



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-206 - COLECISTITIS AGUDA EN *SITUS INVERSUS TOTALIS*: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Valdés de Anca, Álvaro; Marín Campos, Cristina; Mora Guzmán, Ismael; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Cardenoso Payo, Pilar; Muñoz de Nova, José Luis; Martín Pérez, Elena; Díaz Rojas, Fernando

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El *situs inversus totalis* es una rara malformación genética de herencia autosómica recesiva que provoca una disposición anómala de las vísceras torácicas y abdominales. Su incidencia en la población general se estima en 1:10.000-20.000. La localización de la vesícula biliar en el hipocondrio izquierdo puede dificultar tanto el diagnóstico como el manejo quirúrgico de la colecistitis aguda en estos pacientes. Presentamos dos casos de colecistitis aguda en pacientes con *situs inversus totalis* que se trataron mediante colecistostomía percutánea (caso 1) y colecistectomía laparoscópica (caso 2).

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 83 años, portadora de marcapasos por bloqueo auriculoventricular completo que ingresa de forma urgente por empeoramiento del estado general, precisando recambio de marcapasos. Durante el ingreso presenta elevación de reactantes de fase aguda asociado a dolor en flanco izquierdo y signos de irritación peritoneal. Con la sospecha de diverticulitis aguda, se realiza tomografía computarizada abdominal urgente, poniendo de manifiesto *situs inversus totalis* y colecistitis aguda. Se decide colecistostomía percutánea y antibioterapia intravenosa. La evolución fue favorable, siendo dada la paciente de alta sin incidencias. Caso 2: varón de 32 años con *situs inversus totalis* conocido desde la infancia que acude a Urgencias por cuadro de dolor en hipocondrio izquierdo, siendo diagnosticado de colecistitis aguda mediante ecografía. Se decide colecistectomía laparoscópica urgente, utilizando cuatro trócares: región umbilical (12 mm), subxifoideo (10 mm) y dos en flanco izquierdo (5 mm). La cirugía se realizó siguiendo los mismos pasos de la colecistectomía laparoscópica tradicional, transcurriendo sin incidencias. El segundo día postoperatorio el paciente desarrolla ictericia mucocutánea con elevación de cifras de bilirrubina a expensas de la fracción directa. Se realiza colangio-resonancia magnética urgente, poniendo de manifiesto litiasis a nivel de colédoco distal, con ligera dilatación de la vía biliar extrahepática. Se decide realizar CPRE, extrayéndose el cálculo. El paciente evolucionó de forma favorable, con normalización del perfil hepático, siendo dado de alta sin incidencias.

Discusión: La colecistitis aguda en pacientes con *situs inversus totalis* supone un reto diagnóstico y terapéutico. El manejo de la colecistitis aguda en estos casos no difiere del resto de pacientes. Esta condición no supone una contraindicación para la colecistectomía laparoscópica, debiendo realizarse con las mismas indicaciones y siguiendo la misma técnica quirúrgica que en el resto de pacientes. No existe consenso en cuanto a la colocación de los trócares durante la intervención, si bien la disposición de estos conforme a una imagen especular de la técnica tradicional constituye una opción segura en manos de cirujanos expertos.