

intestinales, *bypass* intestinal o colostomías. La cirugía también está indicada en las complicaciones como perforación u obstrucción intestinal.

La ME tiene un pronóstico favorable y generalmente es un proceso autolimitado, aunque existe un debate abierto sobre el momento de indicar el tratamiento inmunosupresor para evitar las recurrencias. En nuestro caso, se decide tratamiento conservador debido al buen control de los síntomas con AINE y a los hallazgos histológicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hiridis S, Hadgigeorgiou R, Karakitsos D, Karabins A. Sclerosing mesenteritis affecting the small and the large intestine in a male patient with non-Hodgkin lymphoma: a case presentation and review of the literature. *J Med Case Reports*. 2008;2:338.
- Sharma V, Martin P, Mrjoniemi VM. Idiopathic orbital inflammation with sclerosing mesenteritis: a new association? *Clin Experiment Ophthalmol*. 2006;34:190–2.
- Daskalogiannaki M, Voloudaki A, Prassopoulos P, Magkanas E, Stefanaki K, Apostolaki E, Gourtsoyannis N. CT evaluación de mesenteric panniculitis: prevalence and associated diseases. *Am J Roentgenol*. 2000;174:427–31.
- Preda M, Buchan C, Preda T, Sharma P. Sclerosing mesenteritis presenting with abdominal pain and fever in a young woman: computed tomography findings. *ANZ J Surg*. 2008;78:709–10.
- Lawler LP, McCarthy DM, Fishman EK, Hruban R. Sclerosing mesenteritis: depiction by multidetector CT and three dimensional volume rendering. *Am J Roentgenol*. 2002;178:97–9.
- Zissin R, Metser U, Hain D, Even-Sapir E. Mesenteric panniculitis in oncologic patients: PET-CT findings. *Br J Radio*. 2006;79:37.
- Montgomery E, Torbenson MS, Kaushal M, Fisher C, Abraham SC, et al. Beta-catenin immunohistochemistry separates mesenteric fibromatosis from gastrointestinal stromal tumor and sclerosing mesenteritis. *Am J Surg Pathol*. 2002;26:1296.
- Akram S, Pardi DS, Schaffner JA, Smyrk TC. Sclerosing mesenteritis: clinical features, treatment, and outcome in nine-two patients. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2007;5:589.
- Bala A, Coderre SP, Johnson DRS, Nayak V. Treatment of sclerosing mesenteritis with corticosteroids and azathioprine. *Can J Gastroenterol*. 2001;15:533–5.
- Bush RW, Hammar SP, Rudolph RH. Sclerosing mesenteritis. Response to cyclophosphamide. *Arch Intern Med*. 1986;146:503.

María Labalde Martínez^{a,*}, José de Jaime Guijarro^b, Pedro Pacheco Martínez^b, Beatriz Fernández Escudero^b, Teresa Domingo Asenjo^b, Santos Jiménez de los Galanes^b, Camilo Castellón Pavón^b y Florentino Perea Fernández^b

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^b Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Infanta Elena, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marialm007@hotmail.com

(M. Labalde Martínez).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.12.004

Adenocarcinoma de ciego en paciente con *situs inversus totalis*

Cecal adenocarcinoma in a patient with *situs inversus totalis*

Sr. Director:

El *situs inversus totalis* es una anomalía congénita caracterizada por una disposición invertida derecha-izquierda de los órganos torácicos y abdominales, recordando a una imagen especular de un sujeto normal. Afecta a 1 de cada 6.000-8.000 nacidos vivos¹. Presentamos un caso de adenocarcinoma de colon avanzado en una paciente con *situs inversus totalis*.

Mujer de 48 años con antecedente de *situs inversus totalis* que consultó por síndrome general con adelgazamiento de 10 kg en los 2 últimos meses. No refería historia de sinusitis ni neumonías de repetición. En la exploración física las constantes vitales eran normales y destacaban una intensa palidez cutánea y una gran hepatomegalia que ocupaba en su totalidad el hemiabdomen izquierdo y se extendía hacia el área umbilical y la fosa iliaca derecha. En la analítica urgente realizada presentaba anemia

microcítica y un patrón de colestasis (GGT 564 UI/L, fosfatasa alcalina 1.518 UI/L) con bilirrubina normal. En la radiografía de tórax simple destacaba la presencia de dextrocardia (fig. 1A). La ecografía abdominal reveló la presencia de múltiples lesiones ocupantes de espacio hepáticas indicativas de metástasis. Se realizó una tomografía computarizada abdominal confirmando una masiva infiltración metastásica hepática con áreas de necrosis, así como un engrosamiento transmural en el ciego (fig. 1B; flechas). El enema opaco y la colonoscopia confirmaron la presencia de una masa estenosante a 85 cm del margen anal. El estudio histológico de la biopsia obtenida reveló un adenocarcinoma moderadamente diferenciado. Tras valoración por el servicio de Oncología se inició quimioterapia con intención paliativa. La paciente evolucionó de forma desfavorable.

El *situs inversus totalis* es una anomalía caracterizada por una transposición en el plano sagital de los órganos torácicos y abdominales¹. Así, el corazón se localiza en el lado derecho del tórax (dextrocardia), el estómago y el bazo en el lado derecho del abdomen y el hígado en el lado izquierdo. El pulmón derecho tiene 2 lóbulos y el izquierdo 3 lóbulos. La etiología de este trastorno es compleja y multifactorial, incluyendo determinantes genéticos y factores ambientales como la diabetes gestacional o la exposición a ácido retinoico^{1,2}. Aunque se han descrito formas hereditarias, la mayoría de los casos son esporádicos¹.

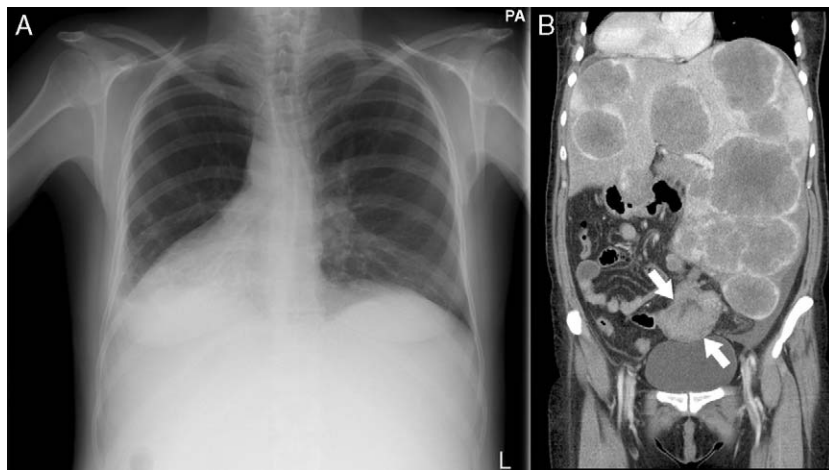


Figura 1

En estos pacientes las anomalías cardiovasculares son más frecuentes que en sujetos normales, estimándose una prevalencia aproximada del 3-5%³. También son más frecuentes las anomalías del tracto hepatobiliar incluyendo la atresia de vías biliares y variaciones anatómicas de la arteria hepática^{4,5}. La expectativa de vida es similar a la del resto de la población, excepto en los casos asociados a cardiopatías congénitas o pacientes con síndrome de Kartagener y bronquiectasias severas⁶. Aunque el riesgo de tumores no está aumentado en estos pacientes, se han descrito neoplasias de diferentes localizaciones, incluido el colon^{7,8}. El abordaje quirúrgico en estos casos entraña importantes dificultades técnicas dada la disposición anatómica alterada de los órganos y requiere una cuidadosa planificación preoperatoria. En casos excepcionales, se ha realizado abordaje por vía laparoscópica con buenos resultados⁹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Peeters H, Devriendt K. Human laterality disorders. *Eur J Med Genet.* 2006;49:349–62.
2. Splitt M, Wright C, Sen D, Goodship J. Left-isomerism sequence and maternal type-1 diabetes. *Lancet.* 1999;354:305–6.
3. Fulcher AS, Turner MA. Abdominal manifestations of situs anomalies in adults. *Radiographics.* 2002;22:1439–56.
4. Tsunoda S, Miyashita T, Murata M. Pancreaticoduodenectomy for common bile duct cancer in a patient with situs inversus totalis: a case report. *Int Surg.* 2006;91:24–7.

5. Uemura S, Maeda H, Munekage M, Yoshioka R, Okabayashi T, Hanazaki K. Hepatic resection for metastatic colon cancer in patients with situs inversus totalis complicated by multiple anomalies of the hepatobiliary system: the first case report. *J Gastrointest Surg.* 2009;13:1724–7.
6. Bohun CM, Potts JE, Casey BM, Sandor GG. A population-based study of cardiac malformations and outcomes associated with dextrocardia. *Am J Cardiol.* 2007;100:305–9.
7. Goi T, Kawasaki M, Yamazaki T, Koneri K, Katayama K, Hirose K, et al. Ascending colon cancer with hepatic metastasis and cholecystolithiasis in a patient with situs inversus totalis without any expression of UVRAG mRNA: report of a case. *Surg Today.* 2003;33:702–6.
8. Greene QJ, Cheadle WG. Ascending colon cancer in a patient with situs inversus. *Am Surg.* 2007;73:831–2.
9. Fujiwara Y, Fukunaga Y, Higashino M, Tanimura S, Takemura M, Tanaka Y, et al. Laparoscopic hemicolectomy in a patient with situs inversus totalis. *World J Gastroenterol.* 2007;13:5035–7.

Joaquín Campos Franco^{a,*}, Urbano Anido Herranz^b, Gerardo Pazos González^c y Arturo González Quintela^a

^a Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Servicio de Oncología Médica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España

^c Servicio de Radiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, La Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: xkamos@hotmail.com (J. Campos Franco).

doi:10.1016/j.gastrohep.2010.12.006