

CARTA CLÍNICA

Cólico biliar ¿sin más?

Biliary colic. Is it all?



El dolor abdominal es motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria. Sus múltiples causas van desde la urgencia vital, que precisa tratamiento quirúrgico inmediato, hasta cuadros autolimitados que requieren sólo tratamiento analgésico^{1,2}. El 20% de los casos acaban siendo diagnosticados como «dolor abdominal inespecífico». Por tanto, realizar un correcto diagnóstico diferencial resulta muy complicado. Más aún si añadimos la dificultad que supone para los pacientes definir las características del dolor que presentan.

El dolor en el hipocondrio derecho generalmente se relaciona con un origen hepatobiliar: cólico biliar, colecistitis o colangitis. Clínicamente se caracteriza por la aparición súbita de epigastralgia y/o dolor en el hipocondrio derecho, con o sin náuseas y vómitos. Su causa suele ser una litiasis que obstruye el cístico o el colédoco.

Presentamos un caso muy habitual, pero con alguna peculiaridad que consideramos reseñable: Mujer de 47 años de edad que consultó vía telefónica por dispepsia de 2 meses de evolución; hacía una semana que había comenzado con epigastralgia intermitente, vómitos tras la ingesta y sensación distérmica. Ante una primera sospecha de gastroenteritis, recomendamos que acudiera de forma presencial a la consulta.

Presentaba marcada ictericia de piel y mucosas, y no refería dolor en el momento de la exploración, siendo esta totalmente normal. Ampliando la anamnesis, la paciente refirió prurito generalizado y coluria desde hacía varios días.

Pensando en un posible síndrome colestásico, realizamos una ecografía abdominal en la misma consulta. En esta apreciamos, de forma evidente, la presencia de una litiasis alojada en el infundíbulo de la vesícula biliar junto con dilatación y tortuosidad del colédoco (fig. 1).

A pesar de no referir dolor, debido a la ictericia que presentaba y ante los resultados de la ecografía, la derivamos al servicio de urgencias hospitalarias para valoración y estudio.

La paciente fue ingresada en el servicio de digestivo, donde se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con la colocación de un stent en colédoco, que liberó la vía biliar. Y, posteriormente, se le practicó una colecistectomía. Fue dada de alta con el diagnóstico de síndrome de Mirizzi (SM), permaneciendo totalmente asintomática.



Figura 1 Ecografía abdominal realizada en consulta donde se observa una gran litiasis alojada en el infundíbulo de la vesícula biliar (*), condicionando dilatación y tortuosidad del colédoco (flechas).

El SM es una rara complicación de la colelitiasis (presente en el 0,1% de los pacientes con enfermedad de la vesícula biliar y en el 0,7-2,7% de las colecistectomías realizadas)²⁻⁵. Se caracteriza por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a la impactación de una colelitiasis en el infundíbulo de la vesícula biliar o el conducto cístico, que comprime de forma externa el conducto hepático común, pudiendo originar una fístula colecisto-coledociana⁶. Se asocia con una mayor incidencia de cáncer de vesícula biliar respecto a aquellos pacientes que presentan colelitiasis aislada, posiblemente porque origine una inflamación crónica de la pared vesical^{3,7,8}.

Su diagnóstico es muy difícil, ya que carece de signos y síntomas patognomónicos. Como diagnósticos diferenciales debemos incluir todas las causas de ictericia obstructiva. Es frecuente que los pacientes refieran clínica biliar de larga evolución, presentando en el momento del diagnóstico signos clínicos y bioquímicos de obstrucción biliar. El dolor en el hipocondrio derecho, aunque frecuente, no siempre está presente (el signo de Murphy puede ser positivo en el 50% de los casos) y casi el 60% puede empezar con un cuadro infeccioso agudo: colecistitis, colangitis o pancreatitis⁴.

El método de cribado inicial es la ecografía abdominal, que tiene una sensibilidad de hasta el 27% y una especificidad del 90%, y ante la sospecha diagnóstica se confirma mediante CPRE, cuya sensibilidad es del 76 al 100%⁸. Esta prueba, a la vez que diagnóstica, es una técnica terapéutica³.

Los signos ecográficos que indicarían la posibilidad de un SM son: vesícula biliar contraída con vía biliar intrahepática y conducto hepático común dilatados, siendo normal el calibre del conducto biliar común. También sugieren SM la dilatación del cuello de la vesícula biliar, la presencia de colelitiasis impactada a nivel del cuello de la vesícula o el cambio abrupto de la anchura del conducto hepático común distal a una colelitiasis⁹.

El tratamiento definitivo es la colecistectomía^{3,4,8}. La colocación de un stent en colédoco mediante CPRE es un método puente a la cirugía en los casos de hiperbilirrubinemia importante como ocurrió en el caso que nos ocupa⁸.

En resumen, el SM es una complicación infrecuente de la patología biliar (0,1%). Esta escasa incidencia y el hecho de que las series publicadas consten de muy pocos pacientes justifica la dificultad de su diagnóstico. En Atención Primaria, suele ser un hallazgo casual. No obstante, su frecuente asociación con el cáncer de vesícula biliar obliga a considerar su diagnóstico ante un cuadro de ictericia obstructiva con las peculiaridades señaladas previamente; por tanto, es preciso sospecharlo, estando atentos a los signos y síntomas descritos, y disponer del equipo necesario para poder realizar e interpretar una ecografía de forma ambulatoria.

Responsabilidades éticas

Se cuenta con la aprobación del Comité ético del Distrito Sanitario Granada Metropolitano / Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ugarte MJ. Enfrentamiento del paciente con dolor abdominal. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2021;32:457–65.
2. Palacios D, Gutierrez M, Gordillo FJ. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Semerger*. 2011;37:167–9.
3. Jones MW, Ferguson T. Mirizzi Syndrome [actualizado 24 Abr 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482491/>
4. Klekowski J, Piekarska A, Góral M, Kozula M, Chabowski M. The Current Approach to the Diagnosis and Classification of Mirizzi Syndrome. *Diagnostics* (Basel). 2021;11:1660. <http://dx.doi.org/10.3390/diagnostics11091660>. PMID: 34574001; PMCID: PMC8465817.
5. Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. *Postgrad Med J*. 1997;73:487–90.
6. Safioleas M, Stamatakis M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi Syndrome: an unexpected problem of cholelithiasis Our experience with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol*. 2008;5:12. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7800-5-12>. PMID: 18495037; PMCID: PMC2413250.
7. Ramia JM, Villar J, Muffak K, Mansilla A, Garrote D, Ferron JA. Síndrome de Mirizzi y cáncer de vesícula. *Cir Esp*. 2007;81:105–6.
8. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin North Am*. 2019;99:231–44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.suc.2018.12.006>. PMID: 30846032.
9. Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct: normal anatomy and disease processes. *Radiographics*. 2001;21:3–22. <http://dx.doi.org/10.1148/radiographics.21.1.g01ja093>, questionnaire 288–94. PMID: 11158640.

M. Sánchez Cambronero, M. Guisasa Cárdenas,
A. González Bravo, M.N. Generoso Torres
y J.C. Aguirre Rodríguez*

*Centro de Salud Fortuny Velutti, Distrito Sanitario
Granada Metropolitano, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Jcaguirre30@hotmail.com
(J.C. Aguirre Rodríguez).