



12°
CONGRESO
DE LA
ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO V ABORDAJE QUIRURGICO, COLEDOCOPLASTIA CON FLAP DE VESICULA VIA LAPAROSCOPICA. REPORTE DE CASO.

Olvera Olmedo, Cinthia; Hernández Cruz, Elías; Castellanos Hernández, Yessica; Sevilla Flores José Guadalupe, Hervert Velázquez, Yenllini

Institución: HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS ISSSTE, CDMX

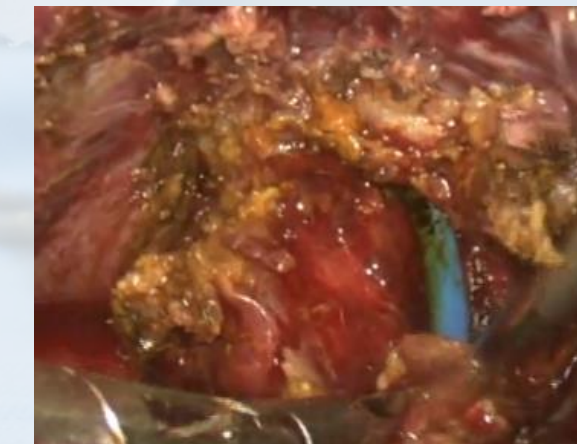
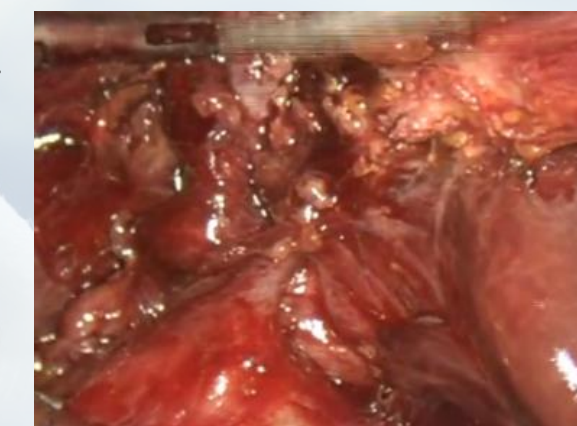
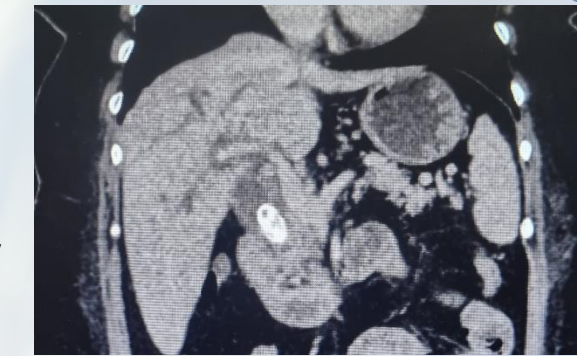
INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la coledocitis (4,7-5,7%), causada por la compresión o destrucción del conducto hepático común por cálculos que se encuentran en el conducto cístico o en el Hartmann vesicular. Cuando se diagnostica un síndrome de Mirizzi, la cirugía es inevitable para su resolución, es conocida por ser un desafío para el cirujano. En el manejo quirúrgico, el abordaje abierto vs laparoscópico es un tema de discusión debido a las variaciones anatómicas, siendo la vía laparotómica el gold standard actualmente, aunque el abordaje laparoscópico cada vez se está extendiendo más.

OBJETIVO: Analizar la seguridad en el manejo laparoscópico de esta patología.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

Femenina de 50 años como antecedentes de importancia fibromialgia y 3 cesáreas, inicia padecimiento el 20.08.23 con presencia de acolia y coluria, asociada a prurito generalizado, náusea y vómito de contenido gastroalimentario, sin otra sintomatología acude a urgencias; a la exploración física, mucosas y tegumentos ictéricos ++/++++, Murphy, Pron y hepatoperfusion negativos; perfil hepático con patrón colestásico HB 10.6, leucos 5.52, neutros 66.3%, TGP 358, TGO 302, BT 4.2, BD 3.2, BI 1.0, DHL 272, GGT 123, fa 264. USG 21.08.23 colédoco de 8.2 mm, silueta a nivel del cuello vesícula, ovoidea de bordes regulares y definidos hiperecogénica mide 22 mm, ante riesgo alto de coledocolitiasis (ASGE 2019) se ingresa a cargo de cirugía general para continuar protocolo diagnóstico y terapéutico, se realiza TAC abdominal con contraste IV que reporta colédoco en su segmento pancreático con área de estenosis adyacente a vesícula biliar, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática sin evidenciar sitio o causa que lo condicione, CPRE con los hallazgos: estenosis de tercio proximal de colédoco, probable Síndrome de Mirizzi a descartar proceso infiltrativo, se realiza esfinterotomía + cepillado + colocación de endoprótesis tipo Ámsterdam. Ante mejoría clínica se decide colecistectomía de intervalo y colangiografía por consulta externa, la cual evidencia Sx de Mirizzi. Se interviene quirúrgicamente el 04.02.24 con diagnóstico prequirúrgico de: colecistitis crónica litiásica vs pb síndrome de Mirizzi, Dx postquirúrgico: síndrome de Mirizzi V + hernia umbilical / Po colecistectomía subtotal con cierre de fístula colecistocolédociana con parche de vesícula + cierre primario de fístula duodenal + plastia umbilical, hallazgos transquirúrgico: fístula colecistocolédociana de $\frac{2}{3}$ de la circunferencia de colédoco donde se observa prótesis tipo Ámsterdam, vesícula escleroatrófica con lito de 2x2 en su interior, fístula duodenal de 0.5 mm. Adecuada evolución posquirúrgica sin dolor, gasto 25 cc biliares el 1er día, 6 días después al disminuir gasto hasta 5 cc se da de alta hospitalaria, deambulando, tolerando dieta, excretas, uresis al corriente y con laboratorios dentro de la normalidad. Se da seguimiento en la consulta externa donde se retira drenaje a los 5 días y se observa adecuada evolución clínica. Hasta el momento sin cuadros de coledocolitiasis residual.



MATERIAL Y MÉTODOS

Población derechohabiente del HRLALM ISSSTE, con datos clínicos y paraclínicos compatibles con síndrome de Mirizzi III, IV y V y que requieran resolución quirúrgica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El manejo laparoscópico de la EM III, IV Y V es factible y seguro; la experiencia del grupo de cirugía y la selección de los pacientes es la clave para un resultado exitoso. La colecistectomía subtotal con coledocoplastia vía laparoscópica es una técnica útil en pacientes con síndrome de Mirizzi y con buenos resultados a largo plazo.

REFERENCIAS

- Gómez D, Pedraza M, Cabrera LF, Mendoza Zuchini A, Arrieta GM, Aparicio BS, Pulido J. Manejo mínimamente invasivo del síndrome de Mirizzi Va: serie de casos y revisión narrativa de la literatura. Cir Esp (edición inglesa). 2022 julio; 100 (7): 404-409.
- Jiro Kimura, Naokazu Takata, Alan Kawai Lefor, Masaki Kanzaki, Ken Mizokami, Laparoscopic subtotal cholecystectomy for Mirizzi syndrome: A report of a case, International Journal of Surgery Case Reports, Volume 55, 2019, Pages 32-34
- H. Chen, E.A. Siwo, M. Khu, Y. Tian. Current trends in the management of Mirizzi Syndrome. Medicine (Baltimore)., 97 (2018), pp. e9691. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000009691>