

Síndrome de Mirizzi.

Reporte de cuatro casos

Laguna-Teniente IR*, Flores-Alvarez E**

Resumen

Introducción. El síndrome de Mirizzi es una variante poco frecuente de la colecistitis crónica litiásica en la que un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann, comprime la vía biliar ocasionando un cuadro de ictericia obstructiva. **Diseño.** Estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo. **Pacientes y métodos.** Se revisaron 565 expedientes clínicos de pacientes atendidos con diagnóstico de enfermedad quirúrgica biliar entre enero de 2000 a diciembre de 2008, en el Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Las variables analizadas fueron: género, edad, cuadro clínico, estudios de diagnóstico, tratamiento, días de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad. **Resultados.** Se identificaron 4 pacientes con Síndrome de Mirizzi, lo cual representa el 0.70% del total de pacientes con

enfermedad quirúrgica biliar. Tres mujeres y un hombre, con edades entre 36 y 62 años, Los datos clínicos más relevantes fueron la presencia del signo de Murphy, ictericia y leucocitosis en los 4 pacientes. Solo en un paciente se obtuvo el diagnóstico preoperatorio mediante colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE). De acuerdo a la clasificación actual, tres casos fueron catalogados como de tipo I y uno como tipo II. Todos los pacientes fueron operados realizando colecistectomía abierta y en uno se efectuó exploración de la vía biliar con colocación de sonda "T". La mediana de días de hospitalización fue de 3.25 días. No se presentaron complicaciones ni mortalidad operatorias. **Conclusiones.** El síndrome de Mirizzi es una entidad clínica rara. Siempre debe sospecharse en pacientes con colecistitis crónica que cursan con elevación del nivel sérico de bilirrubinas. **LUX MÉDICA 2010;5(14): 5-9**

Palabras clave, Mirizzi, colecistitis crónica litiásica, ictericia obstructiva.

Introducción

El síndrome de Mirizzi es una entidad clínica infrecuente reportada por primera vez en 1948, por Pablo Luís Mirizzi. Descrita como un cuadro de ictericia obstructiva ocasionada por la compresión del conducto hepático común por un cálculo en el conducto cístico o en el cuello vesicular¹. La secuencia etiopatogénica inicia con una colelitiasis, seguida por el impacto de un lito sobre la bolsa de Hartmann o el conducto cístico, finalizando en una colestasis por compresión extrínseca de la vía biliar principal². Pueden desencadenarse eventos como ictericia clínica o subclínica, exclusión biliar,

* Médico residente de Cirugía General, Centenario Hospital Miguel Hidalgo Ags.

** Cirujano General. Cirujano Oncólogo. Maestro en Ciencias. Profesor titular del curso de Cirugía General. Centenario Hospital Miguel Hidalgo Ags.



colecistitis aguda, fístula colecisto-coledociana, colangitis y cirrosis biliar. Generalmente se comporta como un cuadro silente y puede encontrarse como hallazgo en el transcurso de una colecistectomía, por lo que la mayoría de los casos se diagnostica durante un evento quirúrgico³. El objetivo del estudio es reportar cuatro casos de síndrome de Mirizzi tratados en nuestro hospital.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo en el servicio de Cirugía General del Centenario Hospital Miguel Hidalgo, en un periodo comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2008. De un total 565 expedientes clínicos de pacientes con enfermedad biliar quirúrgica, se analizaron cuatro pacientes con diagnóstico confirmado de síndrome de Mirizzi. Las variables estuda-

das fueron: presencia de signo de Murphy, ictericia, leucocitosis, hallazgos en ultrasonido, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), tomografía axial computarizada (TAC), tipo de Mirizzi (I-IV), tipo de colecistectomía, exploración de vía biliar, uso de drenaje de la cavidad peritoneal, uso de sonda "T", tiempo quirúrgico, complicaciones postoperatorias, días de estancia hospitalaria, evolución de los pacientes y mortalidad.

Resultados

Presentamos cuatro casos de pacientes con diagnóstico de síndrome de Mirizzi, tres mujeres y un hombre. Tres pacientes con la variante tipo I y uno con la tipo II. Un paciente fue diagnosticado preoperatoriamente por medio de CPRE, los otros tres fueron diagnosticados durante la cirugía. Todos los pacientes presentaron ictericia y signos clínicos de colecistitis aguda. Los cuatro pacientes presentaban enfermeda-

des concomitantes tales como hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad. En los cuatro pacientes se observó leucocitosis por arriba de 10,000/mm³. Los cuatro pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico efectuándose colecistectomía abierta y en uno de ellos se exploró la vía biliar y se colocó una sonda "T". En ninguno se realizó reintervención y no ocurrió ninguna defunción. Los resultados individuales se reportan en la tabla 1.

Discusión

El síndrome de Mirizzi es una entidad poco común dentro de la patología biliar, se reporta una incidencia entre 0.7 a 1.4% en los pacientes operados de colecistectomía por colecistitis crónica litiasica⁴. En nuestro análisis la tasa fue de 0.70%. Para el desarrollo del síndrome de Mirizzi se describen cuatro componentes involucrados: (1) Paralelismo del conducto cístico o cue-

llo vesicular al conducto hepático común; (2) La presencia de un lito impactado en el conducto cístico o el cuello vesicular; (3) La obstrucción del conducto hepático, e; (4) Ictericia y/o hiperbilirrubinemia. Inicialmente ocurren episodios de inflamación que provocan adherencias entre el cuello vesicular y el conducto hepático que terminan por fusionarse. Si el proceso continúa, por medio de un mecanismo de presión, el

cálculo puede erosionar la pared e introducirse de forma parcial o total en el conducto hepatocolédoco⁵.

La mayor parte de los casos son diagnosticados durante la cirugía que presenta serias dificultades técnicas y constituyen un verdadero reto para el cirujano. Hoy en día, con la utilización de nuevas técnicas diagnósticas, han permitido diagnosticar a los pacientes en la fase preoperatoria. El empleo de la colangio-resonancia magnética, la tomografía axial computada helicoidal con colangiograma y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica permiten su detección y un plan operatorio establecido con anticipación^{6,7}.

No existe un cuadro clínico consistente y suele ser idéntico con otras formas de obstrucción biliar. Los síntomas recurrentes, náusea, dolor en cuadrante superior derecho o alteraciones en las pruebas de bioquímica sérica, son inconstantes. La presentación aguda puede incluir pancreatitis o colecistitis². El ultrasonido puede confirmar la naturaleza litiásica y en ocasiones distinguirla de una etiología neoplásica. La CPRE constituye el estudio más adecuado para mostrar la causa de la ictericia y permitir en algunos casos la extracción de un cálculo, alojado en una comunicación cístico-coledociana⁸. A todos nuestros pacientes se les realizó ultrasonido, evidenciando datos de dilatación de vía biliar, la presencia de imágenes sugestivas de cálculos y cambios anatómicos inespecíficos del cístico o vesícula biliar. Se realizó CPRE en un paciente, el cual confirmó el diagnóstico y fue operado.

La intervención quirúrgica es tanto más compleja cuando mayor sea el grado de lesión, por lo que un diagnóstico preoperatorio es fundamental para diseñar la estrategia a emplear. Algunos autores proponen como metodología ideal la colangiografía asociada a la resonancia magnética nuclear. La colangiografía intraoperatoria es útil como complemento, luego de colangiografías preoperatorias, para confirmar el diagnóstico y obtener un mapa de las vías biliares; se considera indispensable cuando no se han realizado estudios preoperatorios^{3,9}.

La alteración de la anatomía de las vías biliares en el Síndrome de Mirizzi predispone a la lesión ductal. El procedimiento quirúrgico debe de elegirse según el tipo de lesión, pero en general es la colecistectomía, drenaje biliar, plástias o anastomosis bilio-digestiva. Existe un consenso que propone, para resolver lesiones de grado I, la colecistectomía, ya sea parcial o total; en la tipo II, la reparación del defecto y drenaje con sonda "T"; en el tipo III, reparación de la pared de la vía biliar mediante un colgajo de la pared vesicular, y; en lesión tipo IV, está indicada la anastomosis bilio-digestiva con una asa de yeyuno en Y de Roux^{10,11}.

En la era de la cirugía laparoscópica, este tipo de lesiones también son resueltas por esta vía, salvo en los casos muy avanzados o complicados que deben convertirse por razones obvias¹². En nuestra serie, todos los casos fueron tratados por la vía convencional.

Conclusiones

El síndrome de Mirizzi es una entidad clínica rara. Siempre debe sospecharse en pacientes con colecistitis crónica que cursen con elevación del nivel sérico de bilirrubinas.

Tabla I

No. Paciente	Edad (años)	Género	Enfermedad asociada	Ictericia	Nivel de bilirrubina (mg/dl)	Leucocitos (mm3)	Tipo de Mirizzi	CPRE	Tratamiento
1	53	Fem	DM2	Sí	3.6	12,600	II	No	CCT
2	36	Fem	DM2	Sí	4.2l	11,250	I	No	CCT
3	59	Fem	Obesidad	Sí	5.1	13,820	I	Si	CCT+EVB
4	62	Masc	HAS	Sí	3.8	15,460	I	No	CCT

Características generales de los pacientes

CCT=colecistectomía, CCT+EVB=colecistectomía con exploración de vía biliar.

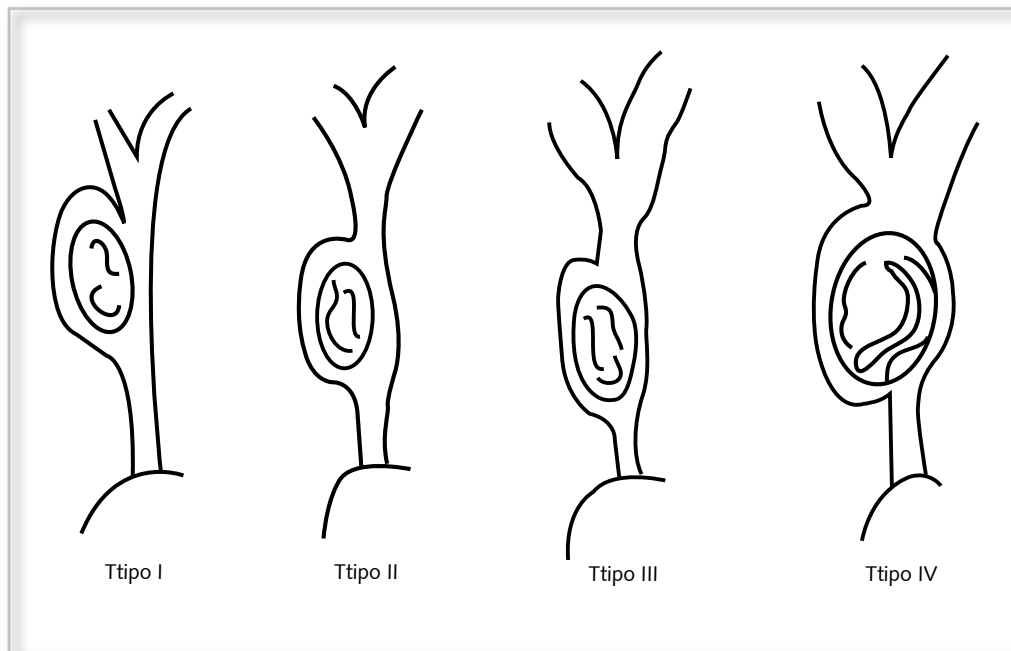


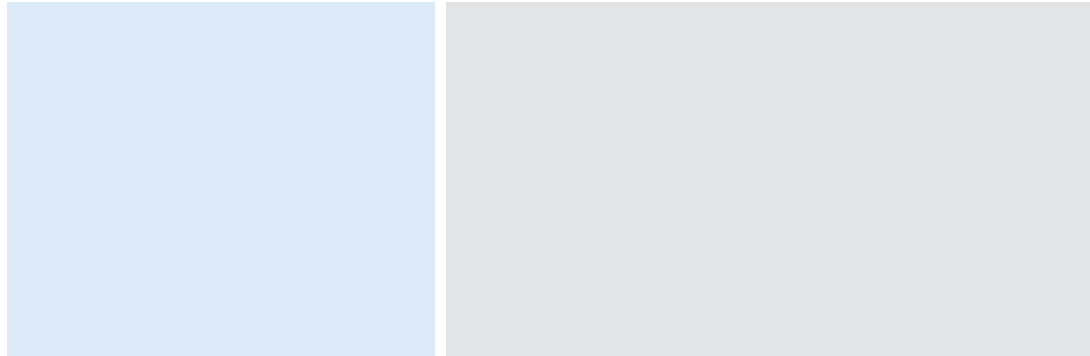
Fig 1. Clasificación de Síndrome de Mirizzi.

AGRADECIMIENTO A Laura Lorena Flores Tavizón por la realización de las tablas y figuras.

Tabla 2

Características del Síndrome de Mirizzi

Tipo	Características	Tratamiento
I	Compresión externa del conducto biliar común debido a un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar o en conducto cístico, sin fístula.	Colecistectomía
II	Fístula colecistobiliar, involucra menos del 33% de la circunferencia del conducto biliar.	Colecistectomía
III	Fístula con erosión del 33-66% de de la circunferencia del conducto biliar.	Colecistectomía + Plastia del conducto biliar
IV	Fístula que involucro el 66 - 100% del diámetro del conducto biliar.	Colecistectomía + Plastia del conducto biliar



Bibliografía

- Juárez CD, Hurtado DJL, Flores GS, Senties-Carvajal SB. Síndrome de Mirizzi: experiencia en siete pacientes. *Cir. Gen* 2001; 23: 99-104.
- Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76:1139-43.
- Tan KY, Chung HC, Chen CY, Tan SM, Poh BK, Hoe MN. Mirizzi syndrome: noteworthy aspects of a retrospective study in one centre. *ANZ J Surg* 2004; 74:833-7.
- Espino CH, Bernal SF, Murguía DD, Valdés LR. Síndrome de Mirizzi: una causa rara de ictericia obstructiva. *Rev Gastroenterol Méx* 1993; 58: 25-30.
- Tanaka N, Nobori M, Furuya T, Ueno T, Kimura H. Evolution of Mirizzi syndrome with biliobiliary fistula. *J Gastroenterol* 1995; 30: 117-121.
- Castor-Samaniego A, Valeria-Sanabria Z, Aníbal-Filártiga I. Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi. *Rev Chilena Cir* 2006;58(4):276-280.
- Tulassay Z. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in Mirizzi syndrome. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 391-392.
- Castellón CJ, Fernández M, Del Amo E. Coledocolitiasis: indicaciones de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiorresonancia magnética. *Cir Esp* 2002; 71: 314-8.
- Sando N, Saito H. The efficacy of pre and postoperation magnetic resonance cholangiopancreatography for biliary tract disease. *Hepatogastroenterol* 1998; Supp II, Vol 45. Abstracts 3rd World Congress.
- Krahenbuhl L, Moser J, Redaelli C, Seiler Ch, Maurer Ch, Baer H. A Standardized Surgical Approach for the Treatment of Mirizzi Syndrome. *Dig Surg* 1997; 14: 272-276.
- Bare HU, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecistocholedochal fistula. *Br J Surg* 1990; 77: 743-745.
- Robles Palomar PJ, Lancaster Jones B, García Lara J. Síndrome de Mirizzi, abordaje abdominal laparoscópico. *Rev Mex Cir Endoscop* 2005; 6: 55-8.