



287/10 - ICTERICIA EN EL PACIENTE COLECISTECTOMIZADO

L. Martín Fuertes^a, M. Campos López-Carrión^b, M. Villarejo Botija^a y M. Sales Herreros^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 85 años. Acude a la consulta de Atención Primaria por fiebre de 39 °C. Colectomía por litiasis biliar mediante laparotomía hace 10 años (ignora el motivo de esta vía de acceso, no aporta informe). Marcapasos DDR hace 13 años, por bloqueo AV completo. En las últimas 12 horas refiere malestar general, náuseas sin vómitos, y fiebre de 39 °C, sin foco febril aparente.

Exploración y pruebas complementarias: Ictericia cutánea y conjuntival, TA 120/55, FC100, T^a 39 °C, dolor a la palpación del hipocondrio derecho, Murphy +, sin signos de irritación peritoneal. Resto normal. En la ecografía abdominal del Centro Salud no visualizamos cabeza pancreática por interposición de gas. Derivado a Urgencias, en analítica destaca leucocitosis con neutrofilia, bilirrubina total 10,6; bilirrubina directa 5,1; bilirrubina indirecta 5,5; hipertransaminemia y patrón colestásico. Pruebas pancreáticas normales. La ecografía abdominal en Urgencias, muestra ausencia de vesícula biliar, visualiza cabeza pancreática sin lesiones, pero llaman la atención múltiples calcificaciones con sombra acústica posterior, así como zonas hiperecogénicas sin sombra acústica (probablemente correspondientes a barro biliar -BB), tanto en vía biliar extra (VBE) como intrahepática (VBI). Ambas, severamente dilatadas. Se descartó la realización de colangiografía (paciente portador de marcapasos). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) permitió la exploración de la VBI, mostrando estenosis de 1 cm del conducto hepático común a nivel del clip quirúrgico, que alcanza la bifurcación y produce dilatación intrahepática difusa, al comienzo de la cual hay un conglomerado de BB. La estenosis muestra resistencia, pero permite el paso del balón, extracción de varios moldes de BB y colocación de prótesis biliar plástica. Seguimiento cada tres meses, para la extracción de BB que ha seguido descendiendo desde VBI.

Juicio clínico: Colangitis aguda por estenosis posquirúrgica.

Diagnóstico diferencial: Procesos obstructivos de la vía biliar o páncreas tanto benignos (colelitiasis -el más frecuente-, colangitis aguda, colangitis esclerosante primaria, pancreatitis aguda, estenosis) como malignos (tumores ampolla de Vater, tumores pancreáticos (más frecuente cabeza pancreática), metástasis hepáticas o colangiocarcinomas).

Comentario final: Durante la colectomía, nuestro paciente fue diagnosticado de un síndrome de Mirizzi, es decir, una compresión extrínseca benigna del hepático común por un cálculo

impactado en el cístico o cuello de la vesícula, e inflamación circundante. Es una complicación rara de la colelitiasis de larga evolución (0,1% de los pacientes con enfermedad de la vesícula biliar y 0,7-2,7% de las colecistectomías). Por este motivo, requirió por laparotomía, la implantación de un clip quirúrgico en el hepático común, que a su vez ha derivado en la estenosis actual del mismo y en la formación de litiasis y BB en VBI y VBE . La colangiografía presenta una alta sensibilidad y especificidad en la detección de la litiasis, estenosis y dilatación de VBI y VBE. La CPRE conlleva mayor morbilidad, pero permite la eliminación de la estenosis y el BB. La utilización de prótesis biliares plásticas es un tratamiento habitual y generalizado tanto para el drenaje biliar inicial como para intentar dilatar la estenosis biliar.

Bibliografía

1. Ramia JM, et al. Síndrome de Mirizzi y cáncer de vesícula. *Cir Esp.* 2007;81:105-6.
2. Waisberg J, et al. Benign obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi Syndrome): diagnosis and management. *Arq Gastroenterol.* 2005;42:13-8.
3. Martínez D, et al. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Semergen.* 2011;37(3):167-9.