

CIRUGÍA

SÍNDROME DE MIRIZZI

Andrea Zúñiga Vargas *

SUMMARY

Mirizzi's syndrome is an unusual complication of gallstone disease, in which a stone impacting in the neck of the gallbladder (Hartmann's pouch) compresses the common bile duct. This mechanical obstruction leads to obstructive jaundice frequently followed by inflammatory changes and several complications.

INTRODUCCIÓN

En 1905 Kehr describió la colestasis extrahepática como resultado de la compresión mecánica benigna de la vía biliar por un lito enclavado en el cístico (1, 3). En el año 1947, el cirujano argentino Pablo

Mirizzi describió el síndrome del hépatico funcional en cuadros de ictericia obstructiva, atribuyendo los síntomas a un "espasmo del esfínter hepático", condicionado por un cístico paralelo a la vía biliar. Posteriormente, en 1982 Mc Sherry comprobó que en realidad esta ictericia obstructiva era causada por la compresión mecánica del mismo cálculo, que luego de repetidos procesos inflamatorios da lugar a la desaparición del conducto cístico hasta quedar establecida una fistula colecistocoledociana; por lo que propuso la denominación de Síndrome de Mirizzi (SM) a esta patología (7).

El síndrome de compresión biliar extrínseca, o Síndrome de Mirizzi delimita un complejo anatomo

clínico característico dentro de la patología quirúrgica biliar. Consiste en la obliteración del cuello de la vesícula biliar (bolsa de Hartmann) por un lito que da origen a una obstrucción mecánica extrínseca de la vía biliar; la cual puede desencadenar diversos fenómenos como ictericia, exclusión vesicular, colecistitis aguda, fistula colecistocoledociana o bilio-digestiva, coledocolitiasis, colangitis y cirrosis biliar secundaria, entre otros (2). La secuencia de estos signos y síntomas no siempre es lógica y ordenada, según la gravedad de cada complicación. De forma característica el cuadro suele ser silente y se presenta como una ictericia intermitente.

* Médico General, Área de Salud Curridabat.

CLASIFICACIÓN DEL SÍNDROME DE MIRIZZI

Se han descrito varias clasificaciones de este síndrome; McSherry, en 1982, lo clasificó en tipo I cuando era compresión extrínseca de la vía biliar y tipo II cuando se asociaba con fistula colecistocoledociana (1). Posteriormente, Starling subdividió el tipo I en IA, si se encuentra un conducto cístico largo que corre paralelo a la vía biliar y se encuentra obstruido por litos, y el IB cuando el cístico es corto, se encuentra completamente obliterado por los litos y no hay fistula (figura 1) (3)

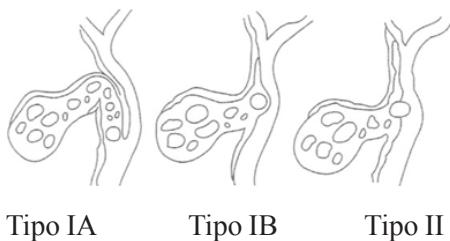


FIGURA 1. Clasificación de Starling.

A. Csedenz, en 1989, lo dividió en cuatro tipos:

- 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 fistula.
- Tipo II - Con fistula colecistocoledociana que compromete menos del 33% de la pared del árbol biliar extrahepático.
- Tipo III - Con fistula colecistocoledociana con un

compromiso del 33 al 66% de la pared del árbol biliar extrahepático.

- Tipo IV - Con fistula colecistocoledociana con destrucción completa de la pared del árbol biliar común; con compromiso de más del 66% de la pared del árbol biliar extrahepático (figura 2) (4, 9).

En un amplio estudio de 219 pacientes, Csedenz et al concluyeron que pacientes con SM tipo I se presentaba en un 11%, 41% tenían lesiones de tipo II, el 44% tenía lesiones de tipo III, y el 4% tenía lesiones de tipo IV (11).

litiásica, típicamente se presenta con cuadros de ictericia no dolorosa, colangitis o pancreatitis pero existen reportes en la literatura de series en las cuales se diagnosticaron pacientes sin antecedentes de ictericia y con perfiles hepáticos normales (5). En las alteraciones del SM se describe el compromiso de cuatro componentes: 1. la disposición anatómica del conducto cístico o el cuello de la vesícula de forma tal que corren paralelos al conducto hepático común; 2. la obliteración por un lito del conducto cístico o del cuello de la vesícula; 3. la obstrucción mecánica del

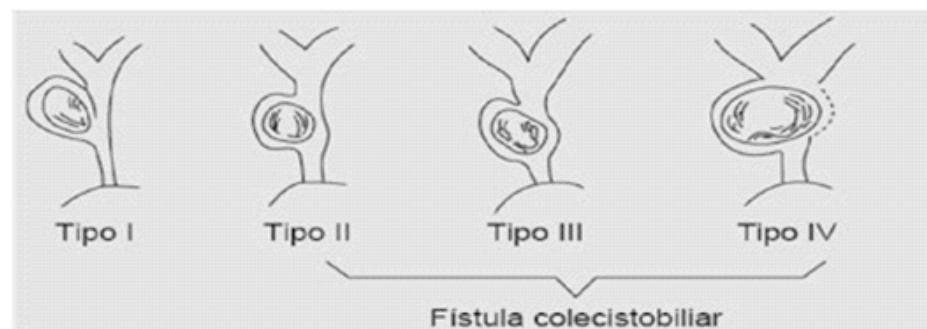


FIGURA 2. Clasificación de A. Csedenz.

CLÍNICA Y DIAGNOSTICO

Desde el punto de vista epidemiológico, el SM ocurre en menos del 1% de los pacientes operados y la incidencia es tan sólo de 0,7 a 1,4% de las colecistectomías realizadas en la mayoría de series publicadas (3,8,9,10). Este síndrome ocurre frecuentemente en los adultos pero se presenta en cualquier edad en pacientes con colecistitis

conducto hepático común por un lito o por inflamación secundaria, y 4. la ictericia o la colangitis. El lito enclavado ocasiona necrosis por presión que, con el tiempo, puede evolucionar a erosión de la pared y aparición de fistulas (3). Por ende, los pacientes con SM presentan ictericia (60-100%) y dolor abdominal (50 a 100%), este último siendo el motivo principal de consulta. Ha sido mencionada también la colangitis en un 6 a 35% de los pacientes. La triada de

Charcot está presente en un 44 a un 71 % de los casos. La presencia de ictericia no dolorosa puede sugerir un proceso obstructivo maligno de vía biliar. Por último, presentaciones más atípicas como pancreatitis, perforación de vesícula biliar y pérdida de peso han sido descritas. El uso de la tecnología moderna en el diagnóstico precoz y un alto índice de sospecha son condiciones primordiales para poder evitar el daño a la vía biliar debido a la intensa reacción inflamatoria que caracteriza a esta patología. El diagnóstico preoperatorio del SM resulta muy difícil debido a una historia clínica y estudios de laboratorio no específicos. El ultrasonido abdominal es el estudio inicial en los pacientes con patología de la vía biliar y puede revelar datos para sospechar el SM, como son la dilatación de la vía biliar, los litos enclavados en la bolsa de Hartmann y las alteraciones del conducto cístico, con una sensibilidad de 23% (1, 6). La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es el estudio de elección para confirmar SM; sin embargo, tiene una sensibilidad de sólo el 55%, tiene una importante morbilidad (6). La tomografía computarizada abdominal puede evidenciar una cavidad irregular cerca del cuello de la vesícula biliar y litos; sin embargo, no corresponden a signos radiológicos específicos sino guían a diferenciar de malignidad en el sistema extrahepático.

TRATAMIENTO

El tratamiento completo y definitivo es quirúrgico, las metas a seguir son; extirpar la vesícula biliar, los litos y la reparación de los daños existentes en los conductos biliares, la estrategia deberá ser determinada dependiendo de si existe o no fistula biliar. El intenso proceso inflamatorio, y la alteración de la anatomía constituyen grandes dificultades a la hora de realizar el procedimiento quirúrgico para la resolución del SM. La anatomía de la vía biliar se encuentra muy distorsionada y no es infrecuente que el cirujano identifique de manera errada el conducto biliar común como conducto cístico, lo cual lleva a una mayor frecuencia de lesiones iatrogénicas en los pacientes con esta condición. La realización de una colangiografía intraoperatoria permitirá dibujar de forma adecuada el árbol biliar, y si bien no produce una menor incidencia de lesiones, si conduce a un diagnóstico precoz de estas y por lo tanto al tratamiento adecuado en un solo tiempo quirúrgico. Tradicionalmente en pacientes con Mirizzi tipo I la recomendación era practicar colecistectomía subtotal anterógrada, extracción de litos y cierre del muñón para evitar daño al conducto hepático, esta técnica disminuye el riesgo de ocasionar daños a los conductos a nivel del triángulo de Calot, si se presenta salida importante de bilis durante la disección se pudo concluir que se trata de una

fistula biliar y la colangiografía transoperatoria estaría indicada. En casos de Mirizzi tipo II a IV el tamaño de la fistula determinará el tipo de reparación; en fistulas pequeñas se recomienda la reparación utilizando sondas en T o la coledocoplastia con parche de pared de vesícula biliar. Fístulas grandes requieren anastomosis bilioentéricas (Roux en Y hepaticoyeyunostomía) (5). En pacientes que no son candidatos a cirugía la colocación de stents vía endoscópica o percutánea se recomiendan aunque vale la pena mencionar que no todos los pacientes mejoran y las complicaciones como sepsis y cirrosis biliar son frecuentes. Ocionalmente se pueden hallar tumores malignos de la vesícula biliar, de los conductos o metástasis que debido a la intensa reacción inflamatoria periductal y la presencia de masas por engrosamiento de la pared vesicular obligan a confirmar o descartar una patología de origen maligno, algunos autores utilizan secciones congeladas histopatológicas transoperatorias de rutina. (5)

RESUMEN

El síndrome de Mirizzi es una variante poco frecuente de colelitiasis en la que un lito impactado en la bolsa de Hartmann comprime la vía biliar desencadenando una ictericia obstructiva, frecuentemente seguida de fenómenos

inflamatorios y de diversas complicaciones (colecistitis, colangitis, fistulas etc).

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. Beorlegui, J. Sánchez; R. Cabezali Sánchez; E. Monsalve Laguna; P. Soriano Gil Albarellos; N. Moreno De Marcos. Nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas en el síndrome de Mirizzi. *An. Med. Interna (Madrid)* Vol. 24, N.º 6, pp. 281-284, 2007
3. Cortés M, Vásquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. *Cirujano General* 2003;
4. 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.
5. Robles Palomar, Pablo José; Lancaster Jones, Bernardo; García Lara, Javier. Síndrome de Mirizzi, abordaje abdominal laparoscópico. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. Vol.6 No.1 Ene.-Mar., 2005. pp. 55-58
6. Rodriguez Carolina; Aldana Guillermo. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o síndrome de Mirizzi: experiencia de cinco años en el Hospital de San José. *Revista Colomb Cir* 2008; 23 (1): 6-11
7. Samaniego A, Castor; Sanabria Z; Valeria; Filártiga L, Aníbal. Experiencia en tratamiento del Síndrome de Mirizzi. *Rev. Chilena de Cirugía*. Vol 58- N° 4, Agosto 2006; pp. 276 – 280.
8. Schafer M, Schneiter R, Krahenbuhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2003; 17:1186-1190.
9. 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.
10. Wolfgang Stehr, MD. The Mont Reid surgical Handbook. The University of Cincinnati Residents. Sixth Edition. Saunders Elsevier. p 524
11. Yun EJ, Choi CS, Yoon DY, Seo YL, Chang SK, Kim JS, et al. Combination of magnetic resonance cholangiopancreatography and computed tomography for preoperative diagnosis of the Mirizzi syndrome. *J Comput Assist Tomogr*. Jul-Aug 2009;33(4):636-40.