

347/3403 - SÍNDROME DE MIRIZZI

M. Cruz Romo^a, P. Chico Nieto-Sandoval^b, C. Quirós Ambel^c y M. Razak Soriano^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ronque. Badajoz. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Ronque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años, fumador, con HTA e IVC. No consumo de alcohol. Desde 2013 elevaciones fluctuantes de la GGT sin sintomatología. En 2017 se solicita eco abdominal donde se objetiva litiasis vesical y leve dilatación de la vía biliar. Tras estos hallazgos se realiza un TAC abdominal donde se aprecia una grave dilatación de la vía biliar sin poder determinar etiología. Se deriva a digestivo y para descartar un colangiocarcinoma se realiza una colangio-RM que lo descarta. Por último se realiza RM abdominal y se decide colecistectomía + hepatectomía derecha y resección de la vía biliar.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Abdomen blando, depresible, sin masas ni megalias. No dolor. ACP normal. Bioquímica: GGT 235. Ecografía abdominal, TC abdominal. Colangio-RMN: vía biliar intra y extrahepática dilatada. Estenosis del hepático común sin masa. RMN abdominal: atrofia del LHD sin lesiones focales, litiasis de 2,8 cm en vesícula biliar. Vía biliar intrahepática derecha dilatada secundaria a estenosis del conducto hepático derecho por aparente compresión extrínseca de la litiasis vesicular. ¿Coexistencia de fistula colecistohepática?

Orientación diagnóstica: Síndrome de Mirizzi.

Diagnóstico diferencial: Colangiocarcinoma, colelitiasis, colangitis, neoplasia de vesícula biliar, neoplasia pancreática.

Comentario final: El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente que ocurre en 1% de los pacientes con colelitiasis. Consiste en la impactación de una litiasis biliar a nivel del conducto cístico o infundíbulo, que posteriormente produce una compresión del conducto hepático común pudiendo generar una fistula colecisto-coledociana, asociándose frecuentemente con cáncer de vesícula. Clínicamente cursa con ictericia de origen obstructivo, y síntomas comunes de patología biliar inespecíficos. El diagnóstico preoperatorio es difícil. La ecografía abdominal es el método de elección para realizar el cribado, confirmándose el diagnóstico mediante una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), una colangioresonancia o una colangiografía directa. El tratamiento es quirúrgico.

Bibliografía

1. Machain Vega G, Rodríguez A, Gilberto López G, et al. Experiencia en el manejo de Sx de Mirizzi en la II cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas. Cir Parag. 2017;41(2).

2. Cárdenas Quirós MF, Álvarez Chaves R. Síndrome de Mirizzi. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. 2018;3:2215 741.

Palabras clave: Hipertransaminasemia. Síndrome de Mirizzi. Obstrucción extrínseca vía biliar.