



REPORTE DE CASO

SÍNDROME DE MIRIZZI: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

MIRIZZI SYNDROME: CASE REPORT AND REVIEW.

Olivares P¹, Parra A¹, Jara R¹, Rodríguez D², Rojas J², Llanos J².

¹ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Cirugía, Hospital Clínico, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

RESUMEN

El síndrome de Mirizzi, una complicación rara de la coledocistitis, consiste en la compresión extrínseca de la vía biliar producto de la impactación del cálculo en el bacinete. Puede generar dolor, ictericia, fístulas colecistobiliares u otras y ocasionalmente, colangitis. Fue descrita por primera vez por el cirujano argentino Pablo Mirizzi en 1948 y su clasificación actual está dada por Csendes y sus colaboradores (2007). La importancia de conocer esta entidad, es que, a pesar de su baja prevalencia, las complicaciones asociadas tienen elevada morbimortalidad. Se presenta una revisión de la literatura a propósito de un caso de Síndrome de Mirizzi tipo I que consultó al servicio de urgencia, se trató con colecistectomía laparoscópica y evolucionó de manera favorable.

PALABRAS CLAVES: coledocistitis; enfermedad vesicular crónica; síndrome de Mirizzi.

ABSTRACT

The Mirizzi syndrome, a rare complication of cholelithiasis, consists in extrinsic compression of the bile duct product of a gallstone at the gallbladder infundibulum. Could generate pain, jaundice, cholecystobiliar fistula or other and occasionally, cholangitis. It was first described in 1948 by Pablo Mirizzi, Argentinian surgeon and his current classification is given by Csendes and colleagues (2007). The importance of knowing this entity is that, despite their low prevalence, their associated and potentially serious complications have high morbidity and mortality. This article made a review of the literature and present a case of Mirizzi syndrome type I, who consulted the emergency department, was treated with laparoscopic cholecystectomy and evolved favorably.

KEYWORDS: cholelithiasis; chronic gallbladder disease; Mirizzi syndrome.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Mirizzi, una complicación rara de la coledocistitis, consiste en la obliteración del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) a causa de un cálculo que produce la 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 y Ruge en 1908. En 1948 el cirujano argentino

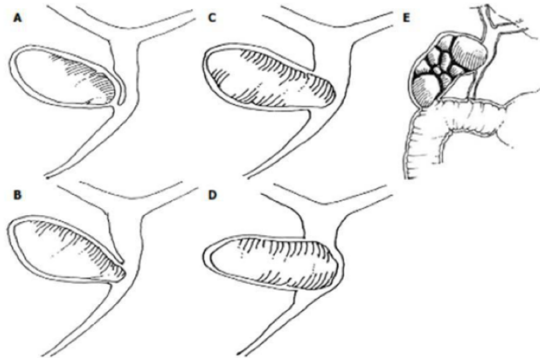




Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que ahora lleva su nombre¹.

El proceso se inicia por un cálculo enclavado en el bacinete que condiciona una compresión extrínseca de la vía biliar, dando origen a colestasis. La progresión del proceso inflamatorio puede ocasionar necrosis de la pared biliar con la formación subsiguiente de fistulas colecistobiliares². En base a esta evolución McSherry propuso una clasificación en tipo I y II (I compresión de la vía biliar, y II formación de fistulas colecistocoleodociana) y posteriormente Csendes, en el año 1989, propone el uso de una clasificación en 4 tipos, tomando en cuenta el porcentaje de la circunferencia de la vía biliar que está involucrado en la fistula colecistobiliar^{2,3}.

Figura 1. Clasificación del síndrome de Mirizzi.



Síndrome de Mirizzi Tipo I a V. A: Tipo I. B: Tipo II. C: Tipo III. D: Tipo IV. E: Tipo V (Dibujos originales por Word Journal Of Surgery 2008, pág. 2239-2241)

En publicaciones más recientes (2007) Csendes y cols. postulan que la historia natural del síndrome de Mirizzi no termina con el desarrollo de una fistula colecistobiliar, sino que el proceso inflamatorio continuo podría resultar en fistulas de mayor complejidad que involucran vísceras

adyacentes. Por tal motivo, modifica la antigua clasificación e incorpora un quinto tipo, las fistulas colecistoentéricas²⁻⁵ (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Clasificación del síndrome de Mirizzi.

Tipo	Descripción
I	Compresión extrínseca de la vía biliar común por un cálculo impactado en la vesícula
II	Fistula colecistobiliar secundaria que involucra un tercio de la circunferencia de la vía biliar
III	Fistula colecistobiliar que involucra dos tercios de la circunferencia de la vía biliar
IV	Fistula colecistobiliar que involucra toda la circunferencia de la vía biliar
V	Cualquier tipo más fistula colecistoentérica
Va	Sin ileo biliar
Vb	Asociado a ileo biliar

Las complicaciones de una enfermedad vesicular sintomática como el síndrome de Mirizzi son raras. En países occidentales tienen una incidencia menor al 1% en el año³⁻⁶, mientras que en países subdesarrollados, particularmente en América Latina, la incidencia es mayor, reportándose datos entre 4,7 a 5,7%^{2,4}.

El tratamiento definitivo de este síndrome debe asegurar un buen drenaje de la bilis hacia el intestino, además de incluir la colecistectomía².

La importancia de revisar este tema radica en que, a pesar de la baja prevalencia de esta patología, las complicaciones pueden llegar a ser significativas y dependen directamente del diagnóstico oportuno y del abordaje quirúrgico.

CASO CLÍNICO



Paciente de sexo femenino, de 60 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento. Antecedentes quirúrgicos de hernia inguinal derecha operada y salpingooforectomía bilateral. Consulta al servicio de urgencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile por cuadro de un mes de evolución caracterizado por dolor en hemiabdomen superior que se irradia a dorso derecho, constante hasta con Escala Visual Análoga (EVA) 10/10, de 3 horas de evolución que cede espontáneamente, ictericia progresiva de escleras y mucosas asociado a coluria. En sus exámenes de laboratorio destaca alteración de pruebas hepáticas con hiperbilirrubinemia de predominio directo (Bilirrubinemia total/Bilirrubinemia directa: 17mg/dl / 13mg/dl), sin elevación de parámetros inflamatorios y lipasa normal. Se descartan causas médicas del cuadro.

Figura 2. Ecotomografía Abdominal con litiasis de 19mm aproximadamente en su eje mayor impactado en bacinete.



La Ecotomografía Abdominal (Figura 2) informa: Colelitiasis con cálculo de 19 mm en su diámetro mayor, en bacinete, que impresiona producir compresión parcial extrínseca de la vía

biliar, sin generar dilatación de ésta y sin modificarse de posición con los movimientos del paciente. Murphy ecográfico negativo.

Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética: Colelitiasis con cálculo enclavado en el bacinete asociado a barro biliar. Microlitiasis con evidencia de imagen polipoidea de pared vesicular. Negativo para coledocolitiasis.

Se realiza Colectistomía por vía laparoscópica, en donde se evidencia cálculo impactado en bacinete, compresión de vía biliar a nivel hepático común, pero laxa, cístico fino. Se realiza biopsia que informa colelitiasis y colecistitis crónica fibrosa transmural. La paciente evoluciona en forma favorable y se mantiene sin complicaciones a su primer control postoperatorio.

DISCUSIÓN

La mayor parte de las series que citan la frecuencia se encuentran entre 0,7 y 1,4%³⁻⁶ excepto una serie de 442 pacientes con 4,7%⁷ otra serie centroamericana⁸ y una colombiana¹ con frecuencias por encima de 3%⁵.

El síndrome de Mirizzi es una entidad patológica que se encuentra con más frecuencia en mujeres, (87.5% en la serie de Paraguay, 2013), y esto probablemente es reflejo de la preponderancia femenina en la patología de la litiasis biliar⁶.

La triada de Charcot está presente en 44-71% de los casos, clínicamente los pacientes con síndrome de Mirizzi presentan ictericia en un 60-100% y dolor abdominal en un 50-100%. Este último siendo el



principal motivo de consulta. Ha sido mencionada también la colangitis en un 6-35% de los pacientes⁹.

La ecotomografía de hígado y vías biliares es el estudio inicial en patología de la vía biliar y puede revelar datos para sospechar el síndrome de Mirizzi como son: la dilatación de la vía biliar, los cálculos enclavados en bacinete y las alteraciones del conducto cístico. tiene una sensibilidad baja, de 57%^{1,6,10,11}. La Tomografía Computada es útil en el diagnóstico de colecistitis aguda y sus complicaciones, pero tiene poca sensibilidad para detectar cálculos biliares y su mayor utilidad es descartar un proceso neoplásico en obstrucción biliar. La Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética ha ganado aceptación como alternativa diagnóstica, con sensibilidad de 96% y especificidad de 93,5% se ha posicionado como el procedimiento anterior a la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (ERCP, por sus siglas en inglés), que confirma el diagnóstico con sensibilidad de 65%, complicaciones en 23% y ventaja de realizar maniobras terapéuticas^{10,12,13}. En nuestro caso, la ecotomografía mostró un cálculo que no se modificaba de posición con los movimientos de la paciente, que comprimía de manera parcial la vía biliar. La Colangiopancreatografía por Resonancia Magnética fue concordante, y se confirmó en la cirugía y en el estudio anatomohistopatológico.

En cuanto al tratamiento, el objetivo de éste es la colecistectomía y cuando existe daño en el conducto biliar, debe repararse. El abordaje dependerá del tipo

y grado de lesión de la vía biliar, y la existencia de fistula. En un síndrome de Mirizzi:

- Tipo I: se realiza colecistectomía fundocística con colangiografía, sin necesidad de explorar las vías biliares,
- Tipo II: Colecistectomía, sutura del colédoco y colocación de sonda T;
- Tipo III: Colecistectomía, colédoco-duodenoanastomosis con o sin sonda T;
- Tipo IV: colecistectomía, exploración de vías biliares y hepático-yeyuno anastomosis en Y de Roux¹.

El actual abordaje para la mayoría de los pacientes con colelitiasis es laparoscópico, lo que debe reconsiderarse en caso de sospecha de complicaciones agudas o crónicas, como es el síndrome de Mirizzi, por ello debe estudiarse cuidadosamente antes de realizar la cirugía. Algunos autores apoyan el abordaje abierto, mientras que otros apoyan el acercamiento laparoscópico, a pesar de ser más dificultoso y tener mayor riesgo de lesionar la vía biliar. Sin embargo, en manos expertas y con la tecnología apropiada sería segura. Csendes en su publicación del 2007 recomienda el abordaje por vía abierta⁴⁻⁶.

Beltrán en su revisión del 2012, propone una clasificación simplificada para esta patología²:

- Mirizzi I: compresión externa de la vía biliar por un proceso inflamatorio agudo o crónico y un cálculo impactado en el bacinete vesicular.





- Mirizzi IIa: Fístula colecistobiliar menor al 50% del diámetro de la vía biliar.
- Mirizzi IIb: Fístula colecistobiliar mayor a 50% del diámetro de la vía biliar.
- Mirizzi IIIa: Fístula colecistobiliar asociada a fistula colecistoentérica concurrente sin ileo biliar.
- Mirizzi IIIb: Fístula colecistobiliar asociada a fistula colecistoentérica concurrente con ileo biliar, y en base a esto, estandarizar el tratamiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

El síndrome de Mirizzi es un cuadro raro, que muestra mayor frecuencia en países latinoamericanos. Es importante reconocerlo para decidir la mejor forma de abordar este problema,

enfocándonos principalmente en menores complicaciones y mayores beneficios para los pacientes.

Correspondencia:

Patricio Olivares P.
p.olivares9@gmail.com

Los autores no declararon conflictos de interés ni percibir financiamiento para la realización de este trabajo.

El presente Reporte de Caso es publicado conforme a la normativa Ética Internacional y Nacional y con el Consentimiento Informado respectivo.

*Recibido el 7 de diciembre de 2014.
Aceptado el 20 de diciembre de 2015.
Publicado el 29 de mayo de 2016.*

REFERENCIAS

1. Rodríguez Carolina, Aldana Guillermo. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. rev. colomb. cir. [Internet]. 2008 Mar [cited 2016 Apr 19] ; 23(1); 6-11. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822008000100002&lng=en.
2. Beltrán MA. Mirizzi syndrome: history, current knowledge and proposal of a simplified classification. World J Gastroenterol. 2012 Sep 14;18(34):4639–50.
3. Csendes A, Díaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. Br J Surg. 1989 Nov;76(11):1139–43.
4. Csendes A, Muñoz C, Albán M. Síndrome de Mirizzi- Fístula colecistobiliar, una nueva clasificación. Rev Chil Cir. 2007;59:63– 4.
5. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. World J Surg. 2008 Oct;32(10):2237–43.
6. Méndez E, Samaniego C. El manejo del síndrome de Mirizzi en un servicio de cirugía general. Cir Parag 2013; 1:10-14.
7. Cortés M, Vásquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un Hospital de enseñanza. Cirujano general 2003; 25:334-7.





8. Cascante B. Cirugía de las Vías Biliares. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica* 2010; LXVII (893) 291-294.
 9. Johnson LW, Sehon JK, Lee WC, Zibari GB, McDonald JC. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review. *Am Surg.* 2001 Jan;67(1):11-4.
 10. Roesch F, Pérez A, Martínez S, Remes J, Jiménez V et al. Síndrome de Mirizzi. Experiencia del Hospital Español de Veracruz. *Cir Cir* 2013; 81:232-236.
 11. Reyes Cerezo M, Solorzano Peck G, Redel del Pueyo J, Vázquez Márquez L, Gordón del Río A, Arévalo Jiménez E, et al. [Mirizzi syndrome: apropos of 13 cases]. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1989 May;75(5):475-80.
 12. Griniatos J. Exploración laparoscópica de la vía biliar: Experiencia de una unidad especializada. *Cir Esp* 2002; 71:292-5.
 13. Tan K-Y, Chng H-C, Chen CY-Y, Tan S-M, Poh B-K, Hoe MN-Y. Mirizzi syndrome: noteworthy aspects of a retrospective study in one centre. *ANZ J Surg.* 2004 Oct;74(10):833-7.
-

