

Mujer de 78 años de edad con dolor abdominal severo

Isaac Baley Spindel, Karla Susana Martín Téllez y Jorge Cervantes Castro*

Departamento de Cirugía, Centro Médico ABC, México, D.F.

Resumen

Se presenta el caso de una paciente de 78 años con hallazgos clínicos, ultrasonográficos y de laboratorio típicos de colecistitis aguda. La laparoscopia diagnóstica mostró una masa infrahepática de aspecto hemorrágico con sangre libre en cavidad, por lo que se convirtió a procedimiento abierto, identificando una masa de 15 x 5 cm aproximadamente compatible con vólvulus de la vesícula biliar, diagnóstico corroborado por histopatología. Esta entidad debe sospecharse en pacientes de edad avanzada, con pérdida de peso importante y clínica de colecistitis. No existen estudios disponibles que lo identifiquen con certeza de forma preoperatoria.

PALABRAS CLAVE: Infarto vesicular. Vólvulus de vesícula biliar. Colecistitis isquémica. Torsión vesicular.

Abstract

A case of a 78-year-old female who presented with clinical, ultrasonographic and laboratory findings typical of acute cholecystitis is presented. Diagnostic laparoscopy revealed a hemorrhagic infrahepatic mass and free blood within the peritoneal space; the procedure was then converted to an open one, which identified a 15 x 5 cm mass corresponding to a gallbladder volvulus. The final histopathologic study confirmed the diagnosis. A gallbladder volvulus should be suspected in elderly patients, particularly in those with a previous history of significant weight loss, who additionally present positive clinical and paraclinical data of acute cholecystitis. There are no still biochemical exams that may preoperatively identify patients at high risk for this infrequent abnormality.

KEY WORDS: Gallbladder infarction. Gallbladder volvulus. Ischemic cholecystitis. Gallbladder torsion.

Presentación del caso

El caso correspondió a una mujer de 78 años de edad que inició 24 horas antes un cuadro de dolor abdominal severo en hipocondrio derecho, irradiado a epigastrio y escápula derecha, acompañado de náuseas y vómitos en dos ocasiones, así como de escalofríos. El dolor se asoció a la ingesta de alimentos. La exploración física reveló una presión arterial de 150/90 mmHg, frecuencia cardíaca de 70 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 por minuto y temperatura de 36.1 °C; presentaba, así mismo, palidez de tegumentos y facies algícas. El abdomen se encontró

distendido, blando, depresible pero doloroso a la palpación media y profunda en hipocondrio derecho: el signo de Murphy se encontró positivo y el peristaltismo estaba aumentado.

Dentro de los resultados de laboratorio se encontró leucocitosis de $11.6 \times 10^3/\text{mm}^3$, con 1% de bandas y 51% de segmentados. El ultrasonido (Fig. 1) mostró la vesícula biliar distendida, acodada hacia la punta y con imagen de septo incompleto en el tercio proximal, con lodo biliar en su interior y algunas imágenes sugestivas de microlitiasis. Sus dimensiones eran de 14 x 43 x 48 mm en sentidos longitudinal, anteroposterior y transversal, respectivamente, con engrosamiento importante de su pared de hasta 5.8 mm y pequeña cantidad de líquido perivesicular, así como doble halo. Las vías biliares se visualizaron sin litos o dilataciones intra- o extrahepáticas.

Correspondencia:

*Jorge Cervantes Castro
Centro Médico ABC
Av. Observatorio Esquina Sur, 136
Col. Américas, C.P. 01120, México, D.F.
E-mail: jcervantes@abchospital.com

Fecha de recepción en versión modificada: 24-05-2011

Fecha de aceptación: 27-05-2011

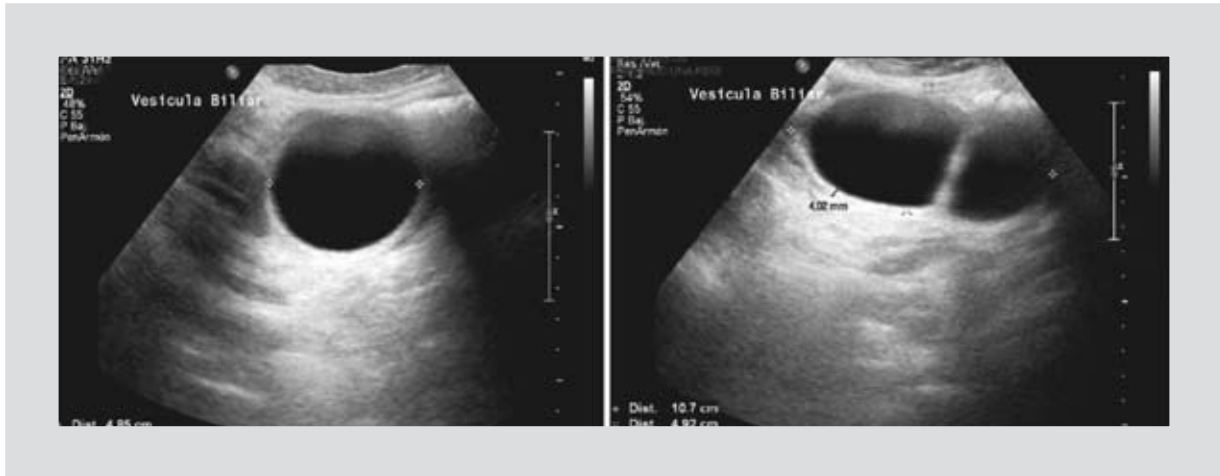


Figura 1. Vesícula biliar con líquido perivesicular y diámetro transversal de 4.85 cm (izquierda). Se observa la vesícula biliar distendida, acodada hacia la punta y con imagen de septo incompleto en el tercio proximal, con lodo biliar en su interior y algunas imágenes sugestivas de microlitiasis. La pared midió 4.02 mm.

La paciente fue programada para colecistectomía laparoscópica. Al introducir el laparoscopio se observó una masa hemorrágica de 12 x 6 cm aproximadamente, de localización infrahepática, con sangre libre en la cavidad abdominal. Al no poderse identificar la vesícula biliar, se decidió convertir el procedimiento a laparotomía, la cual permitió identificar una masa infrahepática de 15 x 5 x 5 cm, firme, cubierta por una cápsula de aspecto liso y pediculada (Fig. 2). Se disecó su pedículo, encontrando el conducto cístico, el cual fue ligado; la masa extraída fue enviada a estudio transoperatorio, el cual informó de un hematoma organizado sin órgano identificable. Se localizó el colédoco y se comprobó su integridad. Se corroboró la hemostasia y se cerró el abdomen de manera habitual. La enferma evolucionó sin complicaciones y egresó del hospital al segundo día del postoperatorio, totalmente asintomática. El estudio histopatológico definitivo informó que la pieza quirúrgica correspondía a la vesícula biliar con infarto isquémico transmural, hemorragia reciente y antigua, vasculitis secundaria de vasos medianos, sin cálculos, zonas de trombosis o vasculitis primaria, ni datos de malignidad (Fig. 3).

Discusión

El infarto de vesícula biliar secundario a vólvulus de la vesícula biliar es una anomalía poco frecuente y de difícil diagnóstico preoperatorio, que se manifiesta por un cuadro clínico y alteraciones de laboratorio y gabinete poco específicas que simulan colecistitis aguda no complicada. Generalmente, el diagnóstico se

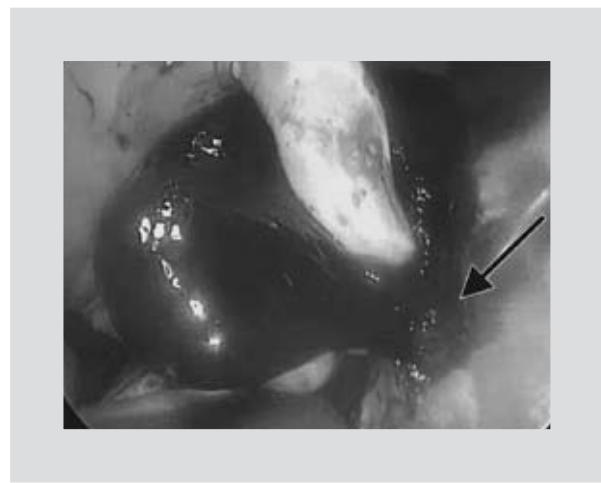


Figura 2. Vesícula biliar de aspecto hemorrágico, sólida, cubierta por una cápsula lisa y brillante. Se puede apreciar el pedículo volvulado (flecha).

realiza durante la intervención quirúrgica y se confirma por estudio histopatológico. A pesar de que existen aproximadamente 300 casos informados en la literatura, no se ha identificado aún alguna herramienta diagnóstica que permita identificar de forma confiable a este grupo de pacientes. El infarto de vesícula biliar secundario a vólvulus de la vesícula biliar es una alteración rara, que fue descrita por primera vez por Wendel en 1898, informándose en los últimos 30 años de 50 casos aproximadamente¹.

El vólvulus se caracteriza por la rotación de la vesícula biliar sobre su mesenterio en el eje del conducto o arteria cística, generando compromiso vascular y

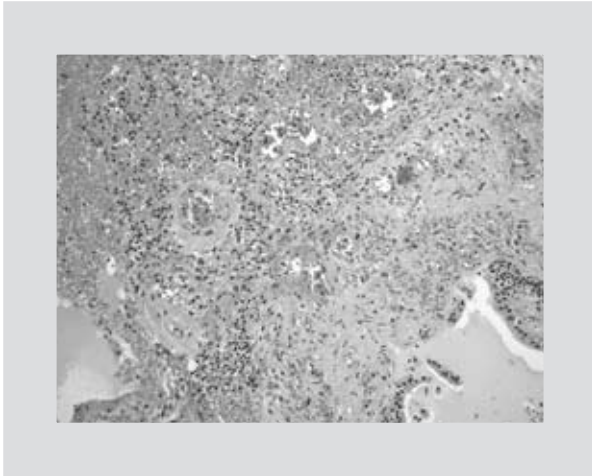


Figura 3. Vesícula biliar (tinción de hematoxilina y eosina) con infarto isquémico transmural, hemorragia reciente y antigua, vasculitis secundaria de vasos medianos, sin cálculos ni zonas de trombosis o vasculitis primaria.

obstrucción de la vía biliar. Su etiología no ha sido identificada con precisión y se ha relacionado con la presencia de una vesícula pediculada. Las formas congénitas se caracterizan por presentar un mesenterio largo o muy corto que condicionan flotación de la vesícula flotante, lo que permite la rotación de la misma sobre su eje vertical. Existen dos tipos de vesícula flotante: el tipo A, en el que el mesenterio cubre la vesícula y el conducto cístico, y el tipo B, que únicamente cubre el conducto cístico con la vesícula libre. Los casos de vesícula flotante adquirida se presentan en pacientes de edad avanzada con pérdida de la grasa visceral y atrofia hepática, lo cual genera un mesenterio largo y móvil susceptible a torsión; también se ha observado en pacientes con cirrosis hepática avanzada². La colecistitis litiasica no es un factor de riesgo para esta anomalía, encontrándose asociada en un 20-50% de los casos.

Fisiopatológicamente, la torsión puede ser completa o incompleta. Cuando esta es de 360°, genera una oclusión total de los vasos y colecistitis gangrenosa; cuando la torsión es parcial, se presenta con cuadros clínicos intermitentes de cólico biliar. El cuadro clínico es poco específico y se caracteriza por dolor abdominal de aparición súbita, predominantemente en cuadrante superior derecho, y generalmente se acompaña de náuseas y/o vómitos. A la palpación puede encontrarse una masa móvil en hipocondrio derecho. Un hallazgo común es la discrepancia entre el pulso y la temperatura. Los datos de irritación peritoneal se presentan únicamente cuando hay gangrena y/o perforación vesicular².

En 1982, Lau, et al.³ propusieron la siguiente triada diagnóstica:

- Antecedentes de dolor abdominal súbito y de vómito.
- Presencia de una masa palpable, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica y con discrepancia entre el pulso y la temperatura.
- Características clínicas y físicas del paciente (edad avanzada, delgado, escoliosis).

Los resultados de las pruebas de laboratorio son generalmente inespecíficos; entre ellos, la leucocitosis y la elevación de la proteína C reactiva son los más comúnmente encontrados. Las pruebas de función hepática se encuentran por lo general dentro de valores normales⁴.

En el estudio de ultrasonido puede visualizarse la vesícula biliar aumentada de tamaño con una posición anatómica más baja de lo habitual, con la pared engrosada y con líquido libre a su alrededor. En ocasiones, es posible observar el pedículo torcido con forma cónica; la realización de ultrasonido Doppler con color puede ser de ayuda para detectar el compromiso vascular. La tomografía computarizada es útil para detectar colecciones o líquido libre perivesicular y, entre el lecho vesicular y el hígado, se puede observar edema de la pared y un eje vertical mayor al horizontal⁴. En el estudio de resonancia magnética se encuentra aumento de la intensidad en secuencia T1 en la pared, dato que es sugestivo de hemorragia, infarto o necrosis de la misma. Puede identificarse, además, engrosamiento de la pared con anatomía distorsionada y en raras ocasiones una vesícula flotante⁴. En la colangiografía magnética la vía biliar extrahepática adquiere una forma en «V», la cual es generada por la tracción del conducto cístico, que puede, a su vez, encontrarse interrumpido o adelgazado; además, hay distensión de la vesícula⁴. El estudio de gammagrafía con ácido hepatoiminodiacético (HIDA) genera una imagen de «tiro al blanco» por la incapacidad de la bilis para circular por los conductos, debido a la compresión o torsión del pedículo.

El principal diagnóstico diferencial preoperatorio es la colecistitis aguda. El diagnóstico diferencial transoperatorio y postoperatorio debe realizarse con otras enfermedades que generan la isquemia transmural de la vesícula con apariencia macroscópica similar, como lo son la aterosclerosis, la trombosis y el embolismo sépticos por endocarditis o enfermedad valvular cardíaca. Existen casos de compresión extrínseca de los vasos asociada a litos o tumores². Dado que la historia clínica y la exploración física son poco específicos, el

diagnóstico generalmente se realiza en el transoperatorio, como un hallazgo incidental.

El único tratamiento es la colecistectomía, ya sea abierta o laparoscópica. Esta última requiere amplia experiencia del cirujano, por lo que hay pocos casos informados de manejo laparoscópico. Al ser generalmente un hallazgo intraoperatorio, el resultado histopatológico confirma el diagnóstico, informando necrosis hemorrágica extensa con epitelio correspondiente a la pared vesicular⁵.

Aun cuando la colecistitis isquémica o infarto transmural de la vesícula es una anomalía rara, particularmente cuando la causa es un vólvulus de vesícula, es una enfermedad que el cirujano debe tener presente, ya que su hallazgo transoperatorio suele causar confusión. Conocer esta enfermedad permitirá al cirujano resolver el problema con éxito.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Departamento de Patología del Centro Médico ABC Campus Observatorio por su valiosa ayuda en el diagnóstico.

Bibliografía

1. Nakao A, Matsuda T, Funabiki S, et. al. Gallbladder torsion: case report and review of 245 cases reported in the Japanese literature. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 1999;6:418-21.
2. Janakan G, Ayantunde AA, Hoque H. Acute gallbladder torsion: an unexpected intraoperative finding. *World J Emerg Surg.* 2008;3:9.
3. Lau WY, Fan ST, Wong SH. Acute torsion of the gallbladder in the aged: a re-emphasis on clinical diagnosis. *Aust N Z J Surg.* 1982;52:492-4.
4. Matsuhashi N, Satake S, Yawata K, et. al. Volvulus of the gallbladder diagnosed by ultrasonography, computed tomography, coronal magnetic resonance imaging and magnetic resonance cholangiopancreatography. *World J Gastroenterol.* 2006;12:4599-601.
5. Tarhan OR, Barut I, Dinelek H. Gallbladder volvulus, review of the literature and report of a case. *Turk J Gastroenterol.* 2006;17:209-11.