

## COLELITIASIS EN PACIENTE CON SITUS INVERSUS TOTALIS SOMETIDA A COLECISTECTOMIA

\*Ramiro Rocabado A

\*\*Yessica Gutierrez H

### RESUMEN

*El presente es un reporte del caso de una paciente de 59 años, portadora de colelitiasis, además de situs inversus totalis, resuelto por colecistectomía en el Hospital Obrero N° 2 de la Caja Nacional de Salud, regional Cochabamba. La Paciente de 59 años de edad, cuyo cuadro tiene un año de evolución con dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio izquierdo, acentuado con ingesta de comidas grasas, no ictericia, no baja de peso, cuatro crisis en el año. Reporte de ecografía abdominal confirma la colelitiasis, además del situs inversus totalis, los exámenes de laboratorio dentro parámetros normales (hemograma, orina, pruebas de función hepáticas); rayos X de tórax: dextrocardia; ECG ondas T aplastadas aparente trastorno en la repolarización. Antecedentes de diabetes en tratamiento, hernioplastia umbilical con prótesis.*

**Palabras Clave:** Colelitiasis, Situs inversus, colecistectomía

### ABSTRACT

*The present it's a case report case of a patient of 59 years old, with colelitiasis carrier, in addition to situs inversus totalis, solved by colecistectomía, in the Working Hospital N° 2 of the National Box of Health, regional Cochabamba.*

*The patient of 59 years of age, whose picture before begins a year with pain left colic type in epigastric and hipocondrio, accentuated with ingestion of greasy meals, nonictericia, nonlow of weight, four crises in the year. Report of abdominal ecografía confirms the colelitiasis, in addition to situs inversus totalis, the laboratory examinations inside normal parameters (hemograma, tinkles, hepáticas tests of function); thorax x-ray: dextrocardia; ECG waves T flattened apparent upheaval in the repolarización. Antecedents of diabetes in treatment, hernioplastia umbilical with prótesis.*

**Keywords:** Colelitiasis, Situs inversis, colecistetomy

### INTRODUCCION

El situs inversus totalis (SIT) es una anomalía rara, que se caracteriza por la imagen en espejo tanto de las vísceras torácicas como de las abdominales.

Aparentemente los pacientes portadores de esta patología tienen antecedentes en la presencia de un gen autonómico recesivo, desconociéndose con exactitud su origen.

Pueden los pacientes presentar además de esta anomalía, cualquier tipo de patología agregada: colecistitis, colelitiasis, apendicitis, megacolon, cuadros de obstrucción intestinal alta o baja, enfermedades vasculares, etc.

A veces los pacientes portadores de esta patología llevan alteraciones congénitas, ya sea en corazón<sup>1</sup> (CIA, CIV, tetralogía de Fallot, estenosis de la pulmonar, transposición de grandes vasos), intestinos

(persistencia divertículo de Meckel, atresia duodenal, ausencia de apéndice, megacolon, atresia anal); o aparato respiratorio, Síndrome de Kartagener (SIT, sinusitis y bronquiectasias); Síndrome de Ivemark (SIT más anomalías cardíacas, aesplenia). Síndrome de Yoshikawa (SIT más displasia renal bilateral, fibrosis pancreática e íleo meconial).

El diagnóstico puede hacerse con una placa simple de tórax, una TAC, una ecografía, además de la sintomatología de referencia por el paciente; en el caso de una colelitiasis o colecistitis crónica litiásica el síntoma dolor estará más en hipocondrio izquierdo y epigastrio o cuadrante superior izquierdo; en caso de apendicitis en fosa iliaca izquierda y abdomen inferior.

\*Cirujano General Caja Nacional de Salud HO No 2

\*\*Residente Cirugía 3º Año Caja Nacional de Salud HO No 2

Actualmente no deberían existir equivocaciones en cuanto al diagnóstico, debiendo el cirujano realizar una buena anamnesis, exámenes de gabinete como ser Rayos X de tórax, ecografía abdominal y si es necesario TAC de abdomen, a no ser que el cirujano esté enfrentado a pacientes de extrema urgencia.

En la literatura hay referencias de distintos procedimientos en pacientes con SIT, como ser colecistectomías, colecistectomía más exploración de vías biliares, colecistectomías videolaparoscópicas, apendicetomías, resecciones intestinales, cirugías vasculares, cirugías ginecológicas etc.

Aristóteles fue el primero en describir este tipo de alteraciones en animales, pero en el siglo XVII Frabricius (1600) describe en humanos, Servicius<sup>2</sup> en 1615, Kuchemeister en 1864 describe la importancia de la percusión y auscultación para el diagnóstico preciso de esta patología; Vehemeyer 1867 fue el primero en descubrir un caso mediante rayos X de tórax.

La incidencia no se ha podido establecer por la rareza del cuadro, siendo así que según Blegen<sup>3</sup> varía de 0.002 a 1%, es más frecuente en varones que en mujeres según Verano y Merkin<sup>4</sup>, lo que no tiene influencia en la evolución de la patología asociada.

Este tipo de anomalía debe ser causa preocupante de parte de los médicos generales y especialmente entre los cirujanos ya que el diagnóstico preciso determina una conducta adecuada para su manejo, estimando para ello una cirugía programada, previniendo todas las contingencias posibles y evitar complicaciones. Por ello es que siempre un cirujano tendrá que pensar previamente en una patología como es el SIT.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 59 años de edad, procedente del norte Potosí, con un cuadro de más o menos un año de evolución, caracterizado por presentar dolor tipo cólico en hipocondrio izquierdo y epigastrio, desencadenado por comidas colecistoquinéticas, sensación de distensión, no náuseas, no vómitos, niega ictericia, no alzas térmicas, no melenas, orinas normales, deposiciones diarias de consistencia y características normales. Refiriendo crisis de su enfermedad actual en número de tres a cuatro en el transcurso del año, recibiendo medicación unas veces por ella misma otras por prescripción médica.

Antecedente de cirugía de hernia umbilical hace ocho años procediéndose a realizar una: hernioplastia con malla de polipropileno; desde hace cinco meses, recibe tratamiento para diabetes mellitus tipo II (glibenclamida y melformina) ante-

cedentes ginecológicos: G3; P2; C1; A0. Antecedentes de cesárea en 1988.

Al examen físico: conciente orientada, ninguna alteración o malformación congénita aparente. P: 72 x minuto, PA. 110/70 mm Hg; FR: 16 x minuto; T° 36.6° C.

Cardiopulmonar: Corazón rítmico regular en dos tiempos auscultables al lado derecho. Pulmones buen murmullo vesicular sin ruidos agregados.

Abdomen: panículo adiposo, cicatriz de laparotomía media infra y supra umbilical no se palpan masas ni puntos sensibles.

Extremidades superiores ligera deformación en las manos por problemas articulares, recibe tratamiento con antiinflamatorios.

Exámenes Complementarios:

Hemograma: Hb. 13.5 gr.%; Hto: 39.5 %; GB: 4600 mm<sup>3</sup>; Seg.: 56%; Eo:2%; Linf: 37%; Mon: 5%; plaquetas 229.000 mm<sup>3</sup> TP: 12 segundos; INR: 1.0; Glicemia 94 mgr/dl; N. Ureico: 13 mgr/dl; Creatinina: 0.8 mgr/dl; Amilasa: 76 mgr/dl; SGOT: 13UI; SGPT 43 UI; Fosfatasa Alcalina 170 UI/l.

Orina dentro parámetros normales.

Rayos X de tórax: Silueta cardiaca con la punta hacia el lado derecho, cavidades normales; campos pulmonares limpios (Figura 1).

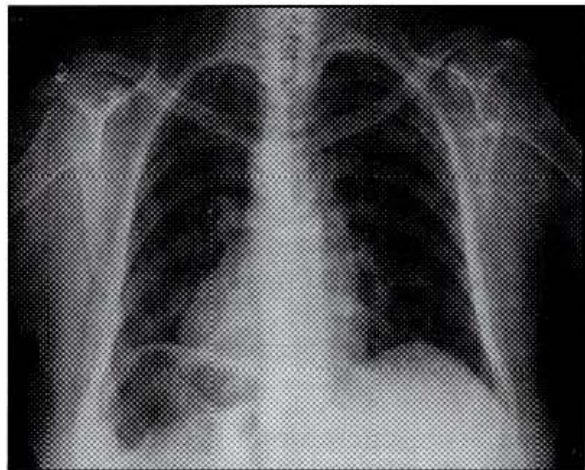


Figura 1: Tórax con dextrocardia.

Ecografía abdominal: Esteatosis hepática moderada, evidencia de litiasis vesicular, abundantes gases, dextroversión del bazo y riñón izquierdos, levo versión del hígado, vesícula, vías biliares y riñón derechos (Figura 2).

Valoración cardiológica y ECG pre-operatorio: Factores de riesgo Diabetes, Corazón RR 2t, sin ruidos agregados; corazón clínicamente sano.

ECG: FC 60X` ritmo sinusal, PR 0.16, ondas T aplanadas. Conclusión: compatible con trastornos de repolarización inespecífica. Índice de riesgo II/IV(figura



Figura 2: Ecografía abdominal

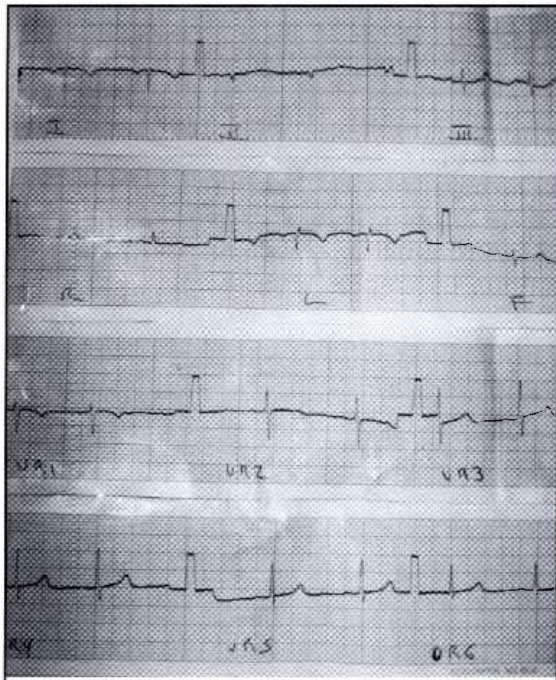


Figura 3: Electrocardiograma.

Antibióticos pre-operatorios dosis única: Cefalosporina 3<sup>o</sup> generación más amino glucósido; (Cefotaxima 1 gr. EV. más Gentamicina 80 mgr. EV dos horas antes de la cirugía.

Procedimiento Quirúrgico: LMSU, a la exploración se confirma situs inversus de todas las vísceras; lado derecho colon descendente, sigmoides y bazo. A la izquierda ciego, apéndice cecal, colon ascendente, curvatura mayor de estómago hacia la derecha, hígado, vesícula y vías biliares (Figura 4)

Múltiples adherencias de epiplón a cara inferior de vesícula e hígado y abdomen inferior, liberación de los mismos, colecistectomía mixta clásica, cie-

rrer de pared por planos con suturas reabsorbibles, y sutura metálica en piel.

Evolución post operatoria, satisfactoria. Manejo de líquidos electrolitos de acuerdo a requerimiento; controles periódicos de sus glicemias, las que se mantuvieron en parámetros normales, retiro de puntos a los nueve días.

Informe de Anatomía Patológica: Colelitiasis

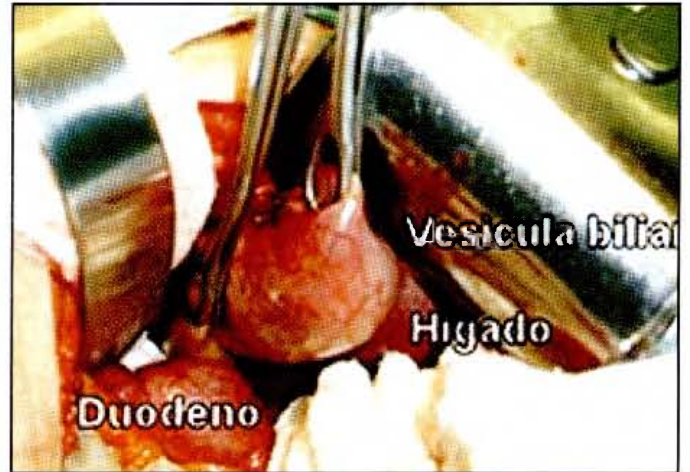


Figura 4: Procedimiento quirúrgico.

## DISCUSIÓN

El situs inversus es una alteración rara puede presentarse en forma parcial (sea torácico o también abdominal únicamente), o tanto las vísceras torácicas y abdominales situadas en espejo denominándose situs inversus totalis.

Blegen realizó una amplia recopilación de datos llegando a la conclusión que hubo un 45% de diagnósticos no precisos y un 31% de incisiones no correctas, en casos de SIT.

En el trabajo que presentamos; ya teníamos el diagnóstico pre-operatorio, por el antecedente de cirugía previa; donde se realizaron las pruebas o exámenes de laboratorio además de su dextrocardia por semiología y rayos X de tórax. Por la sintomatología que presentaba en la enfermedad actual, más los datos de ecografía abdominal se planificó el tipo de cirugía y los procedimientos correspondientes a realizar para evitar cualquier inconveniente, de ahí la evolución post operatoria de la paciente sin las complicaciones que pudieran presentarse.

En conclusión se puede colegir la importancia de tener un diagnóstico preciso pre-operatorio y así no tener las dificultades y complicaciones en cirugía y en el pos operatorio.

## BIBLIOGRAFIA

1. DOUGLAS GF, ABRAHAM S, KIM M et al. Evaluation, operative management and outcome after liver transplantation in children with biliary atresia and situs inversus. *Ann Surg* 1995; 222 (1): 47 - 50.
2. WOOD CO, BLALOCK KA, situs inversus totalis and disease of biliary tract survey of literature and report case. *Arch Surg* 1940: 40.
3. BLEGEN HM Surgery in situs inversus *Ann Surg*. 1949; 129: 244-259
4. VERANO NR, MERKIN RJ, situs inversus review of literature. Report of four cases and analysis of the clinical implications *J Int. Surg* 1960; 33: 131-148.
5. TAKEI HT, MAXWEL JG, CLANCY TV, TIMSLEY EA, Laparoscopic cholecistectomy in situs inversus totalis. *JLaparoendosc Surg*. 1992; 2:171-176.
6. WRITE CB, MORTON CBII, situs inversus totalis with adenocarcinoma of the cecum: case report *Am Surg*.1971; 37: 65-66.
7. JUAN MANUEL MELCHOR GONZALES. ACAD. ROBERTO PEREZ-GARCÍA, MIGUEL TORREZ VISTA. RAFAEL RODRÍGUEZ-BAMBRILA. Situs inversus - reporte de dos casos, *Cir-Ciruj* 2000; 68: 72-75, Mexico.
8. M ASCENCIO LLORENTE. JA LÓPEZ ESPINOZA, J. ORTEGA LÓPEZ, LM SANCHEZ SANCHEZ, MP CASTILLA VALDEZ, C. FERRER BLANCO, C. MARGARIT CREIXELL, J. IGLESIA BERENGUE: Caso clínico: Primer trasplante hepático en un paciente con atresia de vías biliares y situs inversus en España. *Cir Pediatr* 2003; 16: 44-47