

## Neoplasia de colon ascendente en paciente con situs

Gómez-Rosado, J.C.; Capitán-Morales, L.C.; Beltran-Miranda, P.; Cintas-Catena, J.; Martín-Pérez, B.; Valdés Hernández, J.; Guerrero-García, J.M.; Galán-Álvarez, J.; Oliva-Mompeán, F.

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Av. Dr. Fedriani, S/N. Sevilla. España.

### Resumen

El situs inversus totalis (SIT) es una patología congénita rara. Se considera que los procedimientos quirúrgicos pueden ser más dificultosos en estos pacientes, por la diferente posición de los órganos. Presentamos una mujer de 76 años con un cáncer de colon ascendente, a quien se realizó tomografía computerizada (TAC) y colonoscopia que informan de una transposición del hígado, localización derecha del estómago y bazo, corazón y malposición intestinal, así como transposición de grandes vasos, y masa en colon ascendente (a la izquierda) compatible con neoplasia, con biopsia de adenocarcinoma., a la que se realizó hemicolectomía derecha oncológica, con informe patológico de adenocarcinoma mucinoso coloide. La evolución resultó sin complicaciones.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer colorrectal. Situs inversus totalis.

### Introducción

La presencia de *Situs inversus totalis* (SIT) es un desorden congénito raro, consistente en una disposición simétrica de las vísceras torácicas y abdominales. Cualquier cambio de posición entre la normal y el *situs inversus* se denomina heterotaxia o *situs inversus partialis*. Existen varios patrones de malformaciones vasculares y viscerales asociadas a la heterotaxia, aunque las anomalías esplénicas (anesplenia y poliesplenia) son las más frecuentes. La presencia de SIT no implica consecuencia clínica alguna<sup>[1]</sup>. De hecho, es detectado de forma habitual en estudios de imagen por otra razón. De acuerdo con esta circunstancia, los procedimientos quirúrgicos se consideran más dificultosos en estos pacientes, a causa de la diferente posición anatómica de los órganos.

### Caso clínico

Paciente mujer de 76 años que presenta deposiciones con moco, y a la que se realizó una colonoscopia que informó de la presencia de una enfermedad diverticular sigmoidea, así como una masa polipoidea localizada a 40 cm del margen anal. Se toma biopsia de la masa, que describe "cambios inflamatorios sin signos de malignidad". Ante la alta sospecha de neoplasia, se repite la colonoscopia, y se realizan radiografía de tórax

(Ilustración 1), enema opaco (Ilustración 2) y TAC de abdomen (Ilustración 3).

Se informó de la existencia de una transposición del hígado, localización derecha del estómago y bazo, corazón y malposición intestinal, así como transposición de grandes vasos. Así mismo, se describió una masa en colon ascendente (situado a la izquierda) compatible con neoplasia, y cuya segunda biopsia se informó como adenocarcinoma. No se aprecian adenopatías ni metástasis a distancia.

Programamos una laparotomía media, confirmándose todos los cambios anatómicos descritos, es decir: Hígado a la izquierda y bazo a la derecha, y disposición en espejo del marco cólico e intestino delgado. Los vasos ileocólicos se localizaron a la izquierda del ángulo de Treitz, y una vez seccionados en su origen, mediante bisturí eléctrico avanzado, se realizó una hemicolectomía derecha oncológica, y anastomosis ileocólica laterolateral mecánica, sin incidencias. La evolución de la paciente resultó sin incidencias.

El análisis anatomopatológico informa de adenocarcinoma mucinoso coloide de colon, ulcerado, de 3,1 cm de diámetro que infiltra muscular propia y alcanza tejido adiposo pericólico. Los bordes de resección están libres de lesión. Se aíslan 12 adenopatías, con metástasis en 5 de ellas. Estadio C2 de Astler y Coller.

### Discusión

La condición de situs inversus es un evento raro. Su incidencia en la población general ha sido discutida en numerosos estudios, y se calcula que afecta entre 1:4000 y 1:10000, relacio-

Correspondencia: Juan Carlos Gómez Rosado. Santa María Magdalena, 6, 1º-A. 41008. Sevilla. España. dr.gomez.rosado@ono.com



Figura 1.— Radiografía PA de tórax.

nándose con una herencia autosómica recesiva<sup>1</sup>. La naturaleza de esta anomalía no es bien conocida, pero si parece claro que no influye en la esperanza de vida normal de su portador.<sup>2</sup>

Podemos clasificar el Situs inversus como totalis, cuando existe una transposición de todas las vísceras torácicas y abdominales, además de la condición de situs inversus, siendo la presencia de SIT de 4-5 veces menor que la de alguna condición de situs inversus parcial.

Los pacientes con SIT pueden desarrollar tumores, al igual que el resto de población con anatomía normal<sup>2,3</sup>, y no se ha podido establecer una clara relación causal que vincule ambas eventualidades. Una búsqueda en las bases de datos del National Center Biotechnological Institute identificó solamente cuatro casos de cáncer colorrectal en presencia de SIT<sup>4</sup>.

En esos casos, la evaluación anatómica preoperatoria se consideró crucial. Una imagen corporal total es importante, debido a la influencia de la localización de los órganos en el plan de la intervención. De igual modo, tal situación puede alterar la posición del cirujano, así como modificar la disposición de la incisión o vía de abordaje. Además, es especialmente interesante considerar otras causas de la sintomatología debidas a la malposición de las vísceras<sup>5</sup>.

En cualquier caso, mediante la consideración de la anatomía “en espejo”, previa evaluación durante el proceso diagnóstico, la condición de SIT no debería suponer la presencia de complicaciones inesperadas, tal y como ocurrió en nuestra paciente, en la que fue posible la correcta movilización del colon, así como la realización de una técnica quirúrgica que, en lo sustancial, no difirió a la realizada en pacientes con disposición anatómica normal.

## Conclusión

La evaluación cuidadosa de las anomalías, así como una minuciosa exploración abdominal al principio de la laparotomía, en los pacientes afectados de SIT, es de extrema importancia para la realización de un tratamiento quirúrgico correcto y seguro.

## Bibliografía

1. Yushi Fujiwara, Yosuke Fukunaga, Masayuki Higashino, Shinya Tanimura, Masashi Takemura, Yoshinori Tanaka, Harushi Osugi.

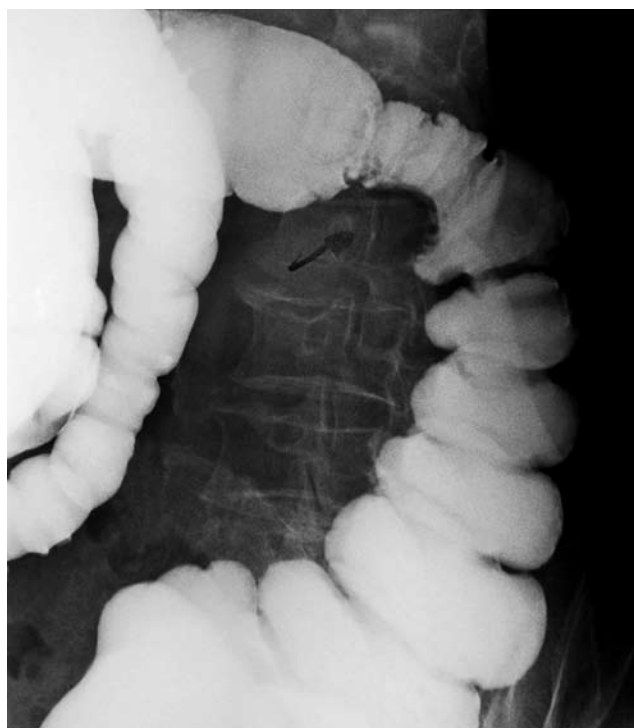


Figura 2.— Enema Opaco.



Figura 3.— TAC de abdomen.

2. Iwamura T, Shibata N, Haraguchi Y, Hisashi Y, Nishikawa T, Yamada H, Hayashi T, Toyoda K. Synchronous double cancer of the stomach and rectum with situs inversus totalis and polysplenia syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33: 148-153
3. Kobus C, Targarona EM, Bendahan GE, Alonso V, Balague C, Vela S, Garriga J, Trias M. Laparoscopic surgery in situs inversus: a literature review and a report of laparoscopic sigmoidectomy for diverticulitis in situs inversus. *Langenbecks Arch Surg* 2004; 389: 396-399
4. Goi T, Kawasaki M, Yamazaki T, Koneri K, Katayama K, Hirose K, Yamaguchi A. Ascending colon cancer with hepatic metastasis and cholelithiasis in a patient with situs inversus totalis without any expression of UVRAG mRNA: report of a case. *Surg Today* 2003; 33: 702-706
5. Greene, QJ, Cheadle, WG. Ascending colon cancer in a patient with situs inversus. *Am Surg.* 2007 Aug; 73(8): 831-2.