Rev Venez Cir. 79(2): 118-121. 2026

SÍNDROME DE MIRIZZI TIPO IV MÁS COLEDOCOLITIASIS DE GRANDES ELEMENTOS, RESOLUCIÓN CON HEPATICOYEYUNOSTOMÍA Y DE ROUX

CARLOS A. TEJEDOR-ASTUDILLO[1]
EDUARDO M. VERDUGO-TAPIA[2]
JUAN CARLOS VERDUGO[3]

MIRIZZI SYNDROME TYPE IV PLUS LARGE CHOLEDOCHOLITHIASIS, RESOLVED WITH HEPATICOJEJUNOSTOMY AND ROUX

RESUMEN

Objetivo: el presente reporte de caso presenta el diagnóstico y manejo de un síndrome de Mirizzi tipo IV en conjunto a coledocolitiasis. **Método**: se documenta caso de un hombre de 84 años con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia y distensión posprandiales. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) reveló una dilatación del conducto colédoco con un defecto de llenado de 15 mm. La esfinterotomía endoscópica no tuvo éxito debido a un divertículo duodenal, por lo que se colocó un *stent* biliar. Ante la persistencia de los síntomas y el fracaso de CPRE. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron un cálculo de gran tamaño en el colédoco distal y una fístula colecistocoledocal, compatibles con el síndrome de Mirizzi tipo IV. **Resultados**: Se realizó laparoscopia exploratoria con conversión a cirugía abierta, confeccionando una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux + colecistectomía. La evolución posoperatoria fue favorable, con mejoría en parámetros de laboratorio y resolución de los síntomas. **Discusión**: El síndrome de Mirizzi tipo IV, es una entidad poco frecuente, sigue representando un reto quirúrgico que requiere un diagnóstico preciso y estrategias de tratamiento individualizadas.

Palabras clave: Mirizzi, coledocolitiasis, colestasis, Y de Roux

ABSTRACT

Objective: This case report presents the diagnosis and management of Mirizzi syndrome type IV in conjunction with choledocholithiasis. **Method**: We document the case of an 84-year-old man with right upper quadrant abdominal pain, jaundice, and postprandial distension. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) revealed dilation of the common bile duct with a 15 mm filling defect. Endoscopic sphincterotomy was unsuccessful due to a duodenal diverticulum, so a biliary stent was placed. Given the persistence of symptoms and the failure of ERCP, intraoperative findings confirmed a large stone in the distal common bile duct and a cholecystocholedochal fistula, consistent with Mirizzi. **Results**: Exploratory laparoscopy was performed with conversion to open surgery, creating a Roux-en-Y hepaticojejunostomy and performing and cholecystectomy. The postoperative course was favorable, with improvement in laboratory parameters and resolution of symptoms. **Discussion**: Mirizzi syndrome type IV is a rare condition that continues to present a surgical challenge requiring accurate diagnosis and individualized treatment strategies.

Key words: Mirizzi, choledocholithiasis, cholestasis, Roux-en-Y

1. Médico posgradista en cirugía general, MsC, Universidad Internacional del Ecuador (UIDE), Hospital Humanitario Pablo Jaramillo Crespo, Cuenca, correo e: carlosalexiste@gmail.com
2. Md. Esp. en Cirugía general y Bariatría. Docente Universidad Internacional del Ecuador (UIDE). Hospital Humanitario Pablo Jaramillo Crespo, Cuenca. Correo-e: ecirujanovt83@icloud.com
3. Cirujano General y bariatra, Hospital Universitario del Río, Cuenca, Ecuador. Correo-e:verdugojc@hotmail.com

Recepción: 26/02/2026
Aprobación: 05/09/2026
DOI: 10.48104/RVC.2026.79.2.8
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

Hans Kehr, en 1905, fue el primero en reportar pacientes con obstrucción parcial de la vía biliar debido a cálculo impactado en la vesícula. Sin embargo, Pablo Luis Mirizzi llamó la atención acerca de esta entidad en su artículo "Síndrome del conducto hepático", publicado en 1948. [1]

El síndrome de Mirizzi es una inflamación poco frecuente y crónica ocasionada por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann o en el conducto cístico con obstrucción parcial o completa de la vía biliar, pudiendo producir obstrucción, necrosis o fístula biliar interna. Reportada por primera vez por Hans Kehr en 1905; con una prevalencia de 0,7 a 3 % de pacientes con litiasis vesicular. [2]

Es más habitual presenciarlo en pacientes con sintomatología biliar de larga data, en el que predomina el sexo femenino con un 77 %; la variedad predominante de esta entidad es el Mirizzi tipo I con un 95 % de las ocasiones. [3]

La manifestación clínica más común es la ictericia asociada a un patrón colestásico, además de dolor en hipocondrio derecho. Se ha establecido una clasificación de cinco tipos diferentes, iniciando de la compresión externa del conducto hepático (Mirizzi tipo I) en el que se realiza colecistectomía habitual, en el tipo II fistula colecistobiliar <1/3 de circunferencia, se realiza colecistectomía más coledocoplastia con dren Kehr, tipo III el más frecuente: fístula colecistobiliar >1/3 a <2/3 de la circunferencia, se realiza derivación bilioentérica en Y de Roux, tipo IV destrucción de toda la pared del conducto hepático, se realiza al igual una derivación bilioentérica en Y de Roux, y finalmente el tipo V con la presencia o no de fístula colecistobiliar o colecistoentérica (Mirizzi tipo V) en el que se realiza descompresión de la vía biliar mas manejo en un segundo tiempo de la fistula.[4]

Para establecer el diagnóstico se requiere tener una alta sospecha, siendo de utilidad una adecuada anamnesis e historia clínica, apoyado de parámetros de laboratorio y estudios de imagen como la ecografía biliar y la colangioresonancia magnética. El tratamiento quirúrgico es el de elección, abarcando desde la colecistectomía habitual hasta la derivación biliodigestiva según el grado evidenciado.

Presentación del caso

Información del Paciente

Paciente masculino de 84 años de edad sin antecedentes patológicos de importancia, quien acudió al Servicio de emergencia del Hospital Humanitario, Cuenca- Ecuador, refirió cuadros repetitivos de dolor abdominal de 1 año de evolución, de intensidad moderada localizado en hipocondrio derecho, en las últimas 48 horas dolor se intensifica, siendo de predominio postprandial, nausea, tinte ictérico a nivel de mucosas y sensación de alza térmica, tras valoración integral se establece cuadro clínico compatible con coledocolitiasis. El caso presentado detalla, paciente desde su ingreso en mal estado general, hemodinámicamente inestable, febril, con patrón colestásico manifiesto; se realiza manejo integral de cuadro y se logra compensación junto a servicio de medicina interna y nutrición. Se solicitaron exámenes de sangre, así como colangioresonancia magnética mismos que se detallan en la Figura 1 y Tabla 1.

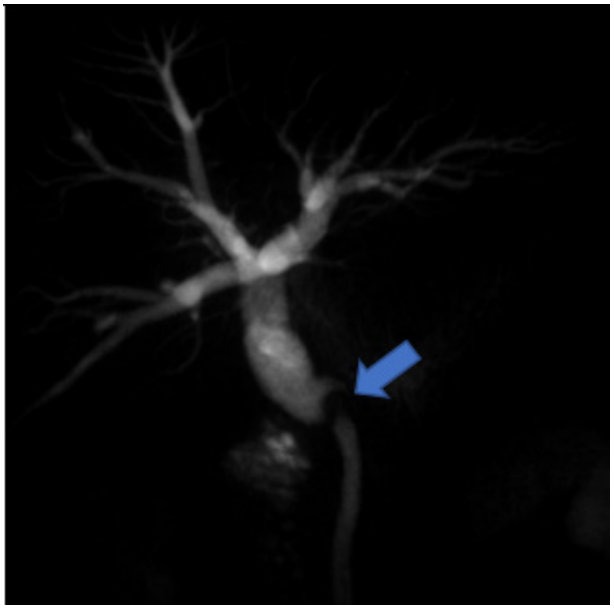


Figura 1. Colangioresonancia magnética que evidencia lito de gran tamaño a nivel distal del colédoco señalado con una flecha. Fuente propia

Al ingreso se instauró terapia antibiótica vía venosa en base a metronidazol (Etron, liquido parenteral 5 mg/mL, Procaps, Colombia), Meropenem, (Merrem liquido parenteral 500 mg, Aztrazeneca, Reino Unido) y fluconazol (Diflucan liquido parenteral 200 mg/100 mL, Pfizer, Alemania); así como analgésico, procinético metoclopramida (Metoclopramida Rocnarf liquido parenteral 10 mg/2mL, Rocnarf, Ecuador) además de suplementación oral (Survimed, easy bag de 1000 ml, Fresenius Kabi, Alemania) y nutrición parenteral en base a nutrición parenteral total mediante una emulsión lipídica de cuatro fuentes (SmofKabiven, Fresenius Kabi, Alemania).

Tratamiento realizado

Se realizó ecografía abdominal: vías biliares intra y extrahepáticas con dilatación, colédoco 9 mm, vesícula con varios litos entre 3 a 9 mm. Ante lo evidenciado, se realizó colangioresonancia magnética evidenciando: conducto hepático común dilatado y colédoco con un diámetro de 17 mm, coledocolitiasis de grandes elementos con defecto de llenado de 15 mm en su interior, posteriormente se realiza CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), se realiza esfinterotomía endoscópica limitada, con salida de bilis y detritus y a la vez la presencia de divertículo duodenal impide la salida de

Tabla 1. Resultados de laboratorio al ingreso (preoperatorio), evidencia patrón colestásico marcado e infección manifiesta

Parámetro	Resultado	Interpretación
Glóbulos blancos	21,880 /µL	Leucocitosis significativa
Neutrófilos	87,4%	Neutrofilia marcada
Eritrocitos	4,44 M/µL	Normal
Hemoglobina	13,5 g/dL	Normal
Urea	65,1 mg/dL	Elevada
Creatinina	1,08 mg/dL	Normal
TGO / TGP	163 / 143 U/L	Colestasis
GGT	832 U/L	Colestasis
Bilirrubina total / directa	6,34 / 5,62 mg/dL	Colestasis
PCR	146 mg/L	Inflamación sistémica

lito, por lo que se deja prótesis biliar plástica de 8,8 Fr x9 cm. Se puede evidenciar en la Figura 2.

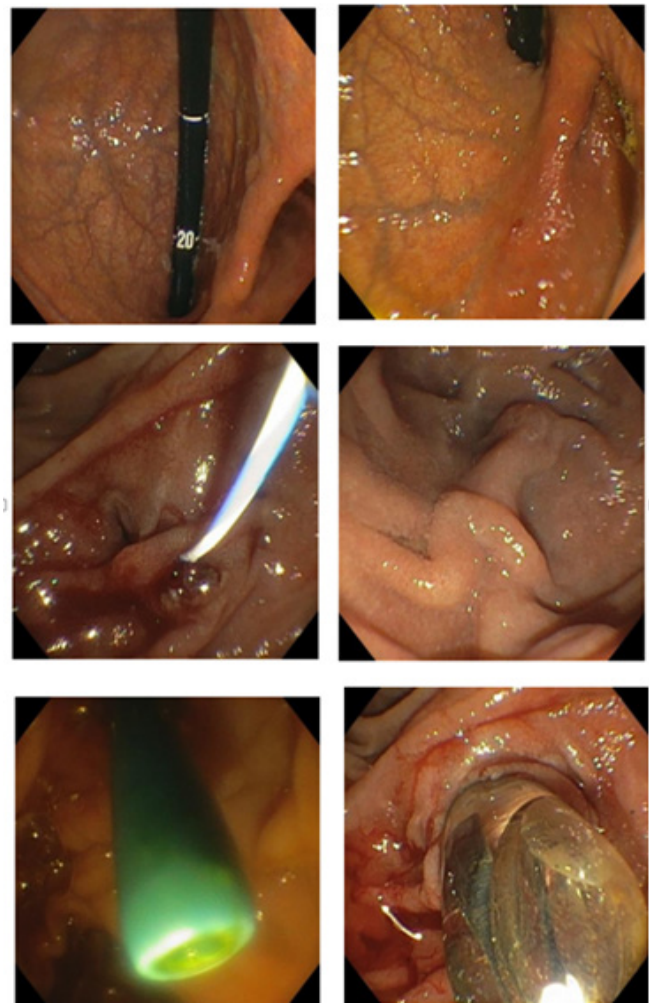


Figura 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Evidencia lito de 15 mm que no se logra extraer por CPRE. Fuente propia

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN

Ante la falta de resolución, tras 24 horas posterior a CPRE se decidió laparoscopía para exploración de vía biliar abordaje transcoledociano, se inicia con uso de fluoroscopía presenciando lito de 1,5 cm aproximadamente a nivel distal de colédoco, por lo que se realizó colecistectomía retrógrada, al realizar ectomía de vesícula se evidencia tejido necrótico, con presencia de fistula colecistobiliar, por medio de incisión de Kocher; se transforma cirugía a laparotomía para confección de hepaticoyeyuno anastomosis término-lateral más "Y de Roux", tiempo total de cirugía 200 minutos, con uso de anestesia general, no se tuvieron complicaciones durante la cirugía.

En cuanto a técnica quirúrgica, se inició con indentificación del ángulo de Treitz, y a 45 cm del mismo, se aproxima asa para confección de hepático-yeyuno anastomosis, previa sección longitudinal de hepático izquierdo de aproximadamente 1 cm se realizó anastomosis manual con monofilamento 4-0. Luego, se realizó yeyuno-yeyuno anastomosis latero-lateral de forma manual. Se deja drenaje de Jackson Pratt y se da por terminado procedimiento.

Paciente posteriormente, con evolución clínica adecuada, servicio de medicina interna realiza exámenes postquirúrgicos de control, evidenciando leucocitosis severa; por lo que se realiza TAC simple y contrastada de abdomen para valorar complicaciones, ventajosamente estudio revela: anastomosis sin evidencia de complicaciones, neumoperitoneo y cambios inflamatorios leves postquirúrgicos, derrame pleural. Se realizó nueva analítica a los 10 días con mejoría evidente de laboratorios en general, evidenciando resultados en la Tabla 2.

Recibió alta tras 12 días de hospitalización, acudió a control por consulta externa asintomático, afebril, se retiraron puntos y drenaje tipo Jackson Pratt, se indica alta por el servicio; el resultado de histopatología reporta órgano: colesterolosis, colecisititis crónica, colelitiasis, adenomioma por cambios por metaplasia pilórica más parénquima hepático con cambios reactivos.

Tabla 2. Resultados de laboratorio a las 24 horas postquirúrgicas, evidencia mejoría en patrón colestásico y leucocitosis reactiva

Parámetro	Resultado	Interpretación
Leucocitos	34,850 /µL	Aumento
Neutrófilos	93.5%	Aumento
Hemoglobina	10 g/dL	Disminución/ Hemodilución
Urea / Creatinina	53.5 / 1 mg/dL	Normal
TGO / TGP	42 / 63 U/L	Descenso
GGT	229 U/L	Descenso
Bilirrubina total / directa	1.67 / 1.62 mg/dL	Descenso
Fosfatasa alcalina	278 U/L	Disminución
PCR / PCT	238 mg/L / 3.21 ng/mL	Inflamación sistémica
Proteínas totales / Albúmina	5.1 / 2.8 g/dL	Hipoalbuminemia leve

DISCUSIÓN

El síndrome de Mirizzi es una complicación poco frecuente de la colelitiasis crónica, producida por la compresión o erosión del conducto hepático común o colédoco por un cálculo impactado en el cuello vesicular o el conducto cístico. Su incidencia varía entre el 0,05 % y el 2,7 % de los pacientes sometidos a colecistectomía, aunque el diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto debido a su similitud con otras patologías biliares obstructivas. [5]

En el caso descrito, la coexistencia de una coledocolitiasis de grandes elementos intensificó el cuadro obstructivo y la inflamación local, lo que hizo inviable la reparación primaria. El manejo quirúrgico mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux constituye el tratamiento de elección para los tipos avanzados (III a IV), ya que permite una derivación biliar segura y disminuye el riesgo de recurrencias o estenosis. [6]

La clasificación propuesta por Csendes y Beltrán divide el síndrome de Mirizzi en varios tipos según el grado de erosión de la pared biliar. El tipo IV representa la forma más avanzada, caracterizada por una fístula colecistobiliar completa, con destrucción total de la pared del colédoco y comunicación directa con la vesícula biliar. Este grado de compromiso suele acompañarse de intensa inflamación y fibrosis, lo que dificulta la identificación anatómica y aumenta el riesgo de lesión iatrogénica. [7]

El éxito del tratamiento quirúrgico depende de una adecuada identificación intraoperatoria de la anatomía biliar y de la elección del procedimiento reconstructivo más apropiado según el grado de destrucción ductal. En formas avanzadas, como el tipo IV, la hepaticoyeyunostomía continúa siendo la alternativa más eficaz, proporcionando un drenaje biliar permanente y resultados funcionales satisfactorios a largo plazo. [7]

AGRADECIMIENTOS

Mi sincera gratitud a mi tutor y colega, Dr Eduardo Verdugo, y al Hospital Humanitario, en el que se dio el caso.

Conflicto de Intereses y Financiación

El autor declara no tener conflictos de intereses, ni haber recibido financiamiento o patrocinio de ninguna organización para realizar este trabajo.

REFERENCIAS

1. Beltrán MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012;18:1-12. doi:10.3748/wjg.v18.i34.4639.
2. Sidibé K, Ossibi P, Traoré Z, Kamaoui I, Lamrani Y, Boubbou M, et al. Mirizzi Syndrome Complicating Acute Cholecystitis: CT Diagnosis. Open J Radiol. 2016;6:92-95. doi:10.4236/ojrad.2016.62013.
3. Koo JGA, Yap J, Phan T, Koh FH, Goh BKP. Mirizzi Syndrome—The Past, Present, and Future. Medicina (Kaunas). 2024;60:2-7. doi:10.3390/medicina6001012
4. Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystobiliary fistula. Br J Surg. 1990;77(7):743-6. doi:10.1002/bjs.1800770708.
5. Carvalho GL, Silva de Abreu GF, Lima DL, Belarmino de Góes GH. Type IV Mirizzi syndrome treated by hepaticoduodenostomy and minilaparoscopy. CRSLS MIS Case Rep SLS. 2016;e2016.00057. doi:10.4293/CRSLS.2016.00057.
6. Antoniou SA, Antoniou GA, Makridis C. Laparoscopic treatment of Mirizzi syndrome: a systematic review. Surg Endosc. 2010;24(1):33-9. doi:10.1007/s00464-009-0520-5.
7. Cucu I, Hotineanu A, Ferdohleb A. Mirizzi syndrome – diagnostic features and surgical treatment options. Bull Acad Sci Mold Med Sci. 2022;3:3-74. doi:10.52692/1857-0011.2022.3-74.