



Revista Chilena de
cirugía

www.elsevier.es/rchic



CASO CLÍNICO

Vólvulo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. Reporte de caso y revisión de la literatura

Nelson López-Casillas

Servicio de Cirugía General, Hospital General Regional N.º 1, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad Obregón, Sonora, México

Recibido el 8 de noviembre de 2016; aceptado el 14 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Colecistitis aguda;
Vesícula biliar;
Vólvulo

KEYWORDS

Acute cholecystitis;
Gallbladder;
Volvulus

Resumen

Antecedentes: El vólvulo de la vesícula biliar se produce por el giro de la vesícula sobre su mesenterio a lo largo del eje del conducto y arteria císticos, con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta, pudiendo existir ciertas características anatómicas predisponentes.

Caso clínico: Masculino de 87 años quien cursó con abdomen agudo; sospechando cuadro de piocolecisto, se realizó exploración quirúrgica encontrando como hallazgos triple torsión vesicular y múltiples litos color oscuro; se realizó colecistectomía abierta, cursando con una evolución satisfactoria.

Discusión: Se trata de una entidad infrecuente que puede simular una colecistitis aguda; generalmente tiene buen pronóstico cuando el diagnóstico se realiza a tiempo. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Gallbladder volvulus as a cause of acute abdomen. Case report and literature review

Abstract

Background: The gallbladder volvulus is produced by the rotation of the gallbladder over its mesentery along the axis of the cystic duct and artery, with involvement of vascular irrigation in a complete or incomplete way, and there may be certain predisposing anatomical characteristics.

Clinical case: Male patient of 87 years who attended with acute abdomen, suspecting pyogenic cholecystitis, performs surgical exploration finding as vesicular triple twist, multiple stones dark. Open cholecystectomy is performed, following a satisfactory evolution.

Correo electrónico: drnelsonlc@live.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.12.004>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: López-Casillas N. Vólvulo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. Reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir. 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.12.004>

Discussion: It is an uncommon entity that can simulate acute cholecystitis, usually has a good prognosis, when the diagnosis is made on time. The treatment of choice is laparoscopic cholecystectomy.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El vólvulo de la vesícula biliar es una rara entidad clínica, que puede simular una colecistitis aguda; es difícil de diagnosticar de manera preoperatoria (menos del 1% de los casos) ya que las manifestaciones clínicas son atribuidas a otras enfermedades, llevando muchas veces a cursos crónicos con tratamientos sintomáticos. La indicación quirúrgica se suele mostrar por la evidencia de signos de irritación peritoneal o aparición de una masa en el flanco derecho^{1,2}.

Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino con una relación de 3:1 y generalmente en pacientes entre los 60 y 80 años. Aunque la etiología no está del todo clara, se relaciona con variantes anatómicas anómalas en las que el mesenterio que la soporta la hace propensa a la torsión.

Generalmente, es una entidad con buen pronóstico cuando el diagnóstico se realiza a tiempo. En 1898, Wendel describió el primer caso en la literatura médica; desde entonces se han comunicado alrededor de 400 casos de torsión vesicular³, presentando una incidencia estimada de 1/365.520 ingresos hospitalarios⁴. En los últimos 30 años se han informado, aproximadamente, alrededor de 50 casos⁵.

Caso clínico

El caso correspondió a un hombre de 87 años sin antecedentes personales patológicos de importancia, testigo de Jehová, quien inicia su padecimiento con dolor súbito en hipocondrio derecho de 4 días de evolución e incapacidad para la deambulación; el dolor se irradiaba a epigastrio y flanco derecho con una intensidad 10/10, acompañado de náuseas, vómitos de contenido gástrico, fiebre no cuantificada. Signos vitales: PA de 117/72, FC de 84, FR de 20, temperatura de 37,3°C. A la exploración física se observó masculino de edad aparente a la cronológica, orientado en persona y espacio, cooperador, piel y tegumentos con palidez. Cabeza con normocéfalo, reflejos pupilares normales, cavidad oral con mucosa subhidratada, cuello cilíndrico sin adenomegalias, con tráquea central, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, ruidos cardiacos con buen tono e intensidad, arrítmicos, no se auscultaron agregados. Abdomen plano, depresible, peristaltismo disminuido, con dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco derechos, signo de Murphy positivo, signo de Von Blumberg positivo, sin otros datos de irritación peritoneal, sin megalias o masas palpables, extremidades íntegras, sin edema, con buen llenado capilar.

Los estudios de laboratorio reportaron una hemoglobina de 11,6 gr/dl, hematocrito de 37,9%, leucocitosis de



Figura 1 Ecografía de hígado y vías biliares, en la que se aprecia vesícula biliar de pared gruesa de 10 mm, con edema, con litos múltiples que proyectan sombra sónica posterior.

14.800/mm³ con desviación a la izquierda, plaquetas de 169.000, glucosa de 105, urea de 35,8, creatinina de 0,57, nitrógeno ureico de 16,8. El hemotipo fue O Rh+, TP 13,6, TTP 37,5, INR 1,04. El examen general de orina reportó un pH de 6,0, leucocitos de 25/ul, nitritos negativo, proteínas de 75 mg/dl, glucosa y cuerpos cetónicos negativos; el ultrasonido demostró vesícula biliar con pared gruesa de 10 mm de espesor, con edema y múltiples litos que proyectaban una sombra sónica posterior (fig. 1). La radiografía de tórax mostró escoliosis sin integrar algún síndrome pleuropulmonar.

El diagnóstico radiológico sugirió una colecistitis crónica litiasica agudizada (con probable pirocolecisto). Se decidió llevar a cabo una colecistectomía de urgencia, en la cual los hallazgos operatorios fueron los siguientes: vesícula biliar aumentada de tamaño con paredes adelgazadas y necrosadas, de aspecto necrótico (coloración negra), torsión del pedículo del conducto biliar y arteria cística, líquido libre en cavidad turbio (aproximadamente 150 ml) (fig. 2). Debido al estado de necrosis de la vesícula biliar, se procedió a realizar colecistectomía abierta, sin complicaciones. El examen de anatomía patológica evidenció signos de isquemia y necrosis en la vesícula reseca, sin otras alteraciones de importancia (fig. 3).

Discusión

La torsión de la vesícula biliar se debe al giro de la vesícula biliar sobre su propio pedículo vascular con la consiguiente obstrucción del flujo biliar y sanguíneo por compresión de la arteria cística, dando lugar a isquemia y necrosis de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836375>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836375>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)