



Título Síndrome de Mirizzi: Manejo mediante coledocotomía y plastia de vía biliar con parche de vesícula por laparoscopia.

Autores Ixta Felipe J, Roldan García J, Abril Martinez B– **coautores** Pérez Álvarez I., Peralta Espinosa J
Institución Hospital General del Sur de Puebla

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi es una complicación poco común de la enfermedad crónica de los cálculos biliares, implica la compresión extrínseca de la vía biliar mediante la presión aplicada sobre él indirectamente por un lito impactado en el infundíbulo o cuello de la vesícula biliar. La presentación varía desde asintomática. El dato más común es la ictericia obstructiva, elevación de enzimas hepáticas, dolor abdominal en cuadrante superior derecho. Se utiliza la ecografía en primera instancia, pero con baja precisión diagnóstica. La CPRE se reporta como técnica más favorable e incluso la colangiografía transhepática percutánea cuando fracasa la CPRE; la colangiopancreatografía por resonancia magnética igualmente se utiliza como modalidad de elección y la tomografía sobre todo para excluir tumores. Se prefiere utilizar dos o más modalidades, ya que con la combinación se logra diagnosticar hasta 89% de los pacientes antes de cirugía. Para el tratamiento, aun en varios reportes la cirugía abierta continua sigue siendo la mas utilizada, pero la técnica por laparoscópica y robot ha venido en aumento en estos casos. En Mirizzi grado II o mayor se recomienda colecistectomía subtotal con coledocoplastia, en algunos casos inserción de tubo en T para disminuir el riesgo de fuga biliar.

RESULTADOS/CASO CLÍNICO

Mujer de 48 años, sin antecedente médicos de importancia, Acudió por dolor abdominal en hipocondrio derecho, así como ictericia y fiebre, A su llegada con criterios de choque séptico por lo cual inician reanimación en urgencias, laboratorios relevantes: Leucocitosis 15.1, hemoglobina 15, plaquetas 161000, INR 0.9, bilirrubinas totales 11.4 con directa 8.3 e indirecta 3.1, lipasa normal, El ultrasonido reporta colédoco de 10mm vesícula no valorable, solo se observa importante sombra acústica sugestiva de lito, colangiorresonancia la cual reporta colédoco de 6.5mm en segmento retroduodenal y retropancreatico, en porción supraduodenal disminuido de su luz debido a compresión extrínseca ejercida por hallazgo con ausencia de señal en el conducto cístico de 16mm y en relación a lito y que condicional aumento de calibre de colédoco supraduodenal a 8.9mm, sugestivo de síndrome de Mirizzi, Se decide manejo quirurgico, diagnóstico postoperatorio de Síndrome de Mirizzi IV por fístula colecistobiliar que involucra 3/3 de la totalidad de la circunferencia de la vía biliar, lito de 3 por 4 centímetros, Parkland V (1.1).

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante la cirugía se realizó coledocotomía longitudinal (2.1), se observaron los conductos biliares derecho e izquierdo, resección del fondo de la vesícula con preservación del infundíbulo y plastia de vía biliar con parche de vesícula con poliglactina 4-0 y colocación de sonda en T número 14 Fr (3.1), colangiografía con adecuado paso al duodeno, así como toma de biopsia hepática



Imagen 1.1

MATERIAL Y MÉTODOS

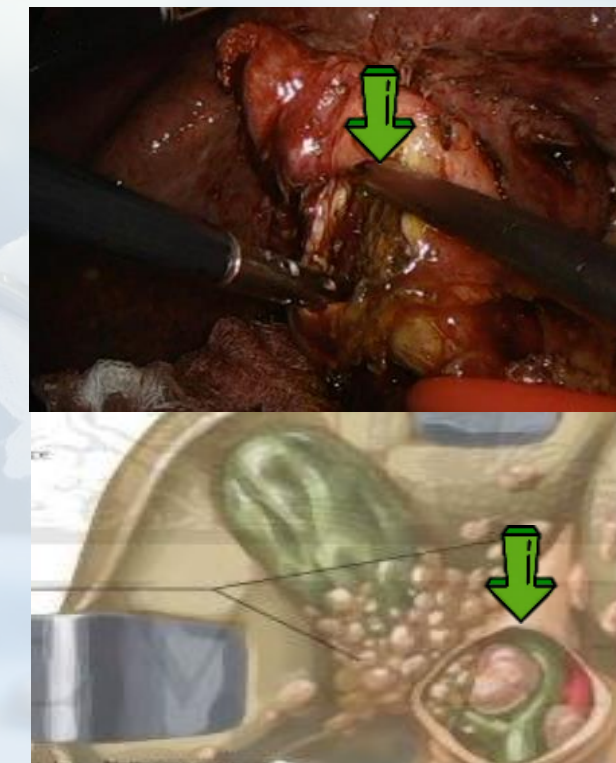


Imagen 2.1, Imagen de arriba coledocotomía en la cual se observa lito en su interior señalado con fleche verde, imagen de abajo ilustracion que ejemplifica.

MATERIAL Y MÉTODOS



Imagen 3.1

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Debido a la poca frecuencia del síndrome de Mirizzi, no se cuentan con guías clínicas bien desarrolladas y reconocidas internacionalmente para su manejo. En este caso el manejo elegido para la paciente fue resolutivo y satisfactorio, por lo cual se comparte la experiencia de este caso.

REFERENCIAS

Cesare Pérez S., Síndrome de Mirizzi: Una patología poco frecuente. Revista Médica sinergia. Vol. 8, Núm. 02, febrero 2023, e957. Aistè Gulla, M. J. (2022). Mirizzi Syndrome: Is There a Place for Minimally Invasive Surgery? Visc Med, 369-375. Alexander Figacz, A. B. (2023). Acalculous variant of Mirizzi syndrome: Imaging and clinical characteristics. Clin Imaging, 62-70.