

# TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE COM SITUS INVERSUS TOTALIS APÓS FERIMENTO POR ARMA DE FOGO – RELATO DE CASO

*Firearm injury patients with situs inversus totalis - case report*

Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**, Ivan **MALUF-JUNIOR**, Fernanda Marcondes **RIBAS**,  
Leticia Elizabeth Augustin **CZECZKO**, Igor Yudi **KURADOMI**, Eli Augusto **BADIA**

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba – HUEC, Curitiba, PR, Brasil.

## Correspondência:

Jurandir Marcondes Ribas Filho, e-mail: ipem@evangelico.org.br

Fonte de financiamento: não há  
Conflito de interesses: não há

Recebido para publicação: 12/06/2010  
Aceito para publicação: 15/03/2011

## RELATO DO CASO

Homem de 40 anos vítima de ferimento por arma de fogo em transição tóraco-abdominal foi atendido com orifício de entrada em linha axilar média à direita ao nível do 10º espaço intercostal, sem orifício de saída.

No exame físico apresentava vias aéreas pervias, ventilação espontânea, com colar cervical, em tábua rígida. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente em hemitórax esquerdo e diminuição em base de pulmão direito. Hemodinamicamente instável. Tinha escala de coma de Glasgow<sup>8</sup>, pupilas isocóricas e fotorreagentes. Abdome distendido, com sinais de irritação peritoneal. O paciente não apresentava nenhuma outra lesão evidente.

A conduta inicial foi reposição volêmica, hemotransusão, sondagem vesical de demora, drenagem pleural fechada em selo d'água à direita e, a seguir, laparotomia exploradora.

No procedimento cirúrgico evidenciou-se

## INTRODUÇÃO

**S**itus inversus é anomalia congênita rara e significa inversão dos órgãos abdominais e torácicos<sup>3</sup>. Esta situação pode ser parcial (apenas uma cavidade) ou total com órgãos abdominais e torácicos acometidos<sup>1</sup>. O primeiro caso foi descrito em 1600 por Fabricius<sup>2</sup>. Apresenta incidência de 1/10000-50000 nascidos vivos. Esta anomalia anatômica não altera a sobrevivência e não é considerada pré maligna<sup>2,3</sup>. Geralmente é diagnosticada incidentalmente com exames de imagem. Há poucas décadas ele tinha o diagnóstico feito no intra-operatório<sup>8</sup>. Procedimentos cirúrgicos são considerados mais difíceis em pacientes com essa condição pela diferença anatômica e posição dos órgãos<sup>11,12</sup>.



FIGURA 1 – Situs inversus: fígado localizado em hipocôndrio esquerdo



FIGURA 2 – Situs inversus: apêndice cecal localizado em fossa ilíaca esquerda

presença de cerca de 1000 mL de sangue intra-cavitário com grande quantidade de coágulos, visualização de situs inversus totalis (Figuras 1 e 2), lesão esplênica grau V (Figura 3), lesão gástrica grau III, lesão pancreática grau II, lesão diafragmática grau II. Os procedimentos realizados foram esplenectomia total, gastrorrafia, pancreatorrafia, frenorrafia, lavagem da cavidade. Recebeu alta no 8º dia de pós-operatório em boas condições clínicas.

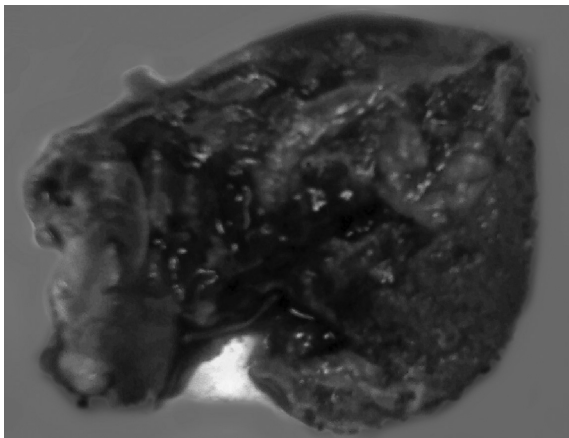


FIGURA 3 – Lesão esplênica extensa

## DISCUSSÃO

Trauma abdominal penetrante associado à instabilidade hemodinâmica é indicação imediata de laparotomia<sup>5,13</sup>. Como no caso descrito, paciente hemodinamicamente instável foi encaminhado ao centro cirúrgico sem exames ou investigação adicional<sup>6,10,14</sup>. Não deve haver demora na tentativa de reanimar o paciente antes da operação<sup>4,9,15</sup>.

Devido à complexidade de anomalias vasculares, o situs inversus era considerado no passado contra-indicação à operações hepáticas. A orientação dos vasos hepáticos é invertida e, no quadrante superior direito, contém o baço e estômago tornando sua manipulação tecnicamente difícil<sup>6</sup>. Diversos casos foram relatados de operações eletivas realizadas, como colecistectomia inclusive por via laparoscópica com taxas de êxito semelhantes aos procedimentos em pacientes sem situs inversus.

Esta condição pode levar a alguns problemas de orientação e dissecação durante o procedimento, pois pelo menos dois terços dos cirurgiões são destros<sup>7</sup>. Os

procedimentos esplenectomia total e sutura primária das outras lesões, em relação ao paciente em questão foram realizados com relativa dificuldade, porém sem complicações.

## CONCLUSÃO

Embora os procedimentos cirúrgicos nos pacientes com situs inversus apresentem maior complexidade eles são fatíveis de serem realizados com sucesso mesmo diante de traumas extensos.

## REFERÊNCIAS

1. 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 Jun 22.
2. Aydin U, Unalp O, Yazici P, Gurcu B, Sozbilen M, Coker A. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis. *World J Gastroenterol*. 2006 Dec 21;12(47):7717-9.
3. Benjelloun el B, Zahid FE, Ousadden A, Mazaz K, Ait Taleb K. A case of gastric cancer associated to situs inversus totalis. *Cases J*. 2008 Dec 12;1(1):391.
4. Fujiwara Y, Fukunaga Y, Higashino M, Tanimura S, Takemura M, Tanaka Y, Osugi H. Laparoscopic hemicolectomy in a patient with situs inversus totalis. *World J Gastroenterol*. 2007 Oct 7;13(37):5035-7.
5. Haan J, Kole K, Brunetti A, Kramer M, Scalea TM. Nontherapeutic laparotomies revisited. *Am Surg*. 2003 Jul;69:562-5.
6. Heimbach JK, Menon KV, Ishitani MB, Nyberg SL, Jankowski CJ, Lindor KD, Rosen CB. Living donor liver transplantation using a right lobe graft in an adult with situs inversus. *Liver Transpl*. 2005 Jan;11(1):111-3.
7. Hugh TB. New strategies to prevent laparoscopic bile duct injury—surgeons can learn from pilots. *Surgery*. 2002 Nov;132(5):826-35.
8. Israelit S, Brook OR, Nira BR, Guralnik L, Hershko D. Left-sided perforated acute appendicitis in an adult with midgut malrotation: the role of computed tomography. *Emerg Radiol*. 2009 May;16(3):217-8.
9. Leppaniemi A, Haapiainen R. Occult diaphragmatic injuries caused by stab wounds. *J Trauma*. 2003 Oct;55:646-50.
10. Machado NO, Chopra P. Laparoscopic cholecystectomy in a patient with situs inversus totalis: feasibility and technical difficulties. *JSL*. 2006 Jul-Sep;10(3):386-91.
11. Oms LM, Badia JM. Laparoscopic cholecystectomy in situs inversus totalis: The importance of being left-handed. *Surg Endosc*. 2003 Nov;17(11):1859-61.
12. Penetrating Abdominal Trauma: Guidelines for Evaluation. [www.trauma.org](http://www.trauma.org) Acesso em: August 09, 2004.
13. Renz BM, Feliciano D. The length of hospital stay after an unnecessary laparotomy for trauma: A prospective study. *J Trauma* 1996;40:187.
14. Renz BM, Feliciano DV: Unnecessary laparotomy for trauma: A prospective study of morbidity. *J Trauma* 1995;38:350.
15. Uludag M, Citgez B, Ozkurt H. Delayed small bowel perforation due to blunt abdominal trauma and periappendicitis in a patient with situs inversus totalis: a report of a case. *Acta Chir Belg* 2009;109(2):234-237.