

Utilización del ligamento redondo en la reparación de defectos amplios de la vía biliar en el síndrome de Mirizzi de tipo II

Fernando Turégano-Fuentes, Enrique Mercader-Cidoncha, Dolores Pérez-Díaz, Mercedes Sanz-Sánchez y Luis Miguel Jiménez-Gómez

Servicio de Cirugía General 2 y Sección de Cirugía de Urgencia. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Resumen

El síndrome de Mirizzi es una rara complicación de la litiasis biliar, y el de tipo II (fístula colecistocolédociana) puede plantear un problema técnico complejo en razón de la gran inflamación encontrada y el defecto en la vía biliar. Describimos 2 casos tratados con una técnica sencilla y poco conocida que utiliza una plastia con el ligamento redondo para sellar el gran defecto encontrado en la vía biliar.

Palabras clave: Colelitiasis. Síndrome de Mirizzi. Fístula biliar. Ligamento redondo.

USE OF THE ROUND LIGAMENT IN THE REPAIR OF LARGE BILE DUCT DEFECTS IN TYPE II MIRIZZI'S SYNDROME

Mirizzi's syndrome is a rare complication of cholelithiasis, and type II (cholecystocolochochal fistula) can be a technical challenge due to inflammation and the biliary duct defect. We report two cases that were treated with a simple and little known technique that uses the round ligament as a plasty to seal the large bile duct defect.

Key words: Cholelithiasis. Mirizzi's syndrome. Biliary fistula. Round ligament.

Introducción

El síndrome de Mirizzi es una rara complicación de la litiasis biliar y ocurre en menos del 0,5% de los pacientes¹. Resulta de la impactación de un cálculo en el cuello de la vesícula o el conducto cístico con una gran reacción inflamatoria que obstruye la vía biliar y que produce ictericia (Mirizzi de tipo I). Este cálculo puede erosionar esa vía biliar con el desarrollo de una fístula colecistocolédociana (Mirizzi de tipo II). El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil y se puede sospechar por la ecografía, confirmándose por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)². Las lesiones de tipo II con grandes defectos de la vía biliar pueden plantear un problema técnico complejo, en razón de la gran inflamación habitualmente encontrada en ésta³. Se han descrito diversos procedimientos para su resolución, con la coledocoplastia con pared vesicular o la anastomosis biliodigestiva^{3,4} como opciones más empleadas. La primera no siempre es posible debido a la gran inflamación de la pa-

red vesicular, y la segunda conlleva un riesgo cierto de fístula anastomótica. Describimos aquí 2 casos resueltos con una técnica muy sencilla y poco conocida que utiliza el ligamento redondo para el cierre del defecto en la vía biliar.

Casos clínicos

Caso 1

Varón de 79 años que acude a urgencias por discreto dolor en el hipocondrio derecho e ictericia de 2 semanas de evolución. No refería antecedentes de interés, excepto pérdida de algo de peso y de apetito en los últimos 2 meses. A la exploración física no existían signos de colecistitis aguda, y una ecografía evidenció coledocolitiasis y dilatación de todo el árbol biliar. Su CA 19-9 era de 371 U/ml. Se realizó una CPRE que informó de síndrome de Mirizzi. En la intervención quirúrgica se encontró una gran fístula colecistocolédociana alrededor de un cálculo biliar, con tejidos muy inflamados y edematosos. El defecto encontrado tras la disección correspondía a toda la pared anterior de los 2/3 inferiores de la vía biliar, y el gran edema inflamatorio hacía imposible una plastia con la pared vesicular. Se liberó todo el ligamento redondo de su unión a la pared abdominal anterior, con cuidado de no comprometer su vascularización en el extremo hepático, y se utilizó como plastia para cerrar el defecto con sutura discontinua de material reabsorbible de 3,0, dejando un tubo de Kehr proximal (fig. 1). El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias y una colangiografía trans-Kehr al noveno día evidenció una fuga mínima subclínica. Fue dado de alta con el tubo de Kehr pinzado, que fue retirado ambulatoriamente al decimoquinto día postoperatorio. El paciente está asintomático a los 32 meses de la intervención.

Correspondencia: Dr. F. Turégano-Fuentes.
Plaza Ciudad de Viena, 6. 28040 Madrid. España.
Correo electrónico: fturegano@inicia.es

Manuscrito recibido el 25-1-2005 y aceptado el 31-3-2005.

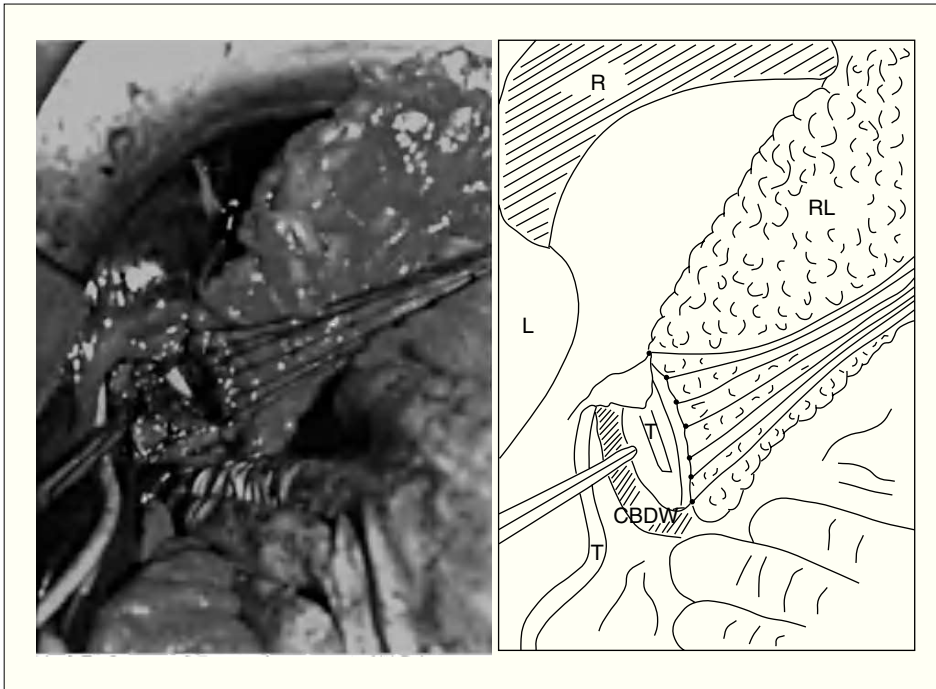


Fig. 1. El ligamento redondo ha sido suturado en primer lugar al borde izquierdo del defecto biliar, con sutura discontinua de 3,0 (se aprecia el grosor de la pared de la vía biliar). CBDW: defecto en vía biliar; separador; L: lóbulo hepático derecho; RL: ligamento redondo; T: tubo de Kehr.

Caso 2

Mujer de 60 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por ictericia progresiva indolora y anorexia. A la exploración sólo destacaba ictericia franca de piel y mucosas, y una ecografía evidenció una masa heterogénea en el hipocondrio derecho indicativa de neoplasia vesicular. Su bilirrubina sérica era de 12 mg/ml, y el CA 19-9 era de 459 U/ml. Una tomografía computarizada (TC) abdominal fue muy indicativa de neoplasia avanzada de vesícula biliar, y la CPRE no consiguió rellenar la vesícula, y evidenció estenosis del hepático común por compresión extrínseca, todo ello también indicativo de neoplasia vesicular avanzada. La citología por cepillado durante la CPRE fue informada como muy sospechosa de neoplasia epitelial. La situación y el pronóstico fueron comentados con la paciente y los familiares, que rechazaron la laparotomía exploradora y prefiriendo la colocación percutánea de una prótesis biliar paliativa. La posibilidad de estudios adicionales y tratamiento adyuvante fue también rechazada. Durante el seguimiento ambulatorio la paciente se encontraba asintomática y una TC a los 6 meses y al año no evidenciaba progresión de la enfermedad. A los 14 meses fue ingresada por un episodio de colangitis obstructiva, y se encontraba en muy buen estado general. Debido a ello el diagnóstico previo fue reconsiderado y la situación discutida de nuevo con la paciente y los familiares, que decidieron la realización de una laparotomía, que objetivó una masa inflamatoria que envolvía la vesícula y la vía biliar, con una gran fístula entre ambas estructuras y alrededor de un cálculo biliar. Se extirparon la vesícula y la endoprótesis, y se cubrió el defecto de la vía biliar con el ligamento redondo y se dejó un tubo de Kehr proximal. La colangiografía de control al octavo día fue normal, la paciente fue dada de alta y se le retiró el tubo de Kehr de forma ambulatoria. El informe anatomopatológico no evidenció signos de malignidad. La paciente está asintomática a los 34 meses de la intervención.

Discusión

Aunque se han descrito diversas técnicas para tratar el síndrome de Mirizzi de tipo II, el mejor método de reparación de esa fístula colecistobiliar dependerá de su tamaño, la calidad de los tejidos circundantes y la experiencia

del cirujano⁴. Cuando hay un gran defecto en la vía biliar (tipo II de la clasificación de McSherry et al⁵, o tipo III de la clasificación de Csendes et al⁶), muchos autores preconizan una coledocoplastia con tejido de la vesícula o el cístico¹. Otros abogan por una anastomosis biliodigestiva, aunque la morbilidad potencial de esta última resulta significativa en este contexto⁴.

Settaf et al⁷ fueron los primeros en describir, en una revista francesa, la utilización del ligamento redondo en la reparación de los defectos ocasionados en la vía biliar por estos cálculos causantes de fístulas biliobiliares; propusieron la técnica como una alternativa más sencilla que la anastomosis biliodigestiva en "Y" de Roux, y la usaron en 4 casos de síndrome de Mirizzi, con buenos resultados a largo plazo. A pesar del atractivo de su técnica, este uso del ligamento redondo como plastia biliar ni siquiera se menciona en series amplias de la bibliografía quirúrgica en lengua inglesa^{1,3,4}, con excepción de algún caso aislado publicado en revistas de poco impacto. Se han descrito también casos aislados donde el defecto biliar se ha sellado con un parche de serosa yeyunal⁸.

Nuestros 2 casos tenían amplias fístulas colecistocolédocianas que resultaron en grandes defectos de la vía biliar principal, con tejidos circundantes muy engrosados, edematosos e inflamados que, en nuestra opinión, impedían la plastia con tejido vesicular y hacían de alto riesgo una anastomosis biliodigestiva. Por el contrario, la utilización de un tejido próximo autólogo y no inflamado, como el ligamento redondo, nos pareció una alternativa razonable, a la luz de la experiencia de los autores mencionados⁷. Aunque tuvimos que colocar los tubos de Kehr proximales por razones técnicas, algunos recomiendan su colocación distal a la fístula siempre que sea factible⁶.

Si se diagnostica preoperatoriamente, el abordaje laparoscópico del síndrome de Mirizzi de tipo II no es una contraindicación en algunos centros especializados⁹, aunque se ha realizado fundamentalmente en el tipo I, de menor complejidad técnica². Sin embargo, la realización laparoscópica de esta técnica del ligamento redondo no se ha publicado.

Nuestro segundo caso ilustra bien las dificultades diagnósticas de este síndrome y su confusión ocasional con una neoplasia maligna, algo también descrito en la bibliografía médica¹⁰.

Como conclusión, creemos que la buena vascularización y la suficiente longitud del ligamento redondo, y la sencillez de la técnica, hacen de ésta una alternativa atractiva en el manejo de este infrecuente y a menudo complejo problema quirúrgico.

Bibliografía

1. Johnson LW, Sehon JK, Lee WCh, Zibari GB, McDonald JC. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review. *Am Surg.* 2001;67:11-4.

2. Yeh CN, Jan YY, Chen MF. Laparoscopic treatment for Mirizzi syndrome. *Surg Endosc.* 2003;17:1573-8.
3. Chan CY, Liau KH, Ho CK, Chef SP. Mirizzi syndrome: a diagnostic and operative challenge. *Surgeon.* 2003;1:273-8.
4. Karademir S, Astarcioğlu H, Sökmen S, et al. Mirizzi's syndrome: diagnostic and surgical considerations in 25 patients. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2000;7:72-7.
5. McSherry CK, Ferstenberg H, Virship M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol.* 1982;1:219-25.
6. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76:1139-43.
7. Settaf A, Balafrej S. Plastie biliaire utilisant le ligament rond. Technique de réparation des pertes de substance de la voie biliaire principale. *Ann Chir.* 1993;47:529-33.
8. Kaushik R, Sharma R. Jejunal serosal onlay flap for repair of large common bile duct defect in Mirizzi's syndrome. *Trop Gastroenterol.* 2001;22:169-70.
9. Chowbey PK, Sharma A, Mann V, Khullar R, Bajjal M, Vashistha A. The management of Mirizzi's syndrome in the laparoscopic era. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2000;10:11-4.
10. Principe A, Del Gaudio M, Grazi GL, Paolucci U, Cavallari A. Mirizzi syndrome with cholecysto-choledocal fistula with a high CA19-9 level mimicking biliary malignancies: a case report. *Hepatogastroenterology.* 2003;50:1259-62.