Rev. Cir. Uruguay, V. 37, Nº 1-2: 93-95, ener./jun., 1967

Vólvulo de vesícula biliar *

Dres. R. C. PRADERI, J. LUCAS y J. F. CASSINELLI

Es un accidente muy raro. Levene (6), en 1958, encontró poco más de 200 casos publicados desde la primera observación de Wender (8) en 1898.

Aclaremos ante todo, que nos referimos al vólvulo completo (más de una vuelta en general) de la vesícula biliar sobre sí misma o su pedículo (parcial o total).

Estas torsiones determinan el infarto y la necrosis progresiva irreversible de la pared vesicular, que es diferente de las torsiones de menor grado —más o menos agudas—, pero reversibles, del colecisto, descritas por Fischer (3) y otros autores.

En nuestro país, no hemos encontrado ningún caso publicado de vólvulo agudo de vesícula biliar.

Referiremos dos observaciones operadas recientemente:

Obs. 1.— M. del C. P. de O. Sala 18, Hospital Pasteur. Hist. 10-37-98. Multípara de 36 años, delgada, con antecedentes de varias intervenciones en abdomen inferior: apendicectomía, cesárea, histerectomía, etc. Ingresa a sala el 4-VII-1966 con un cuadro de dolor epigástrico de instalación brusca con irradiación posterior e izquierda, vómitos biliosos, fiebre, chuchos, constipación.

Examen: Apirética, pulso 98, presión arterial 14-7, epigastrio ocupado y doloroso. Hipocondrio derecho depresible, no se palpa vesícula, pero tiene un Murphy +. Dolor en hipocondrio izquierdo, resto de vientre libre.

Se trata con antiespasmódicos y bolsa de hielo. Mejora algo el dolor, pero persiste el estado nauseoso. El laboratorio muestra una leucocitosis de 9.800. Amilasemia de 64 U. Wolghemuth. Se hace diagnóstico de colecistopatía aguda, pese a la falta de antecedentes. Y como el dolor epigástrico persiste, se opera. El 8-VII-1966, anestesia general. Dr. R. Praderi, Pte. Armand Ugón, Pte. Montero.

Paramediana transrectal derecha. Se encuentra un vólvulo de vesícula biliar de dos vueltas, respetando el bacinete. La vesícula está colocada transversalmente hacia la izquierda, entre el antro gástrico y el lóbulo izquierdo del hígado, engarzada en exudado fibrinoso adherente a la cara anterior del estómago y bañada en bilis. La pared delgada y de color negro filtraba el contenido de bilis sanguinolenta. No hay cálculos. Se practica una colecistectomía típica y drenaje del lecho gástrico.

La paciente evoluciona bien y es dada de alta en excelentes condiciones.

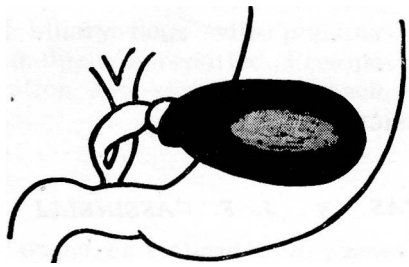
Anatomía patológica: Vesícula alitiásica de 7 ½ × 3 cm. con brusca transición del color negro azulado del cuerpo, a los tejidos más pálidos del bacinete. El reticulado normal de la mucosa tiene caracteres de colesterosis. Microscópicamente, el cuerpo vesicular tiene uniforme y acentuada estasis y trombosis venosas, hemorragia y edema del plano subseroso, pero no hay hemorragia en las capas internas. El bacinete no tiene estasis ni trombosis venosas. No hay evidencia de reacción inflamatoria exudativa leucocitaria actual, ni preexistente.

Obs. 2.— C. D. P. de P. Sanatorio Médico Quirúrgico de Melo. Paciente de 76 años, delgada, gastrectomizada por ulcus diez años antes, hipertensa, en tratamiento, sin antecedentes de dispepsia biliar. Comienza con dolores abdominales difusos en hipocondrio y flanco derecho el día 14-VIII-1966. No tuvo vómitos ni alteraciones de tránsito intestinal, apirética. Con antiespasmódicos mejoró algo, pero al día siguiente, después de una deposición normal, el dolor se intensifica localizándose en hipocondrio y flanco derecho.

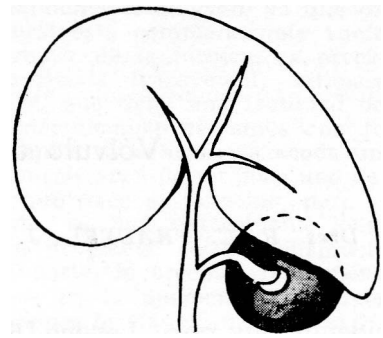
Examen: Apirética, presión arterial 14-10, pulso 100, el dolor de flanco derecho se intensifica con la respiración y la tos. Defensa en hipocondrio derecho, flanco y F.I.D. Pese a ello se palpa una tumoración dolorosa con los caracteres de vesícula biliar. Orinas colúricas confirmadas por laboratorio. Se hace diagnóstico de colecistitis aguda con pericolecistitis a pesar de la apirexia y falta de antecedentes. Y se resuelve operar.

El 16-VIII-1966 con anestesia general. Doctor Lucas, Dr. Torres. Paramediana transrectal derecha, líquido biliohemático libre en el peritoneo subhepático. Vólvulo total de la vesícula biliar (una vuelta y media), que se dispone en su propio lecho, pero cabalgando el borde del hígado con la mitad dispuesta entre este órgano y la pared anterior del abdomen. Tiene la forma y color de una morcilla que filtra bilis y sangre. Las paredes están edematosas e infartadas; el contenido es bilio-

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de noviembre de 1966.

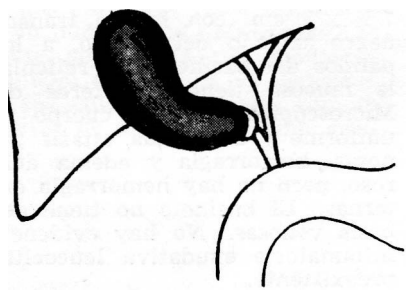


Caso 1: Vista anterior.

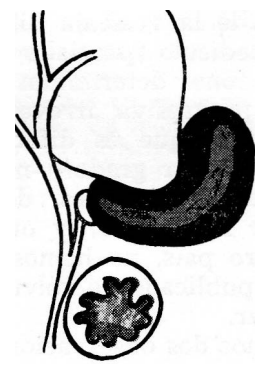


Caso 1: Visto desde la derecha.

FIG. 1.



Caso 2: Vista anterior.



Caso 2: Vista lateral.

FIG. 2.

hemático sin cálculos. Se practica una colecistectomía típica, drenaje de cigarrillo.

Evoluciona sin incidentes y se encuentra muy bien.

Anatomía patológica: Vesícula (alitiásica) de 13 cm. de longitud, con uniforme infartación hemorrágica parietal de 5 mm. de espesor promedial. Se conserva la arquitectura reticulada normal de la mucosa. Microscópicamente hay infarto hemorrágico y necrosis tisular profunda de todo el espesor y extensión parietal, sin fenómenos inflamatorios exudativos leucocitarios. Los seis milímetros proximales (bacinete), sólo tienen discreta congestión sanguínea, y hay un brusco tránsito a la zona de infartación hemorrágica distal, marcado por la presencia de arteria y ganglio cístico.

CONSIDERACIONES

I) Para volvularse una vesícula es necesario que cuelgue totalmente de un largo meso (caso 2) o que lo posea solamente en el bacinete (caso 1). En la primera situación el vólvulo es total y en la segunda es parcial [Leger (5)].

II) La afección es más frecuente en mujeres (2 a 1), pero no siempre se ve en ancianas delgadas (caso 2) como se describe clásicamente. Se ha encontrado también en niños [Bogle (2)].

III) Sólo hay litiasis en la tercera parte de los casos [Royer (7)].

IV) La consecuencia de la torsión es la necrosis con infartación hemorrágica más o menos intensa, según exista o no compresión venosa previa a la obstrucción arterial. La gravedad [Ashby (1)] deriva sobre todo de la filtración biliar que se produjo en nuestros dos casos en gran cavidad (caso 2), o bloqueada (caso 1). Desde luego, que la etapa final de la evolución sería la perforación total de la pared por necrosis con pasaje del contenido al peritoneo o la amputación espontánea de la vesícula con secuestración o peritonitis difusa.

V) El diagnóstico es casi imposible. Se opera generalmente con el de colecis-

titis aguda, aunque falten elementos: vesícula palpable (caso 1), fiebre (caso 2).

VI) En la vida de un cirujano se ve un solo caso que no se diagnostica. Parece que Krabbel (4) hizo diagnóstico en un paciente porque había operado otro igual dieciocho días antes.

VII) La existencia de esta afección y su complicación (peritonitis biliar) constituyen una razón más para operar las colecistitis agudas.

RESUMEN

El vólvulo de la vesícula biliar es una afección rara, diferente de las torsiones recidivantes.

Se presentan dos observaciones recientes. En una el vólvulo fue parcial y en la otra total.

RÉSUMÉ

Le volvulus de la vesicule biliaire est une maladie rare. Est differente des torsions recurrentes.

On presente deux cas dans lesquelles un était partial et l'autre total.

SUMMARY

Gall bladder volvulus are of rare occurrence, its difference with recurrence torsions being noteworthy.

Two recent surgical cases of the condition are reported upon; one was a partial volvulus, the other total.

BIBLIOGRAFIA

1. Ashby, B. Acute and recurrent torsion of the gall bladder. *Brit. J. Surg., 52:* 182, 1965.
2. Bogle, J. Gangrene of the gall-bladder due to torsion in a nine year old child. *A. M. J. Dis. children, 89:* 484, 1955.
3. Fischer, A. Uber torsion der gallen blase. *Zb. Chir., 52:* 1527, 1925.
4. Krabbel, M. *Dtsch. Zb. Chir., 154:* 76, 1920. (Citado por Ashby.)
5. Leger, L., Debeyre, J. et Mazingarbe, A. Volvulus de la vesicule biliaire. *Jour. Chir., 63:* 21, 1945.
6. Levene, A. Acute torsion of the gall bladder. *Brit. J. Surg., 45:* 338, 1958.
7. Royer, M. Patología de las vías biliares. Hachette. Bs. As., 1964.
8. Wender, A. Torsion of the gall bladder. *Ann. Surg., 27:* 199, 1898.