

Cirujano General

Volumen
Volume 25

Número
Number 4

Octubre-Diciembre
October-December 2003

Artículo:

Frecuencia del síndrome de Mirizzi en
un hospital de enseñanza

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza

Frequency of the Mirizzi syndrome in a teaching hospital

Dra. Maribel Cortés Ruiz, Dr. Arturo Vázquez García*

Resumen

Objetivo: Conocer si la frecuencia del síndrome de Mirizzi (SM), sospechado en forma preoperatoria e identificado intencionalmente durante la cirugía, corresponde al informado en la literatura.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio prospectivo, observacional.

Pacientes y métodos: Se analizaron 442 pacientes con patología quirúrgica biliar de noviembre 1998 a febrero 2001; se identificaron pacientes con sospecha de SM evaluando parámetros clínicos, de laboratorio y gabinete; así como los procedimientos quirúrgicos realizados.

Resultados: De 442 pacientes con patología quirúrgica biliar se identificaron 21 con el diagnóstico de SM (4.7%), 18 mujeres y 3 hombres, con edad media de 45.1 (16 a 76 años). Los datos clínicos fueron: dolor abdominal 100%, ictericia 100%, vómito 95% y fiebre 38%. Hubo hiperbilirrubinemia en 14 pacientes (67%). El ultrasonido tuvo sensibilidad diagnóstica de 43%. Se identificó Mirizzi tipo I: en 13 (62%), tipo II: en 6 (28%), tipo III: en 1 (5%) y tipo IV: en 1 (5%). Se practicaron 21 colecistectomías, 15 exploraciones de vía biliar con colocación de sonda en T, una coledocoplastia con parche de pared vesicular y una derivación biliodigestiva.

Conclusión: La literatura mundial informa de una frecuencia del SM de 0.7 a 1.4%, en nuestro estudio fue de 4.7%.

Abstract

Objective: To know whether the frequency of the Mirizzi syndrome (MS) suspected preoperatively and intentionally identified during surgery, corresponds to the reports in the literature.

Setting: Third level health care hospital.

Design: Prospective, observational study.

Patients and methods: We analyzed 442 patients with biliary surgical pathology, from November 1998 to February 2001; we identified the patients with suspected MS, assessing clinical parameters, laboratory tests and cabinet studies, as well as the performed surgical procedures.

Results: From the 442 patients with surgical biliary pathology, 21 were identified with the diagnosis of MS (4.7%), 18 women and 3 men, average age of 45.1 (range 16 to 76 years). Clinical data were: abdominal pain, 100%; jaundice, 100%; vomiting, 95%; fever, 38%. There was hyperbilirubinemia in 14 patients (67%). The ultrasound had a diagnostic sensitivity of 43%. Type I Mirizzi was identified in 13 (62%); type II in 6 (28%); type III in 1 (5%), and type IV in 1 (5%). Surgeries performed were: 21 cholecystectomies, 15 explorations of the biliary tract with placement of a T catheter, 1 choledochoplasty with placement of a vesicular wall stent, and one bilio-digestive shunt.

Conclusion: World literature reports a frequency of MS of 0.7 to 1.4%, in our study it was of 4.7%.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi, ictericia, epidemiología, colecistectomía.

Cir Gen 2003;25: 334-337

Key words: Mirizzi syndrome, epidemiology, cholecystectomy.

Cir Gen 2003;25: 334-337

Servicio de Cirugía General del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, en México, D.F.

Fecha de recibido para publicación: 8 de marzo de 2002.

Fecha de aceptado para publicación 23 de junio de 2003.

* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General A.C.

Correspondencia: Dra. Maribel Cortés Ruiz, Av. Imán 704, Edificio 40 – 202 A, Pedregal del Maurel, 04720, México, D.F.

Teléfono: 56 66 04 08 E-mail: maribelcorm@hotmail.com

Introducción

La compresión del conducto hepatocolédoco por un cálculo vesicular como causa de ictericia, fue descrita inicialmente por Kher en 1905 y Ruge en 1908. En 1948, el cirujano argentino Pablo Mirizzi describió las características de la entidad que ahora lleva su nombre.^{1,2}

Actualmente podemos definir como Síndrome de Mirizzi (SM) a "la compresión del conducto hepatocolédoco por un cálculo vesicular situado ya sea en la bolsa de Hartmann, el cuello o el conducto cístico". Se sabe que la ictericia es causada tanto por una obstrucción mecánica producida por el cálculo impactado como por la respuesta inflamatoria; y el conducto cístico paralelo al hepatocolédoco aunque predispone, no es una condición necesaria para la presentación de esta entidad.^{2,3}

Clínicamente se manifiesta como un síndrome icterico obstructivo, que puede ser recurrente y en los casos avanzados producir una fístula colecistocolédociana por destrucción de la pared del colédoco.^{2,4}

La fístula que comunica la vía biliar con la vesícula fue descrita primeramente por Puestow en 1942 y por ser poco frecuente se ha considerado por algunos autores como una patología aislada.^{5,6}

Epidemiológicamente el SM es una entidad rara, descrita como causa de ictericia obstructiva, la cual ocurre en menos del 1% de los pacientes operados de colecistectomías.⁷ Según Baer⁸ y England⁹ la incidencia es tan sólo del 0.7 al 1.1%. Kok¹⁰, Curet¹¹ y Redaelli¹² describieron este síndrome en el 0.7 al 1.4% de todas las colecistectomías realizadas. En otro estudio, Mishra² informó de fístulas biliobiliares en cinco pacientes (1.43%) de 350 colecistectomías, mientras que Juárez⁶ menciona una frecuencia de dichas fístulas de 0.03%.

El presente estudio tiene como objetivo conocer si el SM, sospechado en forma preoperatoria e identificado intencionalmente durante la cirugía, tiene el mismo porcentaje de frecuencia al informado en la literatura.

Pacientes y métodos

Se incluyeron 442 pacientes con patología quirúrgica de la vía biliar, durante el periodo comprendido de noviembre de 1998 a febrero de 2001, provenientes del servicio de urgencias y de la consulta externa. Se planeó un estudio prospectivo, observacional y descriptivo para identificar el SM mediante evaluación clínica, revisión de estudios preoperatorios (laboratorio y gabinete), revisión de notas quirúrgicas y plática con los cirujanos en relación a los hallazgos transoperatorios.

Se registraron los siguientes datos: género, edad, dolor abdominal, ictericia, fiebre, vómito; laboratorio: Leucocitos, bilirrubinas, fosfatasa alcalina; ultrasonográficos: Dimensión vesicular, grosor de pared, presencia de coledocolitiasis, bolsa de Hartmann y diámetro del colédoco; hallazgos quirúrgicos y procedimientos quirúrgicos realizados.

Los criterios de inclusión fueron: Pacientes portadores de patología biliar con ictericia o antecedentes de ictericia previa y coledocolitiasis.

Los criterios de exclusión fueron: coledocolitiasis, cáncer de vías biliares, estenosis de la vía biliar por lesión.

Los criterios de eliminación fueron: Pacientes ictericos de causa no obstructiva y pacientes ictericos no intervenidos quirúrgicamente.

Resultados

De los 442 pacientes con patología quirúrgica de la vía biliar, 21 (4.7%) se diagnosticaron como SM; de éstos, siete provenían de la consulta externa de cirugía general y 14 del servicio de urgencias. Respecto al género y edad: 18 fueron mujeres (86%), con edad promedio de 16 a 73 años (media: 45.1) y tres hombres (14%), con edad promedio de 40 a 76 años (media: 59.3).

Todos presentaron dolor, 14 (67%) ictericia al momento del ingreso y siete (33%) tuvieron previamente uno o más cuadros de ictericia; ocho (38%) presentaron fiebre y 20 (95%) vómito. Los resultados de laboratorio se muestran en el **cuadro I**.

Ultrasonográficamente se encontró coledocolitiasis en 18 pacientes (86%), sospecha de coledocolitiasis en cinco (24%); el tamaño de la vesícula fue mayor de 10 cm en 17 (81%); el grosor de la pared fue de 3 mm en 6 (29%) y con más de 4 mm en 15 (71%). La búsqueda intencionada de alteraciones de la bolsa de Hartmann (redundante, acodada y con lito enclavado) se detectó en 9 pacientes (43%). El diámetro del colédoco fue menor a 10 mm en 16 (76%) y mayor de 11 mm en cinco (24%). (**Figura 1**).

Cuadro I
Resultados de laboratorio

Parámetros	No. pacientes	%	Valores normales
Leucocitos <10/> 10.1	15/6	71/29	5 - 10.0 mm ³
Bilirrubinas dir/indirecta >.25/>.75	14/0	67/0	0.25/0.75 mg/dl
Fosfatasa A. < 117/> 200	7/14	33/67	117 U

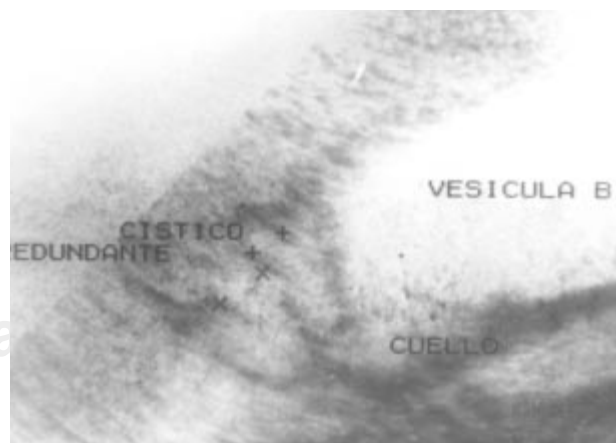


Fig. 1. Hallazgo ultrasonográfico que muestra compresión del colédoco con cístico redundante y bolsa de Hartmann.

Los hallazgos transoperatorios incluyeron: Litiasis vesicular en todos, hidrocolecisto en 11 (52%), piocolecisto en cinco (24%) y colasco en uno (5%). Las dimensiones del colédoco fueron: < 10 mm en 12 (57%) y >11 mm en nueve (43%). La cirugía fue electiva en siete pacientes (33%) y de urgencia en 14 (67%).

Con base en la clasificación de Csendes, los pacientes con SM se agruparon como se muestra en el **cuadro II**. Los procedimientos quirúrgicos fueron realizados tanto por médicos adscritos como por residentes en periodo de formación e incluyeron: Colectomía en todos los pacientes, exploración de vías biliares y colocación de sonda T en 15 (71%). En el paciente con SM tipo III se encontró también fístula colecistocolónica y colecistoduodenal, se efectuó cierre de las mismas así como plástica de colédoco con parche vesicular y colocación de sonda T, previa exploración de la vía biliar. En el paciente con SM tipo IV se realizó hepático yeyuno anastomosis en Y de Roux .

Discusión

Generalmente se hace referencia del SM como una entidad poco común, en diversas publicaciones se informa una frecuencia que varía, en general, de 0.7 a 1.4%,⁷⁻¹² en nuestro estudio la búsqueda intencionada nos dio una cifra del 4.7%.

Las alteraciones del SM son ahora ya bien conocidas. Mirizzi y otros cirujanos de su época describieron cuatro componentes involucrados: 1. Disposición anatómica del conducto cístico o del cuello de la vesícula de forma tal que corra paralelo al conducto hepático común. 2. Impacción de un cálculo en el conducto cístico o cuello vesicular. 3. Obstrucción mecánica del conducto hepático común por el mismo cálculo o por la inflamación secundaria y, 4. Ictericia, y menos frecuentemente, colangitis.^{13,14} Los ataques repetidos condicionan inflamación crónica y adherencias entre el cuello vesicular y el conducto hepatocolédoco, que acaban fusionándose. El cálculo produce necrosis por presión, que con el tiempo erosiona esta pared y puede introducirse, parcial o completamente, en el conducto hepatocolédoco adyacente.^{2,11}

Se han propuesto diversas clasificaciones del SM atendiendo a los hallazgos transoperatorios. Csendes, en 1989, propuso una clasificación de acuerdo con los hallazgos quirúrgicos en la vía biliar en: Tipo I: Compresión externa del conducto biliar común debido a un cálculo impactado en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico sin fístula (SM original). Tipo II: Presencia

de una fístula colecistobiliar, el cálculo lesiona menos de un tercio de la circunferencia del conducto. Tipo III: Fístula con erosión de dos tercios de esta circunferencia. Tipo IV: Fístula con destrucción completa de la pared del conducto biliar común.^{2,5,12,13} (Figura 2). Recientemente, el SM se ha subdividido, en base a la forma de la compresión de la vía biliar en: Tipo I. Sin comunicación entre la vesícula y el conducto biliar, que se subdivide en: IA. Conducto cístico largo que corre paralelo al conducto biliar y, IB. Conducto cístico obliterado. Tipo II. Consiste en una fístula biliobiliar de la vesícula al conducto hepático con un cálculo impactado en la fístula¹¹ (Figura 3).

De acuerdo con Csendes,^{2,11} el análisis de nuestra serie reveló que la ictericia es un signo constante en los enfermos con SM, aun cuando no todos la presenten al momento del ingreso; los pacientes que ingresaron de manera electiva refirieron cuadros previos de ictericia.

El ultrasonido es el estudio inicial en pacientes con ictericia obstructiva y puede dar datos para sospechar SM al buscar y encontrar: 1. Dilatación de las vías biliares por arriba del colédoco. 2. La dilatación de la vía biliar se detiene justo en el sitio de una imagen ecodensa que proyecta sombra sónica, imagen típica de un cálculo. 3. Cambios anatómicos en el conducto cístico o bolsa de Hartmann (redundante o acodado) y, 4. Conducto colédoco de calibre normal por abajo del cálculo.^{1,2,11,13,14} Este recurso lo utilizamos en todos los pacientes y sólo en nueve (43%) detectamos las alteraciones mencionadas.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)^{2,3,9,13,15} es el estudio de elección para confirmar

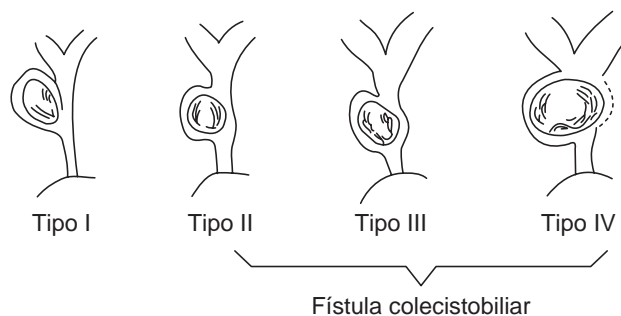


Fig. 2. Clasificación de Csendes: fases de desarrollo del síndrome de Mirizzi.

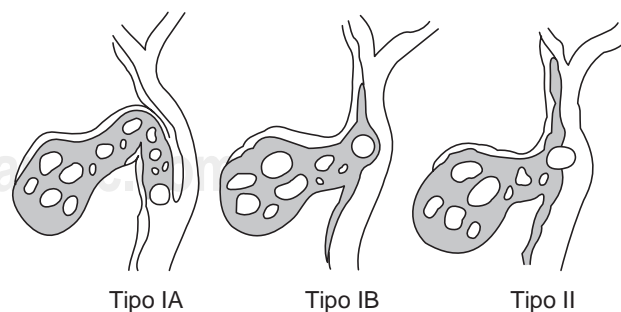


Fig. 3. Clasificación actual del síndrome de Mirizzi.

Cuadro II		
Resultados del SM de acuerdo con la clasificación de Csendes		
Síndrome de Mirizzi	No. pacientes	%
Tipo I	13	62
Tipo II	6	28
Tipo III	1	5
Tipo IV	1	5

el diagnóstico de SM; sin embargo, se excluyó en esta investigación ya que sólo en un paciente con SM se hizo el Dx preoperatorio por este método, por no tener la disponibilidad del recurso.

Espino, Csendes y otros autores^{2,4-6,8,14,16-18} proponen diversas técnicas quirúrgicas con base en los hallazgos en la vía biliar y al estadio del SM en que se encuentren de acuerdo a las diferentes clasificaciones ya mencionadas. El manejo quirúrgico de los 21 pacientes de nuestra serie correspondió a lo informado en la literatura para los diferentes tipos del SM, la resolución fue satisfactoria y no se presentaron complicaciones.

Conclusión

Nuestro estudio muestra que la sospecha clínica y la búsqueda intencionada del SM aumentan el porcentaje de diagnóstico transoperatorio, en la población estudiada fue del 4.7%, mayor a la publicada en la literatura.

Referencias

1. Kodali VP, Peterson BT. Endoscopic therapy of postcholecystectomy Mirizzi syndrome. *Gastrointest Endosc* 1996; 44: 86-90.
2. Espino CH, Bernal SF, Murguía DD, Valdés LR. Síndrome de Mirizzi: una causa rara de ictericia obstructiva. *Rev Gastroenterol Méx* 1993; 58: 25-30.
3. Dewar G, Chung SC, Li AK. Operative strategy in Mirizzi syndrome. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 171: 157-9.
4. Braasch JW, Martín FM. *Estenosis y afecciones obstructivas benignas de los conductos biliares*. En: Zuidema GD, Turcotte JG. Shackelford: Cirugía del aparato digestivo. 3a ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 286.
5. 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.
6. Juárez CD, Hurtado DJL, Flores GS, Senties Carvajal S, Belio CA. Síndrome de Mirizzi: experiencia en siete pacientes. *Cir Gen* 2001; 23: 99-104.
7. Vadala G, Basile G, Rimmaudo G, Pappalardo A, Evola G, Vadala S. Mirizzi syndrome (abstracts). *Minerva Med* 1999; 90(5-6): 179-85.
8. Baer HU, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of cholecystcholedochal fistula. *Br J Surg* 1990; 77: 743-5.
9. England RE, Martin DF. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome. *Gut* 1997; 40: 272-6.
10. Kok KY, Goh PY, Ngoi SS. Management of Mirizzi's syndrome in the laparoscopic era. *Surg Endosc* 1998; 12: 1242-4.
11. Curet MJ, Rosendale DE, Congilosi S. Mirizzi syndrome in a Native American population. *Am J Surg* 1994; 168: 616-21.
12. Redaelli CA, Buchler MW, Schilling MK, Krahenbuhl L, Ruchti C, Blumgart LH, et al. High coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma. *Surgery* 1997; 121: 58-63.
13. Cozard JC, Alipeti G. Endoscopic management of Mirizzi's syndrome. *Gastrointest Endosc* 1997; 46: 290-2.
14. Toscano RL, Taylor PH Jr, Peters J, Edwin R. Mirizzi syndrome. *Am Surg* 1994; 60: 889-91.
15. Meng WC, Kwok SP, Kelly SB, Lau WY, Li AK. Management of Mirizzi syndrome by laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic ultrasonography. *Br J Surg* 1995; 82: 396.
16. Karademir S, Astarcioglu H, Sokmen S, Atila K, Tankurt E, Akpınar H, et al. Mirizzi's syndrome: diagnostic and surgical considerations in 25 patients. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2000; 7: 72-7.
17. Sare M, Gurer S, Taskin V, Aladag M, Hilmioglu F, Gurel M. Mirizzi syndrome: choice of surgical procedure in the laparoscopic era. (abstracts) *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 63-7.
18. Kitanovic A, Djordjevic R, Miladinovic M, Smijjkovic M, Kulic V, Gajic M, et al. Mirizzi syndrome - type II. (abstracts) *Br J Surg* 1998; 85(Suppl 2): 53-4.

