



Situs inversus totalis

Gaspar Alberto Motta Ramírez,* Edith Reyes Méndez‡

Caso clínico 1. Mujer de 53 años, con síndrome doloroso abdominal de un año de evolución, que presentó dolor tipo cólico típico en fosa renal izquierda, el cual se irradió hacia la fosa iliaca ipsilateral que se acompaña de disuria, polaquiuria y vómito en los episodios de agudización. Se le realizó un estudio de tomografía computada (TC) en fase simple para la búsqueda intencionada de litiasis renoureteral.

No se demostró afección litiásica y en las imágenes axiales posteriores al contraste intravenoso (Figuras 1A-1D) se identificó levocardia, con *situs inversus totalis* (SIT). Obsérvese (Figuras 1C y D) la aorta a la derecha (flecha) de la línea media y al apéndice en la fosa iliaca izquierda (flecha).

Caso clínico 2. Mujer de 61 años, con vómito de contenido hemático, fresco, rojo brillante, de moderada

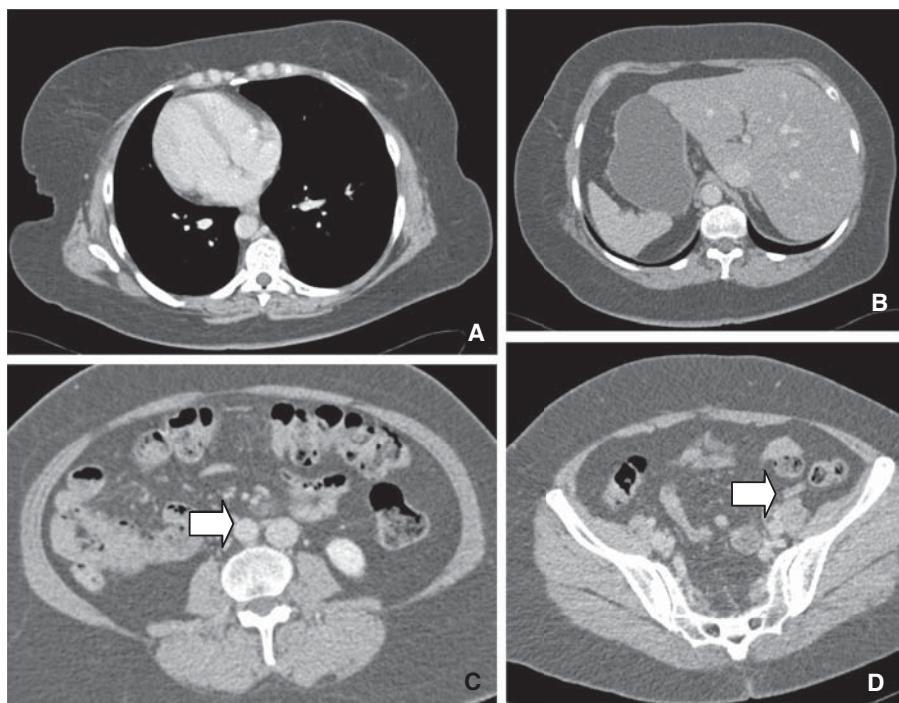


Figura 1.

* Médico Radiólogo, adscrito a la Subsección de Tomografía Computada del Departamento de Radiación Ionizante.

‡ Médico Residente del tercer año del Curso de Especialización y Residencia en Radiodiagnóstico, Escuela Militar de Graduados de Sanidad.

Hospital Central Militar, Secretaría de la Defensa Nacional.

Correspondencia:

Dr. Gaspar Alberto Motta Ramírez

Correo electrónico: radbody2013@yahoo.com.mx

Aceptado: 28-07-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

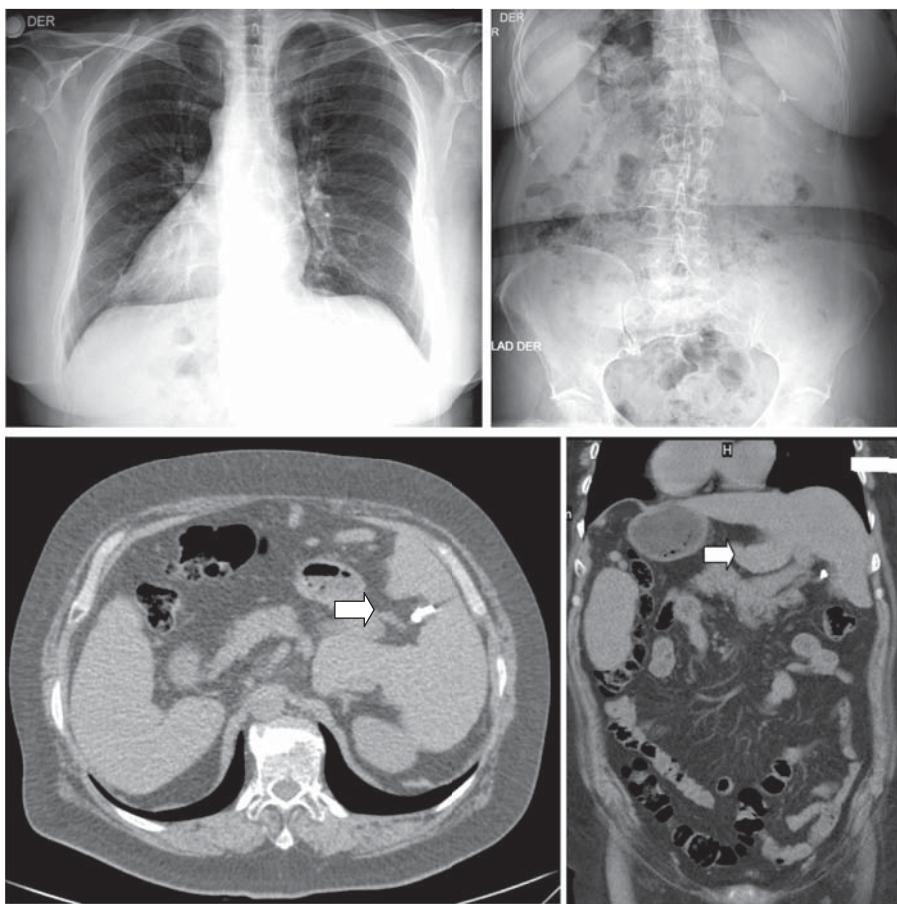


Figura 2.

cantidad en cuatro ocasiones, motivo por el cual decidió acudir al Servicio de Urgencias. Refirió la ingesta habitual de AINES por artralgias y con antecedente personal patológico-quirúrgico de colecistectomía abierta desde hace siete años por colecistitis. Por abordaje habitual y rutinario, se le realizaron estudios radiológicos (*Figuras 2A y 2B*) de telerradiografía de tórax y proyección simple de abdomen, el cual definió el *situs inversus totalis*, que la paciente desconocía.

Con base en el antecedente del consumo habitual de AINES, se orientó la sospecha diagnóstica de probable úlcera gástrica secundaria. Se le realizó endoscopia, encontrándose varices esofágicas F3 de la clasificación japonesa y gastropatía congestiva leve, por lo que se le efectuó la primera sesión de ligadura de varices esofágicas, la cual fue llevada a cabo sin complicaciones. La paciente negó ingesta de alcohol y, por el hallazgo de las varices y de laboratorio, se estableció el diagnóstico de hepatopatía crónica de origen a determinar, síndrome de hipertensión portal y varices esofágicas. Por todo ello, se le realizó un estudio de tomografía computada en fase simple el cual demostró el SIT. En las *figuras 2C y 2D*, se evidencia el bazo (flecha) en el hipocondrio derecho y el parénquima hepático en el hipocondrio izquierdo (flecha).

SITUS INVERSUS TOTALIS¹⁻³

El *situs inversus totalis* (SIT) es un raro desorden genético que se caracteriza por la transposición de los órganos toracoabdominales en sentido sagital, brindando una imagen llamada “en espejo” y una inversión especular de todas las estructuras asimétricas del cuerpo.

El SIT se estima que ocurre en 1/8,000-1/25,000 nacidos vivos. La mayor parte de los pacientes con SIT llevan una vida completamente normal, pero en aproximadamente 20-25% de los pacientes puede observarse también una discinesia ciliar primaria (DCP) asociada.¹ Su etiología todavía no es clara, pero se cree que se debe a una predisposición genética debida a un gen autosómico recesivo de penetrancia incompleta. Su incidencia varía entre 0.002 y 0.01% de la población, es ligeramente más frecuente en el hombre y no influye en la expectativa de vida.¹⁻³

Hay escasa información en la literatura sobre esta entidad en adultos; en su mayoría son hallazgos incidentales en estudios por patologías no relacionadas, por ejemplo, colecistitis o apendicitis. El SIT es ampliamente más fre-

cuente y se presenta con cardiopatía congénita en sólo 3 a 5% de los casos.

El diagnóstico de SIT pasa inadvertido en aproximadamente 45% de los casos, llegando al diagnóstico incidentalmente durante el transoperatorio o como hallazgo imagenológico.³

La presencia de litiasis vesicular sintomática en un paciente con SIT conlleva no sólo a dudas diagnósticas, sino que además constituye un verdadero desafío terapéutico, ya que cualquier procedimiento quirúrgico es técnicamente más difícil en estos pacientes (sobre todo, la colecistectomía laparoscópica debido a las anormalidades anatómicas que presentan).¹⁻³

Esta malformación generalmente va asociada con otras malformaciones y con otras enfermedades genéticas como el síndrome de Kartagener y el síndrome de Ivemark, que suele presentarse en el hombre.

Es indispensable notificar al paciente de su padecimiento para que pueda transmitirlo al personal de salud que lo atiende. Nótese que los dos casos que se presentaron ocurren en pacientes femeninos.¹⁻³

REFERENCIAS

1. Corral GG, Labra WA, Schiappacasse FG. Manifestaciones abdominales de las anomalías del *situs ambiguous* en el adulto. A propósito de cuatro casos. *Rev Chil Rad.* 2013; 19 (1): 38-43.
2. Cuenca-Torres O, Berdejo-Bareiro J, Martínez-Arguello D, Frachi F. Colecistectomía laparoscópica en *situs inversus totalis*. *Rev Cir Parag.* 2011; 35 (1): 38-40.
3. Melchor-González JM, Pérez-García R, Torres-Vista M, Rodríguez-Brambila VR. *Situs inversus*. Reporte de dos casos. *Cir Ciruj.* 2000; 68: 72-75.