

Ictericia fría en paciente añoso por Síndrome de Mirizzi. Diagnóstico y tratamiento.

Dr. Nicolás Muniz, Dr. Manuel Sanguinetti, Dr. Marcelo Viola, Dra. Ana Pino, Dr. Fernando Bonilla.

Departamento Clínico de Cirugía. Clínica Quirúrgica "B" Prof. Agdo. Dr. César Canessa.
Hospital de Clínicas. Montevideo – Uruguay.

Introducción

El síndrome de compresión biliar extrínseca, o síndrome de Mirizzi, descrito por Pablo Mirizzi en 1948, es una entidad quirúrgica con baja incidencia que supone un reto quirúrgico en su diagnóstico y manejo, presentándose habitualmente como una colangitis aguda. Exponemos el caso de un paciente anciano que presenta una ictericia fría por una compresión extrínseca de la vía biliar principal de origen litiasico.

Caso Clínico

- Hombre, 89 años.
- AP: fumador, hipertenso, colicos biliares a repetición.
- Consulta por cuadro de 20 días de evolución dado por dolor en hipocondrio derecho permanente, que irradia a dorso, que no calma con AINEs y que se acompaña de coloración amarillenta de piel y mucosas y orina colúrica. Adelgazamiento de 5 kg desde el inicio del cuadro. Niega fiebre. Niega alteraciones del tránsito digestivo.
- Al examen: lúcido, adelgazado. Marcada ictericia de piel y mucosas. Abdomen: excavado, blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho sin elementos de irritación peritoneal. No se palpan tumoraciones. RHA normales.

Paraclínica humoral

Hemograma: Hb 11,4 mg/dl, Hto 32,2%, Plt 295.000, GB 10.900.
F y E hepático: BT 15,10 mg/dl BD 13,90 mg/dl
FA 540 U/L GGT 610 U/L
TGO 211 U/L TGP 193 U/L
Albuminemia: 3,0 gr/dl.
Amilasemia: 12 U/L.
Crisis: T. de protrombina 71%
Función renal, ionograma y glicemia normales.

Ecografía abdominal

Hígado de forma y tamaño habitual. No se observan lesiones focales. Vía biliar intrahepática dilatada. Colédoco proximal de 18mm, sin imágenes patológicas en su interior, colédoco distal no se logra visualizar por interposición gaseosa.
Vesícula de paredes engrosadas (4mm) no edematosas. En su interior se observa una litiasis de 2,0 cm a nivel del bacinete que no se moviliza con los cambios de posición.
Páncreas, bazo y riñones sin alteraciones.

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada.

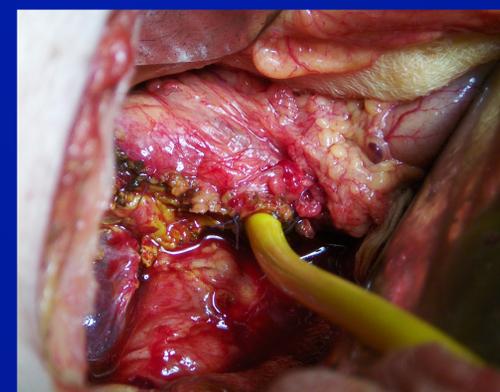
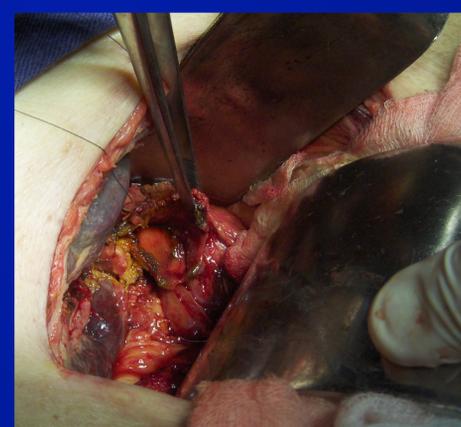
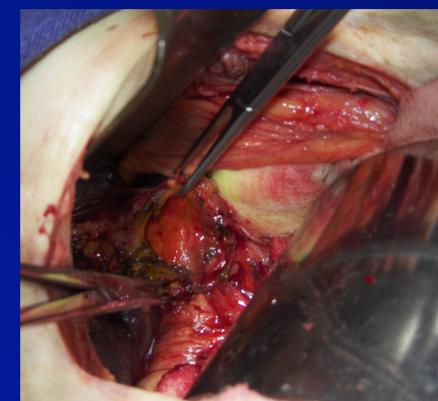
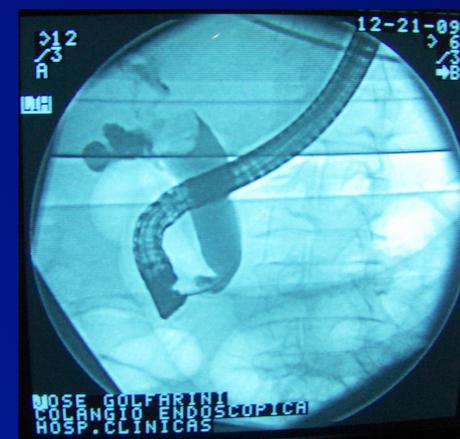
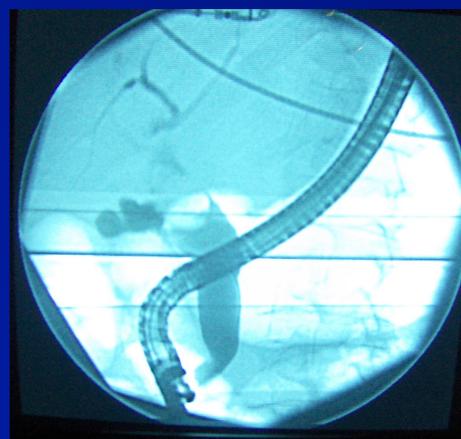
Dado el cuadro clínico de una ictericia obstructiva con la presencia de un cálculo a nivel del bacinete y ante la ausencia de imágenes patológicas a nivel pancreático se decide la realización de una CPER.
En la misma se observa la presencia de un gran cálculo a nivel de la unión cístico coledociana, con colédoco dilatado y una vesícula biliar atrófica.

Tratamiento.

Con diagnóstico de Síndrome de Mirizzi se decide tratamiento quirúrgico.
Se realiza laparotomía por transversa de hipocondrio derecho. De la exploración de destaca vesícula biliar atrófica y colédoco dilatado de 1,8 cm. Se realiza la disección del triángulo de Calot observándose la presencia de una fistula colecistocolédociana. Apertura longitudinal del colédoco extrayéndose gran cálculo a nivel del sector de la fistula. Colecistectomía de fondo a cuello. Cierre de coledocotomía sobre tubo en T. Colangiografía trans tubo en T en la que se observa una vía biliar libre y expedita, no se observan fugas.

Evolución.

Buena evolución posterior en sala, se otorga alta a los 4 días del procedimiento.
Se retira tubo en T a los 23 días de la cirugía previa colangiografía con vía biliar sin imágenes patológicas en su interior.
Anatomía patológica de la vesícula sin malignidad.



Discusión y conclusiones

El síndrome de compresión biliar extrínseca, o síndrome de Mirizzi, es una complicación rara de la colelitiasis. Consiste en la obliteración del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) por un cálculo que causa una obstrucción mecánica extrínseca de la vía biliar; se puede presentar con fistula colecistocolédociana o sin ella, y puede generar dolor, ictericia y colangitis. Se han descrito varias clasificaciones de este síndrome, utilizando nosotros la de Csendez (1989) que lo dividió en cuatro tipos: tipo I, compresión sin fistula; tipo II, con fistula colecistocolédociana que compromete menos del 33% de la pared del árbol biliar extrahepático; tipo III, con compromiso del 33 al 66%, y tipo IV, con compromiso de más del 66% de la pared del árbol biliar extrahepático. Para su tratamiento, según la literatura, se recomienda la colecistectomía simple para aquellos casos sin fistula y para aquellos casos en la que se encuentra una fistula colecistocolédociana se acepta la colocación de un tubo en T, la realización de una coledocoduodenostomía o la confección de una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux según el tamaño de la fistula.

Referencias

- Rodríguez C., Aldana G. y cols. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. Rev Colomb Cir 2008;23(1):6-11
- Erben Y., Benavente-Chenhalls LA. and cols. Diagnosis and Treatment of Mirizzi Syndrome: 23-Year Mayo Clinic Experience. J Am Coll Surg. 2011 Apr 2.
- Palacios D., Gutiérrez M. y cols. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. Semergen. 2011;37(3):167-169.
- Safioleas M., Stamatakos M. and cols. An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature. World J Gastroenterol 2006 September 14; 12(34): 5579-5581.