

Esfinterotomía biliar en litiasis coledociana en paciente con situs inversus total: a propósito de un caso

Case study of a sphincterotomy to remove stones from the common bile duct cholelithiasis biliary in a patient with total situs inversus

Denny Javier Castro, MD,¹ Alejandro De Faria, MD,¹ Lisbeth Fuenmayor, MD.¹

¹ Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "doctor Luis E. Anderson" San Cristóbal-Estado Táchira, Venezuela.

Fecha recibido: 11-02-13
Fecha aceptado: 16-04-13

Resumen

El situs inversus es una condición autosómica recesiva caracterizado por imagen en espejo de órganos torácicos y abdominales. Se clasifica en situs inversus total y parcial. En el primero existe una transposición completa de órganos torácicos y abdominales mientras que en el parcial existe compromiso de una o varias vísceras. Ej. Dextrocardia. La incidencia varía de 0,002 a 1%; por lo general, esta entidad no afecta la longevidad del individuo pero la clínica del paciente es diferente y de no contar con un diagnóstico previo puede sorprender al endoscopista o cirujano. Se reporta caso de paciente femenina de 38 años, quien consulta por dolor en cuadrante abdominal superior izquierdo tipo cólico biliar con perfil hepático alterado, se realiza USA (ultrasonido abdominal): litiasis vesicular + colédoco dilatado + transposición de hígado y vesícula biliar al cuadrante abdominal superior izquierdo. Se planifica CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), solicitando valoración cardiovascular evidenciando dextrocardia en Rx de tórax PA. Con la tomografía abdominal computarizada se corrobora el situs inversus total. En la colangiografía se observa dilatación de tercio distal de colédoco con dos litos en su interior. Se realiza CPRE visualizando papila mayor a la derecha con rotación de 180°, se realiza esfinterotomía biliar y se extraen los litos de colesterol. De allí la importancia del diagnóstico preoperatorio para conocer el abordaje de la vía biliar en pacientes con dicha entidad.

Palabras clave

Situs inversus total, coledocolitiasis.

Abstract

Situs inversus is an autosomal recessive condition characterized by of thoracic and abdominal organs in mirror image locations. It is classified into total and partial situs inversus. There is a complete transposition of thoracic and abdominal organs in total situs inversus while there is partial transposition of one or more organs in partial situs inversus. The incidence of this condition ranges from 0.002% to 1%. Although this entity does not usually affect an individual's longevity, the patient's clinical picture is different than that of other people. Consequently when the condition has not already been diagnosed, an endoscopist or surgeon is likely to be surprised. We report the case of a 38 year old female patient who consulted for pain in the left upper abdominal quadrant. She suffered from biliary colic and had an altered liver profile. Abdominal ultrasound showed transposition of the liver and common bile duct to the upper left abdominal quadrant as well as a dilated common bile duct with gallstones. ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) was requested. Cardiovascular assessment with chest x-ray showed dextrocardia. Abdominal computed tomography corroborated the diagnosis of total situs inversus. An MRCP (Magnetic Resonance Cholangiopancreatogram) showed dilation of the distal common bile duct within which were two stones. An ERCP showed that the papilla was larger on the right and was rotated 180°. A sphincterotomy was performed, and the cholesterol stones were extracted. This case shows the importance of preoperative diagnosis for addressing the bile duct in patients with situs inversus.

Keywords

Total situs inversus, choledocholithiasis.

INTRODUCCIÓN

El situs inversus es una entidad autosómica recesiva que se expresa en la transposición de los órganos abdominales y torácicos. Se clasifica en total y parcial, en el situs inversus total existe inversión completa de los órganos tanto torácicos como abdominales mientras que en el parcial solo se afecta uno o varias vísceras (1, 2). La incidencia varía de 0,002 a 1%, es más frecuente en hombres, esta condición no influye en la expectativa ni calidad de vida del individuo (1, 3). Esta alteración demanda mayor atención por los cirujanos y endoscopistas porque el diagnóstico puede ser confuso e influye en el abordaje o procedimientos invasivos como lo representa la CPRE. Por este motivo se presenta el caso de una paciente con coledocolitiasis que acudió al Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal doctor Luis E. Anderson (CCCGI) en San Cristóbal, Edo. Táchira.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 38 años de edad natural y procedente del Edo Táchira, quien refiere inicio de enfermedad actual desde el 13/01/12 caracterizado por dolor en cuadrante abdominal superior izquierdo tipo cólico, se asocia a finales del mes de enero ictericia que se fue acentuando hasta presentar el 10/02/12 prurito intenso por lo que acude al Hospital Central de San Cristóbal de donde es referida al CCCGI para valoración y manejo.

Antecedentes familiares: madre fallecida por cáncer de pulmón; padre fallecido por cardiopatía chagásica.

Antecedentes personales: niega patologías médicas, intervenciones quirúrgicas y alergias a medicamentos. Al examen físico: paciente en condiciones clínicas estables, tinte icterico en piel y conjuntivas, dolor a la palpación profunda de cuadrante abdominal superior izquierdo, resto sin alteraciones aparentes. Se realiza hematología completa y perfil hepático (tabla 1).

Ecografía hepatobiliar: litiasis vesicular + colédoco dilatado + transposición de hígado y vesícula biliar al cuadrante abdominal superior izquierdo.

En vista de la clínica y paraclínica compatible con colestasis extrahepáticas se decide instrumentación de vías biliares, se solicita valoración cardiovascular preoperatoria evidenciando dextrocardia en la radiografía PA de tórax (figura 1).

Se solicita TAC abdominal corroborando situs inversus totalis (figura 2). En la colangiorresonancia se aprecia discreta dilatación de colédoco distal con dos imágenes de defecto en su interior (figura 3).

Tabla 1. Laboratorios.

Parámetro	13/02/12
Hb gr %	15,3
Hto %	48,8
GB x mm ³	10100
Eosinófilo %	2%
Seg %	60
Linf. %	38
Monocitos	-
Plaquetas	424.000
ALP U/L	284
BT mg/dL	5,32
BD	4,08
ALT U/L	150
AST U/L	70
GGTP	94



Figura 1. Radiografía de tórax.

Se programa CPRE (figura 4), realizando esfinterotomía biliar dirigida en horario 1-3 y orientación de 180° a la izquierda, se planifica la vía biliar observando imágenes de defecto en tercio distal que se logran extraer con balón de Fogarty correspondiente a cálculos de colesterol.

DISCUSIÓN

El situs inversus es una condición infrecuente. En el caso presentado se trataba de un situs inversus total en paciente femenina al igual que la descrita por Serna et al, pero diferente a la de ellos que era situs inversus parcial (1), los cuales difieren a los hallazgos en la literatura que refieren mayor frecuencia en hombres (1-3). Aristóteles descubrió



Figura 2. TAC abdominal (Situs inversus totalis).

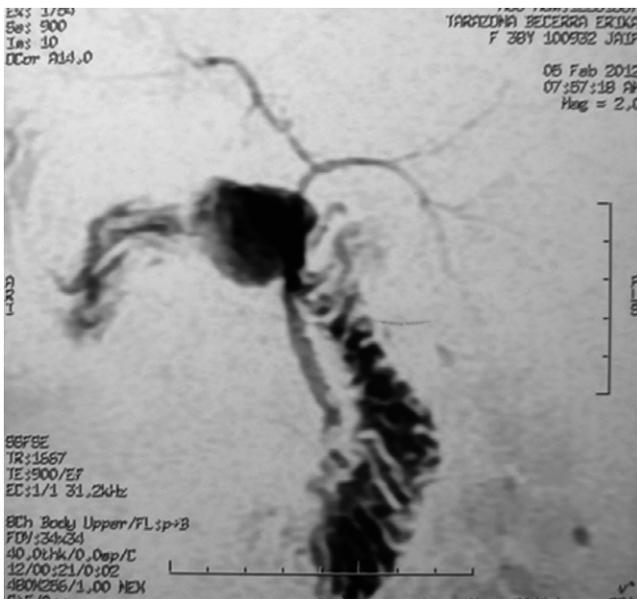


Figura 3. Dilatación del colédoco con dos imágenes en su interior

esta alteración en animales mientras que en humanos fue descrita por Fabricius (1600) pero fue Vehemeyer en 1867 quien los reconoció mediante rayos X (4, 5). Las manifestaciones clínicas dependen de la localización del órgano comprometido; en esta oportunidad el cólico biliar fue referido en el cuadrante superior izquierdo. Blegen, en 1949, reporta

error diagnóstico en 45% de los pacientes con situs inversus con incisión incorrecta en 31% de los individuos llevados a mesa operatoria con litiasis vesicular, aunque en la actualidad dicho error es mínimo debido a que se cuenta con un arsenal de métodos de imágenes no invasivos para llegar al diagnóstico preoperatorio pero siempre con la sospecha clínica de premisa (5). Por lo anterior, se expone el presente caso para enfatizar la importancia del examen físico aunado a estudios imagenológicos para lograr el diagnóstico previo a un procedimiento invasivo. En esta oportunidad la CPRE se realizó teniendo la precaución de modificar el abordaje usual de la papila por la variante anatómica de base.



Figura 4. CPRE.

REFERENCIAS

1. de la Serna-Higuera C, Pérez-Miranda M, Flores-Cruz G, Gil-Simon P, Caro-Patton A. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in situs inversus partialis. *Endoscopy* 2010; 42: E98.
2. Melchor JM, Pérez R, Torres M, Rodríguez V. Situs inversus: Reporte de dos casos. *Cir Ciruj* 2000; 68: 72-75.
3. Venu RP, Geenen JE, Hogan WJ, Johnson GK, Taylor AJ, Stewart ET, et al. ERCP and endoscopic sphincterotomy in patients with situs inversus. *Gastrointestinal Endosc* 1985; 31: 338-340.
4. Fiocca F, Donatelli G, Ceci V, Cereatti F, Romagnoli F, Simonelli L, et al. ERCP in total situs inversus viscerum. *Case Rep Gastroenterol* 2008; 2: 116-120.
5. Blegen HM. Surgery in situs inversus. *Ann Surg* 1949; 129: 244-259.