

# Síndrome de Mirizzi

## Reporte de un caso

Jiménez-Barrón ID\*, González-Fisher RF\*\*, Marín-Magallanes C\*\*\*,  
Palmerín-García J\*\*\*\*, Flores-Valenzuela ME\*\*\*\*\*

### Resumen

Pablo Luis Mirizzi (1893-1964) describió un síndrome consistente con ictericia obstructiva por compresión extrínseca benigna del conducto hepático común, ocasionado por un lito en el conducto cístico o el cuello de la vesícula. Esta complicación rara de la colelitiasis tiene una incidencia mundial de 0,7 a 1,4%. Debido a que es una entidad quirúrgica poco frecuente, cuyo diagnóstico preoperatorio implica un reto, hacemos la revisión del caso de una paciente femenina de 40 años de edad, con un cuadro clínico de 20 días de evolución caracterizado por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho, náusea, fiebre, ictericia, coluria, Murphy positivo y timpanismo abdominal. Inicialmente se identificó como un cuadro clínico de colecistitis. Se investigó un probable colangiocarcinoma y finalmente se diagnosticó como Síndrome de Mirizzi. Presentamos el seguimiento y las decisiones diagnósticas que permitieron su identificación prequirúrgica.  
**LUXMEDICA 5(15):33-37**

### Abstract

Pablo Luis Mirizzi (1893-1964) described a syndrome consistent of obstructive jaundice, benign extrinsic compression of the common bile duct caused by a gallstone in the cystic duct or the neck of the gallbladder. This rare complication of cholelithiasis has a worldwide incidence of 0.7 to 1.4%. Because it is a rare surgical entity whose preoperative diagnosis is a great challenge, we review the case of a 40 years old female patient with a 20-day story of abdominal pain in epigastrium and right hypochondrium, nausea, fever, jaundice, dark urine, positive Murphy and bloating. Initially it was identified as clinically cholecystitis, then it was investigated probable cholangiocarcinoma, and eventually it was diagnosed as Mirizzi syndrome. Introducing monitoring and diagnostic decisions that enabled preoperative identification.

Palabras clave Síndrome de Mirizzi,  
litiasis biliar

Key words Mirizzi syndrome, cholelithiasis.

\* Médico interno de pregrado Hospital CMQ de Aguascalientes.

\*\* Cirujano General. Cirujano Oncólogo Hospital CMQ de Aguascalientes.

\*\*\* Cirujano General Hospital CMQ de Aguascalientes.

\*\*\*\* Endoscopista gastrointestinal Hospital CMQ de Aguascalientes.

\*\*\*\*\* Médico Radiólogo Hospital CMQ de Aguascalientes.

Fecha de recibido: 6-febrero-2010

Fecha de aceptado: 31-julio-2010

Correspondencia: González Fisher RF. Hospital Central Médico Quirúrgica de Ags. República de Perú #102 Col. las Americas. CP 20230 Ags. Ags. Tel 910 6120 y 978 23 23. Correo electrónico cancer@aguascalientes.com

## Introducción

El síndrome de compresión biliar extrínseca o síndrome de Mirizzi, es una complicación rara de la coledocitis. Consiste en la obliteración del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) por un cálculo que causa una obstrucción mecánica extrínseca de la vía biliar; se puede presentar con fístula colecistocolédociana o sin ella y puede generar dolor, ictericia y ocasionalmente colangitis. Fue descrito inicialmente por Kher en 1902.<sup>1,2</sup> En 1948 el cirujano argentino Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que ahora lleva su nombre.<sup>3,4</sup>

## Presentación del caso.

Paciente femenino de 40 años de edad, que se presentó al servicio de urgencias de nuestro hospital con un cuadro de 20 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a columna dorsal, acompañado de náusea, fiebre de 38°C, ictericia de piel y conjuntivas, coluria e incapacidad para evacuar. A la exploración física, Murphy positivo, vesícula palpable y dolorosa, así como timpanismo a la percusión abdominal. Se le realizó un ultrasonido abdominal y se demostró coledocitis, dilatación de la vía biliar y posible coledocolitiasis (figura 1) Se indicó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) hallando estenosis con dilatación pre-estenótica de la vía biliar, así como la presencia de un lito de forma triangular de 1 cm de diámetro (figura 2). Se realizó esfinterotomía que mostró salida de material purulento (colangitis); se efectuó cepillado del área de estenosis para citología. Ante la sospecha diagnóstica de probable colangiocarcinoma, se realizó una tomografía axial computada (TAC) helicoidal abdominal, identificando vesícula biliar con presencia de imágenes hipodensas compatibles con litos en el interior, así como en el cístico, llamando la atención la compresión sobre el colédoco. En reconstrucciones en volumen se identificó dilatación de hepático común, visualizándose en la unión de los conductos hepáticos una imagen hipodensa, correspondiente a un lito. Se estableció entonces el diagnóstico de síndrome de Mirizzi (figura 3). El mismo día se obtuvo resultado de estudio citológico, que fue interpretado como proceso inflamatorio, sin evidencia de tumor.

Al segundo día de estancia intrahospitalaria, la paciente fue sometida a una colecistectomía, con exploración y plastia de las vías biliares y colocación de sonda en T, con los siguientes hallazgos transoperatorios: colecistitis litiásica, colangitis, porción distal de la vesícula firmemente adherida a colédoco en su cara anterior derecha, haciendo cuerpo con el mismo. Se estableció entonces síndrome de Mirizzi tipo II. Se egresó la paciente al séptimo día de estancia hospitalaria después de haber presentado una evolución favorable.

## Discusión

Pablo Luis Mirizzi en 1948 describió un síndrome consistente en ictericia obstructiva por compresión extrínseca benigna del conducto hepático común ocasionado por un cálculo impactado en el conducto cístico o el cuello de la vesícula (bolsa de Hartmann).<sup>5</sup> La incidencia de este síndrome es baja. La mayoría de las series reportan una frecuencia menor de 1,5%, excepto una serie mexicana con 4,7% de casos en una población de 442 pacientes en un hospital de enseñanza.<sup>6</sup> El síndrome de Mirizzi tiene su origen en el desarrollo embriológico de las vías biliares; siendo el árbol biliar donde se encuentran las más diversas variantes anatómicas que deben tenerse presente para hacer las consideraciones diagnósticas, lo mismo que el tratamiento quirúrgico.<sup>7,8</sup>

Esta entidad patológica se caracteriza por cumplir los siguientes requisitos:

- 1 La condición más importante es la inserción baja del conducto cístico, lo que da una vía en paralelo con las paredes del hepático común, o que favorece su obstrucción.
- 2 Cálculo impactado a nivel del cístico o nivel del cuello de la vesícula.
- 3 Compresión extrínseca por el cálculo mencionado, sobre el colédoco o el hepático común, con respuesta asociada con un proceso inflamatorio o no.<sup>9</sup>

El síndrome de Mirizzi, de acuerdo a la clasificación de Csendes realizada en 1989, propone cuatro tipos según el grado de compromiso de la luz de la vía biliar (figura 4).

Tipo I. Compresión extrínseca del colédoco por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico sobre el hepático común (compresión sin fístula). Corresponde al original síndrome de Mirizzi<sup>10</sup>

Tipo II. Presencia de fístula colecistobiliar, colecistohepática o colecistocolédoco, debido a erosión de la pared anterior o lateral del colédoco, por cálculos impactados, la fístula compromete menos de dos terceras partes de la circunferencia de la vía biliar principal (menos del 33% del árbol biliar extrahepático).

Tipo III. Presencia de fístula colecistobiliar con erosión de la pared que compromete más de dos terceras partes de la circunferencia de la vía biliar (del 33 al 66%).

Tipo IV. Presencia de fístula colecistobiliar con comunicación completa de vesícula con colédoco o hepático común por destrucción de toda su pared (compromete más del 66% del árbol biliar extrahepático)<sup>11-14</sup>

El diagnóstico clínico de síndrome de Mirizzi es difícil, ya que no existen patrones patognomónicos en su presentación,<sup>15</sup> y es muy importante el diagnóstico diferencial con enfermedades neoplásicas que cursan con ictericia obstructiva.

La cirugía es el tratamiento de elección para los pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi<sup>15</sup>. Según la literatura, se recomiendan los siguientes procedimientos para los tipos I-IV.<sup>16,17</sup>

Tipo I: Colecistectomía fundocística sin necesidad de explorar las vías biliares.

Tipo II: Depende de la gravedad de la fístula; se recomienda colecistectomía y colocación de tubo en T.

Tipo III: Colecistectomía y tubo en T o colédocoduodenostomía.

Tipo IV: Colecistectomía, exploración de vías biliares y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.

El papel del abordaje laparoscópico en el tratamiento del síndrome de Mirizzi sigue siendo controvertido. Algunos autores consideran que la cirugía laparoscópica no

es recomendable, ya que el tejido inflamatorio en el área del triángulo de Calot ofrece un riesgo quirúrgico elevado en la disección de los tejidos adyacentes<sup>18-20</sup>.

Se reportan series con acceso inicial por laparoscopia, que se convirtieron a laparotomía, debido a las grandes dificultades técnicas<sup>15</sup>.

## Conclusión

Siempre debe considerarse el diagnóstico de síndrome de Mirizzi en pacientes que cursan con dolor en el hipocondrio derecho, acompañado de ictericia obstructiva y Murphy positivo. Procurándose una mayor oportunidad terapéutica conociendo el diagnóstico de manera prequirúrgica.

## Bibliografía

1. Al-Akeely MHA, Alam MK, Bismar HA, Khalid K, Al-Teimi I. Mirizzi syndrome: ten years experience from a teaching hospital in Riyadh. *World J Surg* 2005; 29:1687-92.
2. Cortés M, Vásquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. *Cirujano General* 2003; 25:334-7.
3. Kodali VP, Peterson BT. Endoscopic therapy of post-cholecystectomy Mirizzi syndrome. *Gastrointest Endosc* 1996; 44: 86-90.
4. Espino CH, Bernal SF, Murguía DD, Valdés LR. Síndrome de Mirizzi: una causa rara de ictericia obstructiva. *Rev Gastroenterol Méx* 1993; 58: 25-30.
5. Mirizzi P. Les fistules bilio-biliares internes spontanées. *J Internac de Chirurgie* 1951;11:287.
6. Cortés M, Vazquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. *Cirujano General* de 2003; 25:334-7.
7. Romero Tomé, Tratado de Cirugía. Volumen 2.
8. Mirizzi Syndrome; Juan J. Alberti-Flor et al. *The American Journal of Gastroenterology*, 1985; 10(80): incompleta
9. Síndrome de Mirizzi. Estudio de Tres Enfermos. *Revista Mexicana de Radiología*. Vol. 39. Octubre-diciembre 1985.
10. Csendes A, Díaz J, Burdiles, P. Maluenda F, Nava, O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-1143.
11. Haritopoulos KN, Labruzzo C, El Tayar AR, Karani J, Hakim NS. Mirizzi syndrome: A case report and review of the literature. *Int Surg* 2002; 87: 65-68.
12. Nagakawa T, Ohta T, Kayahora M, Ueno K, Konishi I, Sanada H, Miriyazaki I. A new classification of Mirizzi syndrome from diagnostic and therapeutic viewpoints hepatogastroenterology. 1997; 44: 63-7.
13. Tan Ky, Chung HC, Chen CY, Tan SM, Poh BK, Hoe MN. Síndrome de Mirizzi: aspectos significativos de un estudio retrospectivo en un centro. *Anz J Surg* 2004; 74:833-7.
14. Csendes A, Díaz JC, P BURDILES, Maluenda F, Nava O. síndrome de Mirizzi y la fístula cholecystobiliary: una clasificación de unificación. *Br J Surg* 1989; 76:1139-43.
15. Seminarios Internacionales en Cirugía Oncológica 2008, 5:12doi: 10.1186/1477-7800-5-12
16. Schafer M, Schneiter R, Krähenbühl L. Incidencia y tratamiento del síndrome de Mirizzi durante la colecistectomía laparoscópica. *Surg Endosc* 2003; 17:1186-1190.
17. Shah DO, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Tratamiento del síndrome de Mirizzi: un nuevo abordaje quirúrgico. *ANZ J Surg* 2001; 71:423-7
- 18.- Tan KY, Chng HC, Chen CY, Tan SM, Poh BK, Hoe MN: Síndrome de Mirizzi: aspectos significativos de un estudio retrospectivo en un centro. *ANZ J Surg* de 2004, 74:833-7.
- 19.- Posta CG: Anatomía de Mirizzi inesperado: un peligro importante para la vía biliar durante la colecistectomía laparoscópica.
- 20.- England RE, Martin DF: Tratamiento endoscópico del síndrome de Mirizzi. *Gut* 1997, 40:272-6



Fig. 1 USG vesicular: Se destaca la presencia de imágenes hipodensas, litos en el interior de la vesícula biliar.



Fig. 3 TAC helicoidal (reconstrucción en volumen): Identifica imagen hipodensa, lito en la unión de los conductos hepáticos con dilatación de hepático común. (FALTA)

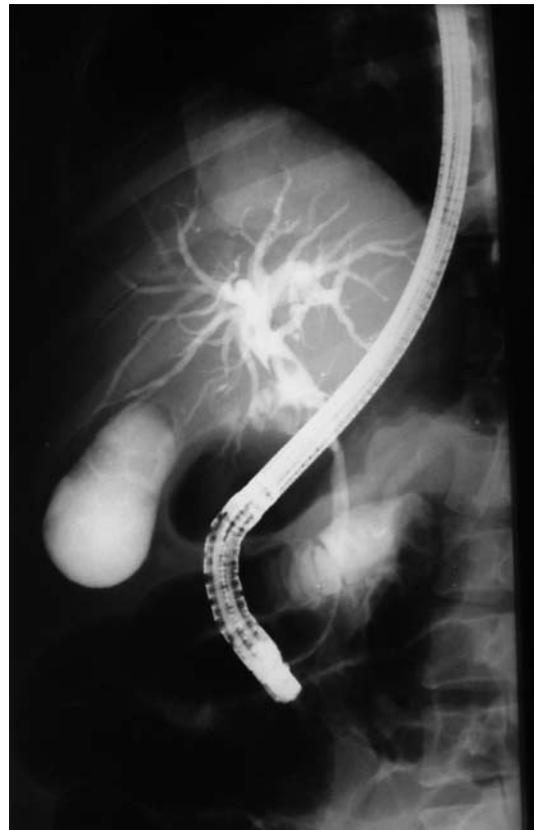


Fig. 2 CPRE: Se observa dilatación de la vía biliar a causa de estenosis, por encima de ésta, la presencia de un lito de forma triangular.

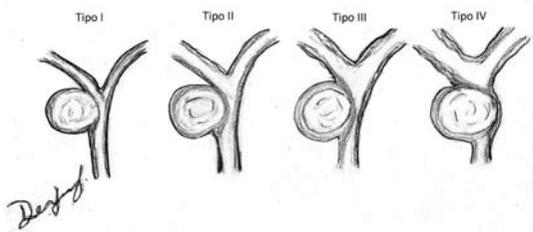


Fig. 4 La clasificación de Csendes del síndrome de Mirizzi, en base al grado de compromiso de la luz de la vía biliar.