

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Respuestas

Caso N° 1

Diagnóstico: Síndrome de Mirizzi.

Hallazgos radiológicos: En la Figura 1 se identifica una compresión extrínseca de la vía biliar extrahepática a nivel del conducto hepático común, que está determinada por la presencia de un cálculo (flecha). Hubo escasa representación de la vía biliar intra hepática. Estos hallazgos son altamente sugerentes de un síndrome de Mirizzi.

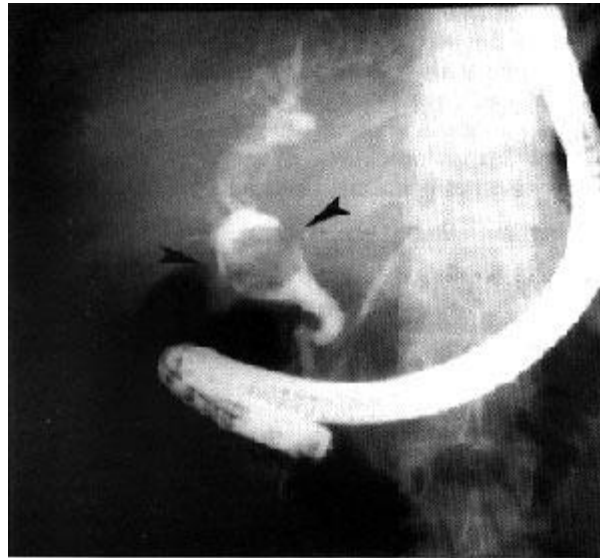


Figura 1

Discusión

El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, que ocurre en menos del 1% de los casos. Corresponde a la secuela de un proceso inflamatorio (colecistitis) desencadenado por la presencia de un cálculo enclavado en el bacinete vesicular.

Habitualmente se presenta en pacientes que tienen un conducto cístico largo de curso paralelo a la vía biliar. El cálculo enclavado comprime la vía biliar a nivel del conducto

hepático común y eventualmente puede generar una fístula colecistocolédociana.

El diagnóstico preoperatorio es importante, ya que el cirujano puede lesionar accidentalmente la vía biliar si no está en antecedentes de este diagnóstico. Se debe sospechar siempre cuando la ultrasonografía muestra un engrosamiento de la pared vesicular, colelitiasis, y dilatación de la vía biliar proximal.

La CPRE se utiliza actualmente con fines diagnósticos y terapéuticos en el manejo de ictericia obstructiva. Permite hacer el diagnóstico etiológico en la gran mayoría de los casos, y al mismo tiempo permite realizar un procedimiento de descompresión de la vía biliar extrahepática. Las complicaciones descritas para este procedimiento son bajas y no superan el 2%. En este caso la CPRE fue suficiente para hacer el diagnóstico. Sin embargo, cuando existe obstrucción a nivel del hepatocolédoco, puede no obtenerse una adecuada representación de la vía biliar intrahepática por este método; en estos casos es necesario complementar con una colangiografía transparietohepática.

Caso N° 2

Diagnóstico: Adenocarcinoma de cabeza de páncreas.

Hallazgo radiológico: En la Figura 2 se demuestra una disminución de calibre de la porción intrapancreática del colédoco, que adopta una configuración en "cola de ratón" (flecha), altamente sugerente de una compresión extrínseca por una masa a nivel de la cabeza del páncreas.



Figura 2

Discusión

El 75% de las neoplasias primarias del páncreas corresponde a adenocarcinomas; de ellas, el 70% se localiza en la región de la cabeza, determinando dilatación secundaria de la vía biliar. La ultrasonografía presenta una alta sensibilidad en la detección de dilatación de la vía biliar, pero en sólo el 80% de los casos es capaz de demostrar la masa de la cabeza del páncreas, fundamentalmente por interposición de gas intestinal. En este sentido, la tomografía computada es de mayor sensibilidad y permite además determinar el grado de extensión local del tumor.

La CTPH muestra con certeza el sitio y grado de obstrucción de la vía biliar, y puede demostrar signos de compresión extrínseca del colédoco distal en casos de tumores de cabeza de páncreas, como ocurrió en este paciente. Eventualmente también es posible descomprimir la vía biliar por vía percutánea, mediante la instalación de una endoprótesis en la zona estenótica. En aquellos pacientes fuera del alcance quirúrgico, es de mucha importancia tratar la obstrucción de la vía biliar por vía endoscópica o percutánea, ya que ésta disminuye significativamente sus síntomas.

Referencias

1. Koehler RE, Melson GL. Lee JKT, Long J: Common hepatic duct obstruction by cystic duct stone: Mirizzi Syndrome. AJR 1979; 132: 1007.
2. Beazley RM, Cohn I Fr. Update on pancreatic cancer. CA 1988; 38: 310.