

COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA Y SITUS INVERSUS TOTALIS

PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Julio Campos^{1,a,b} Jorge Goya^{1,a,b} Wilson Martínez^{1,c}

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 78 años de edad, con antecedentes patológicos de HTA, quien acude a la unidad de cirugía ambulatoria con un diagnóstico ecográfico de colecistitis calculosa crónica mas "SITUS INVERSUS TOTALIS".

Con los antecedentes antes mencionado y con el consentimiento de los familiares, se procede a programar, colecistectomía total laparoscópica con anestesia general, en forma ambulatoria, con tiempo de estadía en recuperación de 8 horas para posterior alta y seguimiento del paciente mas revisión de heridas quirúrgicas y dren en cavidad abdominal en días posteriores; comprobando así el éxito en el procedimiento y la pronta resolución por parte del paciente; quien inmediatamente a las 16 horas posteriores a la intervención inicia dieta general sin restricción alguna, además se retira dren sin dificultad previa asepsia y antisepsia.

Palabras claves: situs inversus, resolución quirúrgica, ambulatoria, dren, cavidad.

SUMMARY

We report the case of a patient of 78 years old with medical history of hypertension, who attends the outpatient surgery unit with ultrasonographic diagnosis chronic calculous cholecystitis more "situs inversus totalis".

With the above background and with the consent of relatives, proceed to program, Total laparoscopic cholecystectomy under general anesthesia on an outpatient basis, with time spent in resolution after 8 hours for high and patient follow-up review of surgical wounds more and abdominal cavity drain in days, checking and success in the procedure and speedy recovery of the patient, who immediately at 16 hours after surgery generally starts without restriction diet also drain easily removed prior aseptic and antisepsis

Keywords: situs inversus, resolution surgical, outpatient, drain, cavity.

INTRODUCCIÓN

El término situs inversus, es la forma abreviada de la frase en Latín, situs inversus viscerum, que significa posición invertida de los órganos internos. Fue descrita por primera vez por Marco Severino en 1643.¹ Sin embargo, un siglo más tarde, Matthew Baillie daría una explicación más detallada acerca de esta rara condición anatómica, ya que datos históricos presenta un documento por el año de 1760, guardado en los Archivos de la Real Sociedad Bascongada de los amigos del País,²⁻¹⁶ en la cual se recoge información de la que puede ser la primera representación y descripción científica humana de un situs inversus totalis, realizado en el estudio autopsico y anatomopatológico del cadáver del Virrey de México en la época, del Marqués de las Amarillas. (Fig. 1)

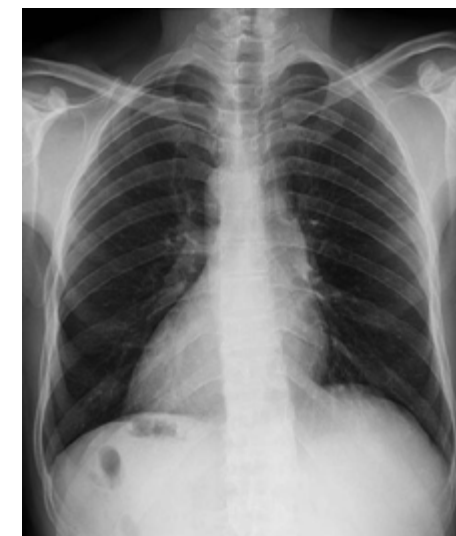


Fig. 1 Matthew Baillie – estándar de tórax en paciente con situs inversus.

Se considera entonces posiblemente que es la primera publicación y descripción de este síndrome de malformación congénita.³⁻⁴

Para realizar una exitosa cirugía en este tipo de pacientes, es necesario primero cumplir los criterios médicos y de valoraciones clínicas previas, con éxito de consentimiento y aceptación, a sabiendas que el paciente es un candidato apto o no a intervención quirúrgica, donde el tiempo transoperatorio y de recuperación temprana en postquirúrgico, juegan un papel importante, además de la visita médica inmediata en horas posteriores a la intervención, para revisar sangrado, drenes y signología vital normal, en este caso especial de intervención.

Se debe plantear además un protocolo preoperatorio, acorde a la situación clínica del paciente, que tiene

como finalidad, dar la comodidad al cirujano principal y su equipo médico para evitar pérdida de tiempo, cansancio extenuante, al adoptar poses inadecuadas hacia el monitor; y lo más importante disminuir el riesgo de fallo, ya que el cerebro humano no se adapta fácilmente a lo inverso de lo que ya está acostumbrado constantemente, así el cirujano debe ser metodoso, cauteloso, y buscar un plan ideal, como el de movilizar aparatos, monitores, succionador, luces celiáticas, máquinas de anestesia, torre de laparoscopia y hasta mesa de quirófano; y por otro lado en el tiempo transoperatorio, se debe tener en cuenta el abordaje, hacia cavidad abdominal el cual tiene que ser modificado tanto el tipo de incisiones, así como también en los lugares anatómicos de punción.⁵⁻⁶

En este caso se decide solo utilizar tres puertos de entrada a nivel supra umbilical, pararrectal derecho y medio axilar izquierdo, siguiendo una línea imaginaria. 16 (Fig. 2)

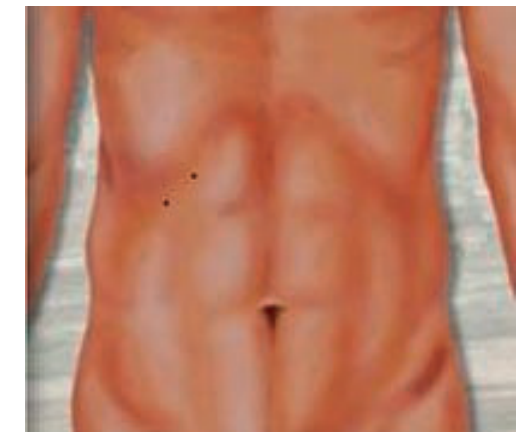


Fig.- 2 Modificación de puertos de entrada Diéresis, en puertos T1 Supraumbilical, T2 pararrectal derecha, T3 medio axilar izquierda.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 78 años de edad peso, 85 kg, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial controlado con Losartan 100 mg VO al día, mas Amlodipino 5 mg VO al día, y con antecedentes quirúrgicos de conjuntivoplastia y fisurectomía hace 5 años, además de malformación genética anatómica conocida como situs inversus descubierta en adolescencia. Presenta cuadros clínicos dolorosos crónicos a nivel de hipocondrio izquierdo con irradiación a epigastrio post ingesta de alimentos grasos mas meteorismo y anorexia.

Al examen físico el paciente presenta un abdomen blando depresible poco doloroso, a la palpación profunda a nivel de epigastrio e hipocondrio izquierdo,

I Dispensario Sur IESS Valdivia "Guayaquil"
a Doctor (a)
b Cirujano General, Especialista
c Medico General, Residente de Cirugía

Correspondencia
Dr: Julio Campos
Dispensario Sur IESS Valdivia "Guayaquil"
Cirugía General
Email: julio_campos_s@hotmail.com
Celular: 0985394088
Guayaquil - Ecuador

Recibido el 12 Diciembre del 2013
Aceptado el 03 de Abril del 2014.

(signo de Murphy) positivo modificado a la izquierda. Laboratorio: Hematíes 3,98 M/ul Hemoglobina 12,98 g/dl Hematocrito 36 %, Glicemia 105 mg/dl, Colesterol 204 mg/dl, tiempo de Protrombina 12 seg. Tiempo parcial de Tromboplastina 19 seg. EKG: Ritmo sinusal normal, presión arterial 130/80 mmhg.

Rx de Tórax: Dextrocardia visible

Ecografía: Hígado de localización en hipocondrio izquierdo tamaño normal textura homogénea, de contornos regulares, presencia de colección subhepática, vesícula distendida de pared fina, con litio de 1,1 cm en su interior; vías biliares no dilatadas, páncreas y bazo de aspecto normal, bazo de encuentra en cuadrante superior lado derecho, diagnóstico ecográfico, presencia de situs inversus, litiasis vesicular y meteorismo intestinal. (Fig. 3)

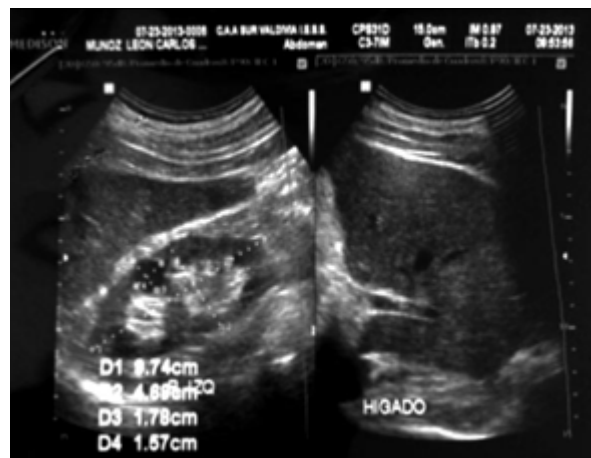


Fig. 3 Diagnóstico ecográfico, presencia de situs inversus, litiasis vesicular y meteorismo intestinal.

Se programa al paciente para colecistectomía total por vía laparoscópica con diagnóstico de colelitiasis, colecistitis crónica mas situs inversus

Valoración cardiológica, riesgo GOLDMAN II-III; Valoración anestésica: ASA II MALAMPATI III

Se da las recomendaciones del caso al paciente antes de su procedimiento, se le administra lorastan 50 mg más amlodipino 5 mg vía oral previa intervención quirúrgica

Cirugía: Se realiza colecistectomía total mediante vía laparoscópica realizando diéresis modificadas, en puertos T1 Supraumbilical, T2 pararectal derecha, T3 medio axilar izquierdo, cabe destacar que en esta intervención se utilizan solo tres puertos de entrada modificados a cavidad; ya que la normativa general es utilizar cuatro puertos de entrada. (Fig. 4)



Fig. 4 Imagen endoscópica en el transquirúrgico, nótese la anatomía invertida y situación vesicular.

Recuperación: Se administra terapia del dolor con tramal y diclofenaco sódico, antibioticoterapia, protección gástrica y antieméticos. Se mantiene un monitoreo constante de la sinología vital, y se revisa diuresis horaria así como heridas quirúrgicas y dren funcionando en el lapso de 6 horas posteriores a la intervención quirúrgica. (Fig. 5)



Fig. 5 Heridas quirúrgicas y dren funcionando en el lapso de 6 horas posteriores a la intervención quirúrgica

Alta: Previa a la misma, al paciente se le ordena deambulación asistida, se revisa nuevamente constantes vitales, así como la producción en dren abdominal, y se pregunta al mismo si existe alguna molestia como son náuseas, cefalea, debilidad muscular, dolor intenso abdominal, de no existir situación alguna, el paciente es referido a su hogar en ambulancia y se cita al siguiente día para nueva valoración. (Fig. 6)

Posterior estudio histopatológico de pieza quirúrgica.



Fig. 6 Resolución por parte del paciente; 16 horas posteriores a la intervención, se retira dren sin dificultad previa asepsia y antisepsia.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Kartagener, es una anomalía anatómica rara, que a menudo se asocia con múltiples malformaciones complejas que se caracteriza por: Situs inversus total o parcial" (los órganos torácicos y/o abdominales se encuentran situados en el lado opuesto al normal). Parece que los trastornos que subyacen en la mal posición de los órganos con respecto al eje izquierda - derecha en el embrión, están relacionados con las alteraciones ciliares. El diagnóstico se suele realizar en exámenes clínicos físicos, y a veces como hallazgos médicos en exámenes de imágenes. Para confirmar el diagnóstico de síndrome de Kartagener, es preciso realizar una biopsia de la mucosa nasal, donde se ponen de manifiesto las alteraciones existentes en los cilios mas microscopia electrónica se comprueba las lesiones de esta mucosa, tanto a nivel funcional como estructural.¹¹⁻¹²

En la literatura científica, se han hallado artículos referentes a situs inversus como en casos de sigmoidectomía por laparoscopia, así como 27 casos intervenidos por otras enfermedades, que incluyen técnicas laparoscópicas tanto básicas (laparoscopia exploradora, colecistectomía) como avanzadas (apendicetomía, gastrectomía y bypass gástrico),⁷⁻⁹ pero ninguna de las antes mencionadas habla de un procedimiento con tres puertos de ingreso a cavidad abdominal, y una atrevida mejora rápida en un paciente, la llamada cirugía endoscópica ambulatoria.

CONCLUSIÓN

La operación propuesta a un paciente de estas características, con llevar al cirujano ha proponer y elaborar

un protocolo transoperatorio, La disposición de los trocares es variable y debe ir de acuerdo con las preferencias del cirujano a expensas además de encontrarse alerta a posibles complicaciones que pueden presentarse en la misma por un lado, y por otro lado prueban las capacidades y aptitudes del mismo para adaptarse a dichas circunstancias dentro de la sala de operaciones; los resultados en cirugía ambulatoria para el anterior caso fueron exitosas, y la tasa de mortalidad casi nula a diferencia de la adquisición de experiencia en estos casos, la cual fue del ciento por ciento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wilhelm AM, Holbert J M. Situs Inversus. Medicine Specialties. Medicine from WEBMD. Last Updated 2003; Secc. 2-1.
2. Baillie M. Of a remarkable transposition of the viscera. Philos Trans R Soc Lond. 1788; 16: 1785-1790
3. Wood GO, Blalock A. Situs inverse totalis and disease of the biliary tract: survey of the literature and report of a case. Arch Surg 1940;40:885-896.
4. Schmitt, Stéphane (2006). Aux origines de la biologie moderne. L'anatomie comparée d'Aristote à la théorie de l'évolution. Paris: Éditions Belin.
5. Douard R, Feldman A, Bary F, Loric S, Delmas V. Anomalies of lateralization in man: a case of total situs inversus. Surg Radiol Anat, 2000;22:293-7.
6. Machado N, Chopra P. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis: feasibility and technical difficulties. JSLS 2006; 10:386-91.
7. Wittgrove AC, Clark GW. Laparoscopic gastric bypass for morbid obesity in a patient with situs inversus. 2001 Oct; 11(5):565-9.
8. Shah A, Patel B, Panchal B. Laparoscopic cholecystectomy in-patient with situs inversus. J Min Acc Surg 2006; 2:27-8
9. Djohan R, Rodriguez H, Wiesman I. Laparoscopic cholecystectomy and appendectomy in situs inversus totalis. JSLS 2000; 4:251-4
10. Armengot M, Carda C, Escribano A, Samper G. Estudio del transporte mucociliar y de la ultraestructura ciliar nasales en pacientes con síndrome de Kartagener. Arch Bronconeumol 2005; 41: 11-5.
11. Fernández S, Roblejo H, Balbuena H. Síndrome de kartagener: bases genéticas y hallazgos clínicos. Reporte de un caso. Rev Haban Cienc Med 2011; 10: 37-44.
12. Hall, TC; Barandiaran, J; Perry, EP Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: is it safe? Volume 92, Number 5, July 2010, pp. W30-W32(3)
13. Cerci C, Tarhan OR, Barut I, Bülbül M. Three-port versus four-port laparoscopic cholecystectomy. Hepatogastroenterology 2007;54:15-16.
14. Poon CM, Chan KW, Ko CW, Chan KC, Lee DW, Cheung HY, et al. Twoport laparoscopic cholecystectomy: initial results of a modified technique. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2002;12:259-262.
15. Dávila AF, Dávila AU, Montero PJ, Lemus AJ, López AF, Villegas J. Colecistectomía laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5mm. Rev Mex Cir Endosc 2001;2:16-20.
16. Díazcontreras PC, Zaldívar RF. Colecistectomía laparoscópica con tres puertos en la línea alba. ¿Tiene menos morbilidad? Cir Gen 2005;27:205-209.
17. Echenique EM, Urkia EJM. Situs inversus totalis. Primera descripción científica realizada durante la ilustración en México. Cir. Esp. 2001;70:247-50.