

Colecistectomía videolaparoscópica post coledocolitiasis resuelta por CPRE en paciente con situs inversus totalis: reporte de un caso

Videolaparoscopic cholecystectomy after choledocholithiasis resolved by ERCP in a patient with situs inversus totalis: case report

Ariel Morales* , Andrés Ramírez** , Rafael Acosta*** , Adriana Barrios**** , Rodrigo Amarilla*****

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas.
Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. San Lorenzo, Paraguay

RESUMEN

El situs inversus totalis es una anomalía congénita rara caracterizada por una inversión de la disposición de órganos torácicos y abdominales. Aunque muchos pacientes son asintomáticos, pueden desarrollar patologías de resolución quirúrgica como la colecistitis. Este caso describe a una paciente con litiasis vesicular sintomática, sometida a colecistectomía laparoscópica. Se resaltan desafíos anatómicos, técnicas quirúrgicas y estrategias para evitar complicaciones. La identificación precisa de estructuras y una planificación preoperatoria cuidadosa fueron clave para el éxito del procedimiento.

Palabras clave: Situs inversus totalis, colecistectomía, cirugía laparoscópica, coledocolitiasis

ABSTRACT

Situs inversus totalis is a rare congenital anomaly characterized by an inversion of the arrangement of thoracic and abdominal organs. Although many patients are asymptomatic, they can develop surgically treatable conditions such as cholecystitis. This case describes a patient with symptomatic gallstone disease who underwent laparoscopic cholecystectomy. Anatomical challenges, surgical techniques, and strategies to prevent complications are highlighted. Accurate identification of structures and meticulous preoperative planning were key to the procedure's success.

Keywords: Situs inversus totalis, cholecystectomy, laparoscopic surgery, choledocholithiasis.

INTRODUCCIÓN

El situs inversus totalis es una condición congénita caracterizada por la inversión de la disposición normal de los órganos en el tórax y el abdomen. Aunque esta anomalía puede ser asintomática, en algunos casos puede dar lugar a complicaciones que requieran intervención quirúrgica.¹ La colecistitis, es una

de las complicaciones más comunes que pueden presentarse en pacientes con situs inversus, lo que genera un desafío significativo en la práctica quirúrgica.² La colecistectomía, se considera el tratamiento estándar para la colecistitis. Sin embargo, la anatomía invertida en pacientes con situs inversus totalis requiere una comprensión profunda de las variaciones anatómicas y una planificación meticulosa durante el procedimiento quirúrgico.³ La cirugía laparoscópica ha surgido como una opción viable y segura para la colecistectomía en estos pacientes, ofreciendo beneficios significativos en términos de recuperación y reducción de complicaciones. La colecistectomía laparoscópica en un paciente con situs inversus totalis, debe resaltarse los aspectos anatómicos únicos, las consideraciones quirúrgicas y los resultados postoperatorios.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 35 años, sin patologías de base, acude al servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución en epigastrio que irradia a hipocondrio izquierdo, de tipo puntada que cede parcialmente con analgésicos comunes. Refiere ictericia, coluria, niega hipocolia, niega fiebre. Al examen físico presenta un abdomen blando depresible levemente doloroso en epigastrio con defensa y sin irritación, ruidos hidroaéreos presentes y normales. Se solicita laboratorio el cual informa bilirrubina total aumentada con valor de 2,67 a expensas de la directa de 2, demás valores en rango. En la radiografía anteroposterior de tórax se observa la silueta cardíaca localizada en el hemitórax derecho, con el ápex en la misma dirección (ver Figura 1).

Ecografía abdominal: Hígado ubicado en el epigastrio e hi-

*Jefe de Residentes de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, especialista en cirugía general

**Jefe de urgencias del Hospital de Clínicas, especialista en cirugía general

***Jefe de sala de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas, especialista en cirugía general

****Especialista en cirugía general

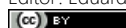
***** Jefe de urgencias del Hospital de Clínicas, especialista en cirugía general

Autor Correspondiente: Ariel Morales - Correo Electrónico: ariel_morales_10@hotmail.com - Dirección: Chovoreca casi Avenida San Isidro - Lambaré

Fecha de recepción: 21/10/24 - Fecha de Revisión: 25/10/2024 - Fecha de aprobación: 28/11/2024

Revisor: Ever David Sosa Ferreira - Filiación: Facultad de Ciencias Médicas UNA

Editor: Eduardo González Miltos - Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

pocondrio izquierdo, homogéneo, tamaño y forma normal, vesícula biliar normodistendida con litiasis en su interior. Paredes de grosor normal con litos en su interior, no se logra visualización completa del colédoco por interposición de gases. Colangiografía: colédoco de 6,7 mm de calibre, se observan tres imágenes de litiasis que miden entre 4 y 5 mm de diámetro. Paciente se realiza colangiografía retrograda endoscópica, donde se realiza la extracción de las litiasis más papilotomía, observándose salida de bilis clara (ver Figura 2).

En cirugía en la exploración de cavidad se constata estómago ubicado en hipocondrio derecho, vesícula biliar del lado izquierdo, se constata vesícula biliar no distendida, paredes delgadas, de características crónicas (ver Figura 3). Se disea el triángulo de Calot, con electrocauterio y maniobras romas, Se identifican al conducto cístico grueso y largo y a la arteria cística (ver Figura 4). Se realiza ligadura distal y proximal del conducto cístico, sobre la ligadura proximal se clipa con Hemolok, sección con tijera laparoscópica, sin complicaciones. Clipado simple y corte de la arteria cística con electrocauterio sin complicaciones. Se realiza la colecistectomía propiamente dicha.

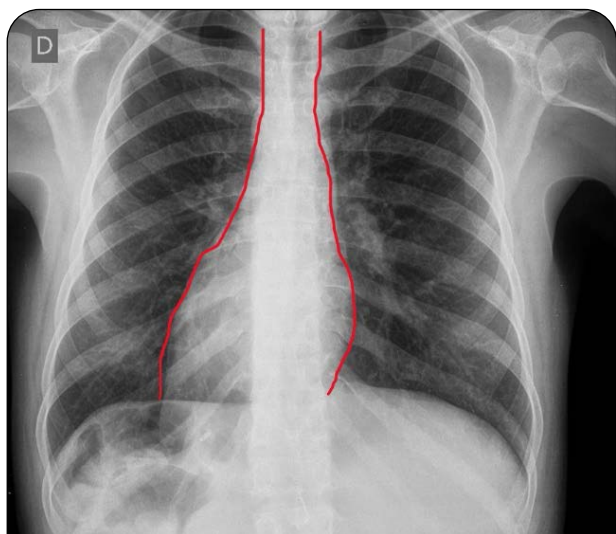


Figura 1. Radiografía anteroposterior de tórax se observa la silueta cardíaca localizada en el hemitórax derecho, con el ápex en la misma dirección.



Figura 2. Colangiografía retrograda endoscópica, donde se realiza la extracción de las litiasis más papilotomía.



Figura 3. Vesícula biliar del lado izquierdo, se constata vesícula biliar no distendida, paredes delgadas, de características crónicas.

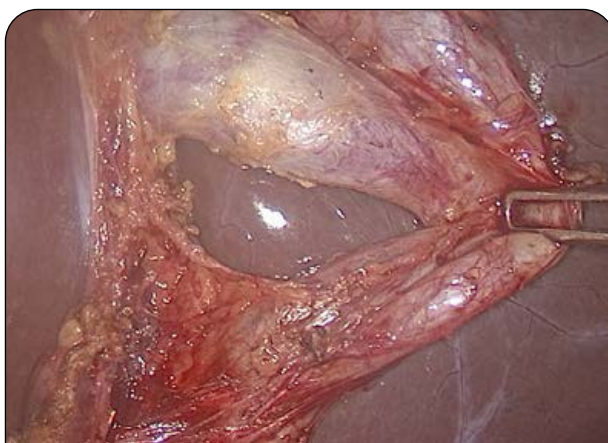


Figura 4. Se disea el triángulo de Calot, con electrocauterio y maniobras romas, Se identifican al conducto cístico grueso y largo y a la arteria cística.

DISCUSIÓN

El situs inversus totalis, aunque poco frecuente, presenta desafíos significativos en el manejo quirúrgico de condiciones asociadas, como la colecistitis tal y como lo refiere Pereira y colaboradores⁴. La identificación correcta de la anatomía invertida es crucial para evitar complicaciones y garantizar un enfoque quirúrgico seguro. En este caso, la utilización de técnicas laparoscópicas demostró ser efectiva, permitiendo una visualización adecuada y un acceso controlado a la vesícula biliar y sus estructuras adyacentes. Los estudios previos han documentado que la colecistectomía laparoscópica en pacientes con situs inversus totalis es factible y segura, a pesar de la complejidad adicional que conlleva en concordancia a lo publicado por Fernandez y equipo⁵. La clave para el éxito radica en la preparación preoperatoria, que incluye el uso de imágenes diagnósticas avanzadas, como la ecografía y la resonancia magnética, para mapear la disposición anatómica del paciente como lo menciona Valverde⁶. Esto no solo ayuda a los cirujanos a anticipar variaciones en la anatomía, sino que también minimiza el riesgo de lesiones en estructuras vasculares y biliares.

Contribución de los autores: Los autores colaboraron de manera conjunta en todas las etapas del trabajo de investigación, incluyendo la planificación del estudio, la recolección y análisis de los datos, así como en la elaboración y revisión del manuscrito.

REFERENCIAS

1. Franklin ME, Almeida JA, Reyes PE, Michaelson RLP, Mojarrez A. Cholecystectomy and appendectomy by laparoscopy in a patient with situs inversus totalis. A case report and review of the literature. *Asoc Mex. Cir. Endosc* 2001; 2(30):50-3
2. Melchor Echenique EM, Urkia EJM. Situs inversus totalis. Primera descripción científica realizada durante la ilustración en México. *Cir. Esp.* 2001;70:247-50
3. GJM, Perez GR, Torres, VM, Rodríguez BVR. Situs inversus. Reporte de dos casos. *Cir. Ciruj* 2000; 68: 72-5
4. Pereira-Graterol, F., & Siso-Calderón, L. (2009). Consideraciones técnicas durante la colecistectomía laparoscópica en paciente con situs inversus totalis. *Cirugía y Cirujanos*, 77(2), 145-148.
5. Fernández, R. L., Inolopú, W. C., & Huallanca, L. E. M. (2022). Colecistectomía Laparoscópica en Paciente con Situs Inversus Totalis: Revisión de la Técnica Quirúrgica. *Revista de la sociedad peruana de cirugía endoscópica*, 3(1), 26-29.
6. Valverde, F. M. G., Ramos, M. J. G., Martínez, M. M., Montesinos, J. M. P., Rodríguez, M. E. T., Marín, M. R., & Marín-Blázquez, A. A. (2010). Colecistectomía laparoscópica en una paciente con situs inversus totalis. *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 40(3), 264-267.