

Vólvulo de vesícula. Presentación de un caso. Algunas consideraciones

José A. Galbán González (1); Orlando Fleitas Pérez (2); Diamela O. Sucar (3)

Resumen

Se presenta un caso de vólvulo de vesícula (VB) en un hombre de 96 años. Con antecedentes de bloqueo artículo-ventricular de III grado con un marcapaso implantado (desde hace 6 años) y hernia hiatal. Se describen los hallazgos clínicos de laboratorio, radiológicos y anatomopatológicos. Se revisan los aspectos relacionados con esta rara enfermedad en la literatura mundial en cuanto a factores predisponentes, diagnóstico, tratamiento y pronóstico.

Palabras clave: VOLVULO DE VESICULA

1. Especialista 1er grado Cirugía General. Profesor Asistente Hospital Provincial General Docente Antonio Luaces. Iraola. Ciego de Ávila
2. Residente de 1er año Cirugía General.
3. Residente 3er año Microbiología Instituto de Medicina Tropical Pedro Kouri

INTRODUCCION

La torsión de la VB es un trastorno raro, que requiere para su instalación de una relación no corriente entre la vesícula y el hígado. El primer caso fue descrito por Wendel en 1898 y solo se reportán poco más de 400 en la literatura revisada (1).

Es más frecuente en el sexo femenino en una relación de 3 a 1, particularmente en las edades avanzadas.

Se han expuesto varias teorías para explicar la torsión y dentro de ellos se exponen (2).

- Actividad peristáltica de los órganos vecinos.
- Pérdidas de peso en las edades avanzadas.

Raramente se establece un diagnóstico preoperatorio (menor del 1% de los casos según la literatura revisada (1) (*), el paciente acude por un cuadro de dolor abdominal agudo que recuerda al cólico biliar, de comienzo súbito y dramático, aunque puede tener antecedentes de cólicos por torsiones incompletas. Se acompaña generalmente de VB palpable y alteraciones ostensibles de la temperatura y el pulso.

COMENTARIOS

La torsión de la vesícula biliar sobre su pedículo interfiere en su irrigación y origina la gangrena. Si este estado es reconocido precozmente y el tratamiento quirúrgico es correcto el pronóstico de la torsión es excelente. Como se ha dicho es una entidad poco frecuente, por ejemplo; en una revisión de 731040 en 4 hospitales del sur de California, dio como resultado 2 casos, o sea, 1 cada 365520 (2). Esta prevalencia debe ir aumentando con el envejecimiento de la población.

Varios factores condicionan la aparición de la enfermedad como son:

- Vesículas dobles
- Vesículas bilobuladas (aparecen en el 4% de la población)
- Pacientes con hábitos asténicos, en los que puede aparecer libre o envuelto en peritoneo como una especie de meso que lo une al hígado.
- Fruncido o arrugamiento del tejido hepático por la edad por cirrosis.

La proporción de mujeres a hombres es de 3 a 1, aunque puede verse a edades tan tempranas como a los 5 años se encuentra con mayor frecuencia entre la 6ta y 8va década de la vida. Los que han perdido peso recientemente aparecen más susceptibles, en la mayoría de los casos no existe el antecedente del cólico biliar y el comienzo es súbito y dramático, aunque puede existir el antecedente de cólico por torsiones incompletas.

Como síntoma principal encontramos el dolor en epigastrio o HD, su carácter nos recuerda al cólico biliar y se describe como una molestia continua dolorosa que puede irradiarse a la espalda y acompañarse de vómitos. Sin embargo, la ictericia es muy rara. Es una enfermedad engañosa que se puede presentar con escasas alteraciones del estado general y ostensibles alteraciones morfológicas vesiculares. Durante las primeras 48 horas los síntomas son escasos, pulso, temperatura y frecuencia respiratoria a menudo normales o ligeramente aumentados.

Se puede encontrar al examen físico defensa muscular de la región, reacción peritoneal y a menudo una más móvil en la región vesicular que puede variar de tamaño e incluso desaparecer. Las alteraciones del estado general aparecen después de las 48 horas y se anuncian más por los signos de irritación peritoneal abdominal que con los signos generales.

PRESENTACION DEL CASO

Se muestra un caso de vólvulo de vesícula en un paciente de 96 años, blanco, masculino. Antecedentes de hernia hiatal y bloqueo AV grado III. Que viene por presentar dolor intenso en epigastrio, acompañado de vómitos, diarreas semipastosas con flema y sangre, pérdida de apetito, pérdida de peso, decaimiento y desde hace 6 meses sufre de episodios de diarreas similares.

Exploración:

Normosómico, bien orientado, piel ligeramente seca, mucosas hipocoloreadas, Cabeza y cuello: sin hallazgos patológicos. Tórax: se auscultan estertores crepitantes bibasales. FR 32 X'. TA 130/80 RC 72 X'. Abdomen: se palpa tumuración dolorosa que late pero no sopla localizada en epigastrio y parte de hipocondrio derecho. No visceromegalia, ruidos hidroáreos presentes.

Exploración Complementaria:

Hemoglobina 11.4 g/l

Creatinina 44.6 mmol/L

Leocograma P-0,81 E 00

L- 00,9 Stabs. 005

M-005

Lonograma Na 130 K-4,2 Cl 101

Exploración imagenológica:

US. Hígado con zona mayor ecogenicidad y signos de estasis vascular que rebasa 1cm el reborde costal VB marcadamente dilatada que mide 12,7 X 4,8cm, con imágenes de gruesos cálculos en su interior, la mayoría de 18 mm, pared gruesa de +-5 mm. Páncreas no visualizado por los gases. Bazo normal. Riñones mal visualizados. Aorta abdominal ateromatosa, mide 2,5cm.

Se decide su ingreso para estudio y la corrección del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base, en terapia intermedia.

A las 48 horas de su ingreso se decide la intervención quirúrgica con el diagnóstico de colecistitis aguda. Durante el acto quirúrgico se aprecia una VB aumenta de volumen, de color rojo negruzco, de aspecto gangrenoso y tumefacto y en la cavidad una pequeña cantidad de líquido serosanguinolento. Se envía la pieza a Anatomía patológica. Se realizó colecistectomía

de fondo a cuello (por el método tradicional) y el paciente presentó una evolución postoperatoria satisfactoria.

DIAGNOSTICO

En el comienzo súbito del dolor en HD, en una mujer de edad avanzada, acompañada de náuseas, vómitos y masa palpable en zona vesicular orientan hacia este estado, falta de alteraciones ostensibles de estado general (pulso, temperatura, FR) contribuyen a aumentar la sospecha. La falta de ictericia, debe hacer pensar en la torsión y si existe se descartará por completo.

Si la torsión es incompleta el diagnóstico es más difícil, esto merece considerarse en las mujeres delgadas de edad avanzada que presentan síntomas que recuerden los cólicos biliares con dolor HD y resultados negativos en las colecistografía en cuanto a enfermedades de la VB.

Los medios complementarios más usados en el diagnóstico preoperatorio de esta afección, que como se ha dicho sólo se ha logrado en el 1% de los casos son el US, la TAC y la laparoscopia.

Algunos autores plantean que mediante el US y la TAC se puede lograr el diagnóstico temprano y exponen como criterios los siguientes signos:

1. Vesícula alargada 70 a 100mm
2. Vesícula engrosada 20 a 40 mm
3. Vesícula flotante 2 a 3 mm
4. Pared vesicular engrosada o imagen de capas múltiples 2 a 3mm

El diagnóstico temprano de la enfermedad y la intervención quirúrgica urgente tiene objetivo prevenir la perforación de la misma y por consiguiente la peritonitis biliar o por el derrame de contenido de la VB en la cavidad abdominal (5).

TRATAMIENTO

El tratamiento indicado es la colescistectomía de urgencia por cualquiera de las vías conocidas, con corrección de los desequilibrios hidroelectrolíticos que acarrea y antibioticoterapia.

PRONOSTICO

Se describe antes de 1934 una mortalidad del 12,82, en 1937 de hasta un 16%, con el avance actual de los medios diagnósticos se encuentran por debajo del 5% o menos si la intervención se lleva a cabo sin retrasos.

DISCUSION

La torsión o vólvulo de la vesícula es una afección poco frecuente, condicionada siempre por una relación anatómica anormal entre esta y el hígado, que puede tener como antecedentes cuadros que recuerdan los cólicos biliares por torsiones incompletas y pérdida de peso. Con mayor frecuencia se ven el sexo femenino entre la 6ta. y 8va. década de la vida. Se caracteriza por un cuadro de dolor abdominal con pocas manifestaciones generales hasta después de las 48 horas de instaurado, por lo que su diagnóstico precoz es difícil. La sonografía y la TAC pueden jugar un importante papel en estos pacientes cuando aparecen los signos que se señalan en el presente trabajo, para el diagnóstico y la realización de la intervención quirúrgica urgente en aras de prevenir las posibles complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hinoshita E, Nikisati T. Department of surgery Matsuyama Red Cross Hospital. Japan. Preoperative imagen con diagnosi torsion of the gallbladder: report a case. Hepatogastrio enterology. 1999 Jul-Aug; 46 (28): 221-25.
2. Henry L. Bockus. Gastroenterología. 3 ed. Barcelona:Salvat Editores;1981. T.3
3. Hamdi H. Blondiall J.V. Algaba R. Van Gysel J.P. Department of Surgery C.H.J. Bracops, Brussels-Belium. Acta Chiv Belg 1996 Feb; 96 (1) 41-3.
4. Sandra L. Hagun-Ansert ABDOMINAL Ultrasound, Shicly Guide E Exsam reviu 1996,5:173-206.
5. Campione O,D'Alessandro L, Grassiglin A.,Pascualini E, Marrano N, Lenzi F. Voluvulus of the Gallbladder. Minerva Chir 1998; 53(4):285-7.