



VC-045 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA COMPLEJA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MIRIZZI CON MÚLTIPLES EPISODIOS DE SEPSIS BILIAR

Carreras I Hoyos, Marta; Enjuto Martínez, Diego; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Álvarez Hernández, Marta del Carmen; Martín Abad, Alma; Arellano Plaza, Paloma; Montalbán Ayala, Paula; Martín Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una entidad poco frecuente causada por la obstrucción del conducto hepático común por compresión externa secundaria a un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico. Puede causar ictericia obstructiva, dolor en hipocondrio derecho, fiebre y elevación de enzimas hepáticas. Existen varios tipos según la extensión de la compresión o fistula entre la vesícula y la vía biliar: tipo I (solo compresión externa, sin fistula), tipo II (fistula colecistobiliar < 33% del diámetro del conducto hepático común), III (33-66%), IV (> 66%), V (fistula colecistodigestivo, con o sin fistula biliar). El diagnóstico se realiza principalmente con imágenes como ecografía, colangiografía por resonancia magnética (CPRM) o colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). El tratamiento suele ser quirúrgico, variando según el tipo y la severidad del síndrome; puede requerir colecistectomía o reconstrucción biliar.

Caso clínico: Hombre de 57 años con antecedentes de colelitiasis ingresa por ictericia obstructiva secundaria a síndrome de Mirizzi para procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colocación de prótesis biliar en mayo de 2024. Tras la intervención el paciente presenta una evolución tórpida con una hemorragia digestiva alta requiriendo transfusión de concentrados y gastroscopia, pancreatitis aguda moderada pos-CPRE y sepsis biliar requiriendo ingreso en unidad de cuidados críticos. En el contexto de la sepsis, requirió retirada de la prótesis biliar y colocación de drenaje interno-externo (I-E), tras el alta hospitalaria con el drenaje cerrado; presenta dos nuevos ingresos por sepsis de origen biliar. Finalmente se decide colecistectomía laparoscópica programada el 4 de septiembre de 2024. Durante la cirugía se visualiza una vesícula biliar con signos inflamatorios presentando adherencias de duodeno y colon derecho; objetivándose un síndrome de Mirizzi tipo III con Hartmann fusionado a la vía biliar principal en cara anterior. En primer lugar, se liberan las adherencias y paulatinamente se separa la vesícula biliar de la vía biliar a nivel del triángulo de Calot identificándose la entrada de la vía biliar en el hígado. Se realiza una incisión longitudinal sobre la cara anterior del colédoco para la extracción de cálculos de gran tamaño. Se visualiza el catéter I-E en la luz de la vía biliar. Se introduce el coledoscopio para exploración proximal y distal de la vía biliar sin evidenciarse litiasis, con paso hacia el duodeno sin incidencias. Finalmente, dada la presencia del catéter I-E y a un calibre del colédoco > 1 cm, se realiza cierre primario del mismo y se introduce azul de metileno por catéter I-E sin evidenciarse

salida a la cavidad. Finalmente, concluye la cirugía con la extracción de la vesícula y los cálculos, y colocación de drenaje en el lecho quirúrgico. Al quinto día posoperatorio, el paciente cumple criterios de alta con el drenaje I-E cerrado. Presenta buena evolución posoperatoria y al mes de la cirugía, se retira drenaje I-E sin incidencias.

Discusión: El síndrome de Mirizzi puede causar obstrucción biliar grave; su tratamiento es principalmente quirúrgico, variando según la gravedad. El diagnóstico y manejo oportunos evitan complicaciones como fistulas o sepsis.