

Caso	(145) No todos los hipocondrios derechos esconden lo mismo.
Autores	Enrique García-serrano Fuertes, Andoni López Maseda; Asier Garmendia Zabaleta; Soledad Larburu Zabala; Borja Souto Canteli; Leire Prada San Martín
Centro	H.u.cruces

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 83 años que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por dolor en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución. Además de dolor, presentaba fiebre, náuseas y vómitos como cortejo vegetativo acompañante. Se le realizó un hemograma y una bioquímica, incluyendo perfil hepático, en las que se constató colestasis, una marcada leucocitosis y una elevación de la PCR como datos más relevantes. Como antecedentes reseñables para el cuadro actual, había presentado episodios previos de colangitis de causa litiásica. Había sido valorado por cirugía general previamente y estaba incluido en lista de espera para realización de colecistectomía programada. Ante este cuadro, se pidió valoración a radiología de guardia para descartar patología de la vía biliar.

Se decide por parte del equipo de guardia la realización de una TC abdominopélvica, en fase venosa. En la TC se constató la presencia de múltiples litiasis en vesícula y conducto hepático común, así como una comunicación directa (señalada con flechas rojas en las imágenes 2 y 3) entre la vesícula biliar y el conducto hepático común. La presencia de esta comunicación, es decir, una fístula colecistobiliar, es un hallazgo que se encuadra dentro del Síndrome de Mirizzi, que padecía este paciente.

DISCUSIÓN

Revisando sus exploraciones previas, se había realizado durante un ingreso previo una colangio-RM que mostraba presencia de litiasis en vesícula biliar y colédoco. En la imagen 1, correspondiente con un corte coronal de una secuencia T2 de la RM de dicho ingreso, se evidencia la práctica ausencia de conducto cístico (punta de flecha roja), el cuál se halla en íntimo contacto con el conducto hepático común, separados por una fina pared vesicular (flecha roja). Estos hallazgos que se mencionan están propuestos como factores anatómicos que se han asociado a un aumento de la predisposición al desarrollo de una fístula colecistobiliar. En las imágenes de TC y RM numeradas como 2, 3 y 4 se pueden apreciar los cambios radiológicos atribuibles al síndrome de Mirizzi, con disrupción de la fina pared que separaba previamente la vesícula biliar del conducto hepático común, estableciéndose una fístula colecistobiliar (flechas rojas de imágenes 2, 3 y 4).

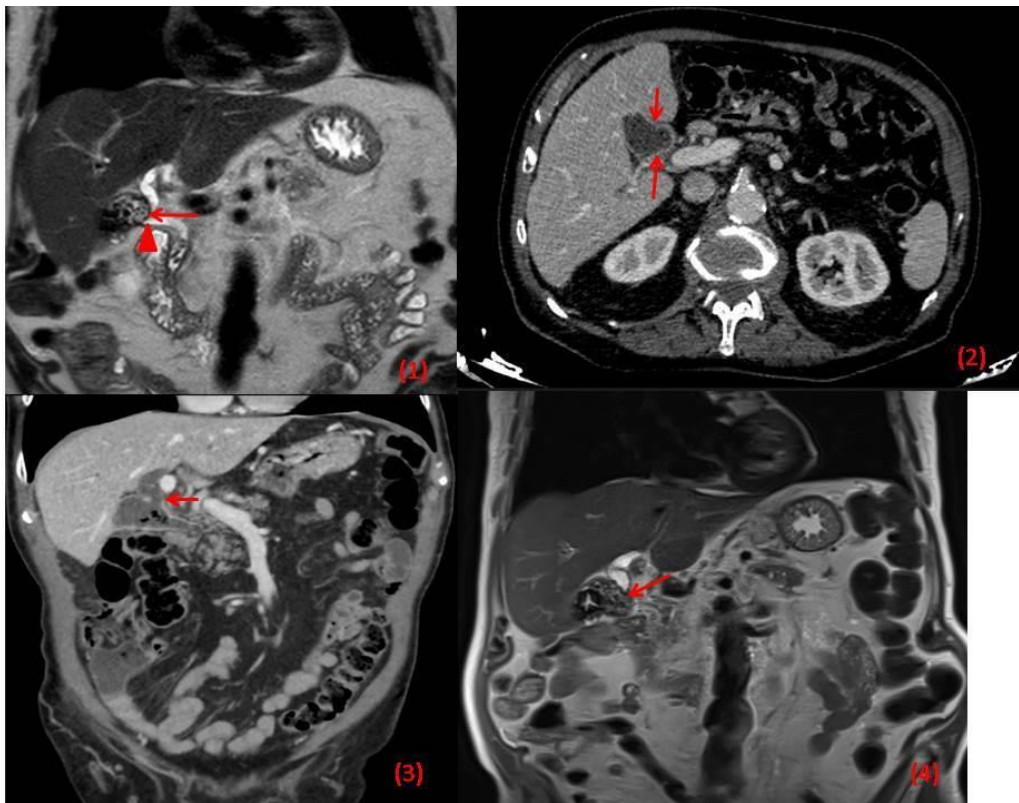
Los hallazgos que se pueden observar en el síndrome de Mirizzi fueron clasificados por Csendes en una clasificación que tiene 5 grados, desde el grado I (compresión estricta del ducto biliar sin fístula), los grados II, III y IV (fístula colecistobiliar, con distinta extensión de la comunicación) y el grado V que se caracteriza por la presencia de una fístula colecistoentérica. Según la clasificación de Csendes, nuestro caso en particular corresponde con un síndrome de Mirizzi de tipo III. El

grado III se define por una extensión de la dehiscencia en la pared del ducto biliar entre un tercio y dos tercios de la circunferencia del mismo.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Mirizzi es una causa poco frecuente de dolor en hipocondrio derecho. Se cree que en la fisiopatología del síndrome de Mirizzi interviene la compresión extrínseca sobre el ducto biliar, que deviene en una inflamación crónica, la cuál favorece con el paso del tiempo la formación de fístulas colecistobiliares y colecistoentéricas. Uno de los diagnósticos diferenciales es con el cáncer de vesícula biliar con el que comparte el factor de riesgo de la inflamación crónica, por lo que el síndrome de Mirizzi aumenta el riesgo de padecer cáncer de vesícula biliar.

Aunque no es muy frecuente, la importancia de conocerlo reside en la variación de la actitud terapéutica con respecto a otras patologías de la vía biliar. Los pacientes que padecen un síndrome de Mirizzi con fístula colecistobiliar o colecistoentérica son candidatos a cirugías más agresivas. En concreto, en nuestro caso el paciente fue intervenido en las primeras horas tras el diagnóstico y fue necesaria la realización de una hepaticoyeyunostomía, además de la colecistectomía.



La imagen consta de cuatro capturas en distintos planos. La imagen número 1 es un corte coronal de una secuencia T2 de una RM que se había realizado el paciente durante un ingreso previo. En esta imagen 1 se aprecian un conducto cístico prácticamente inexistente (punta de flecha roja) y una fina pared vesicular (flecha roja), factores que favorecen el desarrollo del síndrome de Mirizzi. Las imágenes 2 y 3 corresponden con dos cortes de la TC que se realizó en la urgencia, en planos axial y coronal, respectivamente. Se evidencia una dehiscencia de la pared vesicular y del ducto biliar (señaladas con flechas rojas) con comunicación directa entre el conducto hepático común y la vesícula biliar. La imagen 4 es un corte coronal de una RM (secuencia T2) que se realizó posteriormente, durante el ingreso. Muestra hallazgos similares a los descritos en la imágenes de TC, con comunicación colecistobiliar (flecha roja).

BIBLIOGRAFÍA

Beltrán, Marcelo A. Mirizzi Syndrome: History, Current Knowledge and Proposal of a Simplified Classification. *World journal of gastroenterology: WJG* 18.34(2012): 4639-4650. <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v18.i34.4639>.

Mortelé, Koenraad J. et al. Multimodality Imaging of Pancreatic and Biliary Congenital Anomalies. *Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc* 26.3 (2006): 715-731. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.263055164>.

Abou-Saif, Alaa, y Firas H. Al-Kawas. Complications of Gallstone Disease: Mirizzi Syndrome, Cholecystocholedochal Fistula, and Gallstone Ileus. *The American journal of gastroenterology* 97.2 (2002): 249-254. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05451.x>.