



P-267 - SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO VA. HALLAZGO EN QUIRÓFANO EN UN HOSPITAL RURAL

Piquet Estrada, Natàlia; Hernandez Bello, Mariana; Lobo Contreras, Andrea; Gallardo Casals, Antoni

Hospital de Berga, Berga.

Resumen

Introducción: Evidenciar la dificultad de resolución de un síndrome de Mirizzi en un hospital rural no descrito en las pruebas preoperatorias.

Caso clínico: Mujer de 62 años, antecedentes obesidad y osteoporosis con PTC derecha, remitida a consultas externas de cirugía por elevación de la FA y la GGT en dos analíticas realizadas en 4 meses, no dolor abdominal cólico, no hiperbilirrubinemia, ecografía y resonancia preoperatorias: vesícula en porcelana, colecistopatía crónica, vía biliar normal (F.1). Se programa para colecistectomía laparoscópica electiva, en quirófano hallazgo de vesícula con litiasis ocupante con fistula a hepático común y colédoco 2/3 circunferencial y a ángulo hepático colónico (F.2). Se realiza reconversión a abierta, sutura primaria de la fistula colónica, colecistectomía parcial y reconstrucción vía biliar con bolsa de Hartmann sobre tubo en T. (F.3). Posoperatorio correcto, colangiografía transkehr a los 10 días (F.4) posterior retirada del mismo y por último retirada del drenaje abdominal a los 7 días posteriores. Anatomía patológica: colelitiasis de 8 cm colecistitis crónica con focos de reagudización.

Discusión: El síndrome de Mirizzi Va es un caso poco frecuente, en nuestro hospital 1/600 colecistectomías laparoscópicas electivas en los últimos 10 años (0,2%). El diagnóstico preoperatorio es de gran ayuda y puede contraindicar la opción quirúrgica pero como describimos en nuestro caso no es infalible. El desafío son los hallazgos en quirófano en un servicio de cirugía comarcal sin posibilidad de servicio de digestología, ni cirugía hepatobiliar, ni radiología intervencionista, ni anatomía peroperatoria ni quirófanos de larga duración ni reanimaciones después de la tarde ni unidades de cuidados intensivos, la primera decisión fue si continuar la cirugía ya con la laparotomía, también tuvimos en cuenta la asociación del síndrome de Mirizzi con la neoplasia de vesícula (30-40%). Como se describe la mayoría de casos publicados realizamos las tres premisas en la cirugía del Mirizzi 1. Reconversión a abierta. 2. Colecistectomía económica para asegurar el cierre de la vía biliar. 3. El drenaje de la vía biliar (en nuestro caso por tubo en T). Presentamos el caso ya que creemos que admite múltiples opiniones sobre la opción quirúrgica sobre todo por los compañeros cirujanos de pequeños hospitales ya que infrecuentemente, nos iremos encontrando con estos casos.