

Apendicitis aguda en paciente con situs inversus totalis
Acute appendicitis in patient with situs inversus totalis

Dr. Cristian Manuel Villagómez Yáñez*, Dr. Víctor Hugo Asquel Cadena**, Dra. Evelyn Nataly Moreno Caballeros***, Dra. Marcia Karina Ganchala Padilla ****

*Médico Especialista en Cirugía General. Hospital IESS Latacunga

**Médico Especialista en Cirugía General. Hospital IESS Latacunga

*** Médico Residente. Hospital IESS Latacunga

****Médico Residente. Hospital IESS Latacunga

cmvy1985@gmail.com

Resumen.

Introducción: El situs inversus totalis y la apendicitis aguda izquierda son afecciones poco frecuentes, su prevalencia, se estima de 1 /10.000 nacimientos, la relación hombre mujer es de 1.5:1.

Objetivo: Describir un caso clínico de de situs inversus totalis con apendicitis aguda.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico de situs inversus totalis con apendicitis aguda.

Resultados: Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años, que ingresó en el Servicio de Cirugía del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguro Social de Latacunga, el mismo refirió dolor de gran intensidad localizado en fosa iliaca izquierda, en el examen físico se constataron signos clínicos de abdomen agudo inflamatorio en esta zona. Los estudios de imágenes confirmaron el diagnóstico de situs inversus totalis y de apendicitis aguda izquierda. En la cirugía se comprobó la situación del apéndice cecal en fosa iliaca izquierda, apendicitis aguda perforada y peritonitis, realizándose apendicectomía, limpieza y secado de la cavidad abdominal más colocación de drenaje. Evolucionó satisfactoriamente, fue egresado al quinto día, sin complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: En todo paciente con sospecha de situs inversus y/o apendicitis aguda izquierda se recomienda realizar una tomografía, prueba radiológica de elección para el diagnóstico de estas afecciones, cuya sensibilidad es aproximadamente de 93 % y especificidad del 98 %. Las opciones de tratamiento para la apendicitis del lado izquierdo son las mismas que en los casos de localización habitual, puede realizarse apendicetomía abierta o laparoscópica. El abordaje laparoscópico es viable y útil para valorar diagnósticos diferenciales y resolver distintas patologías coexistentes.

Palabras clave: situs inversus, Apendicitis, Peritonitis

Abstract.

Introduction: Situs inversus totalis and acute left appendicitis are rare conditions, their prevalence, estimated to be 1 /10,000 births, the male female ratio is 1.5:1.

Objective: Describe a clinical case of situs inversus totalis with acute appendicitis.

Material and methods: A descriptive, retrospective, clinical case presentation of situs inversus totalis with acute appendicitis was conducted.

Results: The case of a male patient of 41 years, who entered the Surgery Service of the Hospital of the Ecuadorian Institute of Social Security of Latacunga, it referred pain of great intensity located in left fosa, in the physical examination was clinical signs of acute inflammatory abdomen were found in this area. Imaging studies confirmed the diagnosis of situs inversus totalis and acute left appendicitis. The situation of the cecal appendix in the left iliac pit, perforated acute appendicitis and peritonitis was checked in the surgery, with

appendectomy, cleaning and drying of the abdominal cavity plus drainage placement. It evolved successfully, it was graduated to the day, without postoperative complications.

Conclusions: In any patient with suspected left-based inversus situs and/or acute appendicitis, a tomography, radiological test of choice for the diagnosis of these conditions, whose sensitivity is approximately 93 % and specificity of 98 %, is recommended. Treatment options for left-side appendicitis are the same as in cases of usual location, open or laparoscopic appendectomy may be performed. The laparoscopic approach is feasible and useful for assessing differential diagnoses and solving different coexisting pathologies.

Keywords: Situs inversus, Appendicitis, Peritonitis

Recibido: 15-10-2019

Revisado: 28-11-2019

Aceptado: 1-12-2019

Introducción.

El Situs Inversus Totalis (SIT), se caracteriza por la posición invertida de los órganos torácicos y abdominales en relación al plano sagital y está dada por un gen autosómico recesivo con una penetrancia incompleta.¹ Fue descrito por Aristóteles, quien encontró dos animales con el hígado y el bazo en el lado contrario, la primera descripción en humanos se atribuye a Fabricius en 1600.² Kuchenmeister en 1824 llegó al diagnóstico clínico mediante la auscultación y percusión y Vehemeyer 1897 lo describió radiológicamente.²

Es una entidad de poca prevalencia, se estima de 1 /10.000 nacimientos, la relación hombre mujer es de 1.5:1, sin predilección racial.²⁻⁴ Como tal esta variación anatómica no representa un peligro para la salud; sin embargo, el desconocimiento de su existencia en un paciente puede retrasar un diagnóstico de enfermedades tan común como la apendicitis aguda,³⁻⁵ que constituye una emergencia quirúrgica en aproximadamente 250.000 personas anualmente, solo en Estados Unidos.⁶

Con el reporte de este caso pretendemos documentar la forma de presentación, dificultad diagnóstica y evolución de una enfermedad frecuente como la apendicitis aguda en un paciente con una variación anatómica poco frecuente como el situs inversus totalis.

Objetivo

Describir un caso clínico de de situs inversus totalis con apendicitis aguda.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico de situs inversus totalis con apendicitis aguda.

Resultados

Descripción del caso clínico

Paciente masculino de 41 años de edad, con antecedentes quirúrgicos una hernioplastia inguinal izquierda hacia 15 años, el mismo acudió a la Sala de Emergencias del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Latacunga y refirió dolor abdominal de 15 horas de evolución, difuso y de ligera intensidad, sin otros síntomas acompañante, al examen físico se encontró un paciente hemodinámicamente estable, con la presión arterial de 120/70 mmhg, pulso 76 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 17 respiraciones por minuto y 92 % de saturación de oxígeno . El abdomen suave, doloroso difusamente a la palpación profunda, pero sin signos de reacción peritoneal. En la biometría hemática se reportó: Hemoglobina 16.8 % g/dl, Hematocrito 49.4 %, Leucocitos: 8,10 x 10³/ul, Neutrófilos 68.9 %, Linfocitos 23.1 % Plaquetas 231x10³/ul. Se le administró metamizol 1gramo IV dosis única. Clínicamente el paciente mejoró y se decidió el alta con orientación sobre los signos de alarma. Aproximadamente 30 horas de inicio de los síntomas el paciente regresó a esta casa de salud por incremento del dolor y ya localizado en fosa iliaca izquierda (FII) que le dificultaba la marcha. Al examinar el abdomen se observó que se movilizaba poco con los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación superficial y profunda en FII, con dolor a la descompresión

brusca, contractura abdominal y también dolor a la percusión en esta zona. Se solicitaron estudios de imágenes, en la radiografía de tórax (Figura 1) se observó dextrocardia y en la tomografía axial computarizada (TAC) corte coronal (Figura 1) el hígado, el ciego, apéndice y colon ascendente a la izquierda, el colon descendente y sigmoides a la derecha. Confirmando el diagnóstico de situs inversus totalis.

Figura. 1 Resultados de estudios imagenológicos: Rx. de tórax y TAC, que muestran inversión del corazón y de los órganos abdominales.



Fuente: Archivo del Hospital IESS Latacunga
En el corte axial (Figura 2) se identificó signos de apendicitis aguda, diámetro transversal del apéndice de 12 mm y ausencia de contraste en su luz e incremento de la densidad del tejido graso mesentérico aledaño al apéndice en FII, respectivamente. Se indicó cirugía de emergencia, hallando un apéndice en posición retro cecal de aproximadamente 7 x 1 cm de longitud en fosa ílfaca izquierda con perforación en su tercio distal y peritonitis localizada, para la cual se efectuó apendicectomía, limpieza y secado de la cavidad más colocación de drenaje.

Figura 2. Apéndice engrosado, sin luz con engrosamiento de la grasa periapendicular.



Fuente: Archivo del Hospital IESS Latacunga

Evolucionó favorablemente y es egresado al cuarto día. No ha presentado complicaciones en los controles en consulta externa.

Discusión

En el SIT se produce una rotación de 270 grados en sentido de las agujas del reloj, localizándose de esta manera los órganos abdominales en una posición contraria a la habitual.⁷

La apendicitis aguda izquierda es una entidad rara que se calcula aproximadamente en un 0.016 % al 0.024 % de los pacientes que ingresan con dolor abdominal al servicio de emergencias.¹

Se han descrito diversos casos de apendicitis de localización atípica, al igual que en este caso clínico, con diagnóstico inicial incorrecto, retrasando el diagnóstico y tratamiento.⁸ Como ocurrió en este caso clínico. La literatura reporta que solo el 18,4 – 31 % de los pacientes con situs inverso que sufren apendicitis aguda tienen dolor en el cuadrante inferior derecho.⁷ Akbulut S et al.,⁹ publicaron en el Journal of Gastrointestinal Surgery una revisión de 63 casos con situs inverso y apendicitis aguda, de estos 39 fueron diagnosticados en el preoperatorio y 24 en el perioperatorio; 32 presentaron dolor en cuadrante inferior izquierdo, 21 en el derecho y 4 bilateral.

En este caso el dolor se presentó inicialmente difuso y luego en el cuadrante inferior izquierdo.

Conclusión

En todo paciente con sospecha de situs inversus y/o apendicitis aguda izquierda se recomienda realizar una tomografía, prueba radiológica de elección para el diagnóstico de estas afecciones, cuya sensibilidad es aproximadamente de 93 % y especificidad del 98 %. Las opciones de tratamiento para la apendicitis del lado izquierdo son las mismas que en los casos de localización habitual, puede realizarse apendicetomía abierta o laparoscópica. El abordaje laparoscópico es viable y útil para valorar diagnósticos diferenciales y resolver distintas patologías coexistentes.

Referencias bibliográficas

1. Herrera Moncada IC, Zuluaga Restrepo JD, Meza M. Apendicitis aguda en situs inversus totalis: reporte de un caso. Rev CES Med 2012[citado diciembre 2017]; 26(2): 59-64. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/articulo/download/2216/1774>
2. Román Muñoz F. Apendicitis Aguda en Situs Inversus. AMC. 2009[citado diciembre 2017]; 30(2):59-61. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/amc/v30n21987/art1.pdf>
3. Navarro V, Oshiro H, Peña B, Moquillaza Pineda F. Situs inversus Totalis. Rev Gastroenterol Peru. 2013[citado diciembre 2017]; 33(4):345-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n4/a10v33n4.pdf>
4. Aljure Reales VJ, Álvarez Gallego GC, Ávila Espitia NC, Arrieta Coley A, Ángel Suárez OG. Situs inversus totalis: revisión de tema con aproximación a la Genética y reporte de casos. Rev Colomb Cardiol. 2017[citado diciembre 2017]; 24(1):40---47. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.06.016>

5. Salgado Ortiz J, González Inzunza MI, Castillo Moreno JR, Olvera Hernández HG, Cuevas Herrera LF, Torices Escalante E. Apendicitis aguda en situs inversus totalis. Reporte de un caso. Rev Mex Cir Endoscop 2013[citado diciembre 2017]; 14(3).

Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/cirugiaendoscopica>

6. Yagnik VD. Primary torsion of vermiform appendix: A case report and review of literature. Ann Trop Med Public Health. 2017 [citado dic. 2017]; 10:731-3. Disponible en:
<http://www.atmph.org/text.asp?2017/10/3/731/213149>

7. Gómez Herrera JJ, Liébana de Rojas CM, Koren L, Martínez Chamorro E. Apendicitis aguda en paciente con situs inversus totalis no conocido como causa de dolor en fosa ilíaca izquierda. CCCG 2012[citado diciembre 2017], 4(2):15-20. Disponible en:
<http://www.aecirujanos.es/en/publicaciones/revista-cirugia-casos-clinicos/121958-casos-clinicos-cirugia-general-vol4-num-1C.M.L>

8. Arévalo C, Owen Sáenz K, Tabares C, Bernal F, Borráz BA. Apendicitis aguda izquierda: presentación infrecuente de un caso de una enfermedad frecuente. Rev Colomb Cir. 2015[citado diciembre 2017]; 30:146-50. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=355540058010>

9. Akbulut S, Caliskan A, Ekin A, Yagmur Y. Left-sided Acute Appendicitis with Situs Inversus Totalis: Review of 63 Published Cases and Report of Two Cases. J Gastrointest Surg. 2010[citado diciembre 2017]; 14(9): 1422-8. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20567931>
doi: 10.1007 / s11605-010-1210-2

10. Castillo González A, Ramírez Ramírez MM, Solís Téllez H, Ramírez Wiella-Schwuchow G, Maldonado Vázquez MA. Rev Gastroenterol Mex. 2017. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.03.001>