



P-200 - SITUS INVERSUS TOTALIS COMO CAUSA DE DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO EN PACIENTE CON ABSCESO HEPÁTICO GIGANTE POR QUISTE HIDATÍDICO

Santos Rancaño, Rocío¹; Delgado Morales, Mariela Milagros²; Aberchan, Mustafá¹; Kassimi Choho, Kawthar¹; Sánchez Bueno, Víctor¹; de Elena Soto, María del Mar¹; Alonso Guillén, Ramón¹

¹Hospital Comarcal de Melilla, Melilla; ²Hospital Infanta Elena, Huelva.

Resumen

Introducción: El situs inversus totalis (SIT) es un defecto congénito autosómico recesivo muy raro caracterizado por dextrocardia junto con la rotación inversa de todos los órganos torácicos y abdominales a través del plano sagital (imagen especular). Es una anomalía rara con una baja tasa de incidencia de 1/10-50.000 nacidos vivos y el diagnóstico en el adulto es muy poco frecuente. Describimos el inusual caso de una mujer con SIT diagnosticado incidentalmente por patología infecciosa hepática.

Caso clínico: Mujer de 45 años, procedente de Marruecos y sin patología previa, acude por dolor en hipocondrio izquierdo en los últimos dos meses acompañado de vómitos y fiebre de más de 39 °C. Se solicita CT abdominal: situs inversus totalis (transposición del hígado, la vesícula biliar, cabeza del páncreas y la vena cava inferior localizadas en la izquierda del paciente y el bazo, el estómago, la aorta y la cabeza del páncreas y el corazón en el lado derecho. Quiste hidatídico tipo IV abscesificado de 11,3 × 8,2 cm en segmentos IV-VII-VIII hepáticos. El diagnóstico inmunológico confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico. Se instaura tratamiento con albendazol y piperacilina/tazobactam y se realiza tratamiento quirúrgico urgente: laparotomía subcostal izquierda. Preparación del campo con suero salino hipertónico, drenaje del gran absceso y quistectomía parcial con esterilización del quiste. Colocación de drenaje en el interior de la cavidad residual. La paciente evoluciona satisfactoriamente y es dada de alta al día número 12 del postoperatorio.

Discusión: Se desconoce la causa exacta de esta patología pero se relaciona con la DM y el uso de cocaína materna y factores genéticos. La mayoría de los individuos cursan asintóticamente pero se ha descrito que hasta el 25% se asocia con discinesia biliar primaria (síndrome de Kartagener), displasia renal, atresia biliar, polisplenia, asplenia o anomalías congénitas cardíacas, biliares o vasculares. Sin embargo, no hay evidencia que los pacientes con SIT sean más susceptibles de presentar patología hepática infecciosa. El SIT no diagnosticado previamente constituye un desafío para cirujano. Se debe tener un alto índice de sospecha debido a que esta patología cursa, en la mayoría de las veces, asintomática. La presencia de patología hepática en un paciente con SIT puede ser un problema diagnóstico al presentarse el dolor atípicamente en el hipocondrio izquierdo o la región epigástrica pudiendo causar un retraso en el diagnóstico, sobre todo en pacientes sin

conocimiento previo de su alteración anatómica, como en el caso que presentamos. La cirugía, abierta o laparoscópica, resulta segura, precisando un planteamiento preoperatorio meticuloso y adaptaciones intraoperatorias y obteniéndose tiempos y resultados quirúrgicos comparables a casos convencionales. Cuando la condición se conoce antes de la operación, el equipo quirúrgico tomará precauciones respecto a la posición del paciente, lugar de la incisión y los sitios de puertos laparoscópicos.