

Torsión vesicular que simula colecistitis aguda: reporte de caso

DOI:10.5281/zenodo.19219193

SANUM 2026, 10(2) 128-135

Cómo citar este artículo

Castro Valencia DE, Garzón Ovalle M.

Torsión vesicular que simula colecistitis aguda: reporte de caso.

SANUM 2026, 10(2) 128-135

DOI: 10.5281/zenodo.19219193

© Los autores. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



Resumen

La torsión vesicular es una causa infrecuente de abdomen agudo originada por la rotación de la vesícula biliar sobre su eje, con compromiso del pedículo cístico y subsecuente obstrucción vascular y biliar que puede progresar hacia isquemia y necrosis. Su presentación clínica suele simular colecistitis aguda, lo que dificulta el diagnóstico preoperatorio y explica que con frecuencia se identifique durante la intervención quirúrgica. Se presenta el caso de una mujer de 87 años con antecedentes cardiovasculares y respiratorios, quien consultó por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de ocho horas de evolución.

La ecografía abdominal evidenció colelitiasis con cambios inflamatorios vesiculares y estudios de laboratorio sin alteraciones relevantes, por lo que se diagnosticó colecistitis aguda leve según criterios de Tokio y se indicó colecistectomía laparoscópica. Intraoperatoriamente se evidenció vesícula biliar con necrosis de la pared y doble torsión sobre su eje, compatible con torsión vesicular completa, con cálculo intravesicular de aproximadamente 2 cm. La paciente evolucionó favorablemente tras manejo posoperatorio.

AUTORES

Daniel Esteban Castro Valencia¹

(0009-0008-3577-2808)

Manuela Garzón Ovalle¹


(0009-0008-3304-7485)

Afiliación:

¹ Facultad de Ciencias de la Salud, Corporación Universitaria Alexander von Humboldt, Armenia, Colombia.

Autor de correspondencia:

Daniel Esteban Castro Valencia

 dcastro85325@gmail.com

Palabras clave:

Enfermedades de la Vesícula Biliar;
Abdomen Agudo;
Dolor Abdominal;
Colecistitis Aguda;
Colecistectomía.

Gallbladder Torsion Mimicking Acute Cholecystitis: A Case Report

DOI:10.5281/zenodo.19219193

SANUM 2026, 10(2) 128-135

How to cite this article

Castro Valencia DE, Garzón Ovalle M.

Torsión vesicular que simula colecistitis aguda: reporte de caso.

SANUM 2026, 10(2) 128-135

DOI: 10.5281/zenodo.19219193

© The authors. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Abstract

Gallbladder torsion is an uncommon cause of acute abdomen resulting from rotation of the gallbladder around its axis, leading to compromise of the cystic pedicle with subsequent vascular and biliary obstruction that may progress to ischemia and necrosis. Its clinical presentation often mimics acute cholecystitis, which makes preoperative diagnosis challenging and explains why it is frequently identified during surgery. We report the case of an 87-year-old woman with cardiovascular and respiratory comorbidities who presented with an eight-hour history of colicky right upper quadrant abdominal pain.

Abdominal ultrasonography revealed cholelithiasis with inflammatory gallbladder wall changes, while laboratory tests were unremarkable. Mild acute cholecystitis was diagnosed according to the Tokyo Guidelines and laparoscopic cholecystectomy was performed. Intraoperatively, a necrotic gallbladder with double axial torsion consistent with complete gallbladder torsion and an intraluminal gallstone of approximately 2 cm was identified. The patient had a favorable postoperative recovery.

Key words:

Gallbladder Diseases;
 Abdomen, Acute;
 Abdominal Pain;
 Cholecystitis, Acute;
 Cholecystectomy.

Información del artículo

Tipo de artículo:

Caso clínico

Sección: Cirugía general

F. recepción: 01-03-2026**F. aceptación:** 10-04-2026**F. publicación:** 29-04-2026

DOI: 10.5281/zenodo.19219193

Introducción

La torsión vesicular (TV) es una causa infrecuente de abdomen agudo originada por la rotación de la vesícula biliar sobre su eje, comprometiendo el mesenterio, el conducto cístico y la arteria cística, lo que produce obstrucción biliar y vascular con progresión hacia isquemia y necrosis de la pared vesicular (1,2). Desde la descripción inicial realizada por A.V. Wendel en 1889, esta entidad se ha mantenido como un diagnóstico excepcional en la práctica clínica, caracterizado por una presentación inespecífica que con frecuencia dificulta su reconocimiento preoperatorio (2). No obstante, su identificación reviste relevancia clínica, dado que el retraso diagnóstico puede favorecer complicaciones graves como perforación vesicular, peritonitis o sepsis, configurando un escenario de urgencia quirúrgica (1,4).

La fisiopatología de la TV se relaciona principalmente con condiciones que incrementan la movilidad de la vesícula biliar, en particular la denominada vesícula biliar flotante, en la cual el órgano presenta un mesenterio largo o incompleto que facilita su desplazamiento y eventual rotación (2,4). Entre los factores predisponentes destacan variantes anatómicas congénitas derivadas del desarrollo embriológico, descritas en la clasificación de Gross, que distingue dos configuraciones: el tipo I, caracterizado por un conducto cístico y mesenterio largos que fijan parcialmente la vesícula al hígado, y el tipo II, en el cual un mesenterio delgado e incompleto une únicamente el conducto cístico al hígado, favoreciendo una mayor hipermovilidad vesicular (3). Asimismo, cambios asociados al envejecimiento como la pérdida de tejido conectivo y adiposo pericolecístico, la atrofia hepática o deformidades vertebrales como la cifosis que pueden modificar la disposición anatómica visceral y facilitar el fenómeno torsional (2,4).

Clínicamente, la TV afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada y suele manifestarse con un cuadro indistinguible de colecistitis aguda, caracterizado por dolor abdominal, náuseas y vómitos, pudiendo asociarse ocasionalmente a fiebre, ictericia o masa palpable (2,3). Esta superposición clínica explica que el diagnóstico preoperatorio sea infrecuente y que la mayoría de los casos se identifiquen durante la exploración quirúrgica (1,2). Aunque la ecografía, la tomografía computarizada y la colangiopancreatografía por resonancia magnética pueden sugerir el diagnóstico, ninguna posee certeza absoluta (1,2). A diferencia de la colecistitis aguda convencional, la TV requiere colecistectomía urgente, preferentemente laparoscópica, para prevenir necrosis, perforación y sepsis (1,4).

En este contexto, el objetivo del presente reporte es describir el caso de una paciente de 87 años con

torsión vesicular diagnosticada intraoperatoriamente durante una colecistectomía laparoscópica realizada por sospecha inicial de colecistitis aguda.

Presentación de caso

Paciente femenina de 87 años, originaria de Armenia, Quindío, Colombia, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad ulcerosa gástrica, neumopatía crónica e insuficiencia cardíaca congestiva. No refería cirugías abdominales previas ni antecedentes familiares de relevancia. Consultó al servicio de urgencias el 2 de agosto de 2023 por cuadro clínico de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, de ocho horas de evolución, con irradiación hacia la región lumbar, asociado a distensión abdominal y síntomas urinarios inespecíficos. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y puño-percusión positiva, sin signos de irritación peritoneal. Con base en los hallazgos clínicos iniciales se planteó la sospecha de colecistitis aguda litiasica, por lo que se instauró manejo analgésico y se solicitaron estudios complementarios.

La ecografía abdominal evidenció colelitiasis asociada a cambios inflamatorios de la pared vesicular, sin dilatación de la vía biliar. Los estudios de laboratorio, incluyendo hemograma y pruebas de función hepática, se encontraban dentro de parámetros normales. De acuerdo con los criterios de las guías de Tokio, se estableció el diagnóstico de colecistitis aguda leve (grado I) con bajo riesgo de coledocolitiasis, por lo que se inició antibioticoterapia empírica y se programó colecistectomía laparoscópica diferida. El 6 de agosto de 2023 se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico. Durante la exploración laparoscópica se identificó vesícula biliar con necrosis de la pared y doble giro sobre su eje, compatible con torsión vesicular completa, con fenómeno de volvulación y compromiso vascular asociado. En su interior se evidenció un cálculo de aproximadamente 2 cm. La vía biliar principal no mostraba dilatación y se observó escasa cantidad de líquido libre subhepático. Se realizó colecistectomía laparoscópica sin complicaciones intraoperatorias. En el posoperatorio inmediato la paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos, hemodinámicamente estable, bajo manejo con ampicilina/sulbactam y metronidazol, además de analgesia y monitorización estrecha.

Durante su estancia en UCI presentó hipokalemia asociada a extrasístoles ventriculares, las cuales se resolvieron tras reposición electrolítica adecuada. Posteriormente evolucionó con mejoría clínica progresiva y descenso de los parámetros inflamatorios,



Figura 1. Cronología clínica que resume la presentación del paciente, la evaluación diagnóstica, el tratamiento quirúrgico y la evolución posoperatoria que conduce al diagnóstico de torsión de la vesícula biliar.
Fuente: elaboración propia.

por lo que se suspendió metronidazol y fue trasladada a hospitalización el 9 de agosto de 2023. La paciente completó cinco días de antibioticoterapia, con adecuada tolerancia y evolución posquirúrgica favorable, evidenciándose adecuada cicatrización de las heridas quirúrgicas. Finalmente, fue egresada el 12 de agosto de 2023, con indicación de seguimiento ambulatorio y control con reporte de estudio histopatológico de la pieza quirúrgica (Figura 1).

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la redacción y publicación del presente caso clínico, así como para el uso de su información médica con fines científicos, respetando en todo momento su derecho a la confidencialidad y el anonimato.

Diagnóstico

Torsión vesicular completa con necrosis de la pared vesicular, identificada intraoperatoriamente durante colecistectomía.

Perspectiva del paciente

“Empecé con un dolor fuerte en el lado derecho del abdomen que apareció de repente y cada vez se hacía más intenso. Pensé que era algo digestivo, pero el dolor no mejoraba. Cuando fui al hospital me hicieron varios estudios y finalmente me llevaron a cirugía. Después me explicaron que mi vesícula estaba torcida. Afortunadamente la operación fue a tiempo y pude recuperarme bien.”

Discusión

La torsión de la vesícula biliar es una entidad poco frecuente descrita por primera vez por Wendel en 1898, con menos de 500 casos reportados en la literatura mundial (1,3,5). La evidencia disponible proviene principalmente de reportes y series de casos aislados. Una revisión sistemática reciente que incluyó 324 pacientes reportó que la mayoría de los casos ocurre en adultos (84 %), con una marcada predominancia en el sexo femenino (79 %) y una edad media de presentación cercana a los 64 años, con una mediana de 77 años. En esta revisión, la presencia de litiasis vesicular se documentó en aproximadamente el 32 % de los casos, mientras que la torsión completa se observó en el 82 % de los pacientes. Asimismo, la mortalidad global reportada fue baja (6 %) cuando se realiza tratamiento quirúrgico oportuno (2). Estos hallazgos confirman el carácter infrecuente de esta entidad y su predominio en pacientes de edad avanzada, información que se resume en la Figura 2.

Los reportes internacionales describen una presentación clínica que suele simular colecistitis aguda, caracterizada por dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, con pruebas de función hepática generalmente normales y elevación inespecífica de marcadores inflamatorios (5–7). En el caso reportado por Ramírez León et al. (5), una paciente de 98 años consultó por dolor abdominal de tres días de evolución con diagnóstico inicial de colecistitis aguda; durante la exploración quirúrgica se evidenció una torsión vesicular de aproximadamente 180° asociada a gangrena. De forma similar, Soussan et al. (6) describieron una paciente de 91 años en quien la tomografía

abdominal sugirió torsión vesicular al evidenciar el denominado “whirl sign”, hallazgo que posteriormente se confirmó intraoperatoriamente como una rotación completa de 360° con necrosis vesicular.

Otros reportes han destacado la dificultad diagnóstica de esta entidad. Cecire et al. (7) describieron dos pacientes de edad avanzada inicialmente manejadas como colecistitis acalculosa. En uno de los casos incluso se realizó colecistostomía percutánea sin mejoría clínica, identificándose posteriormente la torsión vesicular durante la exploración laparoscópica. Estos hallazgos subrayan que la presentación clínica e imagenológica puede superponerse ampliamente con otras formas de colecistitis, lo que explica que el diagnóstico continúe realizándose con mayor frecuencia durante el acto quirúrgico.

En el contexto nacional, Palmieri et al. (4) reportaron dos casos con características clínicas comparables, en los cuales la torsión vesicular también se presentó con un cuadro clínico sugestivo de colecistitis aguda. En ambos pacientes el diagnóstico definitivo se estableció durante la evaluación quirúrgica, lo que coincide con lo descrito en la literatura internacional respecto a la baja tasa de diagnóstico preoperatorio.

Nuestro caso comparte varias de las características descritas en los reportes internacionales y nacionales, particularmente la presentación en una paciente de edad avanzada con sintomatología sugestiva de colecistitis aguda y diagnóstico definitivo durante la intervención quirúrgica. No obstante, presenta algunas particularidades relevantes. Mientras que diversos reportes describen la torsión vesicular en ausencia de litiasis o en cuadros inicialmente interpretados como colecistitis acalculosa (5,7), en nuestra paciente se evidenció colelitiasis asociada, un hallazgo descrito solo en una proporción menor de los casos reportados y que, según la revisión sistemática disponible, está presente aproximadamente en un tercio de los pacientes (2). Asimismo, el cuadro clínico inicial fue catalogado como colecistitis aguda leve, lo que nuevamente refleja la dificultad para sospechar esta entidad antes del tratamiento quirúrgico.

En conjunto, estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura internacional, donde la torsión vesicular continúa siendo una causa rara de abdomen agudo cuyo diagnóstico preoperatorio es poco frecuente debido a su similitud clínica e imagenológica con la colecistitis aguda (5–7). Por ello, esta entidad debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial en pacientes de edad avanzada con sospecha de patología vesicular, ya que el reconocimiento oportuno permite realizar tratamiento quirúrgico precoz y evitar complicaciones asociadas a la isquemia y necrosis vesicular.

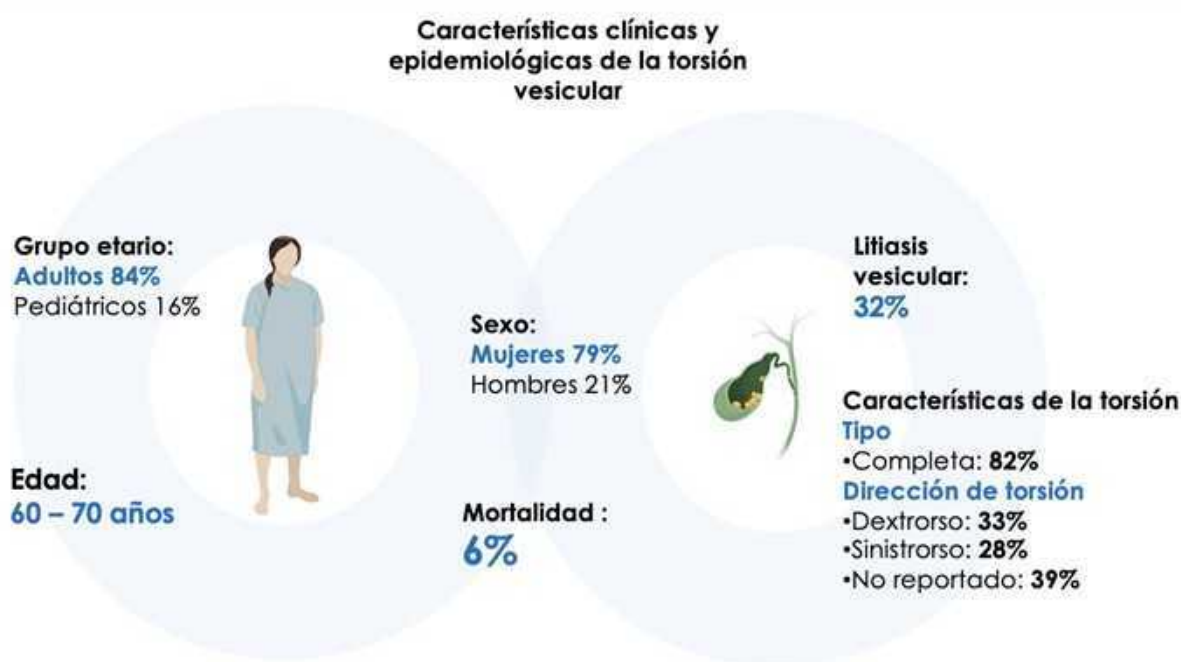


Figura 2. Características clínicas y epidemiológicas de la torsión vesicular reportadas en la literatura internacional (2). Fuente: elaboración propia.

Discussion

Gallbladder torsion is a rare clinical entity first described by Wendel in 1898, with fewer than 500 cases reported worldwide in the literature (1,3,5). The available evidence derives primarily from isolated case reports and small case series. A recent systematic review including 324 patients reported that most cases occur in adults (84%), with a marked female predominance (79%). The mean age at presentation was approximately 64 years, with a median age of 77 years. In this review, gallstones were present in about 32% of cases, while complete torsion was observed in 82% of patients. Overall mortality was low (6%) when timely surgical treatment was performed (2). These findings confirm both the rarity of this condition and its predominance in elderly patients; a summary of these data is presented in Figure 2.

International reports describe a clinical presentation that often mimics acute cholecystitis, typically characterized by right upper quadrant abdominal pain, nausea, and vomiting, with generally normal liver function tests and nonspecific elevation of inflammatory markers (5–7). In the case reported by Ramírez León et al. (5), a 98-year-old patient presented with a three-day history of abdominal pain initially diagnosed as acute cholecystitis; surgical exploration revealed a gallbladder torsion of approximately 180° associated with gangrene. Similarly, Soussan et al. (6) described a 91-year-old patient in whom abdominal computed tomography suggested gallbladder torsion by demonstrating the so-called “whirl sign,” which was subsequently confirmed intraoperatively as a complete 360° rotation with gallbladder necrosis.

Other reports have emphasized the diagnostic challenges associated with this condition. Cecire et al. (7) described two elderly patients initially managed as acalculous cholecystitis. In one case, percutaneous cholecystostomy was performed without clinical improvement, and gallbladder torsion was ultimately identified during laparoscopic exploration. These findings highlight that both clinical and imaging features may substantially overlap with other forms of cholecystitis, which explains why the diagnosis is most frequently established during surgical intervention.

At the national level, Palmieri et al. (4) reported two cases with comparable clinical features, in which gallbladder torsion also presented as a clinical picture suggestive of acute cholecystitis. In both patients, the definitive diagnosis was established during surgical evaluation, consistent

with international reports indicating a low rate of preoperative diagnosis.

Our case shares several characteristics with both international and national reports, particularly the presentation in an elderly patient with symptoms suggestive of acute cholecystitis and definitive diagnosis established during surgery. Nevertheless, some relevant differences were observed. While several reports describe gallbladder torsion in the absence of gallstones or in cases initially interpreted as acalculous cholecystitis (5,7), gallstones were present in our patient. This finding has been reported in only a minority of cases and, according to the available systematic review, occurs in approximately one-third of patients (2). Additionally, the initial clinical diagnosis in our patient was mild acute cholecystitis, further illustrating the difficulty in suspecting this entity prior to surgical management.

Taken together, these findings are consistent with the international literature, where gallbladder torsion remains a rare cause of acute abdomen and preoperative diagnosis is uncommon due to its clinical and imaging similarity to acute cholecystitis (5–7). Therefore, this condition should be considered in the differential diagnosis of elderly patients presenting with suspected gallbladder pathology, as early recognition allows prompt surgical treatment and helps prevent complications related to ischemia and gallbladder necrosis.

Conclusión

La torsión de la vesícula biliar es una causa infrecuente de abdomen agudo y continúa representando un reto diagnóstico debido a su estrecha similitud clínica con la colecistitis aguda. La literatura disponible, incluyendo revisiones sistemáticas y reportes de caso, muestra que afecta principalmente a pacientes de edad avanzada y que el diagnóstico preoperatorio sigue siendo poco frecuente, estableciéndose con mayor frecuencia durante la exploración quirúrgica. En este contexto, mantener un alto índice de sospecha resulta clave, especialmente cuando la evolución clínica o los hallazgos imagenológicos no se correlacionan plenamente con el cuadro clínico esperado.

El caso presentado refleja las dificultades diagnósticas descritas en la literatura y resalta la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de la patología vesicular aguda. El reconocimiento oportuno permite indicar tratamiento quirúrgico temprano, siendo la

colecistectomía el manejo definitivo y asociado a una evolución favorable cuando se realiza de forma precoz. La documentación y difusión de estos casos contribuyen a mejorar el reconocimiento clínico de esta entidad poco frecuente y a prevenir complicaciones derivadas de la isquemia y necrosis vesicular.

Conclusion

Gallbladder torsion is an uncommon cause of acute abdomen and continues to represent a diagnostic challenge due to its close clinical resemblance to acute cholecystitis. Available literature, including systematic reviews and case reports, indicates that it predominantly affects elderly patients and that preoperative diagnosis remains uncommon, with most cases being identified during surgical exploration. In this context, maintaining a high index of suspicion is essential, particularly when the clinical course or imaging findings do not fully correlate with the expected presentation.

The present case reflects the diagnostic difficulties described in the literature and underscores the importance of considering this entity in the differential diagnosis of acute gallbladder disease. Early recognition allows timely surgical intervention, with cholecystectomy representing the definitive treatment and generally associated with favorable outcomes when performed promptly. Reporting and disseminating such cases contributes to improving clinical awareness of this rare condition and may help prevent complications related to gallbladder ischemia and necrosis.

DECLARACIONES

Financiación

Los autores declaran que este trabajo no contó con financiación externa, ni para el desarrollo de la investigación ni para los costos asociados a su publicación..

Conflictos de interés

Los autores manifiestan que no mantienen vínculos comerciales, financieros o personales que puedan interpretarse como un potencial conflicto de interés en relación con este reporte.

Disponibilidad de datos

Los datos no están disponibles públicamente debido a consideraciones de confidencialidad.

Contribución de los autores

D.E.C.V. y M.G.O. contribuyeron de manera conjunta a la conceptualización del estudio, la metodología, el análisis formal y la redacción del borrador original del manuscrito. D.E.C.V. estuvo a cargo de la revisión crítica y edición del manuscrito, así como de la supervisión y administración del proyecto. Ambos autores revisaron y aprobaron la versión final del manuscrito y asumen la responsabilidad por su contenido.

Uso de IA generativa

Los autores declaran que no se ha utilizado inteligencia artificial generativa en la redacción ni en el análisis del contenido científico de este manuscrito.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado ni publicado previamente en ninguna otra revista científica, congreso, jornada, medio académico o plataforma de difusión.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que el presente trabajo se ha realizado respetando los principios éticos de la investigación biomédica y de acuerdo con la Declaración de Helsinki. El paciente o sus representantes legales otorgaron el correspondiente consentimiento informado para la publicación del caso clínico y de la información clínica incluida en el manuscrito. En todo momento se han adoptado las medidas necesarias para preservar el anonimato del paciente y garantizar la confidencialidad de los datos personales. No fue necesaria la aprobación por un Comité de Ética al tratarse de un reporte de caso clínico sin intervención experimental.

Declaración de transparencia

Los autores responsables del manuscrito certifican que el presente trabajo constituye un reporte fiel, completo y transparente del caso descrito. Asimismo, garantiza que el manuscrito ha sido remitido a la revista científica SANUM y que no se han omitido deliberadamente aspectos relevantes relacionados con el caso clínico.

REFERENCIAS

1. Yeh CN, Chang YC, Liu YY, Jan YY, Chen MF. Torsion of the gallbladder: a rare but important entity for the general surgeon. *Ann Transl Med* [Internet]. 2022 [cited 2026 Feb 1];10(7):384. Available from: <https://atm.amegroups.org/article/view/95658/html>
2. Reilly DJ, Kalogeropoulos G, Thiruchelvam D. Torsion of the gallbladder: A systematic review. *HPB (Oxford)* [Internet]. 2012 Oct [cited 2026 Feb 1];14(10):669–72. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0379389316301934?via%3Dihub>
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(5):492–4.
4. Palmieri A, Hernández LA, González C, Hernández KJ, Pérez JB, Tovío IP. Vólvulo de la vesícula biliar. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2019 Sep [cited 2026 Feb 1];34(3):269–76. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822019000300269&lng=en. doi:10.30944/20117582.446
5. Ramírez León C, Cruz Rodríguez J, Toledo Romani H, Ramos Rodríguez J, Zurbano Fernández J, O´farril Hernández M. Torsión vesicular a propósito de un caso. *Rev Cubana Cir*. 2016;55(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000100010&lng=es
6. Soussan H, Yassin K, Guellil A, Jabi R, Bouziane M. Acute abdominal pain revealing gallbladder torsion: a rare case. *Cureus*. 2025;17(6):e85557. doi:10.7759/cureus.85557
7. Cecire J, Sutherland A, Das K. Gallbladder torsion masking as acalculous cholecystitis: a review of two cases including unsuccessful management with percutaneous cholecystostomy. *J Med Cases*. 2021;12(3). Disponible en: <https://www.journalmc.org/index.php/JMC/article/view/3683/3039>

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

¡Una plaza te espera!

Rodio
oposiciones

**#EL
MOMENTO
ES AHORA**

www.edicionesrodio.com