



# SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV: FÍSTULA COLECISTO HEPÁTICO. REPORTE DE UN CASO.

Michelle Eltit<sup>1</sup>, Norman Aguilera<sup>2</sup>, Rodrigo Canales<sup>1</sup>, Gabriela Rubio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Interno Medicina, Universidad de Santiago.

<sup>2</sup>Médico cirujano, Médico EDF Hospital Contulmo

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Mirizzi es una complicación muy poco frecuente de la coledoclitiasis, presentándose en un 0,05-4% de pacientes con enfermedad biliar o aquellos que serán colecistectomizados, y si consideramos la prevalencia de coledoclitiasis en nuestro país, hace de este cuadro un diagnóstico que no se puede ignorar<sup>1,2</sup>. Dicho síndrome es ocasionado por la impactación de un cálculo en el bacinete, provocando una obstrucción del conducto biliar principal, esta presión generada, conlleva a la erosión y eventual necrosis de las paredes entre la pared vesicular y la vía biliar, pudiendo originar una "Fístula colecisto-coledociana", cuya resolución siempre comprende un gran desafío para el cirujano.

## PREGUNTA

¿Cuál es la mejor forma de resolver un cuadro quirúrgico tan complejo como el síndrome de Mirizzi ?

## CASO CLÍNICO

Hombre, 77 años. Consulta en urgencias por cuadro de 3 semanas de evolución de dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a ictericia clínica, coluria, acolia y baja de peso de 10 kg en 2 meses. Se estudia con Colangiografía y se diagnostica Síndrome de Mirizzi tipo IV (Fístula colecisto-hepática). Se realizó Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica describiendo salida de pus. Se instala prótesis biliar y se maneja con antibioterapia, evoluciona favorablemente, con alta hospitalaria al término del tratamiento antibiótico. Sin embargo, consulta al poco tiempo por reaparición clínica de ictericia obstructiva, nueva tomografía computada de abdomen y pelvis, evidencia disfunción de prótesis, por lo que se intenta su recambio, sin éxito por abundante pus. Se decide laparotomía exploratoria para colecistectomía y plastia de bacinete. Paciente evoluciona desfavorablemente y debe ser intervenido nuevamente, con la consiguiente derivación biliodigestiva, resolución con la que finalmente evoluciona satisfactoriamente

## DISCUSIÓN

El pronóstico para el SM tipo I es bastante favorable, ya que la intervención con colecistectomía laparoscópica, en la gran mayoría de los casos resuelve el problema<sup>3</sup>. Sin embargo para aquellas que se han complicado con una fístula, probablemente y dependiendo de la condición basal del paciente, el tipo de fístula y su extensión, requerirán reintervenciones, con el incremento asociado de la morbimortalidad<sup>4</sup>, como la instalación de sonda T, bacineteplastia o una derivación biliodigestiva, que en este caso fue la mejor solución para el paciente presentado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Witte CL. Choledochal obstruction by cystic duct stone. Mirizzi's syndrome. Am Surg 1984; 50:241.
2. Alberti-Flor JJ, Iskandarani M, Jeffers L, Schiff ER. Mirizzi syndrome. Am J Gastroenterol 1985; 80:822.
3. Galiano-Gil J. El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. Revista Cubana de Cirugía. 2016 ; 55 (2)
4. Kulkarni SS, Hotta M, Sher L, et al. Complicated gallstone disease: diagnosis and management of Mirizzi syndrome. Surg Endosc 2017; 31:2215.

