

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 («ojo 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 morbimortalidad 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

BIBLIOGRAFÍA

1. Nguyen T, Geraci A, Bauer JJ. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc.* 1995;9:519-21.
2. 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.
3. Wendel AV. A case of floating gallbladder and kidney complicated by cholelithiasis with perforation of Gallbladder. *Am Surg.* 1898;27:199-202.
4. Lemonick DM, Garvin R, Semins H. Torsion of the gallbladder: A rare cause of acute cholecystitis. *J Emerg Med.* 2006;30:397-401.
5. 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.
6. Tarhan OR, Barut I, Dinelek H. Gallbladder 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 Hepatobiliopancreática, 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 fosa 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 fosa 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 intra abdominal. 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.

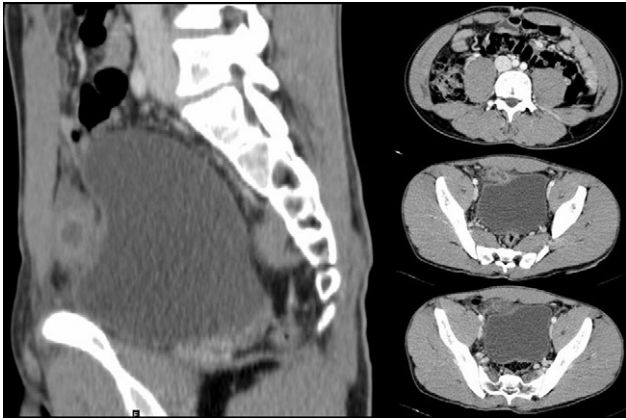


Figura 1 – Secciones sagital (izquierda) y transversales de la TC abdominal en la que se aprecia el quiste de uraco adyacente a la vesícula y en comunicación con el ombligo.

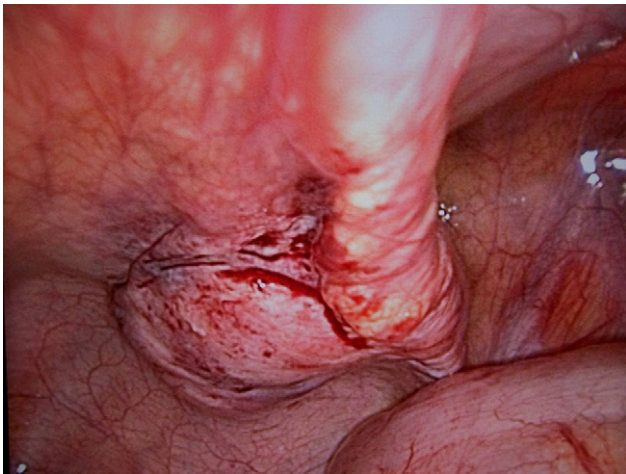


Figura 2 – Imagen intraoperatoria laparoscópica del quiste de uraco, que aparece como una protrusión a la derecha del uraco.

Los cultivos del líquido intraquístico fueron negativos y el paciente siguió un curso postoperatorio correcto. Fue dado de alta a los 4 días con tratamiento antibiótico oral durante una semana. El estudio anatomopatológico mostró una lesión compatible bien con divertículo vesicouracal abscesificado o con quiste de uraco.

El uraco o ligamento medio umbilical es un remanente embriológico de la primitiva vejiga urinaria que se extiende desde la cúpula de la vejiga urinaria hasta el ombligo. Generalmente evoluciona a una banda fibrosa tras el nacimiento. Si esta regresión es incompleta pueden aparecer patologías relacionadas con el uraco, siendo infrecuentes y con clínica muy diversa e inespecífica^{1,2,7}. Pueden presentarse en forma de infección aguda o incluso como degeneración maligna. Debido a su baja prevalencia y variabilidad de presentación clínica, el diagnóstico preoperatorio es difícil.

La incidencia de las anomalías del uraco es baja, siendo la gran mayoría asintomáticas y en niños antes de los dos años de edad. Las anomalías del uraco se clasifican¹ en función de su anatomía en: 1) persistencia del uraco, grupo más frecuente,

en el cual la estructura tubular se encuentra intacta, manteniendo su luz; 2) sinus del uraco, en el cual el extremo que desemboca en el ombligo no se oblitera totalmente; 3) divertículo del uraco, en el cual el extremo que desemboca en la vejiga no se oblitera totalmente; 4) quiste del uraco, en el cual ambos extremos se obliteran pero persiste la luz central tubular. Es la más común en adultos. Su infección es el modo de presentación más típico, como en el caso actual; y 5) sinus alternante, que puede drenar hacia el ombligo o la vejiga.

Se han descrito casos de peritonitis por ruptura de quiste de uraco^{1,6}. La ruta de infección puede ser hematógena, linfática, directa o ascendente desde vejiga urinaria. Los microorganismos más frecuentemente hallados son: *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus* spp., *Streptococcus viridans* y *Fusobacterium* spp.¹.

La clínica de presentación del quiste de uraco es diversa⁵. El síntoma más frecuente es dolor abdominal, pero se puede presentar fiebre, dolor periumbilical, supuración o disuria. Se han descrito adenocarcinomas y otros tipos de neoplasias asociadas³. Una correcta historia clínica es necesaria para su sospecha, pero el diagnóstico definitivo suele alcanzarse con ayuda de la ecografía o tomografía computerizada². En ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio.

El tratamiento es la resección quirúrgica ya que no regresan espontáneamente. Tradicionalmente, el tratamiento del quiste sobreinfectado consistía en una intervención en 2 tiempos⁴, drenando primeramente el quiste infectado⁷ para después extirpar el quiste cuando se hubiera resuelto el cuadro séptico. Otra posibilidad es la exéresis del quiste en un solo tiempo⁶; sin embargo, estudios recientes parecen demostrar ventajas de la técnica en dos tiempos¹⁻³. Ambas opciones deben ir siempre acompañadas de una antibiotico-terapia de amplio espectro.

En conclusión, el quiste de uraco es una anomalía poco prevalente, siendo aún menos frecuente su manifestación clínica. La sobreinfección del quiste es la forma más típica de presentación, pudiendo simular una apendicitis aguda debido a su clínica poco específica. Para su correcto diagnóstico se requieren pruebas complementarias, siendo las más útiles la ecografía y la tomografía. El tratamiento es la exéresis y la antibiotico-terapia.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ekwueme KC, Parr NJ. Infected urachal cyst in an adult: a case report and review of the literature. *Cases J.* 2009;2:6422.
2. Yoo KH, Lee SJ, Chang SG. Treatment of Infected Urachal Cysts. *Yonsei Med J.* 2006;47:423-7.
3. Choi YJ, Kim JM, Ahn SY, Oh JT, Han SW, Lee JS. Urachal Anomalies in Children: A Single Center Experience. *Yonsei Med J.* 2006;47:782-6.
4. Lees VC, Doyle PT. Urachal cyst presenting with abscess formation. *J R Soc Med.* 1991;84:367-8.
5. Doran A. Urachal Cyst simulating Appendicular Abscess: Arrested Development of Genital Tract; with Notes on Recently Reported Cases of Urachal Cysts. *Proc R Soc Med.* 1909;2: 197-221.
6. Keown D. Infected Retro-umbilical Dermoid Presenting as an Acute Emergency. *Br Med J.* 1968;4:33.
7. Crossling FT. Infected Urachal Cyst. *Br Med J.* 1955;2:852.

Marta Climent-Agustín^{a,*}, Joan J. Sancho^a, Isidro Martínez-Casas^a, Noelia Risueño^b y Luis Grande^a

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

^bServicio de Radiología del Hospital Universitari del Mar, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 99152@imas.imim.es (M. Climent-Agustín).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.01.001

Dificultad en el diagnóstico de la hernia de Spiegel abscesificada

Difficulty in the diagnosis of an abscessed Spigelian hernia

La hernia de Spiegel es un defecto parcial de la aponeurosis de Spiegel. No solo presenta una baja incidencia (del 0,1 – 2% de todas las hernias de pared abdominal)¹, sino que es excepcional encontrarla como causante de un abdomen agudo. Presentamos un caso de hernia de Spiegel que comenzó de forma no descrita hasta la fecha en la literatura médica.

Paciente de 82 años con antecedentes de linfoma no hodgkiniano hace 12 años, en remisión completa, que acude por dolor en el hemiabdomen izquierdo de 4 días de evolución, sin otros síntomas. A la exploración se observó una masa alargada desde la fosa ilíaca izquierda hasta el vacío izquierdo, que con la maniobra de Bouchacourt depende de la pared abdominal. La analítica mostró 20.000 leucocitos/ μ l con neutrofilia. La radiografía del abdomen fue normal. La tomografía computarizada (TC) (fig. 1) fue compatible con un proceso inflamatorio/infeccioso, aunque no se descartó infiltración neoplásica. Se realizó una PAAF de esta colección, con salida de pus franco, y se remitieron muestras al servicio de microbiología y al de anatomía patológica. Posteriormente, la evolución fue satisfactoria, aunque persistió una induración en la fosa ilíaca izquierda. En el hemograma y en la bioquímica hubo un descenso de la fórmula leucocitaria con marcadores tumorales en el margen de la normalidad. Se realizó una nueva TC al 6.º día del ingreso que informó de disminución de la colección ya descrita, sin otros hallazgos. En las muestras remitidas al laboratorio se cultivó *Streptococcus intermedius/milleris*, con citología negativa para malignidad. Ante la mejoría clínica y radiológica evidente de la paciente se le dio de alta al 8.º día. Durante su seguimiento en consultas externas disminuyó el tamaño de la tumoración hacia un nódulo de 2 cm de diámetro con un control radiológico mediante TC (fig. 2) que informó de hernia de Spiegel izquierda.

La hernia de Spiegel se considera una entidad poco frecuente, en que los trabajos publicados al respecto se ciernen a un número limitado de casos. Esto provoca lagunas en algunos aspectos, como puede ser la presentación clínica. Nosotros exponemos una sintomatología no descrita hasta ahora en la literatura médica.

Esta hernia se dispone en la línea semilunar, donde en ocasiones se palpa una masa, y es éste el hallazgo que orienta al diagnóstico, pues los síntomas son inespecíficos y no se encuentran en todos los pacientes². Además, las exploraciones físicas son reiteradas dada la inespecificidad de los datos clínicos (puede ser erróneo hasta en un 50%³), y, por tanto, son de utilidad las exploraciones complementarias, fundamentalmente la ecografía y la TC⁴. Destacamos de nuestro caso el característico inicio como una colección purulenta en el seno de la pared abdominal, confirmada mediante la TC, y el fallo de las técnicas de imagen para identificar inicialmente el origen de esta. Tan solo un año después de la estancia se llegó al diagnóstico definitivo.



Figura 1 – Marcado aumento del tamaño del músculo recto anterior izquierdo y de la musculatura del flanco izquierdo, en su porción media y caudal, con una extensión de unos 17 cm. Alcanzan unos diámetros AP de 2,5 cm. A nivel umbilical el diámetro de la musculatura es máximo y se observa una colección localizada, profunda y en contacto con la pared abdominal de unos 3,5 cm. Estructura ganglionar de 1 cm localizada retroperitoneal interaortocava.