



VC-065 - EXPLORACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR EN PACIENTE CON SÍNDROME DE MIRIZZI Y COLEDOCOLITIASIS

Blanco Terés, Lara; Martínez Cecilia, David; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Delgado Búrdalo, Livia; Revuelta Ramírez, Julia; Gijón Moya, Fernando; Muñoz Sanz, Sara; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: El síndrome de Mirizzi es una complicación infrecuente de la colelitiasis crónica secundario a la impactación de una litiasis en el infundíbulo o conducto cístico. Este fenómeno condiciona una compresión extrínseca de la vía biliar principal, pudiéndose asociar además una fístula colecistocolédocal. La asociación de esta entidad con la coledocolitiasis no es infrecuente, lo que puede condicionar un reto diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 65 años sin antecedentes de interés, que acudió a consultas externas de Cirugía para valorar colecistectomía por cólicos biliares de repetición en el último año. Durante la valoración se evidenció elevación de las enzimas de colestasis (GGT 626 U/L y Fosfatasa alcalina 425 U/L) manteniendo bilirrubina y enzimas de citólisis normales, por lo que se solicitó una colangiografía resonancia magnética previa a la cirugía. En la prueba de imagen se identificó litiasis de 32 mm alojada en el infundíbulo de la vesícula biliar e impactada sobre el conducto hepático común, provocando una dilatación retrograda de todo el árbol biliar proximal (12 mm) compatible con síndrome de Mirizzi. Además se objetivó una posible microlitiasis en el conducto hepático común, inmediatamente craneal a la impactación. Con dichos hallazgos se propone para colecistectomía y exploración laparoscópica de la vía biliar (ELVB). Durante la cirugía se evidenció vesícula con paredes engrosadas, empiema y cálculo impactado en el infundíbulo, condicionando una fístula colecistocolédocal de pequeño tamaño, compatible con síndrome de Mirizzi tipo II. A través del propio infundíbulo, tras apertura de la vesícula, y por el propio orificio fistuloso se realizó ELVB hacia proximal y distal con fibroscopio ambú 3,8F, encontrando 2 litiasis de 8 mm que se empujaron a duodeno. El defecto de la vía se cubrió con *flap* de la pared vesicular, confeccionado sobre tubo de Kehr y suturado con V-Loc 4/0 y Monofilamento reabsorbible 5/0. Posteriormente se colocó matriz medicamentosa para un correcto sellado de la sutura y se dejó un drenaje ambiente en el lecho quirúrgico. La paciente presentó buena evolución posoperatoria, siendo dada de alta a los 7 días. El drenaje Kehr fue retirado de forma incidental a las 48h de la cirugía y el ambiente el día del alta. Se realizó colangiografía resonancia magnética al mes sin evidenciarse fugas ni defectos de repleción en el árbol biliar.

Discusión: Tradicionalmente, el tratamiento del síndrome de Mirizzi tipo II ha sido la derivación biliar mediante hepaticoyeyunostomía por abordaje abierto; sin embargo, en centros de referencia y con el instrumental adecuado pueden ofrecerse alternativas menos agresivas por abordaje

laparoscópico.