

Síndrome de mirizzi tipo i: do diagnóstico ao tratamento

Mirizzi syndrome type i: from diagnosis to treatment

DOI:10.34117/bjdv7n5-572

Recebimento dos originais: 25/04/2021

Aceitação para publicação: 25/05/2021

Leonardo Claudio Orlando

Mestrado em biotecnologia pela Universidade de Ribeirão Preto
Docente de Cirurgia Geral da Universidade de Ribeirão Preto
Chefe do departamento de Cirurgia Geral do Hospital Imaculada Conceição, Sociedade
Portuguesa de Beneficencia
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: leonardocorlando@gmail.com

Marcelo Engracia Garcia

Doutorado em medicina pela Universidade de São Paulo
Docente de Cirurgia Geral da Universidade de Ribeirão Preto
Contratado do departamento de Cirurgia Geral do Hospital Imaculada Conceição, Sociedade
Portuguesa de Beneficencia
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: mgarcia@unaerp.br

Raquel Fernandes Coelho

Graduada em medicina pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Contratada do departamento de Cirurgia Geral e Proctologia do Hospital Imaculada
Conceição, Sociedade Portuguesa de Beneficencia
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: raquelfcoelho@yahoo.com.br

Régis Rodrigues Balliana;

Graduado em medicina pela Universidade de Ribeirão Preto
Residente do 3º ano de Cirurgia Geral pela Universidade de Ribeirão Preto
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: regisrrb@gmail.com

Nathane Silva Mendonça

Graduado em medicina pela Universidade de Ribeirão Preto
Residente do 1º ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital Imaculada Conceição,
Sociedade Portuguesa de Beneficencia
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: nathane.mend@gmail.com

Leopoldo Miziara Souza

Graduado em medicina pela Universidade de Uberaba
Residente do 1º ano de Cirurgia do Aparelho Digestivo pelo Hospital Imaculada Conceição,
Sociedade Portuguesa de Beneficencia
Rua Tibiriçá, 1172, centro, Ribeirão Preto/SP
E-mail: lmiziarasouza@gmail.com

Renan Acácio Silva Mendonça

Graduando do 4º ano de medicina pela Universidade de Ribeirão Preto
Rua Arnaldo Victaliano 1010, apto 84, Jardim Palma Travassos - Ribeirão Preto/SP
E-mail: renanmend96@gmail.com

Guilherme Miziara Souza

Graduando do 3º ano de medicina pela Universidade Nove de Julho
Avenida Campos Sales, 1370, Alto Boa Vista, Frutal/MG
E-mail: guilherme.miziara27@gmail.com

RESUMO

Síndrome de Mirizzi é definida como a impaction de um cálculo na região infundibular da vesícula biliar ou no ducto cístico, causando obstrução do ducto hepático comum. A pressão contínua exercida pelo cálculo impactado resulta em fístula com a via biliar principal, gerando obstrução com conseqüente estase biliar e icterícia. Sua prevalência é de 0,05% a 2,7% em pacientes com colelitíase acometendo mais o sexo feminino acima da quarta década de vida. O tratamento é individualizado de acordo com a classificação e sempre é cirúrgico.

Palavras-Chave: Síndrome de Mirizzi, Icterícia, Colecistite aguda

ABSTRACT

Mirizzi syndrome is defined as the impaction of a calculus in the infundibular region of the gallbladder or in the cystic duct, causing obstruction of the common hepatic duct. The continuous pressure exerted by the impacted calculus results in a fistula with the main bile duct, generating obstruction with consequent biliary stasis and jaundice. Its prevalence is 0.05% to 2.7% in patients with cholelithiasis, affecting more females over the fourth decade of life. Treatment is individualized according to classification and is always surgical.

Key words: Mirizzi syndrome, Jaundice, Acute cholecystitis

1 INTRODUÇÃO

Síndrome de Mirizzi é definida como a impaction de um cálculo na região infundibular da vesícula biliar ou no ducto cístico, causando obstrução do ducto hepático comum por compressão extrínseca³. O cálculo impactado gera inflamação das estruturas envolvidas, causando aderência dos órgãos adjacentes à via biliar principal, notado principalmente na região do triângulo de Callot⁴. O mesmo processo inflamatório, é responsável pela formação de aderências entre a vesícula e o ligamento hepatoduodenal que também contribui para alteração da anatomia local⁵.

A pressão contínua exercida pelo cálculo impactado associado ao processo inflamatório, resulta em fístula entre o infundíbulo da vesícula ou ducto cístico e a via biliar principal, o que gera a migração do mesmo, promovendo obstrução com conseqüente estase biliar e icterícia^{4 e 6}.

Tal patologia tem uma prevalência de 0,05% a 2,7% em pacientes com colelitíase⁷⁻⁹ acometendo mais o sexo feminino acima da quarta década de vida¹⁰⁻¹¹.

A importância do diagnóstico de Síndrome de Mirizzi no pré operatório se faz para prevenir ocorrências de lesões de vias biliares no intra operatório, a despeito que com um diagnóstico prévio o cirurgião já se precavê para lidar com uma via biliar difícil¹³.

Este estudo tem como objetivo apresentar, por meio de um relato de caso, a condução diagnóstica e terapêutica de um paciente portador de síndrome de Mirizzi tipo I assim como uma revisão literária a respeito desta patologia.

2 RELATO DO CASO

Paciente V.S.O., 43 anos, feminino, encaminhada ao Hospital Beneficência Portuguesa de Ribeirão Preto devido a quadro de dor em forma de cólica, em topografia de hipocôndrio direito iniciada há 3 meses, de caráter progressivo, com piora nas últimas 12 horas referindo também irradiação para dorso, náusea e vômitos. Informa que quadro álgico se desencadeava após alimentação gordurosa e negava demais sintomas. Trouxe ultrassonografia de abdome total prévio, que tinha como diagnóstico, colelitíase. Ao exame físico apresentava dor à palpação de hipocôndrio direito e sinal de Murphy positivo.

Os exames laboratoriais colhidos na admissão mostravam: leucócitos 12550 u/L neutrófilos 69,4% bastões 2% plaquetas 248000 /uL ureia 36 mg/dL cr 1,24 mg/dL bilirrubina total 2,1 mg/dL bilirrubina direta 1,3 mg/dL bilirrubina indireta 0,8 mg/dL PCR 5 mg/L Gama GT 645 U/L Lipase 3430 U/L Amilase 4288 U/L fosfatase alcalina 213 U/L cálcio total 8,46 mg/dL INR 1,1 albumina 3,46 g/dL.

Com hipótese diagnóstica de pancreatite aguda de origem biliar, foram iniciadas medidas clínicas para o tratamento do quadro. Solicitado nova ultrassonografia de abdomen total que demonstrou vesícula biliar repleta por imagens hiperecogênicas promovendo grande sombra acústica posterior compatível com múltiplos cálculos, sendo o maior medindo cerca de 2,4 cm, vias biliares intra e extra hepáticas sem dilatação, hepatocolédoco medindo 0,2cm. Devido ao quadro de síndrome colestática sem evidência de dilatação de vias biliares foi optado por solicitar colangiressonância magnética com evidência de vesícula biliar contendo dois grandes cálculos, um no fundo e outro no infundíbulo medindo respectivamente 2,7 e 1,7cm associado a espessamento de suas paredes, com uma medida de 4,5mm e líquido livre peri vesicular compatível com diagnóstico de colecistite aguda. Discreta dilatação das vias biliares intra hepáticas, notando-se afilamento abrupto do hepatocolédoco adjacente a bifurcação dos ductos intra hepáticos principais devido a compressão extrínseca do cálculo da

região infundibular da vesícula. Tal achado é compatível com síndrome de Mirizzi tipo I. (figura 1)

Realizada colecistectomia videolaparoscópica, onde se visualizou o infundíbulo da vesícula em íntimo contato com via biliar principal. Realizado dissecação minuciosa entre infundíbulo vesical e via biliar, sem intercorrências. Teve alta hospitalar no segundo dia de pós operatório.

Retornou ao ambulatório de cirurgia geral sem queixas. Evolução até dois meses de pós operatório com exames laboratoriais normais e anátomo patológico confirmando colecistite recebendo assim alta ambulatorial.

3 DISCUSSÃO

Inicialmente foi descrita por Pablo Mirizzi em 1948, o qual a relatou como sendo uma síndrome hepática funcional, decorrente de uma obstrução do ducto hepático comum secundária a compressão extrínseca de cálculos biliares impactados no ducto cístico ou no infundíbulo da vesícula biliar, provocando icterícia e podendo causar também colecistite, colangite de repetição e espasmo do esfíncter circular do ducto hepático¹⁴⁻¹⁵.

McSherry, em 1982, classifica em dois tipos: I - compressão externa do ducto hepático comum por cálculo da vesícula biliar; II - erosão parcial ou completa da parede do ducto biliar comum resultando em fístula colecistocolédociana¹⁴. Posteriormente Csendes et al complementaram a classificação baseada no tamanho da fístula biliar. As lesões do tipo I seriam aquelas devido à compressão externa da via biliar principal; as do tipo II, onde a fístula colecistobiliar erodiu menos do que 1/3 da circunferência do ducto biliar; as do tipo III, onde a fístula envolveu mais do que 2/3 da circunferência do ducto biliar, as do tipo IV quando existisse destruição completa do ducto biliar e tipo V onde há a formação concomitante de uma fístula colecistoentérica¹⁶ (figura 2).

De acordo com as imagens da colangiressonância, e pela classificação de Csendes, a paciente apresentava uma Síndrome de Mirizzi do tipo I.

Clinicamente, os pacientes se apresentam com sintomas de colelitíase, como dor abdominal em hipocôndrio direito relacionada a alimentação gordurosa, podendo estar presente náusea e vômito. Há também a presença de icterícia as custas de bilirrubina direta, colúria, emagrecimento e prurido. Transaminases hepáticas e canaliculares podem estar alteradas. Quadro,este, muito semelhante a de Colecistite aguda ou coledocolitíase¹⁷.

A investigação diagnóstica, para se confirmar síndrome de Mirizzi, necessita de exames de imagem para evidenciar a real etiologia da hiperbilirrubinemia. A ultrassonografia

do abdome deve ser usada como triagem inicial do quadro podendo mostrar achados sugestivos de síndrome de Mirizzi, como calculo grande, imóvel no infundíbulo da vesícula biliar e dilatação do ducto biliar acima da obstrução, mas normal abaixo dela¹⁸. A tomografia computadorizada pode ser utilizada, entretanto, os sinais radiológicos não são específicos para evidenciar vias biliares¹⁸. A colangiressonância se mostra um dos melhores métodos para o estudo das vias biliares e pode ajudar a diferenciar a síndrome de Mirizzi de neoplasias da árvore biliar e da coledocolitíase¹⁸. A colangiografia endoscópica retrógrada mostrará as anormalidades dos ductos biliares e a fístula, quando houver, sugerindo síndrome de Mirizzi¹⁸.

Estudos revelam que a colecistectomia total é método de escolha em casos de síndrome de Mirizzi do tipo I. Contudo, quando há uma intensa inflamação na parede da vesícula biliar, impede a dissecação segura das estruturas do triângulo de Callot então, uma opção segura seria a realização de colecistectomia retrógrada ou subtotal¹⁹⁻²⁰.

A possibilidade da colocação de um stent na via biliar principal via colangiopancreatografia endoscópica retrógrada (CPRE), pode simplificar o procedimento cirúrgico, desobstruindo a via biliar e facilitando a identificação da via biliar principal²¹.

Em alguns casos, quando na avaliação inicial intra operatória nota-se friabilidade da via biliar, a colecistectomia convencional pode ser indicada. Nestes casos a inserção do dreno de Kher é realizada, evitando assim, casos de estenose ou fístulas pós operatórias²².

A taxa de conversão de cirurgia videolaparoscópica (VDLP) para convencional, em casos de Síndrome de Mirizzi varia de 11,1 a 80%. Visto isso, serviços de cirurgia recomendam abordagem VDLP somente para o tipo I^{22 e 27}.

A técnica cirúrgica utilizada para esse caso, como descrito na literatura, foi a realização de colecistectomia total VDLP. Durante o inventário da cavidade foi confirmado o diagnóstico previamente firmado e a cirurgia não apresentou intercorrências.

Para concluir, como se tratava de uma síndrome de Mirizzi do tipo I, não houve intercorrência cirúrgica, mostrando que a necessidade de um bom estudo de vias biliares antes do procedimento cirúrgico, se faz necessário para uma cirurgia segura. Um preparo pré operatório adequado com exames subsidiários pertinentes são a chave para uma boa cirurgia e um bom resultado.

REFERÊNCIAS

- 1- Bonini C, Gimenez C, Rolle A, et al. Mirizzi Syndrome and biliobiliary fistula: preoperative diagnosis. *Rev Arg Radiol.* 1990;(54):183-190.
- 2- Daewar G, Chung SC, Li AK. Operative strategy in Mirizzi syndrome. *Surg. Gynecol Obstet.* 1990; (171):157-159.
- 3- Pemberton M, Wells AD. The Mirizzi syndrome. *Postgrad Med J.* 1997;73:487-90.
- 4- Machado, Marcel Autran C. Colectomia Videolaparoscópica em paciente com Síndrome de Mirizzi. *Revista Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, v. 52, n. 6, p.324-327, jan. 1997.*
- 5- Standing, Susan et al. *Gray's anatomy: a base anatômica da prática clínica.* 40. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 20 p.
- 6- LACERDA, Patricia de Souza et al. Mirizzi Syndrome: a surgical challenge. *Arquivo Brasileiro Cirurgia Digestiva, Manaus, v. 27, n. 3, p.226-227, set. 2014.*
- 7- Safioleas M, Stamatakos M, Safioleas P, Smyrnis A, Revenas C, Safioleas C. Mirizzi syndrome: na unexpected problem of cholelithiasis. Our experience with 27 cases. *Int Semin Surg Oncol* 2008; 5:12.
- 8- Johnson LW, Sehon JK, Lee WC, Zibari GB, McDonald JC. Mirizzi syndrome: Experience from a multi-institutional review. *Am Surg.* 2001;67:11-4.
- 9- Karakoyunlar O, Sivrel E, Koc O, Denecli AG. Mirizzi syndrome must be ruled out in the differential diagnosis of any patients with obstructive jaundice. *Hepatogastroenterology.* 1999;46:2178-82.
- 10- Tanaka N, Nabori M, Furuya T, et al. Evolution of Mirizzi syndrome with biliobiliary fistula. *J Gastroenterol* 1986; 81: 688-90
- 11- Csendes A, Carlos Díaz J, Burdiles P, et al. Mirizzi syndrome and cholecistobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989;76:1139-43
- 12- Alves, José Roberto et al. Icterícia flutuante em adenocarcinoma de ampola de Vater: um sinal clássico ou uma exceção?. *Arq. Gastroenterol.* [online]. 2015, vol.52, n.2, pp.147-151. ISSN 0004-2803. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032015000200014>.
- 13- Posta CG. Unexpected Mirizzi anatomy: a major hazard to the common bile duct during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1995; 5:412-14.
- 14- Estale E. Pablo L. Mirizzi. *Prensa Med Argent* 1964; 51:845-8.
- 15- Estale E. Pablo L. Mirizzi. *Prensa Med Argent* 1967; 54:939-940.
- 16- McSherry CK, Fertenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982; 1:219-25.

- 17- 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.
- 18- Jimenez OP, Palacios JM, Correa RV et al. Síndrome de Mirizzi. Experiência en 77 casos. *Rev Med Chile* 1989;117:501-507.
- 19- Xu XQ, Hong T, Li BL, et al. Mirizzi syndrome: our experience with 27 cases in PUMC hospital. *Chin Med Sci J* 2013;28:172–7.
- 20- Lledó JB, Barber SM, Ibañez JC, et al. Update on the diagnosis and treatment of mirizzi syndrome in laparoscopic era: our experience in 7 years. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2014;24:495–501.
- 21- Clement G et al Mirizzi Syndrome: Diagnosis and Management of a Challenging Biliary Disease. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug 12;2018:6962090. doi: 10.1155/2018/6962090. eCollection 2018
- 22- Chen H, Swio E A, Khu M, Tian Y, Current trends in the management of Mirizzi Syndrome A review of literature *Medicine* (2018) 97:4 pág 1-7
- 23- Cui Y, Liu Y, Li Z, et al. Appraisal of diagnosis and surgical approach for Mirizzi syndrome. *ANZ J Surg* 2012;82:708–13.
- 24- Piccinni G, Sciusco A, De Luca GM, et al. Minimally invasive treatment of Mirizzi's syndrome: is there a safe way? Report of a case series. *Ann Hepatol* 2014;13:558–64.
- 25- Testini M, Sgaramella LI, De Luca GM, et al. Management of Mirizzi Syndrome in Emergency. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2017;27: 28–32.
- 26- Le Roux F, Sabbagh C, Robert B, et al. Multidisciplinary management of Mirizzi syndrome with cholecystobiliary fistula: the value of minimally invasive endoscopic surgery. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2015; 14:543–7.
- 27- Kumar A, Senthil G, Prakash A, et al. Mirizzi's syndrome: lessons learnt from 169 patients at a single center. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2016;20:17–22.

ANEXOS

Figura 1 – Cortes axial de uma colangio ressonância onde A é a fase T2 e B é water fresh. Em ambos a seta amarela evidencia um cálculo impactado no infundíbulo da vesícula biliar e a seta laranja evidencia uma compressão extrínseca do ducto hepático comum (via biliar principal)

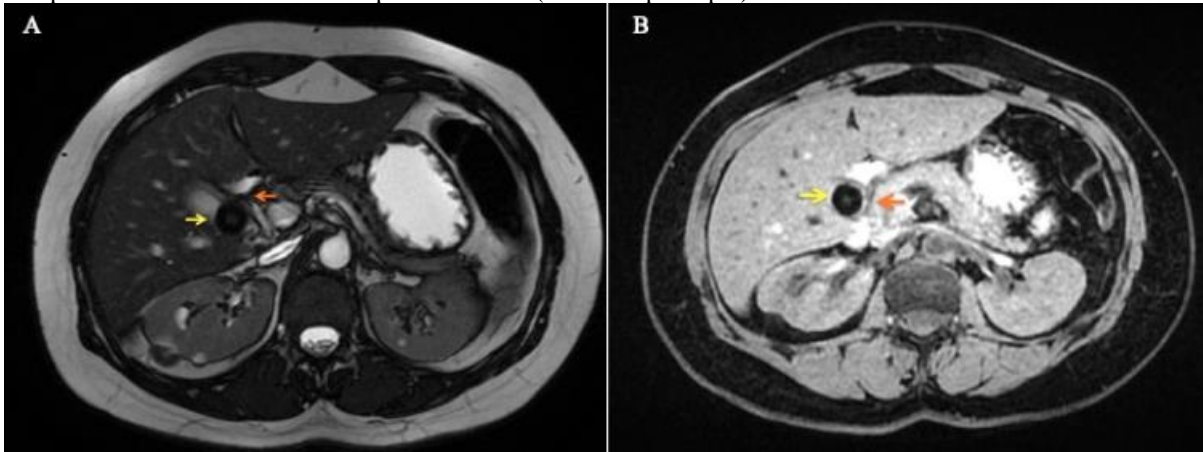
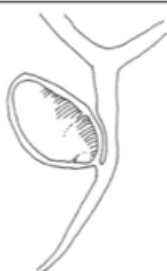






Figura 2 – Representação esquemática dos tipos de Síndrome de Mirizzi

	Compressão extrínseca	Fístula colecistobiliar			Fístula colecistobiliar e colecistoentérica
					
McSherry 1982	Tipo I	Tipo II			
Csendes 1989	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	
Csendes 2007	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV	Tipo V