



Vólvulo vesicular

Vesicular volvulus

Luis Enrique Expósito Portales¹ * <https://orcid.org/0000-0002-4348-5963>

Andrés F. Camilo Ramírez² <https://orcid.org/0000-0002-3069-4467>

Amarilis Duarte Fernández¹ <https://orcid.org/0000-0003-0331-1560>

Daryl Rodríguez Denis¹ <https://orcid.org/0000-0002-8034-8722>

¹ Centro de Investigaciones Medico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

² Hospital General Docente “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: luise9312@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: La torsión vesicular es una entidad muy poco frecuente en la que se produce un giro de la vesícula biliar sobre su mesenterio a lo largo de su eje del conducto y arteria císticas, con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta.

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de vólvulo vesicular.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Caso clínico: Paciente del sexo femenino, de 76 años de edad, de piel blanca, bajo peso, con antecedentes de hipotiroidismo y de gastritis crónica, que se presentó en el servicio de urgencias con hallazgos clínicos, ultrasonográficos y de laboratorio sugestivos de una colecistitis aguda. Se realizó exploración quirúrgica y se encontró vesícula biliar torcida (con rotación mayor de 180

Bajo licencia Creative Commons





grados), distendida y gangrenada con sufusión hemorrágica. Se realizó colecistectomía convencional, con evolución satisfactoria.

Conclusiones: El vólvulo vesicular es una afección a considerar en los diferenciales de una colecistitis aguda porque retrasar la

intervención puede conllevar a necrosis y perforación vesicular, lo que aumenta la morbimortalidad. Su diagnóstico preoperatorio es muy difícil y generalmente se realiza durante la cirugía.

Palabras clave: colecistectomía; colecistitis aguda; vesícula biliar.

ABSTRACT

Introduction: Gallbladder torsion is a very rare condition in which the gallbladder twists on its mesentery along the axis of the cystic duct and artery, with complete or incomplete disruption of vascular irrigation.

Objective: To present a rare case of vesicular volvulus.

Clinical case: A 76-year-old white, underweight female patient with a history of hypothyroidism and chronic gastritis presented to the emergency department with clinical, ultrasound, and laboratory findings

suggestive of acute cholecystitis. Surgical exploration revealed a twisted (with rotation greater than 180 degrees), distended, and gangrenous gallbladder with hemorrhagic suffusion. A conventional cholecystectomy was performed, with a satisfactory outcome.

Conclusions: Gallbladder volvulus is a condition to consider in the differential diagnosis of acute cholecystitis because delaying intervention can lead to gallbladder necrosis and perforation, increasing morbidity and mortality. Its preoperative

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





diagnosis is very difficult and is generally made during surgery.

Keywords: cholecystectomy; acute cholecystitis; gallbladder.

Recibido: 25/04/2025

Aceptado: 12/01/2026

INTRODUCCIÓN

La torsión vesicular es una entidad muy poco frecuente en la que se produce un giro de la vesícula biliar a lo largo de su eje longitudinal con afectación de la irrigación vascular de forma completa o incompleta. En 1898, Wendel describió el primer caso en la literatura médica.⁽¹⁾

Su incidencia no es conocida en la literatura,⁽²⁾ aunque se reporta un promedio de uno en más de 350 000 ingresos.⁽³⁾ Ramírez León y otros en 2016, reportan que después de lo descrito por Wendel se habían comunicado alrededor de 400 casos de torsión vesicular, aunque también se había planteado que la cifra es de 500 y en los últimos 30 años se habían informado cerca de 50 casos.⁽¹⁾

Se considera una enfermedad preponderante de las personas ancianas y de frágil condición.⁽²⁾ La mayor frecuencia es en el sexo femenino con una relación de 3:1 y por lo general, se presenta en pacientes entre los 60 y 80 años.^(3,4,5) Solo un 16 % ocurre en pacientes pediátricos, con mayor frecuencia en niños que en niñas, con una relación 2.5:1.⁽⁶⁾

Su etiología no es bien conocida. Entre los factores predisponentes se encuentran algunas variedades anatómicas congénitas en las que el mesenterio solo cubre el conducto y la arteria cística y no a la vesícula biliar o presencia de un mesenterio muy laxo.^(1,7) Otra variación anatómica reportada es el origen proximal y aberrante de un conducto cístico desde el conducto

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





hepático derecho, lo que determina un pedículo cístico tortuoso. Por otra parte, la mayor incidencia de esta torsión en los adultos está determinada por la disminución de la grasa visceral y el tejido elástico con la afectación del soporte que estos ofrecen, lo que resulta en una ptosis visceral, que sumada a la atrofia hepática que pueda existir, determina una vesícula libre y flotante en la cavidad abdominal, condiciones precisas para que se produzca esta afección.^(3,7,8)

Los factores que precipitan la torsión vesicular se consideran mecánicos y hormonales. Dentro de los primeros están: el traumatismo abdominal, los movimientos violentos (peristalsis intensa) y cifoescoliosis, la visceroptosis, la presencia de la arteria cística tortuosa, aterosclerosis de la arteria cística, estreñimiento y pérdida de peso.^(1,8) La producción excesiva de colecistocinina que determina un aumento exagerado de la peristalsis de la vesícula biliar tras la ingestión de comidas grasosas, es el factor hormonal más citado.⁽⁹⁾

La litiasis vesicular ha sido identificada como la mayor responsable en muchas enfermedades vesiculares, pero no en la torsión vesicular. Se reporta su presencia solo en el 24,4 a 32 % de estos pacientes; aunque estas aumentan el peso del órgano, las presiones dentro de este y su peristalsis, lo que constituye un factor de riesgo para esta afección.⁽⁷⁾

Desde el punto de vista fisiopatológico, la torsión puede ser completa (mayor de 180°) o incompleta (menor de 180°). 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.⁽¹⁰⁾ La dirección de la rotación puede ser a favor o en contra de las manecillas del reloj. La más común es la primera y parece estar relacionada con la peristalsis gástrica; mientras la antihorario está en relación con la colónica.⁽¹¹⁾

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





La torsión vesicular completa determina una obstrucción vascular y biliar, lo cual conlleva a una isquemia del órgano con la consecuente ectasia venosa y biliar. La primera conduce a la gangrena, necrosis y perforación; mientras que la segunda al sobrecrecimiento bacteriano y a la infección secundaria.⁽¹²⁾

El objetivo de este trabajo es presentar un caso poco frecuente de vólvulo vesicular.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino de 76 años de edad, de piel blanca, bajo peso, con antecedentes de hipotiroidismo tratado con levotiroxina sódica (0,1mg) media tableta diaria y de gastritis crónica. Se presentó en el servicio de urgencias del Hospital Militar Central “Dr. Carlos J Finlay” con dolor abdominal de 4 días de evolución. Este se localizaba en hipocondrio y flanco derechos, de moderada intensidad en sus inicios, pero en el momento de la consulta ya era intenso, que se irradiaba en ocasiones a la espalda en el lado ipsilateral, constante y acompañado de síntomas dispépticos al ingerir alimentos colecistoquinéticos, náuseas, malestar general e inapetencia.

En el examen físico se constató taquicardia (105 latidos por minutos). El abdomen era doloroso a los golpes de tos, a la palpación superficial y profunda en hemiabdomen derecho a predominio de hipocondrio y flanco ipsilateral, con ligera reacción peritoneal y defensa muscular a este nivel. Signo de Murphy positivo. Presentaba masa palpable a nivel de flanco derecho que se extendía hasta la parte alta de la fosa ilíaca derecha, móvil, dolorosa, adherida a planos profundos, de consistencia firme e impresionaba estar en relación con el fondo vesicular.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





Los estudios de laboratorio reportaron: hematocrito 0.38, leucocitos en $7,5 \times 10^9/L$ (polimorfonucleares 54 % y linfocitos 46 %), glucemia 6,2 mmol/L. Parcial de orina con presencia de ligeros trazas de albúmina, 15 leucocitos por campo y sin hematíes.

El ultrasonido abdominal mostró la vesícula aumentada de tamaño, de 12 cm de longitud con paredes engrosadas en 11,5 mm, edematosa, con múltiples imágenes de litiasis en su interior y se extendía desde flanco derecho hasta la fosa ilíaca homolateral.

Radiografía simple de tórax anteroposterior y electrocardiograma sin alteraciones.

De acuerdo a los elementos clínicos, a los hallazgos al examen físico y a los complementarios, se diagnosticó una colecistitis aguda y se anunció para intervenir quirúrgicamente.

Descripción del acto operatorio

Paciente en decúbito supino. Se aplicó anestesia general oro-traqueal. Se realizó antisepsia con agua, jabón y alcohol yodado. Se colocaron campos estériles. Se accedió a través de una incisión media supraumbilical. Se encontró la vesícula biliar torcida (con rotación mayor de 180 grados), distendida y gangrenada con sufusión hemorrágica. Se procedió a destorcerla y a realizar colecistectomía de fondo a cuello; se ligó al conducto cístico y la arteria cística con poliéster cero. Se realizó hemostasia y cierre por planos tras dejar drenaje de tipo Penrose en el lecho vesicular. En la figura 1 se muestra el aspecto de la vesícula biliar antes de realizar la detorsión y en la figura 2 luego de ser extirpada.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





Fig.1-Aspecto de la vesícula biliar antes de realizar la detorsión



Fig. 2- Vesícula biliar inmediatamente de ser extirpada

La paciente evolucionó de forma satisfactoria, con una estadía hospitalaria postoperatoria de 4 días.

El resultado de la biopsia fue: colecistitis aguda calculosa gangrenosa.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





COMENTARIOS

El vólvulo es la torsión sobre su eje de un órgano no sólido y ocurre, por lo general, en el colon sigmoide, ciego e intestino delgado y forma más rara en el estómago. El vólvulo de la vesícula biliar es poco frecuente.⁽²⁾

La presentación clínica del vólvulo vesicular es inespecífica y variable. Varía desde un abdomen agudo hasta un dolor en el pecho, pero es más común que se presente como un episodio de colecistitis aguda con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Su presentación se relaciona con el tipo de torsión, pues episodios recurrentes de dolor abdominal súbito asociado a náuseas y vómitos implican una torsión incompleta^{10;13}.

No existen síntomas específicos preoperatorios lo cual dificulta el diagnóstico basado solo en la historia clínica y el examen físico. El diagnóstico preoperatorio es muy difícil debido a su semejanza con la colecistitis.⁽¹⁾ La distinción entre colecistitis y torsión vesicular es importante porque la primera puede ser tratada de forma conservadora, mientras que en la segunda sería fatal.
⁽¹⁴⁾

La torsión vesicular completa cursa con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, por lo general súbito, náuseas, vómitos, masa palpable, y con menor frecuencia fiebre e ictericia.⁽¹⁵⁾ La principal manifestación clínica es el dolor intenso en el hipocondrio derecho, aunque también puede presentarse en el epigastrio y en la fosa ilíaca derecha, en caso de existir ptosis vesicular, que puede simular una apendicitis aguda.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





La decisión de realizar una intervención quirúrgica suele tomarse ante la evidencia de signos de irritación peritoneal o la presencia de una masa en el flanco derecho (presente en un tercio de los casos).⁽⁴⁾

Se describe la siguiente triada diagnóstica:^(15,16)

- Características clínicas y físicas del paciente (edad avanzada, delgado, escoliosis).
- Antecedentes de dolor abdominal súbito, dolor en cuadrante superior derecho del abdomen y de vómito.
- Presencia de una masa palpable en el cuadrante derecho del abdomen, no pulsátil, sin datos de respuesta inflamatoria sistémica y con discrepancia entre el pulso y la temperatura.

Los resultados de las pruebas de laboratorio son inespecíficos; entre ellos, la leucocitosis y la elevación de la proteína C reactiva son los más encontrados. Las pruebas de función hepática se encuentran, por lo general, dentro de valores normales.⁽¹⁷⁾

En los últimos años el diagnóstico preoperatorio de esta enfermedad se ha facilitado con el uso de la ecografía y la tomografía axial computarizada (TC) pero muchos casos son diagnosticados durante la cirugía.^(18,19) Los estudios ultrasonográficos y por TC revelan una vesícula distendida con o sin cálculos y con pared engrosada. Existen signos específicos como la presencia de la vesícula fuera de su fosa anatómica, inferior del hígado, en una orientación transversa con una estructura cónica ecogénica, imagen cónica del cuello.^(18,20,21) La realización de ultrasonido Doppler con color puede ser de ayuda para detectar el compromiso vascular.⁽¹⁰⁾

Se han propuesto cuatro criterios por TC para la torsión vesicular: un eje horizontal anormal de la vesícula biliar en lugar de la orientación vertical esperada dentro de la fosa vesicular,

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





colección de líquido en esta última, presencia de un conducto cístico bien realizado en el lado derecho de la vesícula biliar y la pared de esta engrosada. ^(22,23)

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. Puede identificarse, además, engrosamiento de la pared con anatomía distorsionada y en raras ocasiones una vesícula flotante. ^(21,24,25)

En la colangiorresonancia magnética la vía biliar extrahepática adquiere 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 vesícula. ^(17,19,24) El estudio de gammagrafía con ácido hidroxi-iminodiacético (HIDA) genera una imagen de tiro al blanco u ojo de buey por la incapacidad de la bilis para circular por los conductos, debido a la compresión o torsión del pedículo y por acúmulo de radioactividad en la vía biliar. ^(10,16,21)

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 son la ateroesclerosis, la trombosis y el embolismo sépticos por endocarditis o enfermedad valvular cardíaca. Existen casos de compresión extrínseca de los vasos asociada a litos o tumores. Dado que la historia clínica y la exploración física son poco específicos, el diagnóstico casi siempre se realiza en el transoperatorio, como un hallazgo incidental. ⁽¹⁰⁾

La colecistectomía, ya sea convencional o laparoscópica es el tratamiento definitivo que debe ser instaurado de forma urgente debido a la posibilidad de complicaciones por ruptura vesicular por gangrena y la consecuente perforación que produce una peritonitis biliar. La colecistectomía

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

relinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





laparoscópica es más ventajosa para el tratamiento de la torsión vesicular debido a que no solo es un método diagnóstico, sino terapéutico. El abordaje laparoscópico debería ser de primera elección ante la sospecha de vólvulo vesicular. La vesícula está poco adherida al hígado por lo que la intervención mínimamente invasiva puede ser realizada. ^(2, 23)

Los principios del procedimiento son descompresión, detorsión y colecistectomía. Con la detorsión antes de la colecistectomía se disminuye el riesgo de lesionar vías biliares al identificar el conducto cístico y la arteria. Sin embargo, algunos autores no están de acuerdo pues se ha mostrado que la detorsión en los estados de necrosis puede conducir a la liberación de toxinas secundarias a la reperfusión que conlleva a daños sistémicos. ⁽²⁶⁾

El vólvulo de vesícula es de diagnóstico clínico difícil. Los exámenes complementarios no lo certifican con seguridad, lo cual determina que el diagnóstico sea casi siempre intraoperatorio. Es un diagnóstico a considerar en los diferenciales de una colecistitis aguda en pacientes delgados y ancianos, porque retrasar la intervención puede conllevar a necrosis y perforación vesicular, lo que aumenta la morbilidad. El tratamiento es siempre quirúrgico, con detorsión de la vesícula y colecistectomía. El abordaje laparoscópico es el de elección en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez C, Cruz J, Toledo H, Ramos J, Zurbano J, O'Farril M. Torsión vesicular a propósito de un caso. RevCubanaCir [Internet] 2016 [acceso: 04/02/2025];55(1):92-96. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932016000100010#:~:text=INTRODUCCI%C3%93N-,La%20torsi%C3%B3n%20vesicular%20es%20una%20 entidad%20muy%20poco%20frecuente%20en,caso%20en%20la%20literatura%20m%C3%A9dica
<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>
revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





2. Torres CA, Aguirre C, Hipólito J, Borda G. Vólvulo de vesícula: Revisión de la literatura y reporte de un caso. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Internet]. 2008 [acceso: 04/02/2025]; 177:13-16. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://med.unne.edu.ar/revistas/revisa177/3_177.pdf&ved=2ahUKEwiHgPGsgtHuAhUF7awKHUxiA Ag4FBAWMAF6BAGJEAE&usq=A OvVaw2tQ_lmpH3Li3Qqb8-rHa-Q
3. Bergeron E, Désilets E, Vien Do X, McNamara D, Chergui S, Bensoussan M. A Case of Torsion of the Gallbladder Suspected with SPECT-CT: Review and Recommendations. Case Rep Surg [Internet]. 2020 [acceso: 04/02/2025]; 2020: 8687141. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6970005/#_ffn_sectitle
4. López-Casillas N. Vólvulo de la vesícula biliar como causa de abdomen agudo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir [Internet]. 2017 [acceso: 04/02/2025]; 69(6): 479-482. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312558213_Volvulo_de_la Vesicula_biliar_como_causa_de_abdomen_agudo_Reporte_de_caso_y_revision_de_la_literatura
5. Bekki T, Abe T, Amano H, Fujikuni N, Okuda H, Sasada T, et al. Complete torsion of gallbladder following laparoscopic cholecystectomy: A case study. Int J Surg Case Rep [Internet] 2017 [acceso: 04/02/2025]; 37: 257–260. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5517785/>
6. Hong Duc P, Hong Van P, Quang Huy H. A Gallbladder Volvulus Presenting as Acute Cholecystitis in a Young Woman. Cureus [Internet]. 2020 [acceso: 04/02/2025];12(7):e9435 Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7450884/>
<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>
revinmedquir@infomed.sld.cu





7. Kachi A, Nicolas G, Nasser J, Hashem M, Abou Sleiman Ch. A Rare Presentation of Gall Bladder Volvulus: A Case Report. Am J Case Rep [Internet]. 2019 [acceso: 04/02/2025]; 20: 1466–1470. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6792469/>
8. Caliskan K, Parlakgumus A, Koc Z, Nursal TZ. Acute torsion of the gallbladder: a case report. Cases J [Internet]. 2009 [acceso: 04/02/2025]; 29(2):6641. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2827113/>
9. Farhat W, Mabrouk MB, Ammar H, Mizouni A, Said MA, Lagha S, et al. Gallbladder volvulus: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep [Internet] 2019 [acceso: 04/02/2025]; 60: 75–78. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6580008/#_ffn_sectitle
10. Baley Spindel I, Martín Téllez KS. Cervantes Castro J. Mujer de 78 años de edad con dolor abdominal severo. Gaceta Médica de México [Internet]. 2011 [acceso: 04/02/2025]; 147:275-8. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.anmm.org.mx/GMM/2011/n3/88_GMM_Vol_147_-3_2011.pdf&ved=2ahUKEwjygpSu_9DuAhU3JDQIHeZFCWQ4ChAWMAF6BAgJEAE&usg=AQVaw1fYRvJ2EAepDV6FjxWcGY6
11. Wood BE, Trautman J, Smith N, Putnis S. Rare case report of acalculous cholecystitis: Gallbladder torsion resulting in rupture. SAGE Open Med Case Rep [Internet]. 2019 [acceso: 04/02/2025]; 7: 2050313X18823385. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349984/#_ffn_sectitle

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





12. Gabizon S, Bradshaw K, Jeyarajan E, Alzubaidy R, Liew V. Gallbladder torsion: a diagnostic challenge. *Case Rep Surg* [Internet]. 2014 [acceso: 04/02/2025];2014:902814. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4034531/>
13. Sleiman ChA, Terro JJ, Semaan DB, Nicolas G, El Shami J, El Helou E, et al. Gallbladder Volvulus: An Unusual Presentation. *Am J Case Rep* [Internet]. 2019 [acceso: 04/02/2025]; 20: 1879–1882. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6930706/#_ffn_sectitle
14. Matsuda A, Sasajima K, Miyamoto M, Maruyama H, Yokoyama T, Suzuki S, et al. Laparoscopic treatment for torsion of the gallbladder in a 7-year-old female. *JSLS* [Internet]. 2009 [acceso: 04/02/2025];13(3):441-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3015957/>
15. Bouzas Cardaci M, Bivoleanu CV. Gallbladder volvulus, a rare cause of acute abdomen, a case report. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 2020 [acceso: 04/02/2025]; 75: 81–84. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7490985/#_ffn_sectitle
16. Puga Bermúdez R, Sabater Maroto C, Ramia Ángel JM, Quiñones Sampedro JE, García-Parreño Jofré J. Torsión de la vesícula biliar. *Cirugía Española* [Internet]. 2010 [acceso: 04/02/2025];88(4): 270-271. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-torsion-vesicula-biliar-S0009739X09005910>
17. Ijaz S, Sritharan K, Russell N, Dar M, Bhatti T, Ormiston M. Torsion of the gallbladder: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2008 [acceso: 04/02/2025]; 2:237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2503992/>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





18. Nina Quispe XS, Morató López A. Vólvulo de vesícula. A propósito de un caso. Rev Méd La Paz. [Internet]. 2015 [acceso: 04/02/2025];21(2):50-53. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200008
19. Lee SE, Choi YS, Kim BJ. Torsion of the gallbladder in pregnancy. J Korean Surg Soc [Internet]. 2013 [acceso: 04/02/2025];85(6):302-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868683/>
20. Matsuhashi N, Satake S, Yawata K, Asakawa E, Mizoguchi T, Kanematsu M, et al. Volvulus of the gall bladder diagnosed by ultrasonography, computed tomography, coronal magnetic resonance imaging and magnetic resonance cholangio-pancreatography. World J Gastroenterol [Internet]. 2006 [acceso: 04/02/2025];12(28):4599-601. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4125658/>
21. Gupta V, Singh V, Sewkani A, Purohit D, Varshney R, Varshney S. Torsion of gall bladder, a rare entity: a case report and review article. Cases J [Internet]. 2009 [acceso: 04/02/2025]; 2:193. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803862/>
22. Hwang Y, Kulendran K, Ashworth J. Expect the Unexpected: Torsion of the Gallbladder, a Rare Cause for Acute Cholecystitis. Cureus [Internet]. 2018 [acceso: 04/02/2025]; 10(12): e3726. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6384032/#_ffn_sectitle
23. Koyanagi T, Sato K. Complete gallbladder torsion diagnosed with sequential computed tomography scans: a case report. J Med Case Rep [Internet] 2012 [acceso: 04/02/2025];6:289. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3459730/>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

revinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons





24. Chai JS, Wang X, Li XZ, Yao P, Yan ZZ, Zhang HJ, et al. Presentation of gallbladder torsion at an abnormal position: A case report. World J Clin Cases [Internet] 2020 [acceso: 04/02/2025]; 8(12): 2667–2673. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7322416/#_ffn_sectitle
25. Cui J, Abdullah M, Awan I, Mehanna D. Cholecystitis secondary to gallbladder torsion – A rare case report. Int J Surg Case Rep [Internet]. 2018 [acceso: 04/02/2025]; 46: 13–15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6000732/>
26. Price EE, DiMarco L. An unusual presentation of acute cholecystitis: gallbladder volvulus. J Surg Case Rep Rep [Internet]. 2019 [acceso: 04/02/2025]; 2019(7): rjz221. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6667983/>

Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

rewinmedquir@infomed.sld.cu

Bajo licencia Creative Commons

