



P-140 - Situs inversus. Un DESAFÍO en el diagnóstico del Abdomen agudo

A. Moreno Bagueiras, M. de la Fuente Bartolomé, M. Gutiérrez Samaniego, E. Bra Insa, I. Domínguez Sánchez, M. Pérez Flecha, N.O. Taboada Mostajo y F. de la Cruz Vigo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El situs inversus (SI) es una malformación genética rara con una incidencia estimada de 1 de cada 10.000 individuos. La etiología del SI no es bien conocida, generalmente es autosómico recesivo, aunque alguna vez se da ligado al X. En general, si no se presentan malformaciones asociadas, esta anomalía suele pasar desapercibida y descubrirse posteriormente durante estudios radiológicos por otra causa. Por lo tanto, uno de los problemas que puede originar es la dificultad para orientar el cuadro clínico de un paciente con dolor abdominal. No existe evidencia acerca de que la colelitiasis sintomática sea más frecuente en el SI. Aunque la mayor parte de los pacientes con SI describen síntomas de patología biliar y dolor en cuadrante superior izquierdo, dolor epigástrico en un 30% y en HCD un 10%. Presentamos el caso de un paciente con SI desconocido diagnosticado de colecistitis aguda.

Caso clínico: Varón de 42 años de edad que acude al Servicio de urgencias en dos ocasiones por episodios de dolor abdominal en HCI, siendo dado de alta con diagnóstico de gastritis. Acude una tercera vez asociando mayor dolor junto con náuseas y vómitos. En la exploración destaca un "signo de Murphy" positivo en el lado izquierdo. Análiticamente elevación de reactantes de fase aguda y alteración del perfil hepático. Se realiza una ecografía que observa el hígado y la vesícula en el lado izquierdo, diagnosticando de colecistitis y dilatación de la vía biliar. Dados estos hallazgos se decide intervención quirúrgica urgente realizando una laparoscopia exploradora. Se emplea la técnica de Hasson para la creación del neumoperitoneo, colocando el trocar a nivel infraumbilical. Se confirma el SI, por lo que colocamos otros tres trócares: uno subxifoideo y otros dos en región subcostal izquierda. Se practica la colecistectomía laparoscópica mas revisión de vía biliar, donde no se demostró evidencia de coledocolitiasis. Se localizó el apéndice y se resecó. La paciente fue dada de alta el 2º día postoperatorio.

Discusión: El valor de la laparoscopia en la evaluación de pacientes con dolor abdominal atípico ha sido bien establecido. Una pequeña, pero real, parte de la población tienen SI. Por lo tanto se debe mantener un cierto grado de sospecha. En el caso de no conocer el diagnóstico de SI de forma previa, la laparoscopia nos permite diagnosticarlo por visión directa. El abordaje laparoscópico se puede realizar de forma segura con unas pocas modificaciones técnicas basadas en la colocación de los trócares, facilitando de esta forma la exposición de la vesícula y vía biliar durante la colecistectomía.