



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-094 - SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO III. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO

*Pérez Rodríguez, Rosa; Pérez Daga, José Antonio; Mirón Fernández, Irene; Sánchez Pérez, Belinda; León Díaz, Francisco Javier; Santoyo Santoyo, Julio*

*Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** El síndrome de Mirizzi es una complicación rara de la coledocistitis, causada por la compresión o destrucción del conducto hepático común por cálculos que se encuentran en el conducto cístico o en el Hartmann vesicular. Cuando se diagnostica un síndrome de Mirizzi, la cirugía es inevitable para su resolución, siendo la vía laparotómica el gold standard actualmente, aunque el abordaje laparoscópico cada vez se está extendiendo más. En este vídeo presentamos los gestos quirúrgicos realizados en un paciente diagnosticado de síndrome de Mirizzi tipo III.

**Caso clínico:** Varón de 69 años, con antecedentes de HTA, infarto agudo de miocardio en 1999, diabetes mellitus tipo 2 e insuficiencia renal crónica grado IIIb asociada, con historia de meses de evolución de dispepsia y dolor intermitente en hipocondrio derecho. La analítica preoperatoria muestra un perfil hepático con colestasis disociada (GGT 1.428, FA 578, BT 0,59). Se realiza un TC y una colangioRM que muestran una vesícula biliar colapsada, ocupada por dos grandes litiasis, una de ellas localizada en el Hartmann vesicular, provocando una estenosis del conducto hepático común con dilatación de la vía biliar preestenótica, hallazgos compatibles con síndrome de Mirizzi. Se interviene al paciente en noviembre de 2018, realizándose una colecistectomía subtotal laparoscópica con reparación de la vía biliar principal con flap de vesícula biliar. La intervención cursa sin incidencias. El paciente es alta al segundo día postoperatorio, sin ninguna complicación. Al tercer mes postoperatorio, objetivamos un perfil hepático normalizado y en la colangioRM comprobamos que no existe estenosis de la vía biliar secundaria a su reparación. Un año después de la cirugía el perfil hepático sigue rigurosamente normal y el paciente permanece asintomático.

**Discusión:** El síndrome de Mirizzi tipo III implica que existe una fístula colecisto-biliar que afecta a menos de dos tercios de la circunferencia de la vía biliar. La cirugía abierta se considera el gold standard en el manejo del síndrome de Mirizzi. Con los avances en cirugía laparoscópica, cada vez más cirujanos recomiendan el abordaje laparoscópico, especialmente para los grados I (en el que no existe fístula) y grados II, a pesar de que, según la literatura médica está grabada con una tasa de reconversión del 37-78%. En el síndrome de Mirizzi tipo III la opción de tratamiento más recomendada es la realización de una colecistectomía parcial y el cierre del defecto de la vía biliar sin estenosis mediante la utilización de los flaps del Hartmann vesicular fusionados a la vía biliar. Si no es factible esta técnica, habría que realizar una hepático-yeyunostomía en Y de Roux. En una revisión sistemática reciente sobre el abordaje laparoscópico de los síndromes de Mirizzi, solo se consigue completar el procedimiento por vía laparoscópica en 15 de los 75 casos de Mirizzi tipo III

en los que se intentó (10,65%). La importancia del diagnóstico preoperatorio es evidente, ya que evita al cirujano enfrentarse a una anatomía distorsionada de forma inesperada y le permite planear la intervención quirúrgica, asociando una menor tasa de lesiones de la vía biliar y de reconversión.