

## Colecistectomía por colelitiasis en mujer con *situs inversus totalis*

### *Cholecystectomy for cholelithiasis to a woman with totalis situs inversus*

Dr. Joaquin Márquez Hernández;<sup>I</sup> Dr. Heriberto Hooker Jesse;<sup>I</sup> Dra. Yamilet Adán Martínez;<sup>II</sup>  
Dr. Bárbaro A. Armas Pérez<sup>I</sup>

I Hospital Universitario "Amalia Simoni". Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey . Camagüey. Cuba.

II Hospital Universitario "Manuel Ascunce Domenech". Camagüey, Cuba.

---

#### RESUMEN

**Fundamento:** el *situs inversus totalis* resulta un síndrome poco frecuente sin ser una rareza. Su origen causal aún es incierto, se le considera debido a la expresión de un gen autosómico recesivo, con incidencia igual en ambos sexos y sin mostrar predilección racial. Está caracterizado por la posición invertida de los órganos en las cavidades torácica y abdominal con respecto al plano sagital, dando la imagen anatómica de las vísceras en espejo.

**Objetivo:** presentar el caso de una paciente con ambas enfermedades asociadas que resulta poco comunes y de interés médico.

**Caso clínico:** paciente normolínea, de piel blanca, femenina y de 38 años de edad, con buena salud anterior a pesar de padecer de una importante anomalía congénita. Llevaba seis meses con síntomas de dispepsia y cólicos biliares a repetición del abdomen izquierdo que se diagnosticó por el método clínico, ultra sonografía y radiología de padecer litiasis vesicular única, donde se confirmó el *situs inversus*, asociación que es infrecuente. Se interconsulta con cardiología y anestesia, previo consentimiento informado, se realiza colecistectomía abierta con buena evolución hasta su egreso.

**Conclusiones:** la evolución en el intra operatorio y luego en el posoperatorio inmediato y mediato fue buena, a los seis meses del tratamiento está asintomática y con aumento de peso corporal.

**DeCS:** COLECISTECTOMÍA; SITUS INVERSUS; COLELITIASIS; ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR; INFORMES DE CASOS.

---

## ABSTRACT

**Background:** a brief revision about two medical subjects was made: totalis situs inversus and gallstone disease and its clinical characteristics, as well as its regular treatment that includes the video-assisted cholecystectomy and the traditional one. A references has been made about this clinical association found in a woman with this congenital anomaly since her childhood, the totalis situs inversus.

**Objective:** to present this patient with both associated deceases that are uncommon and of medical interest.

**Clinical case:** a regular patient was treated, white skin color, female, 38 years old, with good previous health condition in spite of suffering of a major congenital abnormality. She was six month suffering symptoms of dyspepsia and biliary colic repeated in the left abdomen and diagnosed with only gallstone by clinical method, ultrasonography and radiology, getting confirmed this way the totalis situs inversus, association that is uncommon. An interconsultation with Cardiology and Anesthesiology was made, and getting previously the informed consent, an open cholecystectomy was performed with good evolution until her final discharge.

**Conclusions:** the evolution in the intraoperative and later in the immediate and mediate post-operative was good, and after six month of treatment, the patient is asymptomatic and has gained body weight.

**DeCS:** CHOLECYSTECTOMY; SITUS INVERSUS; CHOLELITHIASIS; GALLBLADDER DISEASES; CASE REPORTS.

---

## INTRODUCCIÓN

El *situs inverso totalis* (SIT) fue descrito por primera vez en animales por Aristóteles; en humanos, fue Fabricius quien lo refirió en el año 1600, en tal caso solo observó hígado y bazo traspuestos. Su origen causal aún es incierto, se le considera debido a la expresión de un gen autosómico recesivo, con incidencia igual en ambos sexos y sin mostrar predilección racial. Su presencia no influye en la expectativa de vida. La litiasis vesicular es una enfermedad frecuente sobre todo en mujeres multíparas y en anemias hemolíticas y provoca un cuadro clínico típico y peculiar que puede originar a su vez complica-

ciones diversas.<sup>1-4</sup>

En 1760, Mattias Baille practica la autopsia al Virrey de México, Marqués de Amarillas y para sorpresa diagnóstica un SIT, este relato fue fechado 14 años después y enviado a España, informe que apareció en Álava en 1788. En este reporte, se consigna la afirmación de Servius del 1615 de que María de Médici reina de Francia, padecía SIT.<sup>1</sup> Laennec en 1824, citado por Echenique Elizondo M y Urkia Etxabe JM,<sup>1</sup> fue quien primero lo sospechó y diagnosticó de forma clínica y luego Kuchemeister lo reitera en 1864. Vehsmeyer en 1897 fue pionero en el

el estudio analítico por rayos x. <sup>2-4</sup>

El SIT resulta un síndrome poco frecuente sin ser una rareza, con prevalencia estimada de 1/10 000 nacidos vivos y está caracterizado por la posición invertida de los órganos en las cavidades torácica y abdominal con respecto al plano sagital, dando la imagen anatómica de las vísceras en espejo, que se ha hecho clásica, pero estas mantienen sus relaciones anatómicas anteriores y posteriores. Solo del 5 a 10 % de los pacientes presentan malformaciones cardiovasculares congénitas, por lo que debutan con síntomas asociados a dichas alteraciones, el resto evoluciona de forma subclínica. Puede estar acompañado de alteraciones intestinales y vasculares. <sup>2, 5-7</sup>

La incidencia de litiasis vesicular en el SIT no difiere de la publicada para la población general, no se han demostrado evidencias sobre la influencia directa de este en la formación de litiasis biliar o sobre su asociación con alteraciones vasculares de la vesícula o vías biliares. La coexistencia de la litiasis vesicular sintomática y SIT no es excepcional y se basa su diagnóstico en la radiografía de tórax postero anterior (RXTPA) y la ultra sonografía (USG) abdominal y torácica. La tomografía axial computarizada (TAC) confirma el diagnóstico y en tal sentido, se reconoce a Vehsemeyer como pionero en el diagnóstico radiológico. <sup>2, 7-9</sup>

El propósito del reporte es mostrar una enferma con ambas enfermedades asociadas, que aunque resulta infrecuente no constituye una rareza.

## CASO CLÍNICO

Paciente de piel blanca, femenina y normolínea, de 38 años de edad, diagnosticada desde su infancia de SIT, con antecedentes de buena salud. En los últimos seis meses comenzó con manifestaciones clínicas de intolerancia a los alimentos colecisto quinéticos, con cólicos hepáticos frecuente del lado izquierdo después de las comidas. Se confirmó por la clínica y estudios como USG de tórax y abdomen, RXTPA el diagnóstico de SIT y la presencia de colelitiasis sintomática única, de forma ovoidea, de 1,5 cm de diámetro (figura 1).

Entre los estudio analíticos preoperatorio se realizó electro cardiograma, para valorar el estado funcional cardiovascular y descartar otras malformaciones vasculares o valvulares u otro hallazgo, se pidió interconsulta con cardiología y se decidió la intervención quirúrgica en este caso por cirugía abierta, previo consentimiento informado de la paciente.

Se utilizó anestesia general oro traqueal. Incisión para media izquierda supra umbilical (figura 2), que se profundizó hasta cavidad abdominal, se exploró y confirmó la presencia de SIT, con hígado, estómago, duodeno y vesícula biliar a la izquierda y el bazo a la derecha de la línea media. La vesícula con presencia de litiasis vesicular única y voluminosa, conducto colédoco con calibre normal a la inspección y palpación. Se realizó colecistectomía de cuello a fondo y no se consideró necesaria la colangiografía intra operatoria (figura 3 y figura 4).



**Figura 1.** Rayos x de tórax pósterio anterior silueta cardiaca a la derecha



**Figura 2.** Incisión para media izquierda alta



**Figura 3.** Intra operatorio, vesícula en lado izquierdo



**Figura 4.** Palpando los cálculos en vesícula extirpada

Se cumplió con los principios técnicos para el proceder. No anomalías de la vesícula, vía biliar o vasculares comprobados en el intra operatorio, no surgieron complicaciones de tipo anestésicas ni quirúrgicas.

La paciente tuvo evolución favorable en el posoperatorio inmediato y mediato. Egresó a las 48 horas y se siguió luego por consulta externa. Al sexto mes todo se mantenía normal.

## DISCUSIÓN

Se encontró que la asociación presentada en esta investigación aunque infrecuente, no es extraordinaria. En Cuba se revisó el caso presentado por Pinilla González R, et al,<sup>2</sup> del 2011.

En el año 2013, Ibrahim Abdelkader S, et al,<sup>6</sup> presentan un caso de un niño de 10 años con SIT y colelitiasis sintomática de dos meses de evolución al que se realizó una colecistectomía video asistida con buenos resultados. La tendencia actual es realizar la colecistectomía video asistida.<sup>3-5</sup>

Algunos prefieren dejar la colecistectomía abierta en casos donde hay compromiso del área quirúrgica ya sea por colecistitis aguda litiásica, íc-

tero obstructivo por litiasis coledociana primaria o secundaria, odditis esclero retráctil etc., en estos caso aunque no siempre se cumple, exploran la cavidad por el método convencional o abierto.<sup>10-13</sup>

Se han reportado algunas modificaciones o variantes a la técnica e incluso se han reunido serie de casos pequeños con esta asociación.<sup>14-17</sup>

Zeledón Pérez M,<sup>18</sup> publicó en Costa Rica en el año 2007 el caso de un paciente de 40 años con cálculo gigante de la vía biliar principal que incluso era palpable, íctero obstructivo, odditis y SIT; esto ocurrió varios años antes y el enfermo necesitó una colecistectomía y derivación cólico duodenal con buenos resultados. Este enfermo, alcohólico, muere al cabo de los años de un hepatocarcinoma terminal.

## CONCLUSIONES

La paciente portadora de SIT y colelitiasis sintomática, diagnosticada y tratada mediante colecistectomía por el método abierto con buenos resultados, a los seis meses de evolución está asintomática y con aumento de peso corporal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Echenique Elizondo M, Urkia Etxabe JM. Situs inversus totalis. Primera descripción científica realizada durante la Ilustración en México. *Cir Esp*. 2001 Nov;70(5):247-50.
2. Pinilla González R, López Lazo S, Quintana Díaz JC, González Rivera A. Colecistitis aguda en paciente con situs inversus totalis. *Rev Cub Cir*. 2011;50(3):339-47.
3. González Valverde FM, Gómez Ramos MJ, Méndez Martínez M, Pérez Montesinos JM, Tamayo Rodríguez MA, Ruíz Marín M, et al. Colectomía laparoscópica en una paciente con situs inversus totalis. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2010;40:264-7.
4. Ochando Cerdán F, Araúz Cimarra P, Martín Vieira F, Cobos Mateus JM, Seoane González J. Coledolitiasis primaria en paciente con situs inversus totalis. *Carta al Director. An Med Interna (Madrid)*. 2003 Mar;20(3):162-3.
5. Pereira Graterol F, Siso Calderón L. Consideraciones técnicas durante la colecistectomía laparoscópica en pacientes con situs inversus totalis. *Cir Ciruj*. 2009;77:145-8.
6. Ibrahim Abdelkader S, Mohammed Hussein A, Houseni M. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: feasibility and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2013 May 6;4(8):711-5.
7. Vara Thorbeck C, Toscano R, Villa E, Torres J, Asholt S. Coledocolitiasis y coledolitiasis tratadas por laparoscopia, en dos pacientes con situs anomalies. *Seclaendosurgery [Internet]*. 2009 [citado 24 Jun 2016];(28):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.seclaendosurgery.com/secla/seclan28/articulos/prart01.htm>
8. Castro Denny J, Faria A de. Esfinterotomía biliar en litiasis coledociana en paciente con situs inversus total: a propósito de un caso. *Rev Col Gastroenterol*. Jun 2013;28(2):146-8.
9. Sánchez Egido I, Hernández Pérez C, Pardo Martínez C, González Taranco J, Álvarez Fernández-Represa J. Colecistectomía laparoscópica en pacientes con situs inversus totalis: modificación de la técnica habitual. *Seclaendosurgery [Internet]*. 2010 [citado 26 Jun 2016];(33): [aprox. 9 p.]. Disponible en: [http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=93&Itemid=92](http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=93&Itemid=92)
10. El-Saady AM. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis: a case report on how to obtain a critical view of safety? *J Surg*. 2015;34(4):293-8.
11. Deguchi Y, Mitamura K, Omotaka S, Eguchi J, Sakuma D, Sato M, et al. Single-incision cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis presenting with cholelithiasis: A case report. *Asian J Endosc Surg*. 2015 Aug;8(3):347-9
12. Butt MQ, Chatha SS, Ghumman AQ, Rasheed A, Farooq M, Ahmed J. Laparoscopic cholecystectomy for left sided gallbladder in situs inversus totalis. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015 Apr;25(11);S22-3.
13. Mn R, MS S, SK Bb. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis. *J Clin Diagn Res*. 2014 Jul;8(7):3-5.
14. Phothong N, Akaraviputh T, Chinswangwatanakul V, Trakarnsanga A.

Simplified technique of laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus: a case report and review of techniques. BMC Surg. 2015 Jan;15:23-4.

15. Mora Guzmán I, Muñoz de Nova JL, Vivancos Costaleite K, Martín Pérez E. Acute Cholecystitis in a Situs Inversus Totalis Patient. Cir Esp. 2016;94(3):181-2.

16. Zeledón Pérez M. Cálculo biliar gigante del colédoco con "situs inversus" de vísceras abdominales. Rev Med de Costa Rica Centroam. 2007;LXIV(579):77-80.

Recibido: 17 de agosto de 2016

Aprobado: 10 de febrero de 2016

Dr. Joaquín Márquez Hernández. MSc. en Urgencias Médicas. Especialista en Cirugía General. Hospital Universitario "Amalia Simoni" Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Camagüey, Cuba. Email: [jmarquez@finlay.cmw.sld.cu](mailto:jmarquez@finlay.cmw.sld.cu)