



Caso clínico

CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 14 No. 3 Jul.-Sep. 2013

Pancreatitis aguda en una paciente con *situs inversus*. Reporte de caso

Luis Alberto Topete González,* Rene Augusto Palomo-Hoil,*
José Antonio Díaz-Elizondo,** José Pulido-Rodríguez***

Resumen

Situs inversus totalis es un defecto raro con predisposición genética que puede presentar dificultades en el diagnóstico y manejo de enfermedades abdominales debido a que la anatomía se encuentra en espejo. Presentamos el caso de una mujer diagnosticada con pancreatitis aguda y *situs inversus totalis*. Una vez resuelta la pancreatitis aguda, se programa y realiza colecistectomía por laparoscopia. Después de la cirugía, la paciente tuvo una recuperación exitosa y fue dada de alta del hospital dos días más tarde. Concluimos que existe dificultad técnica al realizar la colecistectomía por laparoscopia en estos pacientes. La disección se realizó de manera segura y confirmamos los reportes previos al realizar la colecistectomía por laparoscopia en *situs inversus totalis*.

Palabras clave: *Situs inversus totalis*, pancreatitis aguda, colecistectomía por laparoscopia.

Abstract

Situs inversus totalis is a rare defect with genetic predisposition that may present difficulties in the diagnosis and management of abdominal pathology due to mirror-image anatomy. We present the case of a women diagnosed with acute pancreatitis and *situs inversus totalis*. After acute pancreatitis was resolved, the patient was scheduled for a laparoscopic cholecystectomy. After surgery, the patient had a successful recovery and was discharge from the hospital two days later. We concluded that there is technical difficulty performing laparoscopic cholecystectomy in such patients. The dissection was quite safe and confirms the previous reports of safe laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis*.

Key words: *Situs inversus totalis*, acute pancreatitis, laparoscopic cholecystectomy.

* Residente de Cirugía General. Programas Multicéntricos de Especialidades Médicas de la Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

** Jefe de Servicio Cirugía General. Hospital «Bernardo Sepulveda» de Secretaría de Salud de Nuevo León. Profesor de Cirugía General. Programas Multicéntricos de Especialidades Médicas de la Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

*** Instituto de Cirugía del Centro Médico ZambranoHellion-Tec Salud del Tecnológico de Monterrey. Profesor de Cirugía General. Programas Multicéntricos de Especialidades Médicas de la Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

Correspondencia:

Dr. Luis Alberto Topete González

Residente de Cirugía General

Programas Multicéntricos de Especialidades Médicas de la Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey.

Oficina de Posgrado en Cirugía General

Batallón de San Patricio 112 Piso 1

Área Escuela-CM Zambrano Hellion

San Pedro Garza García, Nuevo León, 66278

Cel: 811 799 9836

E-mail: luis_topete@me.com

INTRODUCCIÓN

Situs inversus totalis es un defecto raro con predisposición genética que puede presentar dificultades en el diagnóstico y tratamiento de patología abdominal debido a la distorsión de la anatomía en espejo.¹

OBJETIVO

Presentamos el caso de una mujer diagnosticada con pancreatitis aguda y *situs inversus totalis*.

REPORTE DE CASO

Mujer de 48 años de edad se presenta con dolor abdominal sin antecedentes de importancia. Inicia padecimiento 24 horas previas a su ingreso con dolor abdominal localizado en epigastrio, transflictivo, de intensidad moderada, acompañado de náuseas y vómito en tres ocasiones de contenido gástrico. Niega acolia y coluria. A la exploración física presenta

signos vitales estables, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio izquierdo, sin datos de irritación peritoneal. Se solicitan laboratorios donde se observa amilasa sérica de 1,995 UI/L, transaminasa glutámico-pirúvica (TGP) de 320 UI/L, transaminasa glutámico-oxalacético (TCO) de 256 UI/L y deshidrogenasa láctica de 647 UI/L. Se solicita tele de tórax (*Figura 1*) donde se observa dextrocardia y electrocardiograma con desviación del eje cardíaco hacia la derecha, como parte de la valoración preoperatoria. Se realiza ultrasonido de abdomen identificando hígado en lado izquierdo del cuerpo y bazo del lado derecho, vesícula biliar distendida, con pared delgada, en el interior de esta última se observa lito móvil de 12 mm. Se decide su ingreso con diagnóstico de pancreatitis aguda para manejo médico del cuadro. Al segundo día de estancia intrahospitalaria se solicita tomografía de abdomen con contraste IV, donde se advierte líquido peripancreático escaso, así como los cambios anatómicos previamente descritos (*Figura 2*). Al cuarto día de internamiento, la paciente tolera vía oral y se encuentra asintomática, por lo que se decide programar para colecistectomía por laparoscopia.



Figura 1. Radiografía de tórax con dextrocardia.



Figura 2. Tomografía de abdomen contrastada.

PROCEDIMIENTO

Se coloca a la paciente en posición supina y tanto el cirujano como el asistente con la cámara se instalan del lado izquierdo; el primer ayudante y el monitor a la izquierda de la paciente. Los trócares son introducidos en espejo del lado izquierdo de la paciente. La disección de Calot se realiza con la mano izquierda por el puerto subxifoideo y, posteriormente, se colocan endoclips en arteria y conducto cístico (*Figura 3*). La retracción de la bolsa de Hartmann la realiza el primer ayudante. La paciente es dada de alta al segundo día del postoperatorio.

DISCUSIÓN

Concluimos que hay dificultades técnicas al realizar la colecistectomía por laparoscopia en pacientes con *situs inversus totalis*. En este caso la disección se realizó de manera segura confirmando los reportes previos acerca de la seguridad de realizar una colecistectomía por laparoscopia a pesar de la distorsión de la anatomía en espejo y otras anomalías vasculares. Al menos dos tercios de los cirujanos son derechos y, por lo tanto, es necesario para éstos modificar su técnica quirúrgica usual en aras de realizar el procedimiento de manera segura y cómoda.² En lugar de cruzar las manos de manera absurda al momento de retraer la bolsa de Hartmann en la disección de las estructuras del triángulo de Calot, sugerimos que la retracción de dicha bolsa sea realizada por el asistente permitiendo, así, al cirujano operar de manera más cómoda y segura.¹⁻⁴

CONCLUSIÓN

En los pacientes con *situs inversus totalis*, el diagnóstico clínico puede ser complicado dado los cambios anatómi-

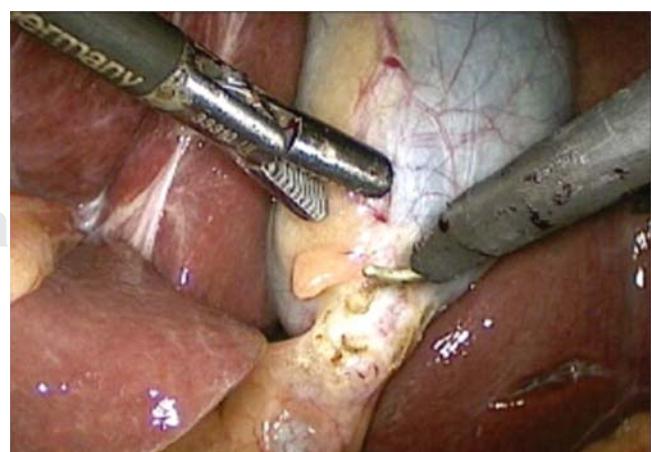


Figura 3. Disección del triángulo de Calot.

cos que se presentan en estos pacientes. Concluimos que hay dificultades técnicas al realizar la colecistectomía por laparoscopia en pacientes con *situs inversus totalis*. La di-

sección se realizó de manera segura y confirmamos reportes previos al realizar la colecistectomía por laparoscopia en *situs inversus totalis*.

REFERENCIAS

1. Borgaonkar VD, Deshpande SS, Kulkarni VV. Laparoscopic cholecystectomy and appendicectomy in *situs inversus totalis*: a case report and review of literature. *J Minim Access Surg.* 2011; 7: 242-245.
2. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis*: The importance of being left-handed. *Surg Endosc.* 2003; 17: 1859-1861.
3. McKay D, Blake G. Laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis*: a case report. *BMC Surg.* 2005; 5: 5.
4. Kamitani S, Tsutamoto Y, Hanasawa K, Tani T. Laparoscopic cholecystectomy in *situs inversus totalis* with "inferior" cystic artery: a case report. *World J Gastroenterol.* 2005; 11: 5232-5234.