

Síndrome coledociano

Abel Novillo, María Romano, Elsa Báez, Alfredo Currás

Servicio de Gastroenterología, Hospital Fernández. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

Se trata de un varón de 56 años previamente sano, que consulta por dolor de tres meses de evolución, tipo cólico, episódico, a nivel de epigastrio e hipocondrio derecho, con irradiación a dorso, y aumento de intensidad y frecuencia en la semana previa. Refiere además en las últimas 72 horas coloración amarilla de piel, coluria y acolia. Niega fiebre o equivalentes.

Al examen físico se observa ictericia cutáneo-mucosa, abdomen levemente distendido, moderadamente doloroso a la palpación profunda, Murphy positivo, con ausencia de reacción peritoneal.

Presenta analítica compatible con colestasis, con una bilirrubina total de 8.4 mg/dl, a predominio de la fracción directa.

Se realiza ecografía de abdomen que informa esteatosis hepática moderada, con vesícula distendida de 41 mm, por 55 mm, por 63 mm; vía biliar intra y extra-hepática dilatadas, con colédoco de 16 mm, con lito en su interior.

Con estos datos se decide realizar colangiografía retrógrada endoscópica (Figuras 1-2).

¿Cuál es el diagnóstico?



Figura 1.



Figura 2.

Correspondencia: Abel Novillo
 Guayra 1810, 1º A, (1429). Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
 Argentina.
 Tel. 4701-6731
 E-mail: abelnovillo@hotmail.com

Resolución del caso en la página 232

◆ IMAGEN DEL NÚMERO

Solución del caso: síndrome coledociano

Viene de la página 173

Las imágenes de la colangiografía (CPRE) corresponden a un síndrome de Mirizzi asociado con un conducto cístico de inserción baja, en el tercio distal, cerca de la ampolla de Vater (Figuras 3-4).

Las variantes anatómicas del conducto cístico reconocidas son cinco: un cístico largo con una fusión baja con el colédoco (como este caso), una fusión anormalmente alta entre cístico y colédoco, un conducto hepático accesorio, un cístico que desemboca en el conducto hepático derecho y finalmente el llamado conducto colecistohepático. Estas anomalías son frecuentes (alrededor de un 20% según las series), siendo la más común la inserción baja del cístico; en el 75% de los casos el conducto cístico se fusiona con el colédoco en el tercio medio, mientras que el 10% de las anomalías císticas corresponden a un conducto cístico insertándose en el tercio distal, como nuestro paciente.

Descrito por Mirizzi en 1948, el síndrome de Mirizzi consiste en la obstrucción del conducto hepático común, secundario a la compresión de un cálculo impactado en el conducto cístico o el infundíbulo, asociado a espasmo muscular y respuesta inflamatoria secundaria. Tiene una baja incidencia, aunque en algunas series llega al 2.5% de todas las colecistectomías. Se describen clásicamente dos tipos: por compresión directa del cálculo, sin fístula (Tipo I); y por compresión directa más fístula colecistobiliar (Tipo II).

La inserción baja del conducto cístico suele originar errores diagnósticos en los estudios por imágenes preoperatorios; del mismo modo puede complicar los procedimientos laparoscópicos, aumentando la tasa de conversión convencional. De igual modo, la intensa inflamación de los tejidos que acompaña al síndrome de Mirizzi suele llevar también a errores diagnósticos y a dificultades técnicas que casi contraindican la laparoscopia en estos casos.

En este paciente, a pesar del diagnóstico preoperatorio de ambas entidades por medio de la CPRE, se decidió intentar un abordaje laparoscópico inicial, el cual fracasó por las adherencias vesiculares, completándose luego la colecistectomía convencional sin complicaciones y con buena evolución postoperatoria.

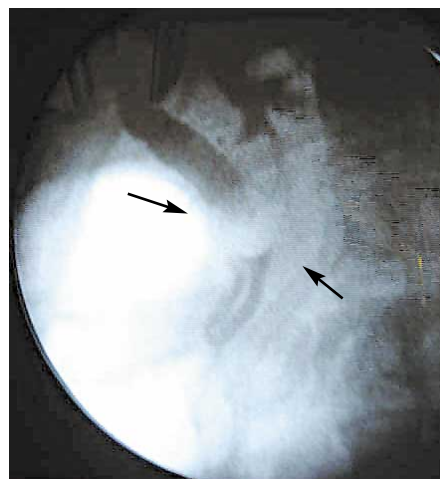


Figura 3.



Figura 4.

Referencias

- Cheol WJ, Byung WM, Tae JS, Hong SL, Seung JK, Jun WU. Mirizzi syndrome in an anomalous duct: A case report. *World J Gastroenterol* 2007;13:5527-5529.
- Schafer M, Schneiter NR, Krahenbulhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003;17:1186-1192.
- Shaw MJ, Dorsher PJ, Vennes JA. Cystic duct anatomy: an endoscopy perspective. *Am J Gastroenterol* 1993;88:2102-2106.
- Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. *ANZ J Surg* 2001;71:423-427.
- Puente SG, Bannura GC. Radiological anatomy of the biliary tract: variations and congenital abnormalities. *World J Surg* 1983;7:271-276.