

Fistula biliodigestiva en paciente colecistectomizado con síndrome de mirizzi

Biliodigestive fistula in a cholecystectomized patient with mirizzi syndrome

<https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0181>

Tatiana Giomara Gómez García^{1*}

<https://orcid.org/0000-0001-9213-4038>

Tatianag.gomezgarcia@gmail.com

Recibido: 20/01/ 2022

Aceptado: 09/08/2022

RESUMEN

Introducción: Las fístulas biliares después de una operación son difíciles de manejar, como en casos de obstrucción o malignidad. Puede presentarse desde una fuga de bilis sin repercusión clínica y con una resolución espontánea hasta causar un cuadro séptico con riesgo de muerte. Por ser una complicación con diversas etiologías y presentaciones, su tratamiento constituye un desafío. **Objetivo:** Estudiar un caso clínico de fistula biliodigestiva en paciente colecistectomizado con Síndrome de Mirizzi. **Materiales y métodos:** Estudio de caso clínico. Investigación de tipo cuantitativo cuasiexperimental **Resultados:** Paciente de 76 años, hipertenso con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica hace 6 meses. Con cuadro clínico de 72 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipocondrio derecho tipo urente, irradiado hacia mesogastrio, náuseas, vomito; se observa tinte icterico generalizado que progresa en el último mes. La fístula bilioentérica tiene una baja incidencia reportada entre 0.15 y el 8 %; es una complicación muy poco común de colelitiasis residual por lo poco específico de los síntomas y signos de esta dolencia. El diagnóstico preoperatorio es difícil y es realizado en la mayoría de los casos durante la cirugía de la existencia de coledocolitiasis residual a largo plazo. La etiología de dichos cálculos está en relación con los procedentes de la vesícula, no identificados durante la colecistectomía o como antes se ha comentado, en relación con la estasis biliar del propio colédoco. **Conclusión:** La fistula bilioentérica es una complicación de litiasis biliar, aunque su incidencia no es muy marcada, existe y debe de tomarse en cuenta, sobre todo en pacientes colecistectomizados previamente diagnosticados con síndrome de mirizzi o no. A pesar de los importantes avances técnicos, las complicaciones biliares siguen estando ligadas a la transgresión de los principios básicos de la cirugía: diagnóstico claro, preparación del paciente, exposición adecuada, técnica y cuidados postoperatorios.

Palabras claves: Fistula biliodigestiv, Colecistectomia, Síndrome de mirizzi

1. Hospital Clinica Santa Geman (CEI-AHA) Guayaquil-Ecuador

* Autor de correspondencia: Tatianag.gomezgarcia@gmail.com

SUMMARY

Introduction: Biliary fistulas after an operation are difficult to manage, as in cases of obstruction or malignancy. It can present from a bile leak without clinical repercussions and with spontaneous resolution to cause a septic condition with risk of death. Because it is a complication with various etiologies and presentations, its treatment is a challenge. **Objective:** To study a clinical case of biliodigestive fistula in a cholecystectomy patient with Mirizzi Syndrome. **Materials and methods:** Clinical case study. **Results:** 76-year-old patient, hypertensive with a surgical history of laparoscopic cholecystectomy 6 months ago. With a clinical picture of 72 hours of evolution, characterized by burning pain in the right hypochondrium, irradiating towards the mesogastrium, nausea, vomiting; generalized jaundiced tint is observed that progresses in the last month. The bilioenteric fistula has a low reported incidence between 0.15 and 8%; It is a very rare complication of residual cholelithiasis due to the little specificity of the symptoms and signs of this condition. Preoperative diagnosis is difficult and is made in most cases during surgery for the existence of long-term residual choledocholithiasis⁸. The etiology of these stones is related to those coming from the gallbladder, not identified during cholecystectomy or, as previously mentioned, in relation to bile stasis of the bile duct itself. **Conclusion:** The biliary enteric fistula is a complication of gallstones, although its incidence is not very marked, it exists and must be taken into account, especially in cholecystectomy patients previously diagnosed with Mirizzi syndrome or not. ⁹ Despite important technical advances, biliary complications continue to be linked to violations of the basic principles of surgery: clear diagnosis, patient preparation, adequate exposure, technique, and postoperative care.

Keywords: Biliodigestive fistula, Cholecystectomy, Mirizzi síndrome

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar constituye la mayor causa de morbilidad en el mundo occidental, aunque algunos autores refieren, que su prevalencia es inferior en los países subdesarrollados, en relación con los industrializados; se ha demostrado que esto no es del todo cierto, un ejemplo es Japón que presenta una alta prevalencia, en relación a poblaciones indígenas de Latinoamérica. El íleo biliar constituye una complicación de esta enfermedad y se comporta como un tipo de oclusión intestinal mecánica, causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre este y el sistema biliar (1).

En América del Sur existe una prevalencia del 15% de personas con cálculos en la vesícula biliar. En su patogenia puede intervenir varios componentes, causas genéticas debido a que participan varios genes, así como factores del medio ambiente y factores predisponentes que interactúan para que se lleve a cabo esta patología (2). Puede causar

eventos severos que provocan un gran dolor al paciente o no pueden dar molestias. El diagnóstico se basa en datos clínicos, de laboratorio y de imagen. Incluso se diagnostica de manera accidental cuando se realizan estudios imagenológicos; la manifestación más predominante es el cólico biliar, sin embargo, el 10% puede debutar con un episodio de colecistitis aguda. Se pueden presentar complicaciones, por lo que el manejo oportuno es fundamental (3). Estudios han dado a conocer que la colecistectomía por vía laparoscópica tiene más seguridad y eficacia, menos conversión y una disminución en mortalidad con respecto a la cirugía abierta. Varios estudios reportan que la edad, obesidad, cirugías anteriores son factores asociados a complicaciones postoperatorias (4). La colecistectomía es una de las cirugías más frecuentes y es la principal causa de Fístula biliar, que se da entre el 0.3% a 0.5%. También, puede ocurrir por un cálculo retenido, masa inflamatoria, ruptura de anastomosis o un tumor donde existe un obstáculo para el paso de la bilis por el colédoco hacia el duodeno. Las fístulas biliares después de una operación son difíciles de manejar, como en casos de obstrucción o malignidad. Puede presentarse desde una fuga de bilis sin repercusión clínica y con una resolución espontánea hasta causar un cuadro séptico con riesgo de muerte. Por ser una complicación con diversas etiologías y presentaciones, su tratamiento constituye un desafío. Los avances en el diagnóstico, así como los procedimientos menos invasivos han logrado una modificación en el manejo de esta complicación a través de los años. Las variaciones en la anatomía e inflamación del lecho de la vesícula biliar son factores desencadenantes para lesiones biliares en las colecistectomías. La falta de experiencia en técnicas laparoscópicas por parte del cirujano suele ser un factor de riesgo adicional. Puede cortarse erróneamente el conducto cístico o incluso una pinza quirúrgica puede lesionar el conducto biliar durante una colecistectomía (5).

La incidencia mundial es aproximadamente del 1 al 2% de los cuadros oclusivos. La fístula biliodigestiva se produce cuando un cálculo erosiona a las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo, esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía biliar, ocasiona la perforación, fistulización y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal. El íleo biliar es una complicación poco común de la enfermedad litiasica vesicular, que se representa del 1 al 3% de las oclusiones mecánicas de intestino delgado, es más frecuente en mujeres en proporción de 3 a 1, posiblemente debido al predominio de la

enfermedad en este sexo y su mayor incidencia entre las edades de 65 a 80 años. Las fístulas biliodigestiva más frecuentes son: las colecistoduodenales (65-77%), le siguen las colecistocólicas (10-25 %) y las colecistogástrica (5%), las colecistoduodenales son mucho menos frecuentes (6). En vista ello, se plantea como Objetivo estudiar un caso clínico de fistula biliodigestiva en paciente colecistectomizado con síndrome de Mirizzi.

CASO CLINICO

Paciente de 76 años, hipertenso con antecedentes quirúrgicos de colecistectomía laparoscópica hace 6 meses. Con cuadro clínico de 72 horas de evolución, caracterizado por dolor en hipocondrio derecho tipo urente, irradiado hacia mesogastrio, náuseas, vomito; se observa tinte icterico generalizado que progresa en el último mes. Colangiorensonancia hígado de tamaño inflamado, sistema biliar dilatado 3 litos a nivel coledociano, exámenes de ingreso WBC:10.78, HG:12,66, HCT: 28, BT:16.40, BD 12,10; BI 4,30).

Al Paciente se le realiza una laparotomía exploradora, se visualiza ausencia de vesícula biliar, fistula colecistogástrica, estenosis del colédoco con litos en su interior, se realiza anastomosis de la fistula adherólisis coledocotomia, mas hepatoyeyuno anastomosis.

La fístula bilioentérica tiene una baja incidencia reportada entre 0.15 y el 8 %, es una complicación muy poco común de colelitiasis residual por lo poco específico de los síntomas y signos de esta dolencia (7); el diagnóstico preoperatorio es difícil y es realizado en la mayoría de los casos durante la cirugía de la existencia de coledocolitiasis residual a largo plazo (8). La etiología de dichos cálculos está en relación con los procedentes de la vesícula no identificados durante la colecistectomía o como antes se ha comentado, en relación con la estasis biliar del propio colédoco (9).

CONCLUSIÓN

La fistula bilioenterica es una complicación de litiasis biliar, aunque su incidencia no es muy marcada existe y debe de tomarse en cuenta, sobre todo en pacientes colecistectomizados previamente diagnosticados con síndrome de mirizzi o no ° A pesar

de los importantes avances técnicos, las complicaciones biliares siguen estando ligadas a la transgresión de los principios básicos de la cirugía: diagnóstico claro, preparación del paciente, exposición adecuada, técnica y cuidados postoperatorios

REFERENCIAS

- 1) Cairo J. Diagnosis and Treatment of Post-Cholecystectomy Iatrogenic Biliary Injury. The Department of General Surgery, Faculty of Medicine, Ain Shams University. 2017. Volumen 88.
- 2) Campos M, Molina D, Núñez A. Síndrome de Mirizzi Mirizzi syndrome. Rev Médica Sinerg
- 3) Cantarell C. Incidencia de lesión de vía biliar entre colecistectomía abierta y colecistectomía laparoscópica en el Hospital Issste Veracruz. [Tesis doctoral] Veracruz: Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado. 2019;1–24.
- 4) Buitrago J. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar. Guías de manejo cirugía hepatopancreatobiliar. 2019.
- 5) Carpio G, Butrón J. Síndrome de mirizzi. Un desafío diagnóstico para el cirujano: reporte de un caso. Revista Médico- Científica "Luz y Vida" 2016. (citado 30 de marzo 2020). Volumen 7. páginas: 30-35.
- 6) Ruiz de la Hermosa, P. Ortega-Domene, G. Zarzosa-Hernández, J.B. Seoane-González. Revista de gastroenterología de Mexico Vol. 81.Num. 1 marzo 2016
- 7) F. Aguilar-Espinosa, R. Maza-Sánchez, F. Vargas-Solís, G.A. Guerrero-Martínez, J.L. Medina-Reyes, P.I. Flores-Quiroz. Revista gastroenterol.Mex Vol. 82. No. 4.2017
- 8) Casanova Rituerto. Complicaciones de la cirugía biliar D. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Vol.69. Num 3.
- 9) Alfredo dario, Revista cubana de cirugía vol.53, No. 3 (2014) Revista Médica Sinergia. Vol. 5 Num. 6. Junio 2020.