

Peritonitis generalizada de origen apendicular con hallazgo intraoperatorio de situs inversus abdominalis

Generalized peritonitis of appendicular origin with intraoperative finding of situs inversus abdominalis

Daisy Analía González Ayala*

Hospital Regional de Concepción, Servicio de Cirugía. Concepción, Paraguay

RESUMEN

El *situs inversus* es una enfermedad congénita muy rara que afecta a una de cada 10 000 personas. La revelación de *situs inversus* por un síndrome peritoneal es un evento extremadamente raro. Los pacientes con *situs inversus* tienen una incidencia de 0,016-0,024 % de sufrir apendicitis aguda y generalmente se presentan con alguna complicación. Se presenta el caso de una paciente con peritonitis generalizada de origen apendicular con hallazgo intraoperatorio casual de *situs inversus abdominalis*.

Palabras Claves: Peritonitis Apendicular, *situs inversus*.

ABSTRACT

Situs inversus is a very rare congenital disease that affects one in 10,000 people. The revelation of *situs inversus* due to a peritoneal syndrome is an extremely rare event. Patients with *situs inversus* have a 0.016-0.024% incidence of acute appendicitis and generally present with some complication. We present the case of a patient with generalized peritonitis of appendiceal origin with a casual intraoperative finding of *situs inversus abdominalis*.

Key Words: Appendicular peritonitis, *situs inversus*.

INTRODUCCIÓN

El *situs inversus* es una enfermedad congénita muy rara que afecta a una de cada 10 000 personas. Se caracteriza por una transposición de imagen especular de los órganos abdominales y torácicos. El diagnóstico de *situs inversus* generalmente se realiza de manera incidental mientras se investiga un problema médico no relacionado.⁽¹⁾

La revelación de *situs inversus* por un síndrome peritoneal es un evento extremadamente raro. Los pacientes con *situs inversus* tienen una incidencia de 0,016-0,024 % de sufrir apendicitis aguda y generalmente se presentan con alguna complicación. Esta condición puede ser completa cuando tanto los órganos torácicos como abdominales están transpuestos, o parcial, cuando una sola de estas cavidades está afectada.

La peritonitis aguda en *situs inversus* es un dilema diagnóstico debido a la posición anormal del apéndice. Se asume que, aunque la víscera está transpuesta, el sistema nervioso puede no

mostrar la correspondiente transposición, lo que resulta en una confusión en los signos y síntomas. Así, en acerca del 18,4 a 31 % de los pacientes con *situs inversus*, el dolor causado por la apendicitis aguda izquierda se ha reportado en el cuadrante inferior derecho.⁽²⁾

En general el diagnóstico de enfermedades quirúrgicas en estos pacientes se retrasa debido a la baja sospecha clínica, por lo que usualmente estos pacientes se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad. En este tipo de pacientes el diagnóstico se puede basar en el examen físico, radiografía y ecografía, aunque la tomografía ha demostrado tener mayor sensibilidad y especificidad y se ha convertido en una herramienta esencial para abordar estos pacientes. Con una proporción de hombre a mujer de 3:2. Su presentación es autosómica recesiva, pero aún no se ha identificado su mecanismo genético preciso.⁽³⁾

Se presenta el siguiente caso clínico con el objetivo de dar a conocer las características principales de este hallazgo imprevisible en la mayoría de sus presentaciones.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de sexo femenino de 43 años acude al servicio de urgencias con antecedente de 7 días de evolución de dolor abdominal de inicio súbito a nivel de fosa iliaca izquierda, punzante y continuo que cede parcialmente con analgésicos comunes autoadministrados por vía oral y que con el paso de los días irradia a todo el abdomen, se acompaña además de vómitos en varias oportunidades y deposiciones diarreas. Cuarenta y ocho horas antes de su ingreso la paciente presenta detención de heces y gases. Al examen físico se constata abdomen distendido, poco depresible, muy doloroso en todos los cuadrantes, con defensa e irritación peritoneal, sonoridad aumentada y ruidos hidroaéreos ausentes. Laboratorialmente se constata hemoglobina de 10,4gr/dl, hematocrito de 29,8%, leucocitosis de 15.000/mm³ y neutrofilia de 88%. Se solicitan radiografías de tórax posteroanterior y de abdomen de pie donde se constata niveles hidroaéreos y gran dilatación del


* Especialista Cirugía General

Autor Correspondiente: Daisy Analía González Ayala

Dirección: Mayor Pampliega entre 14 de Mayo y General Garay. Concepción, Paraguay - Correo electrónico: daga.p.y@hotmail.com

Fecha de recepción: 29/03/2023 - Fecha de aprobación: 16/04/2023

Editor responsable: Helmut A. Segovia Lohse Universidad Nacional de Asunción. Facultad de Ciencias Médicas. San Lorenzo, Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Hospital General de Lambaré. Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

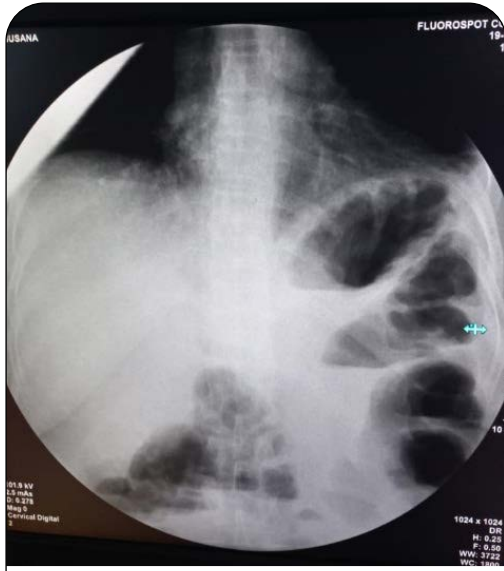


Imagen 1. Radiografía de abdomen de pie donde se observan niveles hidroaéreos y dilatación colónica del lado izquierdo.

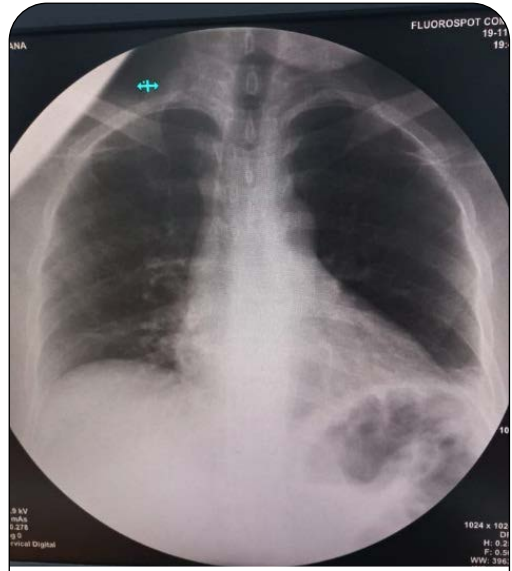


Imagen 2. Radiografía de tórax posteroanterior con el corazón en posición normal (levocardia).

marco colónico izquierdo. En la radiografía de tórax no se constata neumotórax, corazón en su ubicación normal (*ver imagen 1 y 2*). No se cuenta con otros métodos de imagen preoperatorios.

Se decide realizar laparotomía exploradora de urgencia, con abordaje supraparainfraumbilical, inmediatamente a la apertura se constata salida de abundante líquido purulento fétido, se aspira 700 cc aproximadamente, a la exploración de cavidad se constata *situs inversus abdominalis*, hígado y vesícula biliar ocupando hipocondrio izquierdo y estómago y bazo del lado dere-

cho (*ver imagen 3 y 4*). Se explora el colon y se constata ciego en fosa iliaca izquierda con el apéndice cecal de característica gangrenosa, perforado en tercio medio y base sana (*ver imagen 5*). Se realiza apendicectomía y lavado profuso de cavidad.

La paciente presentó buena evolución postquirúrgica, con tratamiento antibiótico, siendo dada de alta al cuarto día postoperatorio.

Informe anatomopatológico posterior habla de apéndice cecal con necrosis en sus dos tercios distales compatible con proceso inflamatorio en toda su extensión.



Imagen 3. Hígado (1) y vesícula biliar (2) ocupando hipocondrio izquierdo.



Imagen 4. Estómago (1) ocupando epigastrio e hipocondrio derecho.

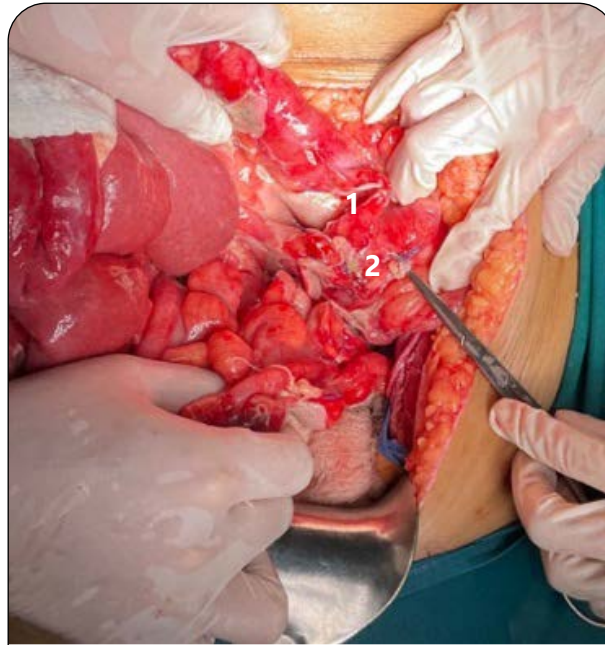


Imagen 5. Ciego (1) ocupando fosa iliaca izquierda con base apendicular (2) sana posterior a apendicectomía.

DISCUSIÓN

La asociación de un proceso inflamatorio agudo con el *situs inversus abdominal* es extremadamente rara. Estos casos son sorpresas intraoperatorias con una incidencia del 0,001% en pacientes operados por presunta apendicitis aguda. El diagnóstico clínico de este tipo de patología es difícil de establecer en ausencia de una imagen previa, sobre todo si el cuadro se localiza atípicamente.⁽⁴⁾

Actualmente, la mayor disponibilidad de los métodos imagenológicos, nos han demostrado que los *situs inversus*, no son exclusivas de la edad pediátrica y que tampoco están siempre asociadas a comorbilidad, por el contrario, se pueden presentar en adultos y como hallazgo incidental.⁽⁵⁾

Si bien en el caso presentado no se realizaron estudios de imagen como ecografía y tomografía, el abordaje y tratamiento es el mismo por lo que contar con ellos serviría más como una

guía pre quirúrgica facilitando el diagnóstico del *situs inversus* y la sospecha diagnóstica.

Contribución de la autora

La autora se encargó del diseño del estudio, recolección de datos, redacción del borrador y modificaciones posteriores y aceptación del manuscrito.

Conflicto de intereses

La autora niega conflicto de intereses en relación al presente artículo.

Asuntos éticos

Se respetaron los asuntos éticos correspondientes a la presentación de un caso clínico.

Financiamiento

No corresponde.

REFERENCIAS

1. Alonazi I, Alharthy Y, Alghamdi G. Sleeve gastrectomy in a patient with situs inversus: a case report. *J Surg Case Rep*. 2022 Jul 30;2022(7):rjac325. doi: 10.1093/jscr/rjac325. PMID: 35919692; PMCID: PMC9341298.
2. Herrera-Moncada IC, Zuluaga-Restrepo JD, Meza M. Apendicitis aguda en *situs inversus totalis*: reporte de un caso. *Rev CES Med* 2012; 26(2): 209-214
3. Cissé M, Touré AO, Konaté I, Dieng M, Ka O, Touré FB, Dia A, Touré CT. Apendicular peritonitis in situs inversus totalis: a case report. *J Med Case Rep*. 2010 May 11;4:134. doi: 10.1186/1752-1947-4-134. PMID: 20459847; PMCID: PMC2876173.
4. Mihetju AF, Bratu DG, Popescu OM, Juravle C, Dumitrean IE, Chicea R. A rare case of situs inversus totalis associated with sigmoid diverticulitis and appendicular agenesis. Embryological, clinical considerations and literature review. *Rom J Morphol Embryol*. 2021 Jul-Sep;62(3):861-867. doi: 10.47162/RJME.62.3.27. PMID: 35263418; PMCID: PMC9019675.
5. Corral G, Labra A, Schiappacasse G. Manifestaciones abdominales de las anomalías del Situs Ambiguo en el adulto: A propósito de cuatro casos. *Rev. chil. radiol.* [Internet]. 2013 [citado 2024 Mar 22]; 19(1): 38-43. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082013000100007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082013000100007>.