Semergen. 2018;44(Espec Congr 5): 162

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

329/167 - SÍNDROME MIRIZZI, UNA RARA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

F. Breña Casco[1]; J. Perez González[2]; R. Baró Álvarez[3]; J. Del Pozo Ruiz[4].

[1]Médico Residente. Centro Salud Navalcarnero. Madrid. [2]Médico Residente. Centro Salud Laín Entralgo. Madrid. [3]Médico Residente. Centro Salud Trueta. Madrid. [4]Médico Residente. Centro Salud Barrio del Pilar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: AP: dudosa alergia a estreptomicina, intolerancia a estatinas (dolores articulares). Exfumador, no bebedor. HTA de larga evolución buen control, dislipemia, ulcus gástrico, poliartrosis. Cáncer de próstata (RT) en remisión. Intervenciones quirúrgicas: apendicectomía y nefrectomía izquierda por TBC renal (a los 19 años), cumplió tratamiento antituberculoso. Tto habitual: lisinopril 5 mg 1-0-0, tamsulosina 0.4 mg 0-1-0. Varón de 84 años, acude a consultas de Urgencia por dolor abdominal tipo cólico de 4 días de evolución, asociado a fiebre y tiritonas, no náuseas ni vómitos a su llegada. El paciente refiere que la clínica comenzó 3 días antes, como dolor epigástrico en hipocondrio derecho sordo, que calmaba parcialmente con antiácidos durante unos minutos y con la ingesta de forma igualmente transitoria. No empeoraba con los esfuerzos, mejoraba de forma parcial con el decúbito lateral. A la clínica comentada se sumó hace 2 días sensación distérmica y tiritona. Ante la clínica se hace ecografía en consulta, apreciando colelitiasis múltiple y otra gran litiasis en infundíbulo, por lo que se decide enviar al paciente al hospital. Tras la realización de pruebas y tratamiento antibiótico, es dado de alta con cirugía programada.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 139/89mmHg, FC 102 lpm, $SatO_2$ 95 %, Temp 36,8ºC. Buen estado general. Eupneico. Normocoloreado y normohidratado. Consciente, orientado en las 3 esferas y colaborador. Habla fluida. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: MVC. No ruidos sobreañadidos. Abdomen: RHA+. Timpanismo generalizado. Blando, doloroso a la palpación en epigastrio. No palpo masas ni megalias. Blumberg negativo. Puño percusión bilateral negativa. Miembros inferiores: No edema ni signos de TVP. Analítica: hemograma e iones normales. BT 2,80 mg/dl, Bd 2,10 mg/dl, LDH 427 U/l, GPT 702 U/l, GOT: 56 U/l, FA 597 U/l, amilasa 28 U/l, PCR 103,3 mg/l. Hemocultivo positivo para E. Coli. Ecografía Abdominal: colelitiasis múltiple y barro biliar con discreta dilatación de la vía biliar intrahepática. ColangioRM: Colelitiasis múltiple, apreciándose también un nivel líquido en la vesícula en relación con barro biliar. Voluminosa litiasis en el conducto cístico, de aproximadamente 1,8 cm, que condiciona compresión extrínseca sobre el tercio distal del conducto hepático común, existiendo dilatación del resto del conducto hepático común así como de la vía biliar intrahepática. El colédoco presenta un calibre normal. Los hallazgos descritos son compatibles con síndrome de Mirizzi. EKG: sin hallazgos patológicos.

Juicio clínico: Cólico biliar complicado. Síndrome de Mirizzi. Colangitis aguda con bacteriemia secundaria por E. coli multisensible.

Diagnóstico diferencial: Síndrome coronario. Cólico renal. ERGE.

Comentario final: El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria. La variabilidad de entidades nosológicas que presenta complica su diagnóstico diferencial. El síndrome de Mirizzi es una complicación que aparece en aproximadamente el 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fístula colecistocoledociana. Cursa clínicamente como ictericia obstructiva, asociándose frecuentemente a cáncer de vesícula. Se diagnostica mediante ecografía abdominal, confirmándose mediante colangioRM. Su tratamiento es quirúrgico, pudiendo realizarse por vía laparoscópica o abierta en función de su estadio.

Bibliografía

Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. Postgrad Med J. 1997;73(862):487-90

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.