

Nombre:	Andrés Francisco
Apellido:	Jiménez Sánchez
Otros Autores:	Juan Francisco Martínez Martínez, Antonio Navarro Baño, Renzo Javier Andrade Gonzales, María Carolina Gutiérrez Ramírez, Carmen María Fernández Hernández.
E-mail:	andresfjs_77@yahoo.es
Hospital:	Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca
Ciudad:	Murcia
Título:	Síndrome de Mirizzi. Manifestación poco frecuente de colelitiasis sintomática.
Presentación:	Paciente de 40 años que acudió a urgencias por dolor en hipocondrio derecho. En la analítica destaca leucocitosis e hiperbilirrubinemia. Antecedentes de colelitiasis. Se indicó una ecografía abdominal para valorar la vía biliar. En la ecografía se observó dilatación de la vía biliar intrahepática de predominio izquierdo y una gran litiasis vesicular con efecto de masa en el hilio hepático. No se observó dilatación de la vía biliar extrahepática distal a la litiasis. Se sugirió el diagnóstico de Síndrome de Mirizzi como opción más probable. A lo largo del ingreso se completó el estudio con una TC de abdomen para descartar etiología maligna; y con una colangio RM para valorar adecuadamente la vía biliar extrahepática y sus posibles variantes de cara a la cirugía. Los hallazgos confirmaron el diagnóstico de presunción hecho con ecografía.
Discusión :	El síndrome de Mirizzi resulta de una obstrucción del colédoco secundaria a una compresión extrínseca por un cálculo impactado en el conducto cístico. Ocurre en el 1-2% de pacientes con colelitiasis sintomática Los pacientes presentan síntomas de ictericia obstructiva o de colangitis. Puede complicarse con una fístula colecistobiliar. La ecografía es la primera prueba para valorar la vía biliar durante la urgencia. La TC y la RM se usan para descartar otras posibles etiologías que justifiquen el cuadro. La colangiopancreatografía endoscópica retrógrada es el gold estándar para diagnosticarlo y descomprimir la vía biliar en un primer tiempo. El tratamiento definitivo es la colecistectomía mediante cirugía abierta, puesto que las distorsiones que puede provocar en la anatomía del hilio hepático dificultan el abordaje laparoscópico y aumentan las complicaciones postquirúrgicas.
Conclusión:	El síndrome de Mirizzi es una forma poco frecuente de colelitiasis sintomática. Los hallazgos en imagen típicos son fáciles de reconocer y tienen una gran importancia a la hora de reducir la morbilidad y mortalidad postquirúrgica.
Bibliografía:	Ahlawat SK, Singhanian R, Al-Kawas FH. Mirizzi syndrome. Curr Treat Options Gastroenterol. abril de 2007;10(2):102-10. Pariani D, Zetti G, Galli F, Cortese F. Mirizzi Syndrome: From Ultrasound Diagnosis to Surgery A Case Report. Case Reports in Surgery. 10 de enero de 2013;2013:e268760. Patel NB, Oto A, Thomas S. Multidetector CT of Emergent Biliary Pathologic Conditions. RadioGraphics. 1 de noviembre de 2013;33(7):1867-88. Waisberg J, Corona A, Abreu IW de, Farah JF de M, Lupinacci RA, Goffi FS. Benign

	obstruction of the common hepatic duct (Mirizzi syndrome): diagnosis and operative management. Archivos de Gastroenterología. marzo de 2005;42(1):13-8.
Pie de foto:	Figura 1. A) Ecografía abdominal, corte oblicuo-lateral; B) TC de abdomen con contraste en fase portal, MPR en coronal; C) RM, secuencia T2WI en plano coronal. Hallazgos característicos del Síndrome de Mirizzi en las tres pruebas de imagen que se le realizaron al paciente durante todo su proceso diagnóstico: gran litiasis en el fundus vesicular (flecha sólida) que impacta sobre el colédoco proximal y provoca una dilatación retrógrada de la vía biliar intrahepática izquierda (flecha hueca). La vía biliar distal a la obstrucción debe tener un calibre normal para ajustarse a este diagnóstico.