

Torsión de la vesícula biliar

Gallbladder torsion

La torsión vesicular (TV) es una entidad muy poco frecuente, en la que se produce un giro de la vesícula biliar (VB) a lo largo de su eje con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta^{1,2}. En 1898, Wendel³ describió el primer caso en la literatura médica; desde entonces se han comunicado alrededor de 400 casos de TV⁴. Presentamos una paciente de 85 años que presentó un cuadro de TV y realizamos una revisión de la literatura médica.

Mujer de 85 años con antecedentes de alergia a las sulfamidas, hipertensión arterial, histerectomía por mioma uterino y fractura de cadera. Acudió a urgencias por dolor abdominal continuo, localizado en el hipocondrio derecho, de pocas horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. En la exploración física se apreció cifoescoliosis grave, diástasis de músculos rectos abdominales y se palpó una masa en el flanco derecho, dolorosa a la palpación con signo de Murphy positivo. En la analítica solo destacaba leucocitosis (13.920/ μ l) con neutrofilia (84,2%) y aumento del fibrinógeno (661 mg/dl). En la ecografía abdominal se observó una VB muy distendida con la pared engrosada y múltiples litiasis en su interior, líquido libre perihepático, en las interosas y en el espacio de Morrison. La TAC abdominal mostró en la fosa ilíaca derecha una estructura de contenido líquido de 15 × 5 × 5 cm de eje máximo con captación de contraste en su pared que parecía surgir del hilio hepático, y líquido libre intraabdominal (fig. 1). Con el diagnóstico erróneo de colecistitis aguda evolucionada, se intervino a la paciente mediante laparotomía subcostal derecha y se apreció una VB aumentada de tamaño con signos de isquemia irreversible por torsión de su pedículo (fig. 2). Se realizó detorsión y colecistectomía. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El estudio histológico confirmó la presencia de una extensa necrosis hemorrágica en la VB.



Figura 1 – TAC abdominal.



Figura 2 – Pieza quirúrgica.

La TV es una entidad infrecuente que consiste en el giro incompleto ($<180^\circ$) o completo ($>180^\circ$) de la VB sobre su eje. Cuando la TV es completa existe una afectación vascular que produce gangrena vesicular. Se han descrito casos en cualquier edad, pero el 80% de las TV ocurre en ancianos, probablemente relacionado con la pérdida de grasa y la atrofia tisular típica del envejecimiento^{4,5}. Hay un mayor número de TV en mujeres, con una relación mujer-hombre de 3 a 1⁵.

La TV se ha relacionado con 2 variantes anatómicas: 1) deformidad congénita donde el mesenterio sólo cubre el conducto y la arteria cística y no a la VB, y 2) mesenterio normal pero muy laxo. En ambos casos, existe una VB libre y flotante en la cavidad abdominal, condición precisa para que se produzca la TV.

Se han postulado varios factores predisponentes de TV: traumatismo abdominal, cifoescoliosis, visceroptosis, atherosclerosis de la arteria cística, estreñimiento, pérdida de peso y movimientos peristálticos intensos (movimiento del estómago y duodeno con rotación de la VB a favor de la manecillas del reloj y del colon transverso en contra)⁶. El papel de la litiasis vesicular es discutible como factor predisponente, pues sólo se ha observado en el 20–30% de los pacientes con TV^{5,6}. Nuestra paciente presentaba una cifoescoliosis importante y colelitiasis.

La sintomatología de la TV no es específica, lo que dificulta el diagnóstico preoperatorio^{1,4}. Existe una tríada que puede ayudar a establecer un diagnóstico de presunción y que analiza 3 aspectos: características físicas (edad avanzada, delgadez y alteraciones de la columna vertebral), síntomas (dolor abdominal de inicio brusco acompañado de vómitos) y signos en la exploración (palpación de masa abdominal no pulsátil). Inicialmente puede simular un episodio de colecistitis aguda. Los estudios analíticos son habitualmente normales o, como en nuestro caso, presentar leucocitosis.

Los métodos de imagen no siempre permiten un diagnóstico preoperatorio correcto de TV, que frecuentemente se obtiene en el acto quirúrgico². La ecografía abdominal parece la prueba más costeefectiva. Los signos ecográficos indicativos de TV son VB en localización no habitual, dilatación de la VB con ausencia de cálculos en su interior y engrosamiento de la pared vesicular. La TAC abdominal no aporta mucha más información que la obtenida con la ecografía⁵. La colangio-RM valora de forma precisa las alteraciones anatómicas del cuello vesicular y del conducto cístico, además, informa de la posible presencia de hemorragia o necrosis de la pared vesicular. En la gammagrafía hepatobiliar podemos encontrar una imagen típica («ojito de toro») por acúmulo de radioactividad en la VB. En nuestra paciente, la presencia de litiasis vesicular, engrosamiento de la pared y líquido libre en la ecografía y la TAC nos llevó a diagnóstico incorrecto de colecistitis aguda evolucionada.

El tratamiento de la TV es quirúrgico y urgente, ya que si se demora existe una alta probabilidad de rotura y perforación de la VB y, consecuentemente, de una peritonitis biliar que incrementa considerablemente la morbilidad postoperatoria. La intervención quirúrgica consiste en la detorsión y la colecistectomía. El abordaje puede ser laparotómico o laparoscópico. La colecistectomía laparoscópica es la mejor opción terapéutica en la TV¹, ya que confirma el diagnóstico y permite realizar la colecistectomía. En estos pacientes, además, es fácil por las características anatómicas de la VB (libre y flotante con mesenterio laxo o ausente). El pronóstico es bueno, con una mortalidad baja (3-5%) cuando la cirugía se realiza precozmente.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.014

B I B L I O G R A FÍA

- Nyguyen T, Geraci A, Bauer JJ. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc*. 1995;9:519-21.
- Shaikh AA, Charles A, Domingo S, Schaub G. Gallbladder volvulus: Report of two original cases and review of the literature. *Am Surg*. 2005;71:87-9.
- Wendel AV. A case of floating gallbladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of Gallbladder. *Am Surg*. 1898;27:199-202.
- Lemonick DM, Garvin R, Semins H. Torsion of the gallbladder: A rare cause of acute cholecystitis. *J Emerg Med*. 2006;30: 397-401.
- Nakao A, Matsuda T, Funabiki S, Mori T, Koguchi K, Iwado T, et al. Gallbladder torsión: Case report and review of 245 cases reported in the Japanese literature. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 1999;6:418-21.
- Tarhan OR, Barut I, Dínelek H. Gallblader volvulus: Review of the literature and report of a case. *Turk J Gastroenterol*. 2006;17:209-11.

Ramón Puga Bermúdez, Cristina Sabater Maroto, José Manuel Ramia Ángel*, José E. Quiñones Sampedro y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobilíopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com
(J.M. Ramia Ángel).

Quiste de uraco sobreinfectado como diagnóstico diferencial poco frecuente de apendicitis aguda

Infected urachal cyst as an unusual differential diagnosis of acute appendicitis

Presentamos el caso de un varón rumano de 21 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó en Urgencias por dolor abdominal en fossa ilíaca derecha, cólico, de 3 días de evolución y sin irradiación. Refería náuseas sin vómitos, escalofríos y disuria.

El paciente se encontraba hemodinámicamente estable, con febrícula de 37,6 °C. A la palpación la fossa ilíaca derecha y el hipogastrio eran dolorosos, con defensa localizada y signo de Blumberg positivo. El peristaltismo era normal. No se apreció exudado umbilical. En la analítica destacaba una leucocitosis de 18.000/μl con desviación a la izquierda (84%) y PCR de 18 mg/dl. El sedimento urinario era completamente normal.

Con la sospecha de apendicitis aguda, se realizó una ecografía y posteriormente una TC con contraste endovenoso, que evidenciaban una colección bilobulada encapsulada, de

paredes engrosadas con infiltración de la grasa adyacente prevesical derecha, apoyada sobre la vejiga urinaria, y que parecía en comunicación con el ombligo (fig. 1). No se observaron adenopatías mesentéricas, retroperitoneales ni ilíacas aumentadas de tamaño. No había líquido libre intraabdominal. No se descartó una apendicitis aguda evolucionada.

Se instauró antibioticoterapia empírica con ciprofloxacino. La laparoscopia visualizó un apéndice cecal normal y una protrusión extraperitoneal con un cordón hacia el ombligo correspondiente a quiste de uraco (fig. 2). Se realizó una minilaparotomía media infra umbilical y se extirpó una tumoración quística adyacente a la cúpula vesical. Se realizó un cierre vesical con puntos sueltos de material reabsorbible.