

DOI: 10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.87-95

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1503>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 87-95







Síndrome de Mirizzi

Mirizzi syndrome

Síndrome de Mirizzi

**María Matilde Macías Sabando¹; Natasha Carolina Magallanes Vera²; Yahaira Arlet Magallanes Vera³;
María Fernanda Baquerizo Godoy⁴**

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; mati210390@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5760-0056>
2. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; natashamagallanes1@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9072-5042>
3. Médico de la Universidad de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; yahairamagallanes10@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5991-2061>
4. Médico de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; maferbaquerizo86@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-7779-4537>

CORRESPONDENCIA

María Matilde Macías Sabando

mati210390@gmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La enfermedad de vía biliar es una de las patologías más frecuentes en el servicio de Cirugía. El Síndrome de Mirizzi (SM) es una de las complicaciones poco frecuente de estas patologías, más frecuente en países en vías de desarrollo, alcanzando en Latinoamérica. El SM se produce a causa de uno o varios cálculos impactados en el cuello de la vesícula o el conducto cístico, lo que condiciona compresión extrínseca y obstrucción del conducto hepático común produciendo una reacción inflamatoria, y condicionando estenosis del conducto hepático común. Con el fin de exponer los elementos resaltantes referidos de este síndrome poco común se expone una revisión bibliográfica de los hallazgos y actualizaciones científicas publicadas a la fecha. Se excluyeron los resultados de exposición de casos clínicos, las publicaciones de antes del 2016 y las que no estuvieran en español. Las manifestaciones clínicas y los hallazgos de laboratorio del SM son muy inespecíficos y desafortunadamente no cuenta con signos patognomónicos. Los pacientes pueden aquejar dolor típico cólico o manifestarse con los síntomas sistémicos de la fiebre, como: escalofríos, taquicardia y anorexia. Los hallazgos de laboratorios más frecuentes, son la elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina. Presenta una incidencia de menos del 1%, la incidencia de esta patología aumenta con la edad, sin embargo, no tiene predilección por razas. El diagnóstico preoperatorio puede ser difícil, caso contrario es esencial el reconocimiento intraoperatorio y un manejo adecuado para evitar la alta incidencia de lesión de la vía biliar. El tratamiento de los pacientes afectados de SM infiere dificultades técnicas complejas, comparado con la terapéutica de la enfermedad litiasica vesicular no complicada. El objetivo del tratamiento incluye la descompresión de la vía biliar y prevenir la recurrencia de la afección. El pronóstico del MS es muy bueno para las lesiones tipo I. Sin embargo, el tratamiento de lesiones más serias con destrucción fistulosa de la VBP, aumenta la morbilidad postoperatoria en 10 % o más, incluyendo fistulas biliares, estenosis de la VBP, abscesos de vecindad; que demandarían reintervenciones con el incremento consecuente de la morbimortalidad.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi, enfermedad de vía biliar, obstrucción del conducto hepático, cálculos biliares, colecistitis aguda, vesícula biliar.

ABSTRACT

Bile duct disease is one of the most frequent pathologies in the Surgery service. Mirizzi Syndrome (MS) is one of the rare complications of these pathologies, more frequent in developing countries, reaching Latin America. MS occurs due to one or more stones impacted in the neck of the gallbladder or the cystic duct, which conditions extrinsic compression and obstruction of the common hepatic duct, producing an inflammatory reaction, and conditioning stenosis of the common hepatic duct. In order to expose the highlighted elements referred to in this rare syndrome, a bibliographic review of the findings and scientific updates published to date is presented. The results of exposure of clinical cases, publications before 2016 and those that were not in Spanish were excluded. The clinical manifestations and laboratory findings of MS are very nonspecific and unfortunately there are no pathognomonic signs. Patients may complain of typical colicky pain or present with the systemic symptoms of fever, such as: chills, tachycardia, and anorexia. The most frequent laboratory findings are elevated alkaline phosphatase and bilirubin. It has an incidence of less than 1%, the incidence of this pathology increases with age, however, it does not have a predilection for races. Preoperative diagnosis can be difficult, otherwise intraoperative recognition and proper management are essential to avoid the high incidence of bile duct injury. The treatment of patients with MS involves complex technical difficulties, compared with the treatment of uncomplicated gallbladder stone disease. The goal of treatment includes decompression of the bile duct and preventing recurrence of the condition. The prognosis of MS is very good for type I lesions. However, treatment of more serious lesions with fistulous destruction of the BVP increases postoperative morbidity by 10% or more, including biliary fistulas, BVP strictures, abscesses of neighborhood; that would require reoperations with the consequent increase in morbidity and mortality.

Keywords: Mirizzi syndrome, bile duct disease, hepatic duct obstruction, gallstones, acute cholecystitis, gallbladder.

RESUMO

A doença das vias biliares é uma das patologias mais frequentes no serviço de Cirurgia. A Síndrome de Mirizzi (SM) é uma das raras complicações dessas patologias, mais frequente em países em desenvolvimento, atingindo a América Latina. A EM ocorre devido a um ou mais cálculos impactados no colo da vesícula biliar ou no ducto cístico, que condiciona a compressão extrínseca e a obstrução do ducto hepático comum, produzindo uma reação inflamatória e condicionando a estenose do ducto hepático comum. A fim de expor os elementos destacados referidos nesta síndrome rara, é apresentada uma revisão bibliográfica dos achados e atualizações científicas publicadas até o momento. Foram excluídos os resultados de exposição de casos clínicos, publicações anteriores a 2016 e aquelas que não estavam em espanhol. As manifestações clínicas e laboratoriais da EM são muito inespecíficas e infelizmente não há sinais patognomônicos. Os pacientes podem se queixar de dor típica em cólica ou apresentar sintomas sistêmicos de febre, como: calafrios, taquicardia e anorexia. Os achados laboratoriais mais frequentes são fosfatase alcalina e bilirrubina elevadas. Tem uma incidência inferior a 1%, a incidência desta patologia aumenta com a idade, no entanto, não tem predileção por raças. O diagnóstico pré-operatório pode ser difícil, caso contrário, o reconhecimento intraoperatório e o manejo adequado são essenciais para evitar a alta incidência de lesão do ducto biliar. O tratamento de pacientes com EM envolve dificuldades técnicas complexas, em comparação com o tratamento de cálculos biliares não complicados. O objetivo do tratamento inclui a descompressão do ducto biliar e a prevenção da recorrência da doença. O prognóstico da EM é muito bom para lesões do tipo I. No entanto, o tratamento de lesões mais graves com destruição fistulosa da BVP aumenta a morbidade pós-operatória em 10% ou mais, incluindo fistulas biliares, estenoses de BVP, abscessos de vizinhança; que exigiriam reoperações com o consequente aumento da morbimortalidade.

Palavras-chave: Síndrome de Mirizzi, doença do ducto biliar, obstrução do ducto hepático, cálculos biliares, colecistite aguda, vesícula biliar.

Introducción

La vesícula biliar es un órgano en forma de saco ovalado cuya función es almacenar y concentrar bilis la que posteriormente pasa por el conducto cístico hacia la vía biliar principal y luego a la segunda porción del duodeno. Mide entre 7 a 10 cm de largo y puede almacenar entre 30-50 ml de bilis, con la capacidad de contener hasta 300 ml cuando se produce algún tipo de obstrucción en el tracto de salida. Se denomina coledocolitiasis a la presencia de cálculos al interior de la vesícula biliar. La teoría más aceptada en la génesis de esta patología es el exceso de colesterol biliar (Wang HH). Es una de las patologías más comunes del sistema gastrointestinal. La frecuencia es considerablemente mayor en países como Chile y algunas etnias nativas de América. La mayoría de las personas con coledocolitiasis son asintomáticas, presentando un riesgo anual de 2 - 4% para desarrollar síntomas y un 0,7 - 3% para desarrollar complicaciones, mientras que aquellos sintomáticos presentan complicaciones en un 30% siendo las más frecuentes la colecistitis aguda, pancreatitis, colangitis, coledocolitiasis. (Zarate, Torrealba, Patiño, Alvarez, & Raue, 2017)

La enfermedad de vía biliar es una de las patologías más frecuentes en el servicio de Cirugía. El Síndrome de Mirizzi es una de las complicaciones poco frecuente de estas patologías, más frecuente en países en vías de desarrollo, alcanzando en Latinoamérica entre el 4,7 y 5,7 % de los casos. (Camejo Gimenez & Ereú, 2017)

El Síndrome de Mirizzi se produce a causa de uno o varios cálculos impactados en el cuello de la vesícula o el conducto cístico, lo que condiciona compresión extrínseca y obstrucción del conducto hepático común produciendo una reacción inflamatoria, y condicionando estenosis del conducto hepático común. Puede producir necrosis del tejido adyacente, causando una fístula colelitocoleodociana.



Imagen 1. Diagrama del Síndrome de Mirizzi.

Recuperado de: (Solano S., 2017).

Con el fin de exponer los elementos resalantes referidos de este síndrome poco común se expone una revisión bibliográfica de los hallazgos y actualizaciones científicas publicadas a la fecha.

Metodología

Durante el mes de diciembre del corriente, se efectuó una búsqueda múltiple mediante el uso de palabras clave y otras configuraciones con éstas y operadores lógicos como "síndrome de mirizzi" y "coledocolitiasis"; con las que fue posible ir consiguiendo los mejores resultados tras algunas pesquisas, tanto en bases de datos (SciELO, Dialnet, PubMed Google Académico) como en otros repositorios universitarios, congresos y asociaciones médicas.

En general se estima que los resultados hallados han sido variados y medianamente específicos, en relación con la temática y objetivo planteado para esta investigación, sin embargo, en cada una de las plataformas utilizadas, se hizo una minuciosa revisión de aquellos recursos bibliográficos que, en el enunciado de sus títulos o resúmenes, se evidenciara, de manera explícita el tema a exponer.

Se excluyeron los resultados de exposición de casos clínicos, las publicaciones de antes del 2016 y las que no estuvieran en español. Finalmente se constató que no existieran contradicciones entre la exposición, etiología, fisiopatología y diagnóstico principalmente para exponerlos como resultados, escogiendo finalmente la información más completa y actualizada que nos fue posible resumir y analizar.

Resultados

Históricamente Hans Kerh, en 1905, fue el primero en reportar pacientes con obstrucción de la vía biliar principal debido a la impactación de cálculos, y posteriormente por Ruge en el año 1908. Sin embargo, Pablo Luis Mirizzi, cirujano argentino, describió una condición clínica caracterizada por obstrucción del conducto hepático común, manifestada con ictericia, debida a la compresión mecánica y a la inflamación circundante, causadas por un cálculo biliar impactado en el cuello de la vesícula o conducto cístico, en su artículo "Síndrome del conducto hepático" publicado en 1948. Mientras que la primera descripción de una fístula colecistobiliar fue realizada por Puestow en el año 1942 (Cárdenas Quirós & Álvarez Chaves, 2018)

El Síndrome de Mirizzi, también conocido como Síndrome de Compresión Biliar Extrínseca, es una complicación rara que se produce por la compresión del colédoco o el conducto hepático, debido a la presencia de uno o múltiples cálculos biliares que se localizan en el conducto cístico o bolsa de Hartmann, que genera obstrucción mecánica y por lo tanto, causa inflamación, que favorece a la formación de adherencias, que al fusionarse con el tejido edematoso inflamatorio se volverá fibrótico a estructuras vecinas, con mayor frecuencia el conducto biliar común, duodeno y colon. La distorsión de la anatomía y la presencia de una fístula de este carácter incrementan el riesgo de daño de la vía biliar durante una colecistectomía. (Vallejo Galván, 2019)

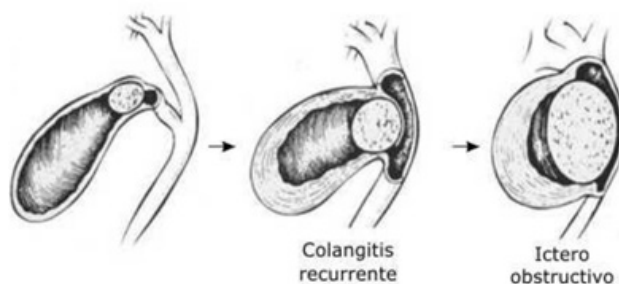


Imagen 2. Fisiopatología del Síndrome de Mirizzi.

Recuperado de: (Galiano Gil, 2016).

Las diferentes clasificaciones se han basado en la presencia o ausencia, de la erosión fistulosa entre la vesícula y la VBP, así como la extensión de la destrucción de esta última

Su clasificación consiste en categorizar la fístula colecistocolédocal de acuerdo a su grado de destrucción.

La lesión tipo I (Compresión extrínseca de la VBP por el cálculo impactado): es aquella compresión externa del conducto hepático común dada por un lito impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el ducto cístico.

La lesión tipo II (Afectación de 1/3 de la circunferencia de la VBP): es una fístula colecistobiliar que resulta de la erosión de la pared anterior y lateral del conducto hepático común por litos impactados, cuya fístula compromete menos de un tercio de la circunferencia del conducto hepático común.

La lesión tipo III (Afectación de 2/3 de la circunferencia de la VBP): es una fístula colecistobiliar con una erosión del conducto hepático común que compromete hasta los dos tercios de su circunferencia.

La lesión tipo IV (Afectación de toda la circunferencia de la VBP) es aquella con una destrucción completa de la pared del conducto hepático común. (Camejo Gimenez & Ereú, 2017)








	Colecistitis crónica	Compresión extrínseca de la vía biliar principal	Fístula colecistocolédocal			Fístula colecistoentérica
Estadios						
McSherry y otros	1982	Tipo I	Tipo II			
Csendes y otros	1989	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	
Csendes y otros	2007	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	Tipo V

Imagen 3. Clasificación del Síndrome de mirizzi.

Recuperado de: (Galiano Gil, 2016).

Csendes et al. (2007) sugieren en su publicación que la historia natural del síndrome de Mirizzi no termina con el desarrollo de una fístula colecistobiliar, sino que el proceso inflamatorio continuo podría y que resultar en fístulas más complejas que involucran vísceras adyacentes, por tal motivo propone una nueva clasificación añadiendo un quinto tipo a su clasificación inicial, donde se incluyen las fístulas colecistoentéricas. El síndrome de Mirizzi tipo V se desarrolla en pacientes con enfermedad vesicular de larga data, siendo más frecuente, en mujeres en la sexta década de la vida. Su incidencia es mayor en lugares donde no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz de la patología litiasica de la vesícula biliar. Starling subdividió el tipo

I. A, si se encuentra un conducto cístico largo que corre paralelo a la vía biliar y se encuentra obstruido por litos y B cuando el cístico es corto, se encuentra completamente obliterado por los litos y no hay fístula, y

II. cuando se asociaba con fístula colecistocolédociana (Camejo Gimenez & Ereú, 2017)

Las manifestaciones clínicas y los hallazgos de laboratorio del síndrome de Mirizzi, son

muy inespecíficos y desafortunadamente no cuenta con signos patognomónicos. La sintomatología es muy variable, existen casos en que los pacientes cursan asintomáticos, sin embargo, lo usual es que curse similar a un cuadro de colecistitis aguda o colédoco litiasis. Las manifestaciones más comunes son la ictericia, predominantemente de patrón obstructivo e intermitente, que en algunas ocasiones se asocia a coluria; fiebre y dolor abdominal predominantemente en cuadrante superior izquierdo o hipogastrio que puede irradiar a espalda, la hepatomegalia es un hallazgo presente en la minoría de pacientes. (Campos Quesada, Molina Castaño, & Núñez Guerrero, 2020)

No obstante, cabe mencionar que la prevalencia general de estos síntomas solo está presente en el 44-77% de la población. El dolor es la manifestación más común, presentándose de forma variable en rangos de 54% a 100%, seguido de la ictericia, presente en 24% a 100% y colangitis en 6%-35% de los casos. Se ha documentado que al menos 1/3 de los pacientes se presentan con un cuadro agudo de colecistitis y a pesar de no ser lo más común, algunos se presentan con pancreatitis aguda. Ocasionalmente, los pacientes pueden aquejar dolor típico cólico

o manifestarse con los síntomas sistémicos de la fiebre, como: escalofríos, taquicardia y anorexia, presentándose de forma intermitente, recurrentemente o fulminante, como una colangitis aguda severa. (Campos Quesada, Molina Castaño, & Núñez Guerrero, 2020)

Los hallazgos de laboratorios más frecuentes, son la elevación de fosfatasa alcalina y bilirrubina, presente en alrededor del 90% de los casos. En algunas ocasiones se pueden registrar pruebas de función hepáticas muy elevadas y leucocitosis, principalmente aquellos que cursan con cuadros recurrentes de colecistitis, colangitis y pancreatitis (Campos Quesada, Molina Castaño, & Núñez Guerrero, 2020)

El síndrome de Mirizzi es una entidad poco frecuente, presenta una incidencia de menos del 1%, la incidencia de esta patología aumenta con la edad, sin embargo, no tiene predilección por razas. Se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino (50-77%), se estima que aproximadamente de 0.05 a 4% de los diagnósticos se realizan durante la colecistectomía en pacientes portadores de coledocitis y la variante más común es la tipo 1. A su vez, está asociado al cáncer de vesícula biliar, suponiendo que la constante inflamación y la estasis biliar serían los factores predisponentes, la prevalencia de cáncer vesicular en pacientes portadores de SM que se someten a cirugía es aproximadamente entre 5 y 28%. Es necesario reconocer la epidemiología clásica de los cálculos biliares en general, para tener un conocimiento global sobre los orígenes del síndrome de Mirizzi. Existen factores de riesgo como la edad, principalmente entre la cuarta y séptima década de vida, obesidad, sexo femenino, anticonceptivos orales, pérdidas abruptas de peso, ayunos prolongados, entre otros que aumentan estasis biliar, y fomentan la formación cálculos (Campos Quesada, Molina Castaño, & Núñez Guerrero, 2020)

El diagnóstico preoperatorio puede ser difícil, se lo realiza 8 al 62% de pacientes, caso contrario es esencial el reconocimiento intraoperatorio y un manejo adecuado para evitar la alta incidencia de lesión de la vía biliar. El diagnóstico se basa en la clínica anteriormente mencionada, que se complementa con exámenes de laboratorio y de imagen. (Vallejo Galván, 2019)

- Ecografía: no es específica para el SM, su precisión es del 29% con una sensibilidad del 8.3 al 27%. Permite observar una vesícula contraída con paredes engrosadas (> 3 mm) o extremadamente delgadas, litos únicos o múltiples, conducto hepático dilatado en sus porciones extra e intrahepática por encima del sitio de su obstrucción. El conducto biliar común no tendría alteración por localizarse por debajo de la obstrucción.
- Tomografía Computarizada (TC): no es específica, puede identificar a la vesícula y medir el grosor de la pared y dilatación del conducto biliar. La presencia de inflamación periductual puede mal interpretarse como cáncer de vesícula biliar. Su utilidad sería exclusión de malignidad.
- Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética (MRCP): su sensibilidad del 96 % y especificidad de 94 %. Permite comprobar compresión extrínseca del conducto biliar y determina presencia de fístulas. La MRCP puede evidenciar estrechamiento extrínseco del hepático común, presencia de lito en el conducto cístico, dilatación del conducto hepático común y un colédoco sin alteración. También puede mostrar la extensión del proceso inflamatorio que rodea la vesícula.
- La Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE): la precisión diagnóstica es del 55 al 90%. Procedimiento invasivo cuya principal ventaja es ejercer acciones terapéuticas que permiten la extracción de litos, colocación de Stent

entre otros. Las características de la CPRE en el SM incluyen estrechamiento o compresión extrínseca que involucra la porción lateral del conducto hepático común distal con dilatación ductal proximal y calibre distal común normal.

- Colangiografía Percutánea Transhepática (CPT): Nos orienta al diagnóstico y permite acciones de tratamiento como el drenaje biliar percutáneo.
- Diagnóstico intra-operatorio: más del 50% de los pacientes con SM se diagnostican durante la cirugía. La presencia de una vesícula biliar escleroatrófica, un triángulo de Calot borrado o presencia de una masa fibrótica y adherencias subhepáticas deben levantar sospechas de un SM. La colangiografía intraoperatoria ayuda a confirmar el diagnóstico y determina la ubicación y tamaño de la fístula, detecta litos en el conducto biliar y si existe la pérdida de la integridad de la pared biliar. (Beltrán, 2012 en Vallejo Galván, 2019)

El tratamiento de los pacientes afectados de SM infiere dificultades técnicas complejas, comparado con la terapéutica de la enfermedad litiásica vesicular no complicada. Esencialmente, debido a la inflamación resultante, las alteraciones de la anatomía biliar convierten al proceder quirúrgico en un evento peligroso, complejo y riesgoso, que podría llevar accidentalmente a la temible lesión de vías biliares; y a la necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos para el restablecimiento de la continuidad biliar. Por consiguiente, es imperioso resaltar la importancia del acertado diagnóstico preoperatorio para así determinar una estrategia quirúrgica adecuada; pero sobre todo cuando la determinación del mismo se realiza en el transoperatorio, particularmente en aquellos casos con clasificación de alto grado de SM. (Galiano Gil, 2016)

El objetivo del tratamiento incluye la descompresión de la vía biliar y prevenir la recurrencia de la afección. Descompresión temporal

mediante la CPRE, (algunos casos reportes con CPT), usando stents biliares permite ganar tiempo mientras se mejoran las condiciones generales de algunos pacientes y una mejor planificación de las estrategias quirúrgicas a desarrollar. Se ha de resaltar la necesidad de apoyarse en la colangiografía transoperatoria, transvesicular o por punción del VBP; que ayudarían a la confirmación del diagnóstico, vislumbrar adecuadamente la anatomía del sistema biliar, descartar litiasis coledociana e identificar la presencia de fístula, así como su tamaño. En centros especializados y con la experiencia adecuada, el uso del ultrasonido intraoperatorio permite alcanzar el mismo objetivo. (Galiano Gil, 2016)

El tratamiento quirúrgico está basado en la extensión o tipo de SM:

- Tipo I. Colectomía, Colectomía subtotal: Abordaje convencional o laparoscópico.
- Tipo II. Colectomía abierta, Colectomía subtotal abierta: Uso del remanente vesicular para cubrir defecto de la VBP sobre tubo en T. Coledocoduodenoanastomosis. Se reportan algunos resultados con la coledocoplastia usando remanente vesicular o ligamento redondo.
- Tipo III. Derivación bilioentérica. Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.
- Tipo IV. Derivación bilioentérica. Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.
- Tipo V. Tratamientos descritos anteriormente según tipo de MS

En caso de íleo biliar, solamente tratarlo y dejar el tratamiento de la fístula bilioentérica para segundo tiempo de acuerdo a la evolución. En todos los casos, es recomendable tratar de realizar la colectomía de fondo a cuello teniendo en cuenta la reacción inflamatoria fibrosa en el área del triángulo de Calot; y en caso de dificultades por anatomía muy alterada, se aconseja la colecis-

tectomía subtotal, extracción del lito, con el cierre del remanente vesicular y drenaje de vecindad. La disección excesiva alrededor del frecuente y denso proceso inflamatorio en el triángulo de Calot puede comprometer aún más la vascularización de la pared de la VBP e incrementar el tamaño de la fistula colecistobiliar; por lo que se debe evitar. (Galiano Gil, 2016)

La mayor parte de las afectaciones inflamatorias en la vecindad regresan a la anatomía normal cuando el proceso causal y un adecuado drenaje se logran. Biopsia por congelación es recomendable realizar por la elevada frecuencia de cáncer de vesícula concomitante. En caso de no existir la experiencia adecuada para el tratamiento de los pacientes con SM complejo (Tipo II a V), se debe tomar en consideración la posibilidad de referir estos casos hacia centros especializados en este tipo de cirugía. La restitución de la continuidad biliar mediante la Hepaticoyeyunostomía en Y de Roux es una alternativa razonable cuando nos enfrentamos a desvitalización tisular de la pared de la VBP debido a la compresión y compromiso de la vascularización a las 9 horas del conducto biliar. (Galiano Gil, 2016)

La viabilidad de la anastomosis se garantiza por reperusión retrógrada proveniente del conducto hepático proximal y por los vasos yeyunales del asa de Y en Roux. Independientemente, que la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en la regla de oro para el tratamiento de la enfermedad litiasica vesicular; su utilidad en el SM es controversial, quedando confinada al tipo I, en pacientes seleccionados y por personal altamente capacitado en la cirugía mínimamente invasiva. Incluso, el SM ha sido considerado por varios autores, una contraindicación para este tipo de abordaje. El pronóstico del MS es muy bueno para las lesiones tipo I. Sin embargo, el tratamiento de lesiones más serias con destrucción fistulosa de la VBP, aumenta la morbilidad postoperatoria en 10 % o más, incluyendo fistulas biliares, estenosis de la VBP, absce-

sos de vecindad; que demandarían reintervenciones con el incremento consecuente de la morbimortalidad. (Galiano Gil, 2016)

Conclusiones

Los cálculos biliares suelen estar presentes asintómicamente en la población.

Esta investigación nos ha virado la mirada a este tipo de complicaciones silenciosas que pueden comprometer la salud del paciente si no es atendida oportunamente.

El Síndrome de Mirizzi por ser poco frecuente y tan complejo de diagnosticar es una amenaza latente, sobretodo cuando se destaca la incidencia en pacientes de edad avanzada y se toma en cuenta la incidencia de la obesidad y las costumbres alimenticias del mundo globalizado y tecnológico que nos rige en la actual.

No es un secreto las alertas emanadas en cuanto al aumento de la obesidad en la población por lo que resulta oportuno refrescar los conocimientos de este tipo de raras enfermedades, pero posibles al fin y al cabo.

Finalmente, en España durante el 2020 han expresado la preocupación respecto a la posibilidad de atención de los casos recuperables de enfermedades complejas que pueden convertirse en una amenaza seria para el que la padece, es por ello que señalan que

“...a lo largo de los últimos 2 años muchos hospitales han seguido manteniendo una elevada ocupación de camas por COVID-19. Esta situación ha permitido mantener únicamente la actividad quirúrgica de las enfermedades oncológicas, urgentes y algunas afecciones benignas preferentes que no precisan ingreso hospitalario. Como consecuencia se está produciendo un incremento significativo de la lista de espera para la enfermedad benigna no urgente, como la coledocistitis sintomática. La demora prolongada hasta la atención quirúrgica definitiva puede agravar la situación clínica del paciente con coledocistitis, con riesgo aumentado de sufrir

episodios de colecistitis o pancreatitis aguda y derivar en colecistectomías más complejas con mayor riesgo de complicaciones intraoperatorias. (Prieto, Ortega, Balibrea, & Ielpod, 2021)

Se deben tomar en cuenta, durante estos tiempos pandémicos que las enfermedades tratables, si, pueden esperar, pero es necesario hacer esfuerzos para que los tiempos de espera no sean la peor consecuencia más allá de la patología misma.

Bibliografía

- Camejo Gimenez, R., & Ereú, B. D. (2017). Cuidados de enfermería a una paciente con síndrome de mirizzi. *Salud, Arte Y Cuidado*, 10(1), 33-40.
- Campos Quesada, M., Molina Castaño, D., & Núñez Guerrero, A. (2020). Síndrome de Mirizzi. *Revista Médica Sinergia*, 5(6), e513.
- Cárdenas Quirós, M. F., & Álvarez Chaves, R. (2018). Síndrome de Mirizzi. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2018/ucr183b.pdf>.
- Galiano Gil, J. M. (2016). El síndrome de Mirizzi, un desafío para el cirujano. *Revista Cubana de Cirugía*, 151-163.
- Prieto, M., Ortega, I., Balibrea, J. M., & Ielpod, B. (2021). Gestión de la colelitiasis en tiempos de COVID-19. Un reto para el sistema. *Cirugía Española*, doi: 10.1016/j.ciresp.2021.05.014.
- Solano S., P. C. (mayo de 2017). Síndrome de Mirizzi: Tipos y hallazgos en colangiorensonacia. XVI Congreso Internacional de diagnóstico por imágenes de Córdoba. Córdoba: Sociedad de Radiología de Cordoba.
- Vallejo Galván, J. E. (2019). Síndrome Mirizzi. Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Riobamba.
- Zarate, A., Torrealba, A., Patiño, B., Alvarez, M., & Raue, M. (2017). Colelitiasis. Manual de enfermedades digestivas quirúrgicas, <http://medfinis.cl/img/manuales/colelitiasis.pdf>.

CITAR ESTE ARTICULO:

Macías Sabando, M. M., Magallanes Vera, N. C., Magallanes Vera, Y. A., & Baquerizo Godoy, M. F. (2022). Síndrome de Mirizzi. *RECIMUNDO*, 6(1), 87-95. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(1\).ene.2022.87-95](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(1).ene.2022.87-95)

