



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 13 No. 4 Oct.-Dic. 2012

Manejo quirúrgico del síndrome de Mirizzi en pacientes con *situs inversus*. Reporte de un caso

Trejo RA,* Castañeda RA,* Quintero CA,* Reynoso MJ*

Resumen

El *situs inversus* es una rara anormalidad en la posición de los órganos toracoabdominales que produce una imagen en espejo y que puede pasar desapercibida por cursar asintomáticos; sin embargo, cobra una gran importancia para el diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades, sobre todo, las que requieren una resolución quirúrgica,¹ entre las cuales se encuentran por orden de frecuencia la apendicectomía, colecistectomía y obstrucciones intestinales. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de *situs inversus* fue preoperatorio por los avances en los estudios de imagen, pero en el caso en el que el diagnóstico es transoperatorio puede llevar a la realización de incisiones incorrectas, actualmente desde que se inició la cirugía laparoscópica ha disminuido la anterior, a pesar de ello implica un incremento en la dificultad técnica del procedimiento, ya que se debe modificar la técnica quirúrgica habitualmente usada, así como la colocación de los puertos de trabajo para adaptarlos al cirujano que habitualmente es diestro; siendo el cirujano zurdo tiene una mayor habilidad para la disección con ambas manos.²

Palabras clave: *Situs inversus*, colecistectomía, síndrome de Mirizzi.

Abstract

Situs inversus is a rare abnormality in the position of the thoracoabdominal organs that produces a mirror image, which can be undetected for being asymptomatic but is very important for the diagnosis and treatment of several diseases especially those which require surgical resolution,¹ among these, we found in order of frequency: Appendectomy, cholecystectomy and bowel obstructions. In most cases the diagnosis was *situs inversus* by advances in preoperative imaging studies, but the intraoperative diagnosis can lead to incorrect incisions. Now since the beginning laparoscopic surgery, has reduced the previous despite this implies an increase in the technical difficulty of the procedure also to be modified with a surgical technique commonly used and the placement of working ports, to suit the surgeon is usually right, but being left-handed surgeon has a greater ability for dissection than both hands.²

Key words: *Situs inversus*, *cholecystectomy*, *Mirizzi's syndrome*.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 49 años, antecedentes de importancia, *situs inversus* diagnosticado dos meses previos a la consulta; incidentalmente al ser estudiado por hidronefrosis, litiasis vesicular de dos meses de diagnóstico (Figura 1). El paciente acude a consulta por presentar dolor abdominal localizado en hipocondrio

izquierdo, náusea y vómito, ictericia +, por lo que acude al Servicio de Urgencias para su valoración; se le realiza ultrasonido abdominal corroborando *situs inversus*, con glándula hepática localizada en hipocondrio izquierdo, litiasis vesicular, vesícula biliar escleroatrófica de 40 x 25 mm, pared de 7 mm, hidronefrosis de riñón localizado del lado derecho. Colangiorresonancia con dilatación de la vía biliar, conducto hepático común de 8 mm y colédoco de 30 y 18 mm con ausencia de señal en su interior de 25, 11 y 13 mm, sin observarse la vesícula biliar (Figuras 2 y 3).

Se realizó una cirugía por abordaje laparoscópico, encontrando adherencias del epiplón hacia el hígado y *situs inversus*; se dificulta la disección del triángulo de Calot, por lo que se convierte a cirugía abierta; se encuentra a la vesícula biliar escleroatrófica, fusionada a la vía biliar extrahepática a nivel del hepático común, se observa que el fondo de la vesícula se comunica con el conducto hepático común (Figura 4), por lo que se decidió hacer

* Hospital Regional «General Ignacio Zaragoza», ISSSTE.

Correspondencia:

Trejo Rodríguez Adrián

Av. General Ignacio Zaragoza Núm. 1711,
Col: Ejército Constitucionalista,
Del: Iztapalapa, 09220, México, D.F.
Tel: 57165200
E-mail: adriantrejor@hotmail.com

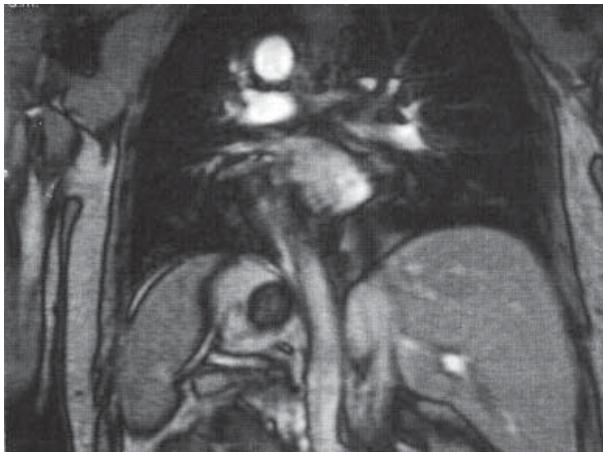


Figura 1. Colangiorresonancia donde se confirma *situs inversus totalis*.



Figura 2. Colangiorresonancia donde se observa *situs inversus* e hidronefrosis del riñón del lado derecho sin definirse la vesícula biliar.



Figura 3. Colangiorresonancia donde se observa, en otra perspectiva, la situación anatómica de la vesícula biliar y los defectos de llenado.



Figura 4. Otra perspectiva donde no se define la vesícula biliar, únicamente se observa vía biliar extrahepática con dilatación donde se observan defectos de llenado. Con comunicación de la vía biliar intrahepática, mismos hallazgos que se confirman durante el transoperatorio.

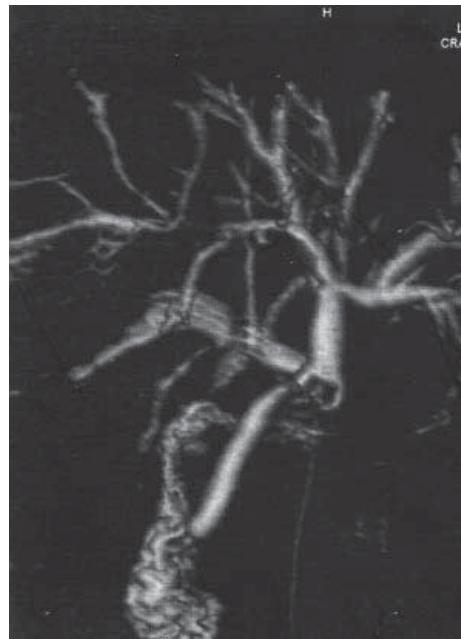


Figura 5. Colangiotac a dos meses del postquirúrgico donde se observa la integridad de la vía biliar.

una colecistotomía y extracción de litos, observando el conducto en el interior del fondo vesicular, por lo que se coloca sonda de alimentación y colangiografía intraoperatoria con el siguiente resultado: comunicación de la vesícula biliar con la vía biliar principal, según la clasificación Csendez tipo IV, por lo que se realiza colocación de sonda en T. El paciente tiene una evolución favorable en el postquirúrgico es dado de alta y acude a control realizando tomografía con reconstrucción de la vía biliar, con integridad de la misma (*Figura 5*).

CONCLUSIÓN

El manejo quirúrgico del síndrome de Mirizzi es la técnica quirúrgica a utilizarse y debe elegirse según el tipo de lesión o grado del Mirizzi. En general se recomienda la colecistectomía, eventual drenaje biliar, sutura y drenaje de pequeñas brechas fistulosas y plastias o anastomosis biliointestinal. La intervención quirúrgica es tanto más compleja cuanto mayor sea el grado de lesión, por lo que un diagnóstico preoperatorio es fundamental para

diseñar la estrategia a emplear. La anatomía alterada del síndrome de Mirizzi predispone a la lesión ductal. Por ello, vale la pena tener en cuenta los principios de Hunter, esto es: identificar el hepatocoléodo, quedarse fuera de la zona, verificar la confluencia cístico-vesicular y practicar sistemáticamente la colangiografía intraoperatoria,³ además de la dificultad en este paciente en especial debido al *situs inversus*. En este caso, se optó por la colocación de sonda en T con adecuados resultados del postquirúrgico.

REFERENCIAS

1. McKay DA, Blake GE. Laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis*: a case report. *BMC Surgery*. 2005; 5: 1471-1472.
2. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis*: the importance of being left-handed. *Surg Endosc*. 2003; 17: 1859-1861.
3. Tang CN, Li MK. Technical aspects in the laparoscopic management of complicated common bile duct stones. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2005; 12: 444-450.