



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-244 - MODELO 3D AL SERVICIO DE LA CIRUGÍA: PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA EN UN SÍNDROME DE MIRIZZI COMPLEJO

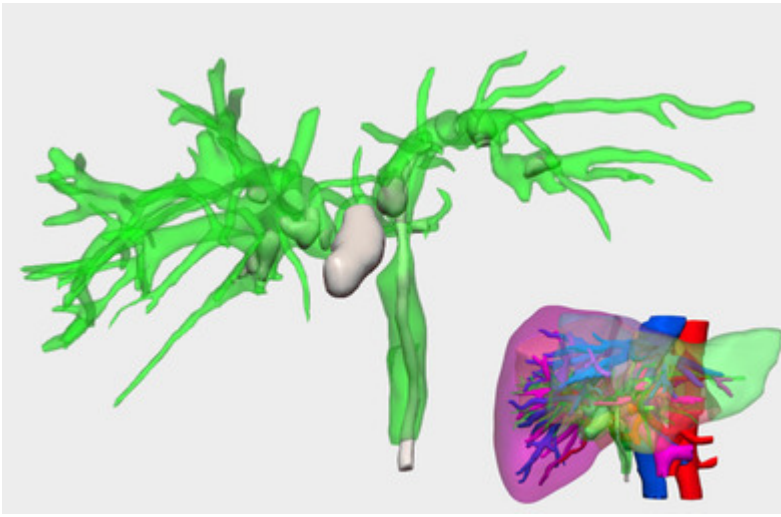
Parra Muñoz, Ana María; Martínez Blasco, María Amparo; Pérez Rubio, Álvaro; Córcoles Córcoles, Marta; Robledo Casas, Silvia; Sebastián Tomás, Juan Carlos; Domingo del Pozo, Carlos; Pareja Ibars, Eugenia

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: El síndrome de Mirizzi (SM) es una patología infrecuente en la enfermedad litiasica crónica cuya incidencia oscila entre un 0,6-5,7%. Se define como la compresión extrínseca del conducto hepático común (CHC) por un cálculo impactado a nivel del Hartmann o del conducto cístico (CC), ocasionando una obstrucción parcial o completa de la vía biliar principal (VBP). Esto ocasiona un proceso inflamatorio que puede originar una fístula colecistobiliar o con órganos adyacentes. Predomina en el sexo femenino, manifestándose como dolor abdominal (54-100%), ictericia obstructiva (44-77%) y episodios de colangitis (6-35%). Basándose en la presencia de fistulización y sus grados, se han establecido diversas clasificaciones de este síndrome.

Caso clínico: Varón de 68 años, remitido tras episodio de colecistitis aguda con colangitis asociada secundario a SM tratado mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colocación de doble prótesis plástica en Hospital King's College, Londres. El paciente queda clínicamente asintomático, anictérico y analítico con patrón de colestasis y citólisis. La colangiorresonancia (CRM) informa de vesícula biliar con realce de pared por proceso inflamatorio y gran litiasis en su interior que condiciona compresión extrínseca del CHC y VB intrahepática dilatada (SM tipo I). Ante la imposibilidad de establecer el grado de afectación de la bifurcación del CHC y la posible destrucción de su pared posterior con separación de ambos hepáticos se solicita reconstrucción 3D para valorar la afectación de la VBP, la complejidad de la cirugía y la posible reconstrucción a dos bocas. La reconstrucción 3D Cella Medical Solutions se visualiza gran litiasis vesicular que ocasiona fístula colecisto-cólica y colecisto-biliar a nivel del CHC con destrucción de la pared de la VB en su totalidad, afectando a la bifurcación y ocasionando solución de continuidad entre ambos hepáticos, con dilatación VB intrahepática bilateral. Litiasis en VB intrahepática y 2 prótesis biliares. Laparotomía: plastrón inflamatorio con vesícula escleroatrófica con gran litiasis en su interior que ha fistulizado a colon y CHC sin poder visualizar la confluencia de la vía. Colangiografía intraoperatoria: confirma los hallazgos del modelo 3D, identificando fístula colecisto-biliar, destrucción de CHC afectando a la bifurcación, dilatando y separando ambos hepáticos con dudosa afectación de pared posterior del CHC. Se procede a la colecistectomía, objetivando a nivel del lecho hepático dos orificios correspondientes a ambos conductos hepáticos, derecho e izquierdo (diámetro de 0,9 y 1,3 cm respectivamente). Tras obtener vía biliar con el CUSA® y dado que la distancia entre ambos hepáticos es de 2-3 mm, podemos realizar una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux con boca única. El posoperatorio cursó favorablemente, mejorando el patrón de colestasis, siendo dado de alta a los 5 días.



Discusión: El síndrome de Mirizzi supone un reto diagnóstico y en muchas ocasiones terapéutico, siendo un hallazgo incidental en el 0,06-5,7% de las colecistectomías realizadas. Aumenta el cáncer de vesícula biliar (5-28%). Para su diagnóstico y manejo disponemos de la ecografía abdominal, colangio-RM (prueba más sensible y específica) y CPRE. Los nuevos modelos de reconstrucción 3D aportan una información más definida, permitiendo una mejor planificación quirúrgica en los casos complejos.