



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-095 - SÍNDROME DE MIRIZZI TRAS COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL RECONSTITUTIVA: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE ACCESO ROBÓTICO.

Sánchez-Argüeso, Arsenio; Orihuela, María Pilar; Meliga, Cecilia; Qian Zang, Siyuan; Escanciano, Manuel; Jiménez de los Galanes, Santos; Villarejo, Pedro; García-Olmo, Damian

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento quirúrgico habitual y validado. Ha probado sus ventajas sobre la colecistectomía abierta, pero está asociada a una tasa superior de lesión de la vía biliar. Persistir en la disección laparoscópica bajo condiciones complejas (inflamación, fibrosis) aumenta el riesgo de esta lesión. La conversión a una colecistectomía abierta desde la laparoscopia, en estas situaciones de campo quirúrgico complejo, es la manera habitual de proceder por la mayoría de los cirujanos. Sin embargo siendo la colecistectomía abierta un procedimiento progresivamente en desuso, puede ser un mal plan alternativo en estas situaciones de posible lesión de la vía biliar. Dándose cuenta de esta realidad algunos autores como Strasberg han repopularizado la colecistectomía subtotal laparoscópica. Ya descrita hace más de 100 años como un método de rescate para aquellos casos en los que la disección del triángulo cístico se vuelve peligrosa. Esta colecistectomía subtotal se asocia a ciertos riesgos y complicaciones, requiriendo la reintervención hasta en un 20% de los casos.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 56 años operado en 2018 de colecistectomía subtotal laparoscópica mediante la ligadura del Hartmann con Endogia. Tras dos años de dolor abdominal recurrente y 2 CPREs consecutivas que son incapaces de extraer los cálculos de remanente vesicular y la vía biliar, se decide intervenir por nuestro servicio para completar la colecistectomía y exploración de la vía biliar mediante un acceso robótico. Se realiza una colecistectomía del remanente mediante acceso robótico encontrando un síndrome de Mirizzi grado II con coledocolitiasis. No existe opción de extracción de las coledocolitiasis a través del defecto del Mirizzi. Se asocia una coledocotomía anterior para la extracción de dichos cálculos, y posterior reconstrucción de la vía mediante rafia de la coledotomía y colocación de tubo de Kher sobre orificio del Mirizzi. El paciente tiene un buen postoperatorio siendo dado de alta al 5º día postoperatorio y retirándose el Tubo de Kher al día 15 en la consulta sin incidentes posteriores.

Discusión: El acceso robótico como abordaje mínimamente invasivo es una buena herramienta para solucionar estas situaciones complejas, en las que la laparoscopia convencional habitualmente fracasa y termina en una Cirugía abierta. El acceso robótico es una buena opción para campos quirúrgicos reducidos en los que tenemos que hacer movimientos precisos de disección y muchas veces asociarlos a suturas complejas difícilmente reproducibles por laparoscopia convencional.