

Vólvulo de vesícula *

Dres. E. ANTIGA, O. CHAVARRIA y R. GREZZI **

HISTORIA

Es una afección sumamente rara. El primer caso fue descrito en la literatura médica por Wendel (12) en 1898. En 1903, Krukenberg describió 2 casos en mujeres jóvenes de cuadros recurrentes agudos de hipocondrio derecho sin reconocer su verdadera naturaleza. Encontró ambas vesículas péndulas, sin cálculos. Suturó ambas a la pared abdominal y las pacientes curaron de la afección.

Seefish tuvo 1 caso similar y suturó la vesícula al hígado.

Sterry Ashby tiene 2 observaciones personales iguales a las de los dos autores antes mencionados.

Short y Paul (10) recopilaron 50 casos en la literatura mundial en 1934. Leger, Debeyre y Mazingarbe (4) en 1945 agregan 3 observaciones personales y ele a e número a 91.

Cuervo y Cuervo en 1939 comunican torsión en niños.

Recht en 1952 (9) reportó 1 caso en un vesícula doble.

Mercier, Bolo y Fouques en 1964 relatan 1 caso (5).

En nuestro país, R. Praderi y col. (8) relatan en 1967, 2 casos en mujeres de 36 y 76 años, que constituyen las primeras observaciones en la literatura nacional.

C. Bortagaray (2) relata el tercer caso en 1969, en una paciente de 81 años de edad.

Hemos reunido tres observaciones más cuyas historias relataremos a continuación.

OBSERVACIÓN Nº 1 (diciembre 1964).— R. S., 87 años, sexo femenino. En tratamiento por insuficiencia cardíaca. Sin antecedentes de sufrimiento biliar.

Motivo de consulta: Episodio doloroso de hemiabdomen inferior derecho, que luego se localizó en fosa iliaca derecha, datando de 24 horas. En el momento del ingreso predomina el dolor y contractura en fosa iliaca derecha.

Diagnóstico clínico presuntivo: Peritonitis de origen apendicular.

Intervención: Dr. Ugarte. Mc Burney, Gosset. Líquido serohemático, apéndice sano. Ampliando la incisión hacia arriba se comprobó un vólvulo total de vesícula, rotada en 180° en el sentido de las agujas del reloj, distendida y color rojo oscuro, traccionando y angulando el colédoco, abundante líquido serohemático en fosa subhepática.

Se practicó colecistectomía sin dificultad, peritonización y drenaje subhepático.

Anatomía patológica: Vesícula sin cálculos, pared de infiltración hemática, trombos de los asos pediculares, lesiones de colecistitis crónica atrófica y trastornos mecánicos de orden ascular con focos congestivos hemorrágicos y de trombosis.

Evolución: Buena hasta el 6º día, luego accidente vascular cerebral, coma y muerte.

OBSERVACIÓN Nº 2 (diciembre 1968).— B. M., 1 año, sexo femenino. Con antecedentes biliares y enfermedad de Parkinson.

Motivo de consulta: Cuadro doloroso agudo de hipocondrio derecho, febril, datando de 48 horas. Antecedentes en el último mes de varios episodios de hipocondrio derecho catalogados como cólicos hepáticos. A su ingreso presenta una tumoración tensa y dolorosa de hipocondrio derecho que impresiona como una vesícula distendida.

Diagnóstico clínico: Colecistitis aguda obstructiva.

Intervención: Dres. Grezzi, Antiga y Pte. Achaffner. La vesícula volvulada con torsión de 180° en el sentido de las agujas del reloj. Es tensa, color rojo vinoso, infartada en totalidad, vasos císticos trombosados, mesocisto largo infartado, implantación hepática de 3 cm., contenido hemorrágico y cálculos. Colédoco e hígado normales.

Se practicó colecistectomía sin dificultades (figs. 1 y 2).

Evolución postoperatoria: Sin incidentes.

OBSERVACIÓN Nº 3 (abril 1970).— C. D. L. de M., 71 años, sexo femenino. Antecedentes de sufrimiento biliar en los últimos 5 años.

* Trabajo presentado en la Mesa Redonda de Temas Libres del 21º Congreso Uruguayo de Cirugía, 9 de diciembre de 1970.

** Adjuntos y Asistente de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

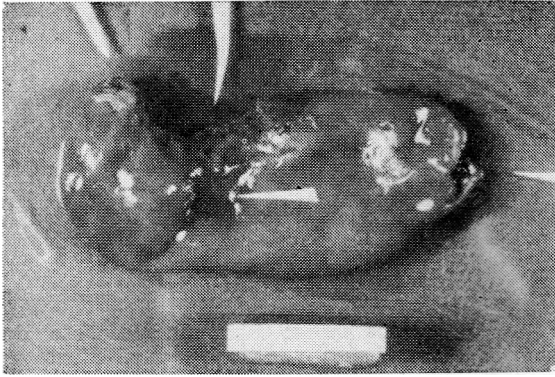


FIG. 1.— Vesícula infartada en su totalidad.

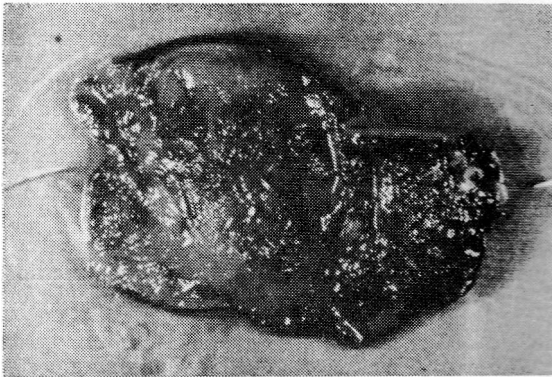


FIG. 2.— Vesícula abierta, contenido hemático y cálculos.

Motivo de consulta: Episodio doloroso agudo de epigastrio e hipocondrio derecho. Vómitos y distensión abdominal, datando de 3 días. Estado febril, deshidratación. Dolor y contractura en hemiventre derecho, predominando en hipocondrio y flanco. Douglas libre.

Diagnóstico clínico presuntivo: Peritonitis de oriben biliar.

Intervención: Dr. O. Chavarría. Palpación bajo anestesia, tumoración de hipocondrio derecho con caracteres de vesícula. Se comprobó vólvulo total de vesícula con torsión de 180° en el sentido de las agujas del reloj.

Vesícula con infarto hemorrágico total con cálculos chicos múltiples. Meso largo infartado con implantación hepática en una extensión de 2 cm.

Se practicó colecistectomía sin dificultades.

Postoperatorio: Sin incidentes.

Anatomía patológica: Macro (fig. 3). Vesícula de 10 por 5 cm., color rojo vinoso, intensamente hemorrágica. Mucosa conservada con el mismo color que el resto de la pared. Parece observarse exteriormente revestimiento seroso en toda la circunferencia vesicular a excepción de una pequeña banda de 10 mm. de ancho en el borde superior.

Histología (Dra. Chiossoni): Toda la pared vesicular perdió su estructura arquitectural a expensas de un intenso estado hemorrágico y edematoso y se acompaña de trombosis venosa.

Mucosa desaparecida en su totalidad. No elementos inflamatorios exudativos actuales ni productivos tipo crónico.

En suma: Infarto de vesícula biliar.

ETIOPATOGENIA

Causas predisponentes (anomalías anatómicas) que existen en el 3 % de los sujetos sanos para Bockus (1):

- Vesícula rodeada totalmente de peritoneo, cae literalmente en el abdomen, sólo tiene pequeño meso a nivel del cístico.
- Vesícula unida a cara inferior del hígado por meso largo que permite torcerse sobre el cístico (como en nuestras 3 observaciones).
- El fondo vesicular sobrepasa ampliamente el borde y es libre, lo que permite torcerse en su unión con el cuerpo.

En los casos a) y b) se produce el vólvulo total y en el caso c) vólvulo parcial e esícula.

En general todos los autores —Bockus, Mercier Bolo, Patel, Sterry, Mondor (6)— e tán de acuerdo en que la inflamación y la li iasis no constituyen elementos de importancia en la aparición de la torsión.

De nuestros 3 casos, 2 tenían litiasis vesicular y las 3 eran con torsión total en la dirección de las agujas del reloj.

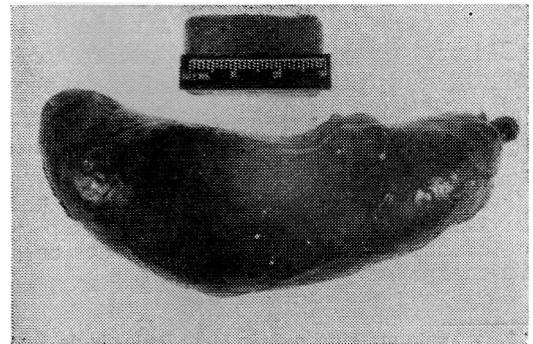


FIG. 3.— Infarto total. Relieve de vasos trombosados.

Como causas desencadenantes se atribuyen:

- 1) Peristaltismo del colon transversal y del estómago.
- 2) Monorangan Duari (3) atribuye el vólculo al traumatismo y a la contracción muscular parietal.
- 3) Para otros autores —Patel (7)— el mecanismo es desconocido.

CLINICA

Es más frecuente en la mujer. La anomalía anatómica se ve en el 9 % —Short y Paul (10)— de los operados, 84 % mujeres y 16 % hombres. Nuestros 3 casos eran mujeres. Enfermas longilíneas, añosas y viceoópticas.

La semiología no tiene nada de característico. Cuadros dolorosos de hemivientre derecho (hipocondrio, flanco o fosa iliaca derecha), pueden ser permanentes o con remisiones más o menos prolongadas; en esta última eventualidad plantea —Sterry Ashby (11)— la torsión vesicular recidivante con cuadros de volvulación devolvulación iterativos que puede corresponder a nuestro caso 2.

El examen muestra dolor, a veces contractura y en las menos tumor palpable de hipocondrio derecho.

Estado general de acuerdo a las horas de evolución.

DIAGNOSTICO

Clínicamente imposible de hacer. Frecuentemente —dado la ptosis vesicular— se confunde la torsión con otros cuadros de hemivientre derecho (apendicitis, etc.), como sucedió en una de nuestras observaciones. Creemos que la palpación del abdomen con el enfermo anestesiado es fundamental para pesquisar una vesícula distendida que no era en el preoperatorio. En el caso 3 se efectuó esa maniobra con resultados positivos (R. Mercier).

Christensen, en 1954 analizó el diagnóstico preoperatorio de 54 casos encontrando lo siguiente:

- Colecistitis, 17 casos.
- Oclusión intestinal, 5 casos.
- Apendicitis, 20 casos.
- Cáncer de colon o gástrico, 3 casos.
- Úlcera perforada, 6 casos.
- Torsión de quiste de ovario, 2 casos.
- Hidronefrosis intermitente, 1 caso.

El diagnóstico preoperatorio del caso 1 fue apendicitis aguda. Los 2 casos siguientes como colecistitis y peritonitis biliar.

TRATAMIENTO

1) Es interviniendo precozmente colecistitis agudas que se encuentran vólculos vesiculares. La imposibilidad de diferenciar clínicamente una torsión vesicular aguda de una colecistitis obstructiva, reafirma la conducta intervencionista que debe adoptarse frente a esta última. En ambas situaciones el ideal es la colecistecomía pero mientras que en la obstrucción hay margen para la cirugía conservadora de necesidad en la torsión la exéresis es obligatoria.

2) Todos los autores están de acuerdo, y en nuestra casuística se ratificó, que la colecistectomía es sumamente fácil. Habitualmente se hace ligadura en block del pedículo cístico en la zona de torsión. A veces la exploración coledociana es dificultosa por el tiempo de evolución que lleva al edema importante del pedículo. En el caso 1 había angulación del colédoco, lo que puede llevar a lesionar la vía biliar principal en las maniobras de liberación, exploración y ligadura del pedículo cístico.

3) Siempre se debe drenar la fosa subhepática para dar salida a la serosidad y pesquisar la fístula biliar postoperatoria y el resto del peritoneo si hay peritonitis difusa.

De nuestros 3 casos, 2 evolucionaron hacia la curación y el primero falleció por causas ajenas a la intervención (accidente encefálico).

RESUMEN

Se relatan tres casos de torsión de la vesícula biliar. Dos son torsiones agudas y la otra es probablemente un caso de torsión recidivante.

Se reafirma la conducta intervencionista precoz, en todos los cuadros agudos de hipocondrio derecho.

RÉSUMÉ

On presente trois observations de torsion de la vésicule biliaire. Chez deux malades les volvulus sont aigues et dans l'autre la torsion est peut-être, recidivante.

On fait ressortir l'importance de l'intervention d'urgence dans tous les affection aigues dans l'hypocondre droit.

SUMMARY

Three cases of torsion of the gall bladder are reported. Two were acute torsions and the other one was probably a case of recidivant torsion.

Emphasis is made on the urgency of the operation as in any other acute situation of the right abdomen.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. *Gastroenterología*. Barcelona - Buenos Aires, Salvat, 1948.
2. BORTAGARAY, C. Vólvulo de la vesícula biliar. *Rev. Cir. Uruguay*, 39: 46, 1969.
3. DUARI, M. *Gut.*, 7: 73, 1966. [Citado en *J. Chir.*, 93: 260, 1967.]
4. LEGER, L., DEBEIRE, J. et MAZINGARBE, A. Volvulus de la vésicule biliaire. *J. Chir.*, 61: 21, 1945.
5. MERCIER, R., BOLO, R. et FOUQUES, Ph. Volvulus de la vésicule biliaire. *J. Chir.*, 88: 177, 1964.
6. MONDOR, H. *Abdomen agudo*. Paris, Toray-Masson, 1963.
7. PATEL, J. *Nuevo manual de patología quirúrgica*. Barcelona, Científica Médica, 1957.
8. PRADERI, R., LUCAS, J. y CASSINELLI, J. F. Vólvulo de la vesícula biliar. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 93, 1967.
9. RECHT, W. Torsion of a double gall-bladder. A report of a case and a review of the literature. *Brit. J. Surg.*, 39: 342, 1952.
10. SHORT, A. R. and PAUL, R. G. *Brit. J. Surg.* (London), 22: 301, 1934. (Citado por Recht, W.)
11. STERRY ASHBY, B. Acute and recurrent torsion of the gall-bladder. *Brit. J. Surg.*, 52: 182, 1965.
12. WENDEL, A. V. *Ann. Surg.*, 27: 199, 1898. (Citado por el anterior.)