

Colecistectomía laparoscópica de urgencia por vólvulo de vesícula biliar: caso clínico

MANUEL GREZ¹, JARDY PALOMINO¹, ANNETTE PALOMINO²

Emergency laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus: case report

Abstract

Introduction: Gallbladder volvulus (GV) is caused by the rotation of the gallbladder on its mesentery along the axis of the cystic duct and artery, compromising its vascular supply, with certain predisposing anatomical characteristics. It is a rare pathology and therefore rarely reported, despite which several reviews have been carried out.

Clinical case: Elderly woman, thin, 77 years old, previously healthy, who suddenly presented with symptoms of complicated acute cholecystitis, laboratory tests with inflammatory parameters and compatible Computed Axial Tomography. An emergency laparoscopic cholecystectomy was performed, finding a GB with signs of ischemia, with a satisfactory postoperative evolution. The biopsy confirmed acalculous gallbladder necrosis.

Discussion: GB is a pathology that can simulate acute cholecystitis; its diagnosis is not usually considered as an intraoperative finding. In the patient we report, the behavior was appropriate. This entity has a good prognosis when the diagnosis is made in time. The treatment of choice is laparoscopic cholecystectomy.

Objective: To report the first GB resulting laparoscopically in our country

Keywords: Acute cholecystitis; Gallbladder; Volvulus

1. Servicio de urgencia hospital de Curicó, Chile

2. Universidad de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Camagüey- Cuba

Correspondencia:

Manuel Grez

Email: magrezster@gmail.com

Introducción

El vólvulo de la vesícula biliar (VVB) es una causa extremadamente rara de colecistitis aguda que fue reportada por primera vez por Wendell, el año 1898 posterior a una colecistectomía de urgencia realizada en el Hospital de los hermanos Alexianos, Newark, Estado Unidos, en que describió el VVB como una torsión sobre la arteria y conducto císticos como eje, con posterior isquemia, necrosis y perforación de su pared, esquematizando en un dibujo los hallazgos vesiculares (Figura N°1).

Para el año 1959 se reportaban en la literatura médica mundial 112 casos 2, 300 entre los años 1983 3 y 1990 4 y 500 5 en el 2008. Siendo Nguyen 6 en el año 1995 el primero en reportar su resolución mediante una colecistectomía laparoscópica. Hace un año Gaete⁷ reportó el caso de una anciana chilena colecistectomizada en el hospital Sótero del Río, por esta patología, único caso ocurrido en nuestro país, pero en una laparotomía exploradora. Aunque escasa su incidencia a través de la cirugía, siendo la de Wendel 1 la primera revisión de la literatura. Existen varias revisiones bibliográficas sobre este mismo tema, entre las que destacamos las de Nzengu 8 realizada el año 1981, Tarhan 9 el 2006, Uzcategui 10 el 2007, López -Casillas¹¹ el 2016 Palmieri 12 y Farhat 13 el 2019 y la de Keeratibharat 14 el 2022, la que consideramos la más completa por incluir en su estudio hasta 45 referencias.

Ellas coinciden en que el VVB es una patología escasa, donde la vesícula rotando sobre su eje, volvulándose provoca una isquemia con la posterior necrosis, debutando como una colecistitis aguda, estando indicada la cirugía de urgencia, siendo actualmente la colecistectomía laparoscópica el ideal de esta cirugía.

Caso clínico

Anciana de 77 años, delgada (IMC: 18.5), previamente sana, con antecedentes de estudios imagenológicos en el policlínico de gastroenterología por observación de una cirrosis

no alcohólica Child A, con Ecografía (Figura N°2) y Tomografía Axial Computada (TAC) abdominal (Figura N°3) de hace 3 años que mostraban Vesícula y vía biliar normales, de tamaño y forma conservada, de paredes delgadas de 2.3 mms, sin halo ecogénico perivesicular y sin imágenes ecogénicas en su interior y vía biliar fina. Derivada desde el servicio de urgencia del vecino hospital tipo 4 de Hualañé el 21 de mayo de 2022 por clínica sugerente de una colecistitis aguda complicada por dolor en hipocondrio derecho y vómitos. Se tomaron exámenes de laboratorio entre los que destacaban una marcada leucocitosis de 20 mil blancos con desviación a izquierda, un hematocrito de 42%, una Proteína C Reactiva (PCR) de 20.2, pruebas hepáticas y de función renal normales y una radiografía de abdomen simple normal sin niveles hidroaéreos. derivando con fleboclisis con Ceftriaxona 2 grs +Clindamicina 100 mgrs pasando y con Interconsulta de Colecistitis aguda. En nuestro Servicio de urgencia se tomó Tomografía Axial Computada de abdomen y pelvis sin contraste que fue informado como: “cambios inflamatorios infecciosos vesiculares, en contexto de una Colecistitis Aguda. (Figura N°4), hospitalizándose, con fleboclisis con Ceftriaxona+Metronidazol y realizándose colecistectomía laparoscópica de urgencia, encontrándose la vesícula biliar hidrópica, muy distendida con pared isquémica, volvulada sobre sí misma, con vólvulo en 360 grados en sentido contrario de las manecillas del reloj, con un meso abundante. Procediendo a desvolvularla y realizar una colecistectomía reglada.(Figura N°5) Paciente evolucionó favorablemente de su postoperatorio con alta en buenas condiciones. Estudio histopatológico fue informado como: “Colecistitis aguda alitiásica, extensamente necrótica, sin signos de atipias” (Figura N°6).

Discusión

Nuestra paciente era anciana y delgada, sin

antecedentes de patología biliar, tal como suele reportarse y aunque no se dispuso de ecografía preoperatoria, la presencia de una previa ecografía normal alitiásica hacía suponerlo. Su clínica acompañada de marcada leucocitosis y alta PCR, aunque sin imágenes, hicieron plantear al médico de hospital periférico el diagnóstico de una colecistitis aguda complicada, con su correcto y adecuado traslado a un centro quirúrgico de mayor complejidad. Igual tipo de conducta fue la del cirujano de turno, que con solo las imágenes de un TAC Abdominal, sin contraste, plantea realizar una colecistectomía laparoscópica de urgencia. Como la literatura lo señala, el diagnóstico de VVB preoperatorio suele no ser realizado ¹¹, aunque Tahan ⁸ reporta haberlo hecho con imágenes de ecografía, siendo el estudio imagenológico de elección la colangiografía nuclear magnética (CRNM) ⁷ apareciendo éste como un hallazgo sorpresa intraoperatorio procediendo antes a desvolumarla, realizando la colecistectomía tal como Kumar ¹⁵ lo reportara mostrando que la colecistectomía laparoscópica precoz y su rápida resolución evitó su perforación y vaciamiento del contenido biliar en la cavidad peritoneal siendo ésta la conducta acertada. La histología confirmó la extensa necrosis de la vesícula que había sido producida por el VVB, descartando a su vez otras patologías.

Conclusión

El VVB es una patología muy rara de encontrar, nunca antes reportada en nuestra provincia y región. Su diagnóstico suele hacerse en el intraoperatorio, siendo una escasa causa de colecistitis aguda, siendo la colecistectomía su único tratamiento resolutivo, idealmente por vía laparoscópica. Son pocos los casos notificados en la literatura que fueron intervenidos quirúrgicamente por cirugía videolaparoscópica, en la revisión de las estadísticas nacionales no se encontraron otros casos, siendo este el primero reportado con esta técnica a nivel nacional.

Referencias

1. Wendel AV. VI. A Case of Floating Gall-Bladder and Kidney complicated by Cholelithiasis, with Perforation of the Gall-Bladder. *Ann Surg.* 1898;27:199-202
2. Musavi S, Yeager GH. Torsion of the gallbladder. *JAMA.* 1959;170(6):670-671. doi:10.1001/jama.1959.63010060001010
3. Stieber AC, Bauer JJ. Volvulus of the gallbladder. *The American Journal of Gastroenterology.* 1983 Feb;78(2):96-98. PMID: 6823944.
4. Sossa M., Amougou J.F., Malonga E., Esomba R. Volvulus de la vesicule biliare a propos d'une observation a l'hospital central de Yaounde Médecine d'Afrique Noire : 1990, 37 (4)
5. Janakan, Gnananandan et al. "Acute gallbladder torsion: an unexpected intraoperative finding." *World journal of emergency surgery : WJES* vol. 3 9. 22 Feb. 2008, doi:10.1186/1749-7922-3-9
6. Nguyen, T., Geraci, A. & Bauer, J.J. Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder volvulus. *Surg Endosc* 9, 519-521 (1995). <https://doi.org/10.1007/BF00206841>
7. Gaete D.MI, Rao S.L, Manzor V.M., Hidrops vesicular secundario a vólculo: Caso clínico *rev cir* 2022;74(1)98:102 DOI: <http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492022001296>
8. Nzengu B, Golinval A, Honore D. Volvulus de la vesicule biliare. *Reveu de la litterature a propos de 3 observations personnelles.* *J Chir.* 1981;118:421-4
9. Tarhan OR, Barut I, Dinelek H. Gallbladder volvulus: review of the literature and report of a case. *Turk J Gastroenterol.* 2006 Sep;17(3):209-11. PMID: 16941256.
10. Uzcátegui E, Gordillo B, León G, Silva M, Fernández P, Vólculo vesicular, como causa de dolor abdominal agudo: revisión a propósito de un caso *Caso Clínico CIMEL* 2007 Vol. 12, N.º 2 ISSN 1680-839
11. López-Casillas N. Vólculo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. *Re-*

vista Chilena de Cirugía. 2017;69:479-482. doi:10.1016/j.rchic.2016.12.004

12. Palmieri, A. ; Hernández, L. A. ; González, C. ; Hernández, K. J. ; Pérez, J. B. ; Tóvito, I. P. Vólculo De La vesícula Biliar. Rev Colomb Cir 2019, 34, 269-276. <https://doi.org/10.30944/20117582.446>.

13. Farhat W, Mabrouk MB, Ammar H, Mizouni A, Said MA, Lagha S, Ben Cheikh Y, Gupta R, Moussa M, Ali AB. Gallbladder volvulus: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2019;60:75-78. doi: 10.1016/j.ijscr.2019.02.025. Epub 2019 Feb 27. PMID: 31207530; PMCID: PMC6580008.

14. Keeratibharat N, Chansangrat J. Gallbladder Volvulus: A Review. Cureus. 2022 Mar 21;14(3):e23362. doi: 10.7759/cureus.23362. PMID: 35399465; PMCID: PMC8979650.8.

15. Reddy, Prasanna Kumar et al. "Laparoscopic derotation and cholecystectomy for torsion gallbladder." JSLS : Journal of the So-

ciety of Laparoendoscopic Surgeons vol. 9,2 (2005): 238-40. PMID: 15984721; PMCID: PMC3015590.*

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.



Figura N°1: Copia del dibujo realizado por el Dr Wedel, para ilustrar el VVB, ilustrando las múltiples torsiones de un cístico largo, con la isquemia correspondiente que llevó a la necrosis y perforación de la pared de su cuerpo.

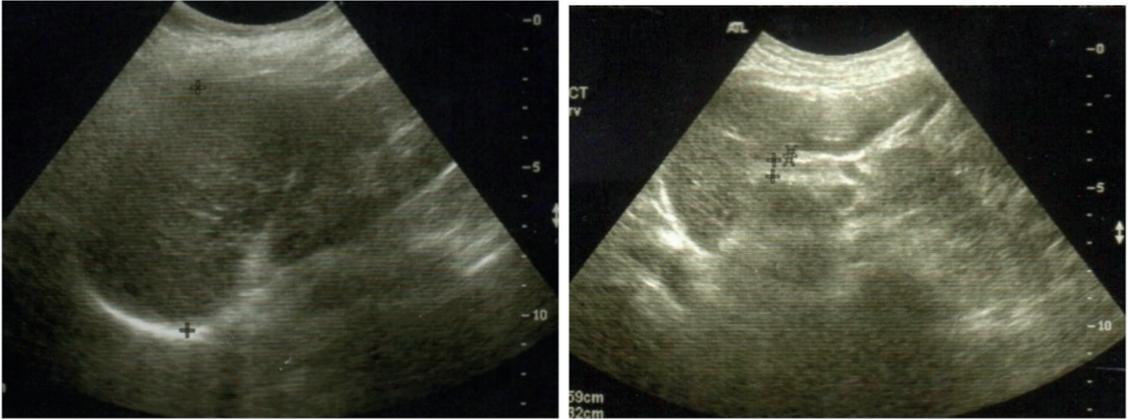


Figura N°2: Antigua ecografía abdominal mostró hígado , vía biliar y vesícula normal alitiásica.

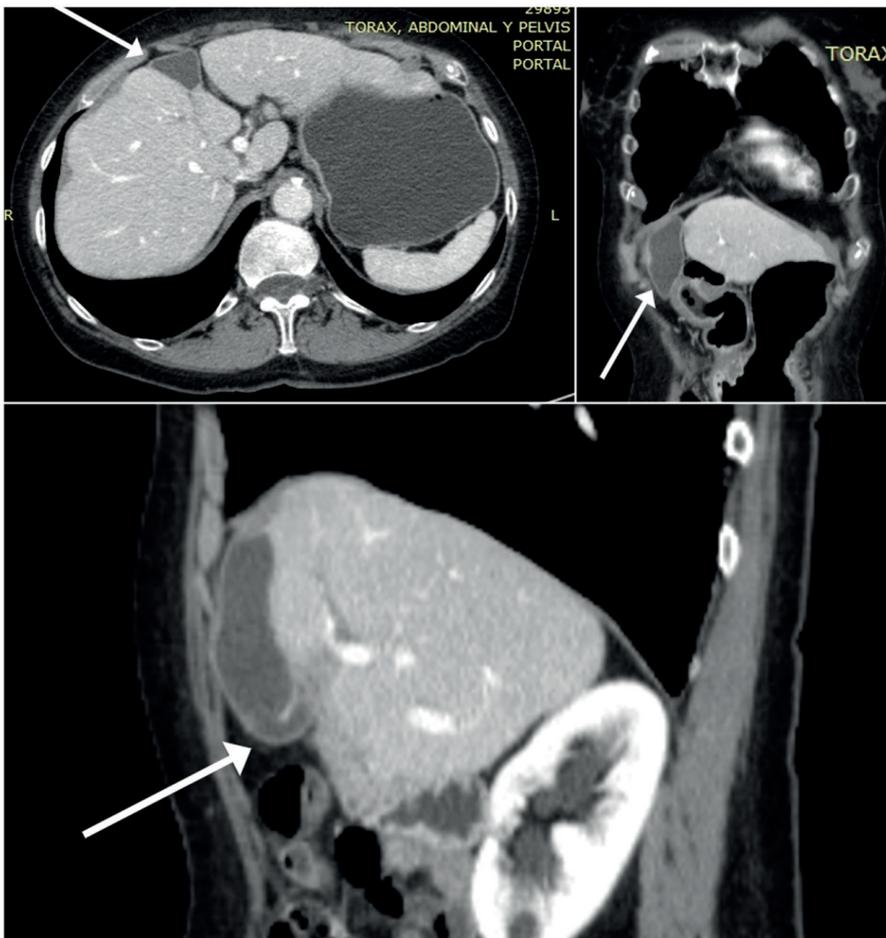


Figura N° 3: TAC de tórax, abdomen con contraste tomada en el año 2019 con cortes axial, coronario y sagital señalando la flecha vesícula biliar con aspecto normal. Se destaca en corte sagital la presencia de una vesícula alargada.

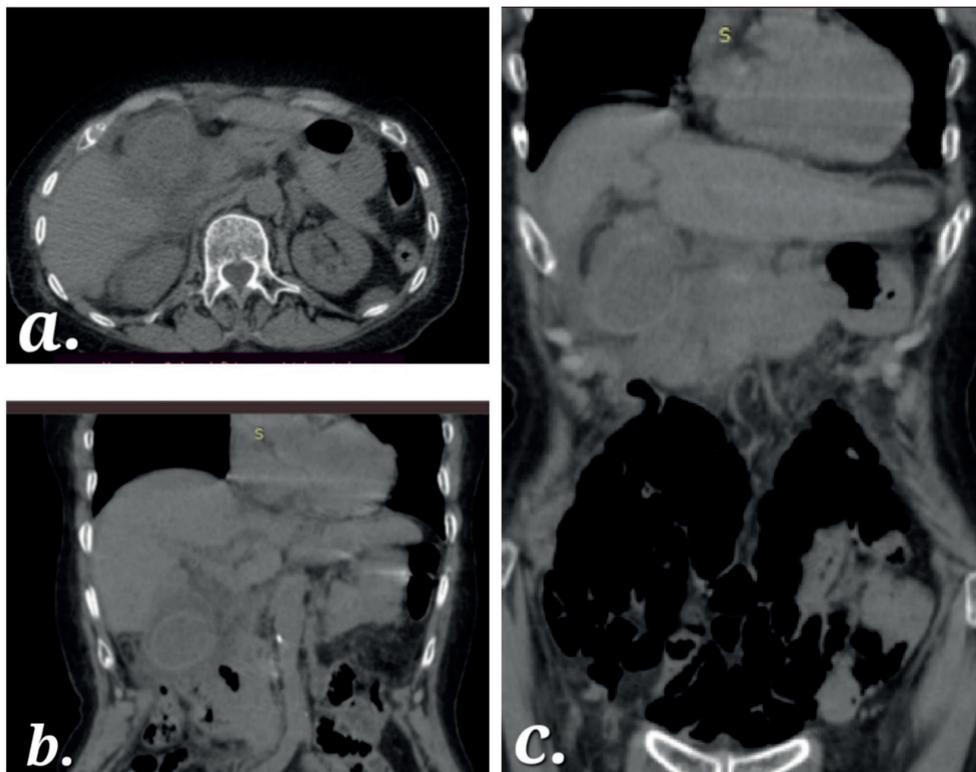


Figura N° 4 : TAC de abdomen y pelvis sin contraste tomada en el 2022 a su ingreso a urgencia. Corte axial (a) , cortes coronales (b y c). Fue informado como: “Cambios inflamatorios infecciosos vesiculares, en contexto de una Colecistitis Aguda”.

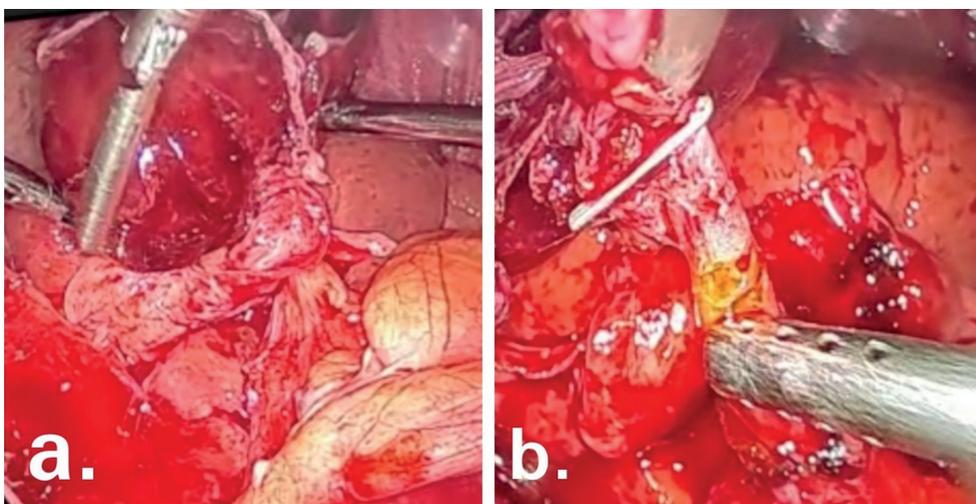


Figura N° 5: Dos fotos tomadas durante el transoperatorio donde se visualiza: a) Vesícula biliar hidrópica, violácea por su compromiso isquémico, paredes edematosas, con un cístico alargado y volvulado. b) Vesícula ya desvolvulada identificando el conducto cístico seccionado con bilis clara en la zona donde se encuentra la cánula de aspiración y clip cístico proximal.

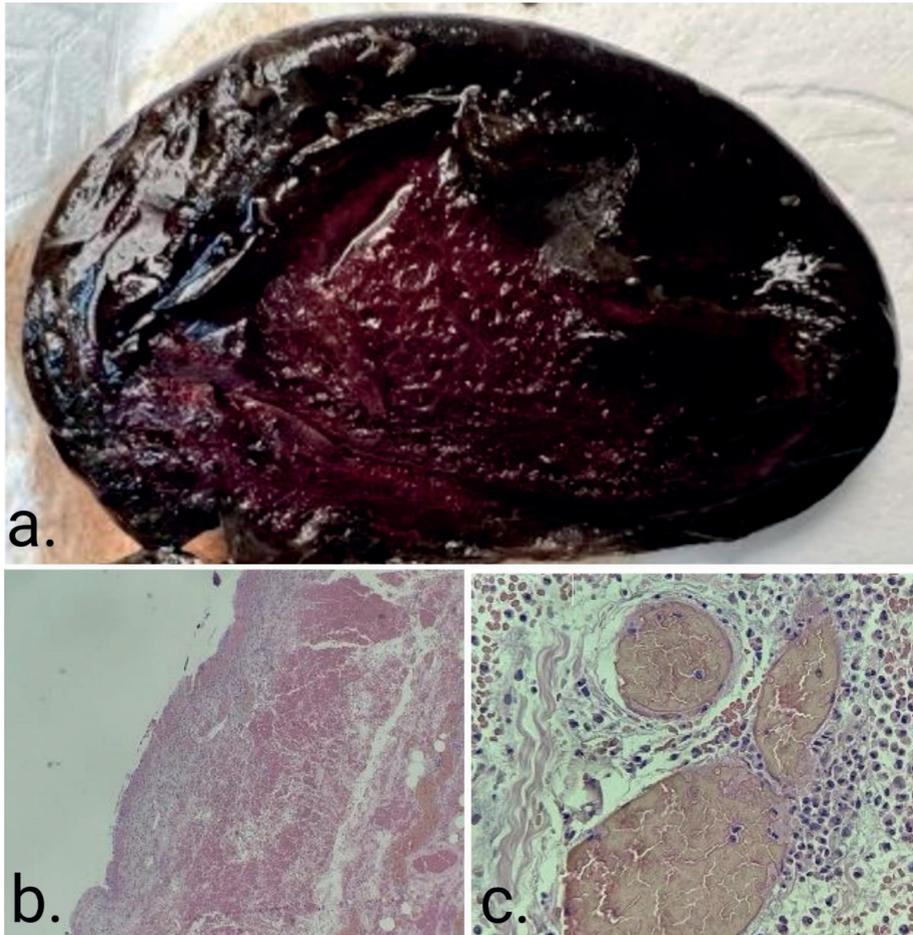


Figura N° 6: a) Foto macroscópica: pieza quirúrgica con serosa lisa, violácea, de aspecto isquémico. A la apertura del espécimen el contenido de la luz es hemorrágico. b) Microfotografía (5X) tinción hematoxilina y eosina. Corte histológico de vesícula biliar. Es evidente extensa necrosis coagulativa de la pared celular. c) Microfotografía (10X) tinción hematoxilina y eosina. Se observa marcada ectasia, congestión y trombosis vascular acompañado por inflamación linfoplasmocitaria con polimorfonucleares.