

## SINDROME DE MIRIZZI

Edwin Molina, Dr. Magno Naranjo, Dr. Iván Galindo, Dr. Leonardo Vaca, Dr. Byron López

En 1948, Mirizzi describió el llamado síndrome hepático funcional en pacientes ictericos, en los cuales encontró variación anatómica en el conducto cístico, cálculos impactados en el cuello vesicular y obstrucción parcial de la vía biliar.

Posteriormente, en 1982, Mc. Sherry propuso una clasificación del síndrome de Mirizzi en dos tipos: en el tipo I hay compresión extrínseca del conducto hepático común, por un cálculo grande impactado en el cístico o en la bolsa de Hartman; en el tipo II, encontramos una fístula colecistocolédociana ocasionada por un cálculo que ha erosionado parcial o completamente el colédoco.

En 1990, A. Csendes, publica una nueva clasificación de los pacientes con síndrome de Mirizzi y fístula colecistobiliar, en la cual pretende establecer una clasificación unificadora que incluya las mencionadas patologías.

En nuestro estudio, basándonos en la clasificación de A. Csendes, exponemos el número de casos encontrados de esta no muy frecuente patología, y ponemos en consideración nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de cada uno de los estadios del síndrome de Mirizzi.

### MATERIALES Y METODOS

Se realiza un estudio retrospectivo, desde el año de 1984 hasta 1992, de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología biliar en el Servicio de Cirugía del Hospital Enrique Garcés.

Determinamos que de un total de 4.500 cirugías, 875 corresponden a patología biliar; de ellas 10 pacientes presentaban Síndrome de Mirizzi, los cuales fueron clasificados según la definición de A. Csendes que comprende los siguientes estadios evolutivos:

1. Lesión de tipo I: Compresión extrínseca de la vía biliar producida por un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar o en el conducto cístico.
2. Lesión de tipo II: Presencia de una fístula colecistobiliar producida por la erosión de la pared lateral o anterior de la vía biliar principal por cálculos impactados, cuando la fístula interesa menos de un tercio de la circunferencia de la vía biliar principal.
3. Lesión de tipo III: Presencia de una fístula colecistobiliar con erosión de la pared de la vía biliar principal que alcanza hasta dos tercios de su circunferencia.
4. Lesión de tipo IV: Presencia de una fístula colecistobiliar con destrucción de toda la pared de la vía biliar principal.

Además consideramos los siguientes parámetros: edad, dolor de tipo biliar, ictericia, duración de los síntomas, los exámenes útiles en el diagnóstico y el tipo de resolución quirúrgica con su evolución.

### RESULTADOS

De los diez pacientes, 5/875 presentaban lesión tipo I; lesión tipo II, 3/875; lesión tipo III, 1/875; lesión tipo IV, 1/875.

El sexo femenino predomina en todos los estadios; la edad media es mayor en las lesiones III y IV. Igualmente en las lesiones III y IV es frecuente la ictericia obstructiva, así como es notable que en todos los estadios el tiempo de evolución de la patología supera los treinta días.

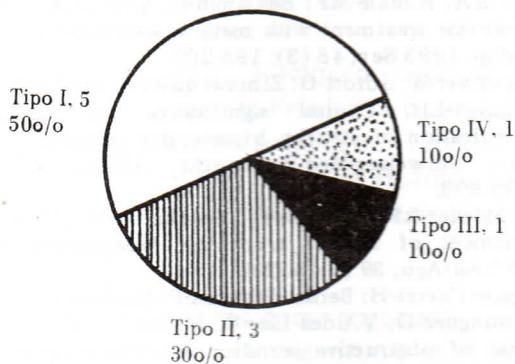
A todos los pacientes se les realiza ECO abdo-

minal y en los estadios III y IV fue necesario la E.R.C.P., encontrándose en todos litiasis biliar, y en las lesiones III y IV se logró determinar la presencia de fístulas colecistobiliares.

A los diez pacientes se les realizó colecistectomía. En los pacientes con lesión tipo I se realizó colecistectomía simple. A los que presentaron lesiones tipo II, además de colecistectomía, fue necesaria la sutura de la fístula con material absorbible y la colocación de un tubo en T distal a la sutura durante dos a cuatro semanas. A los pacientes con lesiones tipo III y IV, se les realizó colecistectomía y anastomosis bilioentérica.

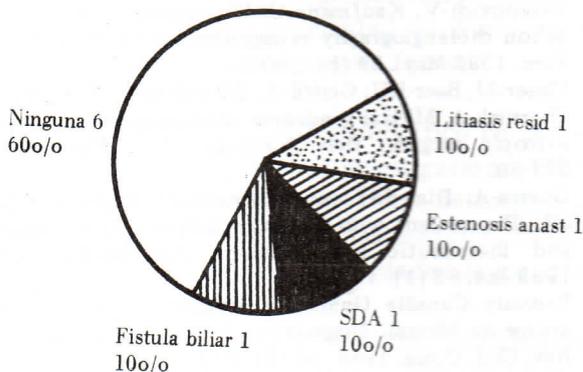
### SINDROME DEL MIRIZZI

Tipo de lesión



### SINDROME DE MIRIZZI

Complicaciones



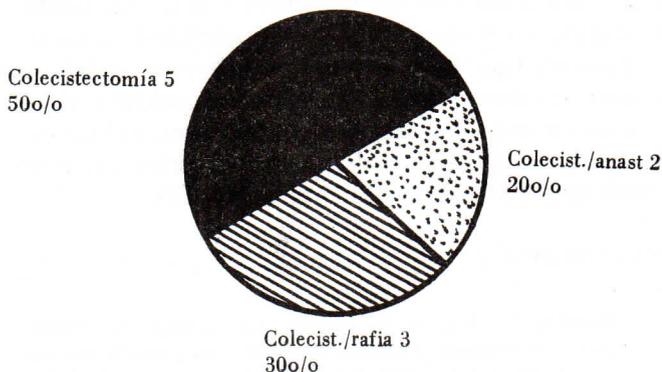
La evolución postoperatoria es satisfactoria, especialmente para los estadios I y II, encontrándose tan solo una fístula biliar externa que se autolimitó.

En el paciente que presentaba lesión tipo III, el período de evolución es tan solo de sesenta días, sin complicaciones. El único paciente con lesión tipo IV, presentó a los cinco meses postoperatorios ictericia, acolia, coluria y dolor abdominal, encontrándose en el ECO dilatación de la vía biliar, y en la C.P.R.E., estenosis de la anastomosis colédoco-yeyunal, lo que se confirmó en el transoperatorio;

en este paciente se realizó una nueva anastomosis colédoco-yeyunal, con evolución favorable hasta el momento.

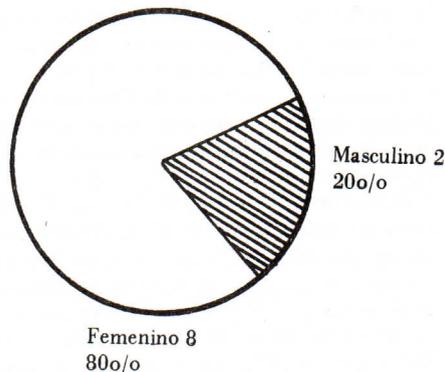
### SINDROME DE MIRIZZI

Cirugía realizada



### SINDROME DE MIRIZZI

Sexo



### DISCUSION Y CONCLUSIONES

El Síndrome de Mirizzi es una complicación no muy frecuente de la colelitiasis de larga evolución, que origina una compresión extrínseca de la vía biliar principal, alterando la anatomía de la región vesicular, circunstancia que torna difícil la disección y controversial la alternativa de resolución quirúrgica.

De ahí entonces la necesidad de tratar de realizar un diagnóstico preoperatorio certero, especialmente si existe fístula, para tratar de determinar la terapéutica más adecuada. Para cumplir con este objetivo, contamos en la actualidad con medios muy eficaces, como el ECO y la E.R.C.P.

Creemos que para la resolución del estadio I es tan solo necesaria la colecistectomía, siendo optativa la exploración de la vía biliar.

En las lesiones de tipo III no es posible expresar conclusiones por su corto período de evolución. El paciente que presentó una lesión tipo IV, en el que se produjo la obstrucción en un 80o/o de la

anastomosis bilioentérica, requirió la elaboración de una nueva anastomosis con evolución favorable.

Por lo que nuestra corta experiencia nos permite concluir en la necesidad de un diagnóstico preoperatorio adecuado: en los estadios I y II la resolución quirúrgica no presenta mayor complejidad; pero en las lesiones tipo III y IV, el tratamiento quirúrgico es muy controvertido, pues incluso cualquier tipo de anastomosis bilioentérica presenta complicaciones a corto plazo, sin embargo es definitivo que este último tipo de tratamiento es el más indicado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Moreira V; Martín de Argila. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el síndrome de Mirizzi. *Rev. Esp. Digest.* 1992; 81: 427/433.
2. Olivares, P.E. La colangiografía operatoria de Mirizzi en Europa. *Rev. Fac. Cienc. Med. (Córdoba)* 1983; 41 (1): 51-4.
3. Ramírez Arias; Guevara Rascado; Pérez Mnedizabal. Síndrome de Mirizzi estudio de tres enfermos. *Rev. mex. radiol.* 1985; 39 (4): 143-146.
4. Giffoniello Halabi; Acerbi Cremadas; Aguirre Fermín. Colangiografía operatoria bajo control manométrico con débito constante y fluoroscopia televisada. *Prensa med. argent.* 1985; 72 (12): 412-4.
5. Palacios José; Jiménez P; Correa V; López Oscar. Las fistulas biliobiliares y el síndrome de Mirizzi. *Bol. Hosp. San Juan de Dios*; 1987; 34 (6): 438-42.
6. Esendes Atilia; Díaz J; Burdiles P; Manuenda F; Sepulveda A; Yarmuch J; Jensen C; Gutierrez L; Braghetto I; Korn U. Clasificación y tratamiento del síndrome de Mirizzi y fistula colecistocolédociana. *Rev. Chil. cir.* 1989; 41 (1): 57-62.
7. Betanco M. Oscar; Betanco M. Jorge; Bueso Lía. Síndrome de Mirizzi; reporte de un caso. *Rev. med. hondr.* 1988; 56 (1); 58-61.
8. Petaro, Eduardo; Alche, Salomón; Dersócimo, Martín; Weiss, Carlos; Molinari, Pedro. Papilotomía mínima: operación de Mirizzi. *Rev. Argent. cir.* 1991; 61 (5): 162-7.
9. Rosello, Enric; Sorbello, Albino Augusto. Colectectomías laparoscópicas, técnicamente complicadas. *Geo gastroenterolendsc. dig.* 1991; 10 (3): 111-3.
10. Torres Cueva, Víctor; Mantilla Silva, Llian; Shigyo Kobayashi, Carmen; Pedreschi Montes. Eduardo. Síndrome de Mirizzi: diagnóstico preoperatorio. *Rev. med. Inst. Perú. Segur. Soc.* 1992; 1 (2): 69-72.
11. Bonini, C; Giménez, C; Rolle, A; Sánchez, N; Staffieri, R; Scalvini, G; Villavicencio, R. Síndrome de Mirizzi y fistulas bilio-biliares: su diagnóstico preoperatorio. *Rev. argent. radiol.* 1990; 54 (3/4): 183-90.
12. Tovar, Manuel; Sanabrio, Milagros; Saldivia, Ismeldo. Síndrome de Mirizzi (obstrucción biliar extrahepática benigna). *Rev. med. Oriente.* 1993; 4 (3): 11-3.
13. Vakil, N; Sawyer-R. Endoscopic drainage of the gallbladder in a septic variant of the Mirizzi syndrome. *Gastrointest-Endosc.* 1994; 40 (2): 236-8.
14. Ferrari-Junior; Lichtenstein, DR; Slivka-A; Chang-C; Carr-Lacke-DL. *Gastrintest Endoscopic.* 1994; 1 40 (2) 140-5.
15. Chan-Ac; Chung-SC; Law-JW; Bronckwell-J; Li-MK; Late-JJ; Au-KI; Li-AK. Laparoscopic cholecystectomy: results of first 300 cases in Hong Kong. *J-R-Coli-Surg-Edinb.* 1994; 39 (1): 26-30.
16. Lawal-UU; Uiuwoie-SF; Aderounmu-UA; Ndububa-D. Cholecysto-Choledochal fistula of Mirizzi syndrome (type IIO) in a nigerian. *Cent-Afr-J-Med.* 1993; 39 (6): 126-8.
17. Csendes-A; Burdiles-P; Díaz-JC; Maluenda-F. Results of Heineke-Miculicz type choledochoplasty in benign biliary structures. *Am-Surg.* 1993; 59 (10) 629-31.
18. Urozco-H; Mercado-MA; Prado-T. Laparoscopic cholecystectomy. First year experience at the Salvador Zubiren National Institute of Nutrition. *Rev-invest-Clin.* 1993; 45 (3): 223-7.
19. Adam-A; Roddie-MF; Benjamin-IS. Case report: Mirizzi syndrome treatment with metallic endoprosthesis. *Clin-Radiol.* 1993 Sep; 48 (3): 198-200.
20. Schweizer-W; Schott-G; Zimmermann-A; Irieiler-J; Blungart-LH. Clinical significance and histological classification of atrophy hypertrophy complexes of the liver. *Schweizer-Med-Wochenschr.* 1993; 123 (34): 1598-603.
21. Binmoeller-RF; Ihonke-F; Soehendra-N. Endoscopic treatment of Mirizzi syndrome. *Gastrointest-Endosc.* 1993 Jul-Ago; 39 (4): 532-6.
22. Espino Cortéz-H; Bernal-Sahagun-F; Murguía-Domínguez-D; Valdez-Lias-R. Mirizzi syndrome: a rare cause of obstructive jaundice. *Rev-Gastroenterol-Mex.* 1993 Jan-Mar; 58 (1): 25-30.
23. JansenEF; Halver-B. Mirizzi syndrome. A rare complication of gallstones diagnosed by endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Ugeskr-Laeger.* 1993 Apr; 155 (14): 1056-8.
24. Vetenovich-V; Kaufmann-C. Wo pitfalls of laparoscopic balloon cholangiography recognition and correction. *Am-Surg.* 1993 May; 59 (5): 290-2.
25. Moser-JJ; Baer-HU; Giattil-A; Schweizer-W; Blungart-LH; Cherniak-A. Mirizzi syndrome contraindications for laparoscopic surgery. *Helv-Chir-Acta.* 1993 Mar; 59 (4): 577-80.
26. Guerra-A; Díaz-de-Liano-A; Jiménez-J; Horda-F; Vidan-JR. The patient with Mirizzi syndrome. The diagnostic and therapeutic considerations. *Rev-Esp-Enterol-Dig.* 1993 Jan; 83 (1): 47-50.
27. Bannura Cunsille Guillermo. Fístula bilio-biliar y síndrome de Mirizzi: Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. *Rev. Chil. Cirug.* 1984; 36 (2): 223-231.
28. Csendes-A; Díaz-C; Burdiles-P; Maluenda-F; Nava-YO. Síndrome de Mirizzi y fistula colecistobiliar: una clasificación unificadora de ambos procesos Br-Surg. 1990; 33 (2): 124-128.
29. Mirizzi PL. Síndrome del conducto hepático. *J Int Cir.* 1948; 88; 731-771.
30. Lubbers EJC. Mirizzi Syndrome. *W J Surg.* 1983; 7: 780-785.