



P-308 - TORSIÓN VESICULAR ASOCIADA A ISQUEMIA INTESTINAL. UNA RARA ASOCIACIÓN

Busto Vicente, María Jesús; Arruabarrena Oyarbide, Arantxa; Sánchez-Migallon, Elena; Osorio Capitán, Mikel; Lopes Moreira, Claudia; Albizuri Arruti, Maren; Clemares de Lama, Marta; Aramendia, Irene

Hospital de Zumárraga, Zumárraga.

Resumen

Introducción: La torsión vesicular es una entidad infrecuente que se presenta típicamente en ancianos y que consiste en el giro de la vesícula a lo largo de su eje produciendo una afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta pudiendo existir ciertas características anatómicas predisponentes.

Caso clínico: Mujer de 88 años con antecedentes de lumbalgia crónica, osteoporosis, cifosis dorsal y fractura subtrocantérea de cadera derecha. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal de 48 horas de evolución en epigastrio y ambos hipocondrios. No náuseas ni vómitos. No alteración del tránsito intestinal. Tratada 24 horas antes por su MAP por ITU con fosfomicina. A la exploración, presenta un abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación generalizada, con defensa. No peristaltismo. Analíticamente, presenta PCT: 19,4; PCR: 565; NTproBNP: 11.408, Leucos: 27.860 (Ntf: 94%); INR: 1,7. Se realizó ECG (taquicardia sinusal), Rx tórax y Rx abdomen (ambas normales) y TAC abdomino-pélvico que evidencia una torsión vesicular con isquemia de la pared y líquido perihepático. Realce asimétrico de asas de delgado con áreas parcheadas de hipocaptación sugestivas de isquemia intestinal asociada. Se realiza intervención quirúrgica urgente por vía laparoscópica, encontrándose una vesícula biliar torsionada condicionando una necrosis total de la vesícula, así como isquemia parcheada de 2/3 de intestino delgado. Se realiza destorsión vesicular encontrando hilio no necrosado y se realiza colecistectomía reglada. Se explora intestino delgado, descartando hernia interna como causa de la isquemia y se infunde verde de indocianina confirmando la alteración de la perfusión vascular en 2/3 de intestino delgado. Se da por finalizada la intervención y la paciente pasa a URPA. La paciente fallece 4 días más tarde por la mala evolución de la isquemia intestinal. La AP confirma una necrosis tisular masiva.

Discusión: La TV fue descrita en 1898 por Wendel y se han descrito alrededor de 400 casos en adultos. En 1925, Daux la describe en la infancia y se han publicado unos 25 casos. El giro que provoca la TV puede ser completo ($> 180^\circ$) o incompleto ($< 180^\circ$). Cuando es completo, se produce gangrena vesicular. El 80% se produce en ancianos (mujeres, en relación 3:1 con hombres), asociado con la pérdida de grasa y la atrofia tisular típica del envejecimiento. Como factores predisponentes destacan traumatismo abdominal, cifoescoliosis, visceroptosis, aterosclerosis de la arteria cística, estreñimiento, pérdida de peso y movimientos peristálticos intensos. Es discutible el papel de la colelitiasis pues solo se halla en el 20-30% de los casos. La sintomatología de la TV no es específica,

simulando una colecistitis aguda. Analíticamente cursa con una elevación inespecífica de RFA. Los métodos de imagen no siempre permiten el diagnóstico preoperatorio. La ECO abdominal es la prueba más costo-efectiva y evidencia VB en localización habitual, dilatación de la VB con ausencia de cálculos en su interior y engrosamiento de la pared vesicular. Los hallazgos en TAC son similares. El tratamiento de la TV es quirúrgico y urgente, practicándose una colecistectomía laparoscópica. El pronóstico es bueno, con una mortalidad de 3-5% cuando la cirugía se realiza precozmente.