



P-275 - SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO II: TIPOS DE ABORDAJE DE LA VÍA BILIAR Y REDEFINICIÓN DEL CONCEPTO

Senra, Fátima; Navaratne, Lalin; Acosta, Asunción; Isla, Alberto

St. Mark's Hospital, Londres.

Resumen

Objetivos: El objetivo de este estudio es valorar las vías de abordaje de la vía biliar principal (VBP) en pacientes con síndrome de Mirizzi (SM) tipo II y presentar nuestra experiencia en los últimos veinte años en el manejo laparoscópico de esta patología y redefinir del concepto de SM tipo II (clasificación de McSherry).

Métodos: Se recogieron 11 casos de SM tipo II de una serie prospectiva de 425 pacientes sometidos a exploración laparoscópica de la vía biliar entre 1998 y 2019. Se recogieron datos demográficos, clínicos, diagnósticos, intra y postoperatorios.

Resultados: La incidencia de SM tipo II fue 2,6% en 425 exploraciones laparoscópicas de la vía biliar. El abordaje de la VBP se hizo a través de una incisión a nivel del trayecto fistuloso (fistulotomía, n = 9), o por un acceso transfundibular/transcístico ayudado de litotripsia con láser (LABEL) en los últimos dos casos. Todas las intervenciones se completaron por vía laparoscópica con cierre de la incisión sobre una vía biliar descomprimada (tubo en T, n = 3, stent anterógrado n = 5, drenaje transcístico n = 2) y cierre del infundíbulo con endoloop (n = 1). La tasa de remoción de coledocolitiasis fue del 100% (n = 11). En dos pacientes se utilizó la vía transfundibular junto con litotripsia con láser de Holmium para permitir la realización de la coledoscopia y la remoción exitosa de las litiasis. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: fuga biliar (n = 2) e infección respiratoria (n = 1). Se encontró un cáncer de vesícula biliar en un paciente.

Conclusiones: El SM tipo II es una complicación infrecuente de la colelitiasis de larga evolución. El diagnóstico preoperatorio es difícil, y hasta la fecha no existe consenso en el manejo de esta patología. La reparación abierta ha sido el estándar de manejo durante las últimas décadas. El diagnóstico intraoperatorio correcto del SM tipo II es desafiante dado que la inflamación hiliar dificulta la disección de la fístula colecistocolédociana y porque no existe una medida estandarizada para establecer el límite entre un conducto cístico dilatado y un SM tipo II. Además, no es posible definir el límite entre ellos cuando se utiliza el abordaje transfundibular, dado que las litiasis impactadas pueden ser retiradas a través del infundíbulo, no siendo necesaria la disección del hilio o la realización de una coledocotomía o una fistulotomía. La impactación de las piedras produce cambios inflamatorios locales que distorsionan la anatomía del infundíbulo y del conducto cístico de tal forma que durante la entrada al colédoco desde el infundíbulo con el coledocoscopia no es posible reconocer las estructuras anatómicas, no pudiendo distinguir entre un cístico dilatado o una

fístula, haciendo difícil el diagnóstico intraoperatorio de SM tipo II como comprobamos en los últimos dos casos de la serie. El manejo laparoscópico con exploración de la VBP en el SM tipo II es factible y seguro cuando es llevado a cabo por cirujanos con experiencia. La combinación de la laparoscopia y la coledoscopia con los nuevos abordajes (transinfundibular) y las nuevas tecnologías (LABEL) aumenta la tasa de éxito.