



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-230 - FÍSTULA COLECISTOHEPÁTICA: ¿SÍNDROME DE MIRIZZI?

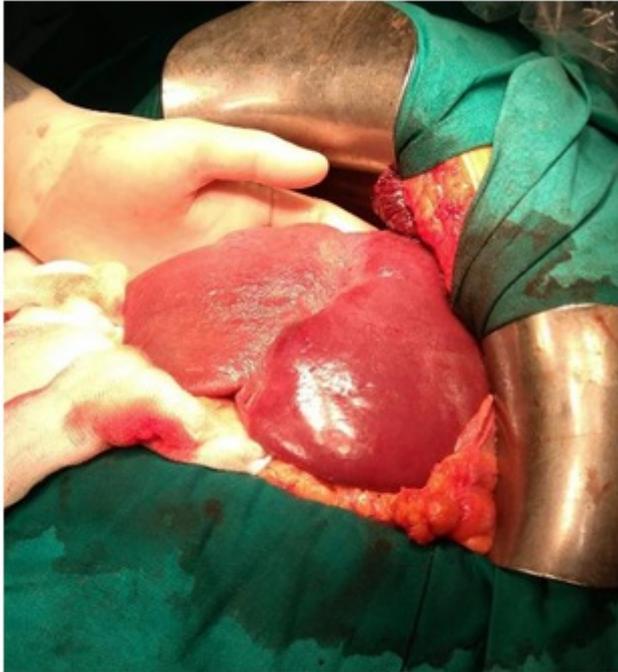
Valle Rodas, María Elisa; Fernández, Juana María; García, Begoña; García, David; Román, Silvia; de Armas, Noelia; Galeano, Francisco; Blanco, Gerardo

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: El síndrome de Mirizzi describe la obstrucción mecánica del conducto hepático común debido a una compresión extrínseca (con o sin fístula asociada). Ocurre entre el 0,2 y 1,5% de los pacientes con litiasis biliar. La fístula colecistohepática (según la Clasificación de Mirizzi de 2008), tipo IIB es causada por la erosión de la pared del conducto común que afectaría a más del 50% de la circunferencia, sin embargo, las fístulas al conducto hepático común derecho son raras, siendo anecdóticos los casos publicados. Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años en estudio por elevación de la GGT, detectándose en pruebas de imagen una dilatación de la vía biliar intrahepática derecha secundaria a una vesícula escleroatrófica.

Caso clínico: Paciente con antecedentes personales de Hipertensión arterial e insuficiencia venosa crónica en tratamiento. Fumador de 10-12 cigarrillos al día. Se detecta en 2013 elevación de la GGT con cifras fluctuantes. Asintomático desde el punto de vista digestivo. Se realiza TAC abdominal donde encontramos una dilatación de la vía biliar intrahepática derecha, sin poder determinar la etiología (colangiocarcinoma o litiasis). Dado los hallazgos se solicita colangio-RMN con visualización de vesícula escleroatrófica que causa estenosis del conducto hepático derecho y atrofia del lóbulo hepático derecho asociada, no descartando fístula colecistohepática. Tras presentación del caso en comité multidisciplinar se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza laparotomía subcostal derecha ampliada evidenciando una atrofia de hígado derecho, vesícula escleroatrófica con litiasis, que provoca compresión de la vía biliar derecha y de la vascularización con fístula asociada. Ante los hallazgos, se realiza hepatectomía a nivel de línea de demarcación de Cantlie. Colocación de tubo de Kehr en vía biliar izquierda y realización de colangiografía intraoperatoria con buen paso a duodeno y sin fugas. El paciente evolucionó favorablemente, con cierre progresivo de Kehr y colangiografía dentro de la normalidad, siendo alta el séptimo día postoperatorio. El examen anatomopatológico mostró una vesícula biliar escleroatrófica junto a pieza de hepatectomía con hepatocitos necróticos y fibrosis.



Discusión: El tipo de fístula colecistohepática descrito en nuestro caso, es una variante rara del síndrome de Mirizzi, no descrito en la clasificación, que ocasiona una atrofia del lóbulo hepático derecho y por tanto la necesidad de una hepatectomía. La clínica de este tipo de patología es variable. Las pruebas diagnósticas más empleadas son la ecografía, el TAC y la colangio-RMN, siendo ésta última junto a la CPRE la más certera. No obstante, más de la mitad de los casos no se diagnostican hasta la cirugía. El tratamiento de este tipo de patología dependerá del tipo de Mirizzi y de los hallazgos intraoperatorios encontrados, desde colecistectomía, derivaciones biliodigestivas o hepatectomías (menos frecuente). La tasa de complicaciones postoperatorias es aproximadamente un 7% según la clasificación de Clavien.