

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA. VILLA CLARA

INFORME DE CASO

SITUS INVERSUS AMBIGUUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Por:

Dra. Leidelén Esquivel Sosa¹, Dr. Elibet Chávez González² y Dr. José Rafael Gálvez Fernández³

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de Radiología. Hospital "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de tercer año de Cardiología. Hospital "Celestino Hernández Robau". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC. e- mail: elibet@capiro.vcl.sld.cu
3. Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Pediátrico "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:
SITUS INVERSUS

Subject headings:
SITUS INVERSUS

El *situs inversus* es una enfermedad rara, para la cual puede existir una predisposición genética autosómica recesiva o dominante, y puede afectar a diferentes vísceras¹. En el *situs solitus*, las vísceras abdominales se encuentran en su posición normal: la aurícula derecha en el lado derecho y la aurícula izquierda en el lado izquierdo. El pulmón derecho tiene tres lóbulos y el izquierdo dos. En el *situs inversus*, la aurícula izquierda está en el lado derecho y la aurícula derecha en el lado izquierdo. Aristóteles fue el primero en descubrir esta alteración en animales y no fue reconocida en humanos hasta el siglo XVII, cuando fue descrita por Fabricius en el año 1600 y Servicus en 1615². Existe una posición en espejo de las vísceras abdominales y torácicas (hígado al lado izquierdo, bazo al derecho, al igual que el estómago). Entre ambos extremos de *situs solitus* y *situs inversus*, está el espectro del *situs ambiguus*, que se caracteriza por isomerismo y múltiples malformaciones en órganos torácicos o abdominales. Puede verse asociado al síndrome de asplenia: hígado de localización central, ausencia de bazo y dos pulmones morfológicamente derechos (trilobulados). Se asocia con relativa frecuencia a poliesplenia (presencia de varios bazos, o varias masas pequeñas de bazo). Un *situs inversus* abdominal puede suponer un riesgo para la vida, ya que en casi todos los casos, se asocian defectos del corazón y del bazo³⁻⁵. La dextrocardia asociada con poliesplenia forma parte de un amplio espectro de las anomalías del *situs*⁶.

Presentación del paciente

Se trata de una paciente femenina, blanca, de 4 años de edad, con el antecedente de ser producto de un embarazo de alto riesgo obstétrico, hipertensión arterial y sepsis vaginal. Ha padecido episodios de faringoamigdalitis a repetición, por lo que ha sido tratada en varias ocasiones con antibióticos por vía oral. En la consulta de su área de salud se detecta, al examen físico, un soplo sistólico cardíaco a nivel del ápex con irradiación a la axila, por lo que es enviada a consulta de Cardiopediatría, donde se decide su ingreso para estudiarla mejor. Durante la confección de la historia clínica en sala, al realizar el examen físico cardiovascular, se detectan: ruidos cardíacos

rítmicos, primer ruido normal, soplo sistólico en foco aórtico con irradiación a cuello y soplo meso-tele-sistólico en ápex con irradiación a la línea axilar media, segundo ruido normal, no existía la presencia de tercero ni cuarto ruidos a la auscultación; a la palpación abdominal, se informa hepatomegalia a expensas de lóbulo izquierdo, que se localiza en la región epigástrica. Por los hallazgos en el examen físico, se le indica: hemograma, eritrosedimentación, perfil hepático, rayos X de tórax, ultrasonido abdominal y ecocardiografía. Los resultados del hemograma, eritrosedimentación y perfil hepático se informaron como normales. La radiografía de tórax mostró levocardia y elevación del hemidiafragma derecho, como indican las flechas (Fig 1). El ultrasonido abdominal informa hígado de ecogenicidad homogénea localizado hacia la línea media, lo cual hace que al examen físico el lóbulo izquierdo impresionara aumentado de tamaño, bazo localizado en posición normal, vesícula, área pancreática y ambos riñones de características normales e inversión abdominal de los grandes vasos. La ecocardiografía muestra concordancia venoarterial, atrio ventricular y ventrículo arterial, aumento de la ecogenicidad del aparato valvular mitral, con ligero prolapso de la valva anterior y limitación en su movimiento de apertura con área valvular mitral de 2,8 cm² y gradiente transvalvular mitral pico de 9,8 mmHg; la válvula aórtica mostraba aumento de su ecogenicidad, con flujo turbulento a través de la misma, sin gradiente patológico, con regurgitación trivial y ligera dilatación de cavidades izquierdas; en el estudio ecográfico, los grandes vasos abdominales se encuentran invertidos en su posición, lo que se demuestra mediante el Doppler pulsado con flujo continuo en el vaso venoso, como indica la flecha (Fig 2) y pulsátil en el vaso arterial, como está señalado (Fig 3). Por el hallazgo ecográfico del estudio abdominal, se decide realizar estudio contrastado del tubo digestivo, que informa: estómago de características morfológicas normales, situado a la derecha de la línea media, y primeras asas de intestino delgado a la izquierda (Fig 4); colon ascendente y transverso ubicado a la izquierda de la línea media (Fig 5). Se realizó tomografía axial computadorizada multicorte de tórax con reconstrucción, que demostró normalidad de los órganos torácicos.

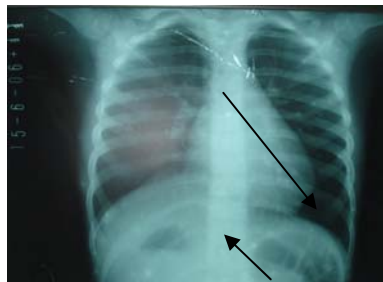


Fig 1 Rayos X de tórax posteroanterior que muestra levocardia y elevación del hemidiafragma derecho; se visualiza cámara gástrica debajo del mismo.

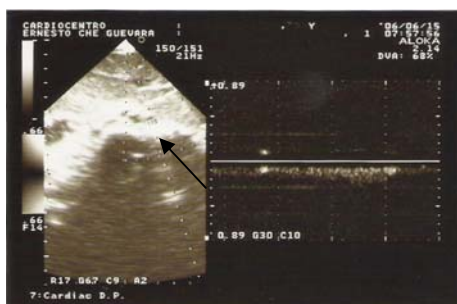


Fig 2 Estudio ecográfico con Doppler pulsado; se realizó corte coronal a nivel de los grandes vasos abdominales que muestra flujo venoso continuo de la vena cava inferior, la cual se encuentra a la derecha cabeza de la flecha.

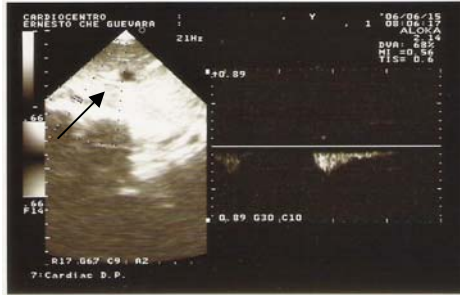


Fig 3 Estudio ecográfico con Doppler pulsado; se realizó corte coronal a nivel de los grandes vasos abdominales que muestra flujo pulsado de la arteria aorta abdominal, la cual se encuentra a la izquierda (cabeza de la flecha).



Fig 4 Rayos X de estómago y duodeno que muestra imagen de estómago, localizado a la derecha, y primeras asas yeyunales a la izquierda.



Fig 5 Rayos X de colon, que muestra colon ascendente a la izquierda y transverso con mayor parte de su localización a la izquierda del abdomen, con recto en su posición normal.

Con este estudio se llegan a las impresiones diagnósticas de: valvulopatías mitral y aórtica, como secuelas de episodios de fiebre reumática por el antecedente de faringoamigdalitis, y diagnóstico de *situs inversus abdominalis* o *situs inversus ambiguus*.

Comentario

La simple mención del *situs inversus*, independientemente de la clasificación referida, siempre nos hace pensar en múltiples malformaciones cardíacas y en la presencia de asplenia o poliesplenia. El caso que presentamos tiene la particularidad de no mostrar anomalías cardíacas y el bazo único está ubicado en posición normal. Es muy importante destacar que durante las consultas de puericultura, mediante un adecuado examen físico y teniendo siempre en cuenta la semiología básica de palpar, percutir y auscultar, podremos sospechar esta alteración precozmente. El diagnóstico de esta infrecuente anomalía congénita se realiza, en muchas ocasiones, de manera fortuita; para su confirmación, son imprescindibles los estudios imagenológicos; en nuestro caso, ya una vez realizados, es de interés registrarlo en la historia clínica de la paciente, por si fuera necesario practicarle una intervención quirúrgica abdominal^{7,8}.

Referencias bibliográficas

1. Instituto de investigación de enfermedades raras [sitio Web en Internet]. España: Federación Española de Asociaciones de Enfermedades Raras; [actualizado Feb 2004; citado 25 Dic 2007]. Disponible en: <http://iier.isciii.es>
2. Correa Borrell M, Pozo Romero JA, Vilaplana Santalo CA, Cobas Varona D. Situs inversus totalis y litiasis vesicular. Conducta anestésica para cirugía videolaparoscópica. Rev Cubana Anestesiol y Reanim [serie en Internet]. 2006 [citado 25 Dic 2007];6(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: www.bvs.sld.cu/revistas/scar
3. Rivera L. Situs inversus. Rev Soc Bol Ped [serie en Internet]. 2003 Dic [citado 25 Ene 2007]; 42(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bago.com.bo/sbp/revista_ped/Vol42_3
4. Paublo M, Bustos JC, Ramírez P. Diagnóstico prenatal de situs inversus totalis. Rev Chil Obstet Ginecol [serie en Internet]. 2002 [citado 25 Dic 2007];67(6):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php>
5. Cobiella J, Muñoz Ch, Arís A. Cirugía cardíaca múltiple en un paciente con dextrocardia y poliesplenia. Rev Esp Cardiol. 2005;58:1236-8.
6. Attie F. Diagnóstico anatómico. En: Attie F, Zabal C, Buendía Hernández A. Cardiología pediátrica diagnóstico y tratamiento. México: Médica Panamericana; 1993. p. 16-7.
7. Friedman WF, Silverman N. Cardiopatías congénitas en la lactancia y la infancia, malposiciones del corazón y la punta. En: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Braunwald's Cardiología "El libro" de medicina cardiovascular vol.3. 6^{ta} ed. Madrid: Marbán Libros; 2004. p. 1924-5.
8. McKay D, Blake G. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: a case report. BMC Surg [serial of the Internet] 2005 Mar [cited 2007 Dic 25];5(5):[about. 4 p.]. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov>