica o la radiología no suelen aportar hallazgos significativos. La ecografía suele ser compatible con colecistitis aguda con o sin litiasis. La ecografía podría ser básica en el diagnóstico precoz, ya que la presencia de una vesícula agrandada que flota anteriormente con la pared engrosada y múltiples acodamientos podría indicar diagnóstico de vólvulo.

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 litiasis y la torsión del órgano, ya que se enfocan en las relaciones entre la vesícula dilatada, el cístico y la vía biliar. Es un procedimiento no invasivo pero muy costoso. <sup>11</sup>

En la mayoría de las ocasiones, el diagnóstico es intraoperatorio ya que el tratamiento de elección es la colecistectomía e, incluso, se ha descrito algún caso intervenido por laparoscopia. Generalmente se recomienda la destorsión del vólvulo antes de la colecistectomía por disminuir el riesgo de lesiones en las vías biliares.

El pronóstico es bueno si la cirugía es precoz, con una baja mortalidad (entre el 3 y 5 %), lo que indica que se debe pensar en esta enfermedad por la importancia de la rapidez en la actuación quirúrgica. Aunque se trata de una afección rara, es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal en el anciano. <sup>9</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

El vólvulo de vesícula es una enfermedad rara y de diagnóstico clínico difícil. Los exámenes complementarios no certifican con seguridad el mismo. El tratamiento de los vólvulos de la vesícula biliar es, sin duda, quirúrgico, por lo que es de vital importancia su diagnóstico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

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 Laparoendosc Surg.* 1997 apr-jun; 1(2):167-70.
3. Nguyen T, Geraci A, Bauer JJ. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc.* 1995; 9:519-21.
4. Benito C, Albiach MA, Ahenke A, Duarte S, González J, Fonseca R, *et al.* Vólvulo de vesícula biliar. *Cir Esp.* 2003; 46:254-7.
5. Stieber AC, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *Am J Gastroenterol.* 2002; 78:96-8.
6. Shuchleb CS, Cervantes SJ, Torices EE, Tort MA. Vólvulos de la vesícula biliar. *Med Interna Mex.* 2004 nov-dic; 15(6):302-5.
7. Torres CA, Aguirre C. Gallbladder volvulus: Review of the literature and the report of a case. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina.* 2008 enero; (177).
8. Gross RE. Congenital anomalies of the gallbladder. *Arch Surg.* 1936; 32:131-5.
9. Resano B, Abadía I, Arnedo S, Flamarique O, Eguaras E, Ramírez O. Vólvulo de vesícula. *Cir Esp.* 2004; 68:87-8.
10. Levene A. Acute torsion of de gallbladder. Postmorten Finding in two cases. *Br J Surg.* 1958; 45:338-40.
11. Usui M, Matsuda S, Suzuki H, Ogura Y. Preoperative diagnosis of gallbladder torsion by magnetic resonance cholangiopancreatography. *Scand J Gastroenterol.* 2004; 35: 218-22.