

El manejo del síndrome de Mirizzi en un servicio de cirugía general

Mirizzi syndrome management in a department of general surgery

Méndez, Elvio¹; Samaniego, Castor²

RESUMEN

Antecedentes: El síndrome de Mirizzi (SM) es una alteración anatómica de los conductos biliares a nivel de la desembocadura del cístico, consecuencia tardía de la litiasis vesicular.

Objetivo: Determinar el cuadro clínico del SM, clasificar las lesiones y los resultados inmediatos del tratamiento.

Pacientes y método: Estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal basado en 16 pacientes (14 mujeres y 2 hombres, con edad media de 58 años) intervenidos en el período 2005-2010, en quienes se comprobó el SM en el acto operatorio.

Resultados: Los síntomas principales fueron dolor e ictericia. La ecografía abdominal reveló colelitiasis en 15 (2 con signos inflamatorios agudos) y coledocolitiasis en 1 paciente; el diámetro del colédoco era mayor a 7 mm en 10 pacientes; en 2 pacientes se presumió la existencia del SM.

Las lesiones eran de tipo II en el 50% y de tipo III en 12.5%. Diez colecistomías fueron completas y 6 parciales: una de ellas con plastia de la vía biliar principal (VBP) y otra con cierre de fistula duodenal; 8 pacientes fueron sometidos – además de la colecistomía – a una coledocotomía y extracción de cálculos.

Conclusiones: Las lesiones eran fundamentalmente de tipo II y III; el tratamiento fue la colecistomía asociada a la coledocotomía, el cierre de fistula colecisto-duodenal y la plastia de la vía biliar.

Palabras clave: Síndrome de Mirizzi. Plastia de la vía biliar. Coledocotomía.

ABSTRACT

Background: Mirizzi syndrome is an anatomic disorder of the biliary ducts, at the neck of the cystic duct as a lateconsequence of cholelithiasis.

Objective: To determine the clinical presentation of MS, to classify the lesions, and immediate treatment outcomes.

Patients and method: This was a descriptive and retrospective study based in 16 patients (14 females and 2 males, with a mean age of 58 years old) who underwent surgical treat-

ment during the 2005- 2010 period, in which MS was discovered during surgery.

Results: Mean symptoms were abdominal pain and jaundice. Ultrasonography showed cholecystolithiasis in 15 patients (2 of them with acute inflammatory signs) and choledocholithiasis in one patient; diameter of the common bile duct was bigger than 7 mm in 10 patients, in 2 patients the existence of MS was suspected. The lesions were type II in 50% of the patients, whereas type III was found in 12.5% of the patients. Ten total cholecystectomies and six partial cholecystectomies were performed, one of them with reconstruction of the common bile duct, and the other one with closure of the duodenal fistula; besides cholecystectomy, 8 patients, underwent choledochotomy and extraction of the gallstones.

Conclusions: Lesions were mainly type II and III, surgical treatment included cholecystectomy with choledochotomy, closure of the fistula and reconstructions of the biliary duct.

Key words: Mirizzi syndrome, Reconstruction of the biliary duct, Choledochotomy.

INTRODUCCIÓN

Síndrome de Mirizzi es la denominación de un grupo de enfermedades relacionadas al área biliar, que implican la obstrucción de la vía biliar principal por un cálculo vesicular, que pudiera o no producir una fistula colecisto-coledociana e inclusive la erosión completa del conducto hepático⁽¹⁾.

En la década de los 80's, la descripción original de Síndrome de Mirizzi y la fistula colédoco-cística, comprendía etapas distintas de un mismo proceso patológico. Sin embargo *Mc Sherry et al* en 1982 clasificaron en 2 clases, basados en los hallazgos de una colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE)⁽²⁾

En publicaciones más recientes, *Csendes y col.* sugieren que la historia natural del Síndrome de Mirizzi no ter-

1. Auxiliar de la enseñanza

2. Jefe de Servicio

Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica - Facultad de Ciencias Médicas- UNA

Correspondencias: Dr. Elvio Méndez. - Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. Facultad de Ciencias Médicas. UNA. - Dr. Montero 658 - E-mail: elviomendez80@hotmail.com

Fecha de recepción: 30-octubre-2012

Fecha de aceptación: 23- abril-2013

mina con el desarrollo de una fistula colecisto-biliar, sino que el proceso inflamatorio podría resultar en fistulas más complejas que involucran vísceras adyacentes, por tal motivo propone una nueva clasificación añadiendo un quinto tipo a su clasificación inicial, donde se incluyen las fistulas colecisto-entéricas ⁽³⁾

Para el manejo de un SM, sin la presencia de fistula, se recomienda realizar una colecistectomía subtotal ⁽⁴⁾. En aquellos casos con fistula colecisto-coledociana se ha descrito la coledocoplastia usando un parche de la vesícula biliar y colocando un tubo en T a través de la fistula; cuando se tiene una comunicación amplia se recomienda la hepático-yeyunostomía ⁽⁵⁻⁷⁾.

El manejo endoscópico del SM comprende el drenaje biliar con la introducción de stents y la extracción de cálculos con una canastilla o balón. Las alternativas son litotripsia mecánica, electrohidráulica, extracorpórea o terapia de disolución ⁽⁸⁾. El manejo percutáneo es reservado para pacientes quienes han fallado el tratamiento endoscópico.

Existe una alta asociación entre SM y cáncer vesicular ⁽⁹⁾. Una vesícula biliar con una pared irregular y engrosada - con o sin calcificaciones – en un paciente de 50 años o más, debe levantar la sospecha hacia un proceso maligno ⁽¹⁰⁾.

En la era de la cirugía mínimamente invasiva, esta entidad asume una particular significancia: la distorsión de la anatomía del triángulo de Calot demanda conversión temprana de la cirugía laparoscópica a la abierta ⁽¹¹⁻¹³⁾

El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de síndrome de Mirizzi, los síntomas frecuentes, clasificar las lesiones, describir los hallazgos de los estudios por imágenes, las modalidades de tratamiento y las complicaciones comprobadas en el postoperatorio inmediato.

MATERIAL Y MÉTODO

En el período enero 2005 – diciembre del 2010, se encontraron 16 historias clínicas de pacientes con Síndrome de Mirizzi (SM) que fueron tratados en la 1ª Cátedra de Clínica Quirúrgica de la FCM, 14 mujeres y 2 hombres; la edad varió entre 30 y 90 años, con un promedio de 58 años. Los casos confirmados por cirugía fueron seleccionados para un estudio descriptivo y retrospectivo de corte transversal. Todos los pacientes fueron sometidos a la colecistectomía, efectuada en todos los casos, asociándose la plastia de la vía biliar en algunos casos, la coledocotomía para la extracción de los cálculos en otros y ocasionalmente algún gesto adicional según los hallazgos operatorios. Algunos pacientes portadores de ictericia fueron sometidos a CPRE en pre-operatorio.

Las variables seleccionadas fueron: signos y síntomas, resultados de estudios por imágenes, clasificación de las lesiones, modalidades de tratamiento y complicaciones postoperatorias inmediatas. La clasificación empleada en este trabajo es la de Csendes ⁽⁷⁾, representada en la tabla siguiente:

Clasificación del síndrome de Mirizzi. Csendes y col. (2007).

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

RESULTADOS

En el período de estudio se realizaron en total 2141 colecistectomías, de los cuales se diagnosticaron 16 casos de SM: frecuencia del 0,75%. Ingresaron por la urgencia 10 pacientes y por consultorio externo 6. Los síntomas principales, al ingreso, se presentan en la **Tabla 1**

En las pruebas de función hepática se encontraron hiper-bilirrubinemia en 11 de 16 pacientes y elevación de las aminotransferasas en 10. Se realizó la ecografía abdominal a todos los pacientes; en 15 casos reveló colecistolitiasis y en 1 paciente no se observó la vesícula pero sí cálculo en el colédoco; en 9 pacientes se comprobó litiasis coledociana concomitante. En 1 paciente se observó una masa de 7 cm de diámetro en la cabeza de páncreas y en 1 paciente aerobilia. El diámetro del colédoco era mayor a 7 mm en 10 pacientes, 2 tenían signos de colecistitis aguda. En sólo 2 pacientes se sospechó SM antes de la cirugía. La **Tabla 2** representa los tipos de SM encontrados.

La Colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) se efectuó en 4 pacientes: en 2 se logró la extracción del cálculo, en 1 paciente no se pudo extraer (cálculo de 2 cm) y en el otro no se comprobó litiasis coledociana. En ninguno de ellos se sugirió el diagnóstico de SM.

En dos pacientes se realizó tomografía computada de abdomen con contraste, en uno por la masa en cabeza de páncreas observada en la ecografía, pero que en la tomografía no se observó, y en el otro se informó la aerobilia, ya detectada por la ecografía.

En un paciente se realizó colangiografía resonancia, donde informa litiasis vesicular, con engrosamiento difuso de la pared vesicular y vía biliar principal acodada, dilatada por encima de dicho nivel.

Tabla 1: Pacientes y síntomas. (n=16)

SÍNTOMAS	Nº DE PCTES	%
Dolor	13	81
Ictericia	7	62,5
Fiebre	5	31

Fuente: Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica (2005-10)

El acto operatorio fue por laparotomía en los 16 pacientes (en 1 se inició por laparoscopia); dos pacientes fueron intervenidos de urgencia y los restantes de manera programada. Se constató vesícula escleroatrófica en 8; se realizaron 10 colecistectomías totales y 6 parciales (una plastia de la vía biliar asociada); en un caso se practicó además el cierre de la fistula duodenal.

En 8 pacientes se realizó una colangiografía peroperatoria. Se realizó la coledocotomía por litiasis coledociana en 8 pacientes a los que se asoció drenaje de Kehr.

Las distintas técnicas aplicadas quedan resumidas en la **Tabla 3**.

Entre las complicaciones se observó un sangrado de la pared en torno a la sonda de Kehr, un sangrado del lecho vesicular que se resolvió espontáneamente y un paciente con infección de herida operatoria; ninguno requirió de reintervención y no se registró mortalidad.

La histología no reveló carcinoma de la vesícula biliar en ningún paciente.

Tabla 2: Clasificación de los pacientes (n= 16)

Tipo	Pacientes	Porcentajes
Tipo I	1	6,25%
Tipo II	8	50%
Tipo III	2	12,5%
Tipo IV	4	25%
Tipo Va	1	6,25%
Tipo Vb	0	0%

Fuente: Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica (2005-10)

Tabla 3: Tratamiento segun diferentes tipos de lesión (n=16)

	Tipo I (n=1)	Tipo II (n=8)	Tipo III (n=2)	Tipo IV (n=4)	Tipo Va (n=1)
Colecistectomia	1	5	2	2	-
Colecist. Parcial	-	2	-	2	1
Plastia de la VB	-	1	-	-	-
Anastomosis BD	-	-	-	-	-
CPO*	1	4	-	1	1
Dren Kehr	-	1	2	4	1
Cierre de la fistula	-	-	-	-	1

Fuente: Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. 2005 - 2010

*CPO: Colangiografía peroperatoria.

DISCUSIÓN

La frecuencia del SM encontrada en nuestro estudio de 0,75 % (sobre un total de 2141 colecistectomías) es menor a un trabajo anterior, en el mismo Servicio, que abarcó los años 1994 – 2004 donde se observó una frecuencia de 1%; la mayor parte de las series que lo citan en el orden de entre 0,7 y 1,4%⁽⁵⁻⁷⁾, excepto una serie mexicana de 442 pacientes con 4,7%⁽¹²⁾ otra serie centroamericana⁽¹³⁾ y una colombiana⁽¹⁴⁾ con frecuencias por

encima del 3%.

El SM es una entidad patológica que se encuentra con más frecuencia en mujeres, que en nuestra serie fue de 87,5 % y esto probablemente como reflejo de la preponderancia femenina en la patología de litiasis biliar.

La triada de Charcot está presente en un 44 a un 71 % de los casos. Clínicamente, 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⁽¹⁵⁾

La mayoría de los pacientes ingresó por la urgencia 62,5%, cuyo motivo de consulta fue principalmente dolor en hipocondrio derecho y en pocos pacientes la ictericia. Ingresaron por la urgencia 10 pacientes y por consultorio externo 6.

Entre los que consultaron por dolor, el mismo duró de 1 a 3 días pero con historia de cólicos biliares repetidos que ceden espontáneamente durante meses; sin embargo en las consultas por ictericia la duración fue de hasta 4 meses, las de mayor tiempo presentaron ictericia intermitente. Se observó fiebre sin escalofríos en 5 pacientes; ninguno fue catalogado como colangitis en la urgencia y se internaron en planes de CPRE programada.

Los estudios laboratoriales dieron informe de hiperbilirrubinemia en un 68,7% de los pacientes, ninguna leucocitosis en el momento del ingreso.

La experiencia aquí reportada, en oposición a la literatura sobre la utilidad de la ecografía en el diagnóstico, demostró tener un valor limitado, ya que en sólo 2 pacientes fue indicativo de Síndrome de Mirizzi. El ultrasonido abdominal es ampliamente usado en la patología biliar complicada. Un hallazgo típico es un cálculo grande e inmóvil en la región del cuello de la vesícula biliar contraída, con dilatación de los ductos biliares sobre este nivel y el conducto de calibre normal por debajo del mismo⁽¹⁶⁾.

La tomografía computarizada puede mostrar una cavidad irregular cerca del cuello de la vesícula biliar y cálculos fuera del bacinete. Sin embargo, los signos radiológicos no son específicos. El rol principal de la tomografía es diferenciar el Síndrome de Mirizzi de la neoplasia de los conductos extrahepáticos.

La colangiografía directa es usualmente llevada a cabo después de la ecografía o la TAC en razón de delinear la causa, nivel o extensión de la obstrucción del conducto hepático común. La CPRE es útil para valorar la existencia de anomalías ductales y presencia de fistula.

Los hallazgos en la colangiografía sugerentes de SM son la compresión extrínseca curvilínea o estrechez, usualmente comprometiendo la porción lateral del conducto hepático común en su porción distal con dilatación proximal.

La resonancia magnética ha demostrado tener alta especificidad y sensibilidad en la detección de litos biliares y estenosis de la vía biliar. Esta puede mostrar hallazgos típicos de esta entidad como el estrechamiento externo

del ducto hepático común, un lito en el ducto cístico así como la dilatación de la vía intra y extra-hepática ⁽¹⁵⁾

El diagnóstico preoperatorio puede ser hecho en sólo 8 a 62 % de los pacientes. Por lo tanto, el reconocimiento intra-operatorio es esencial. La presencia de una vesícula biliar encogida, un triángulo de Calot obliterado, una masa fibrótica en el triángulo de Calot y una adherencia al espacio sub-hepático debe levantar la sospecha de SM ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾.

Una colangiografía intra-operatoria ayuda siempre a confirmar el diagnóstico, determinar la localización y el tamaño de la fistula, detectar litos ductales y si hay una pérdida de integridad en la pared de la vía biliar. Otra herramienta útil en el tiempo operatorio es la ultrasonografía laparoscópica, la cual provee imágenes en diversos planos en tiempo real de la vía biliar desde distintos ángulos. Es útil para identificar la anatomía del árbol biliar y determinar la relación que tiene el ducto hepático con el conducto cístico y con el cálculo, durante la disección ^(19, 20).

La CPRE es el estudio de elección para confirmar síndrome de Mirizzi; sin embargo, tiene una sensibilidad del 75% y tiene una importante morbilidad ^(5, 8); en 4 pacientes de esta serie el procedimiento se pudo realizar; en los demás no se realizó por falta de medios.

En la mayoría de los pacientes en las que se realizó se pudo extraer el cálculo; sólo en 1 no se pudo extraer y fue intervenido inmediatamente dado el riesgo de colangitis; en ninguno de ellos arrojó datos característicos para sospechar el SM.

Casi todas las intervenciones fueron programadas, excepto dos pacientes, en uno de ellos se realizó colangiografía retrógrada endoscópica y se observó un cálculo gigante en el colédoco de 2 cm de diámetro aproximadamente, que no se pudo extraer; esto obligó a una intervención inmediata. El otro paciente que ingresó por la urgencia con sospecha de SM fue intervenido inmediatamente comprobándose bilis purulenta.

La aplicación de las tácticas operatorias y técnicas empleadas en los pacientes de esta serie justifican un análisis particular; en efecto, en las lesiones de tipo III y IV (6 casos) se efectuaron la colecistectomía y la colocación

de Sonda de Kehr; en estas variedades, sin embargo, la literatura aconseja de manera unánime la confección de las derivaciones o anastomosis hepático-yeyunales ^(3, 5, 6, 7, 21, 22). Es posible que la clasificación de estos casos en los tipos antes mencionados haya sido errónea, habida cuenta de la corta experiencia del plantel de cirujanos en esta patología bien rara.

La asociación del SM y el carcinoma de la vesícula biliar es también de interés, en cuyo caso es obvio que la complejidad de los procedimientos quirúrgicos se debe evitar. Sin embargo, a pesar de todas estas modalidades de diagnóstico moderno, es posible que el problema sólo se manifieste durante la operación. En nuestra serie no se vio asociación con el carcinoma. La **Tabla 4** resume nuestros resultados en comparación con otras series.

El papel de la cirugía laparoscópica en el tratamiento del SM sigue siendo controvertido. Algunos autores lo consideran no apto para la cirugía laparoscópica ya que el tejido inflamatorio en el área del triángulo de Calot ofrece un alto riesgo quirúrgico de la disección. Otros autores proponen la cirugía laparoscópica en el tratamiento ⁽²³⁻²⁵⁾. En nuestra opinión, ante la presencia de una fistula colecisto-coledociana la laparotomía convencional es obligatoria, incluso en el tipo I la cirugía laparoscópica no siempre es segura. En nuestra serie de un acceso inicial por laparoscopia se convirtió a laparotomía por importantes dificultades técnicas.

CONCLUSIONES

La frecuencia de SM en esta serie es de 0,75%; se encontró en mayor porcentaje el tipo II, seguida del tipo IV. El síntoma más frecuente fue el dolor abdominal, seguido de la ictericia.

Los métodos de estudios por imágenes no dieron gran aporte para el diagnóstico preoperatorio; se pudo sospechar SM en 2 pacientes: la ecografía informó vesícula escleroatrófica y coledocolitiasis en ambos casos.

Los métodos más aplicados fueron: colecistectomía, colecistectomía parcial y plastia de la vía biliar; en otros colecistectomía parcial con exploración del colédoco y drenaje de Kehr.

Tabla 4: Comparación de los resultados con otras series

<i>Autores</i>	<i>Publicación</i>	<i>Años del Estudio</i>	<i>Población del estudio</i>	<i>Pacientes con S.M.</i>	<i>Edad en promedio</i>	<i>Ictericia (%)</i>
Shah	2001	1993-1997	1340	34 (2,53%)	54,5	85
Cortés-Vásquez	2003	1998-2001	442	21 (4,7%)	45,1	100
Schafer	2003	1995-1999	13023	39 (0,3%)	61	38,5
Tan	2004	1997-2002	1881	24 (1,27%)	52,4	45,8
Samaniago	2006	1994-2004	3250	32 (1%)	48	68,7
Rodríguez	2006	2001-2005	934	36 (3,85%)	45	14

BIBLIOGRAFÍA

1. Mirizzi P. Le syndrome du canal hépatique. J Int Chir 1948; 8: 731-37.
2. McSherry CK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi Syndrome: Suggested classification and surgical therapy. Surg Gastroent 1982; 1: 219-25.
3. Beltrán M, Csendes A, Cruces K. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: Validation of a modified classification. World J Surg 2008; 32: 2237-43.
4. Abou - Saif A. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedocal fistula and gallstone ileus. Am J Gastroenterol 2002; 97: 249-54
5. Lai C.H. Mirizzi syndrome: History, Present and Future Development. ANZ J.Surg 2006; 76: 251-7
6. Csendes A, Dias JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: A unifying classification. Br J Surg 1989; 76: 1139-43.
7. Csendes A, Muñoz C, Albán M. Síndrome de Mirizzi – Fistula colecistobiliar, una nueva clasificación. Rev Chil Cir 2007; 59: 63-4.
8. England RE, Martin DF. Endoscopic management of Mirizzi syndrome. Gut 1997; 40: 272-6
9. Redaelli CA, Büchler MW, Schilling MK, Krähenbühl L, Ruchti C, Blumgart LH, Baer HU. High coincidence of Mirizzi syndrome and gallbladder carcinoma. Surgery 1997; 121: 58-63.
10. Chiam, Q. Coexistent gallbladder carcinoma in Mirizzi syndrome. Austr Radiol 2003; 47: 58-60
11. Samaniego C, Sanabria V, Filártiga A. Experiencia en tratamiento del síndrome de Mirizzi. Rev Chil Cir 2006; 58: 276-80.
12. Cortés M, Vásquez A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un Hospital de enseñanza. Cirujano General 2003; 25: 334-7.
13. Cascante B, Cirugía de Vías Biliares. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (893) 291-294 2010
14. Rodríguez C, Aldana G. El síndrome de compresión biliar extrínseca benigna o Síndrome de Mirizzi: Experiencia de cinco años en el Hospital de San José. Rev. Colombiana Cir. 2008; 23(1): 6-11
15. Johnson LW et al. Mirizzi's syndrome: experience from a multi-institutional review. Am Surg 2001; 67: 11-24
16. Schafer M, Schneiter R, Krahenbuhl L. Incidence and management of Mirizzi syndrome during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2003; 7: 1186-1190.
17. Sánchez J. Nuevas posibilidades diagnósticas y terapéuticas en el síndrome de Mirizzi. An. Med. Interna (Madrid) 2007; 6: 91-6.
18. Gomez, D. Mirizzi's syndrome – results from a large western experience. HPB 2006; 8: 474-9
19. Bagia J.S. Mirizzi Syndrome: An extra hazard for laparoscopic surgery. ANZ. Surg. 2001; 71: 394-7
20. Griniatos J. Exploración laparoscópica de la vía biliar: Experiencia de una unidad especializada. Cir Esp 2002; 71: 292-5
21. 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.
22. Freeman ME, Rose JL, Forsmark CE, Vauthey J. Mirizzi syndrome: a rare cause of obstructive jaundice. Dig Dis. 1999; 17: 44-8.
23. Kok K. et al. Management of Mirizzi's syndrome in the laparoscopic era. Surg Endosc 1998; 12: 1242-44
24. Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. ANZ J Surg. 2001; 71: 423-7.
25. Paul MG, Burris DG, McGuire AM, Thorfinnson HD, Schonekas H. Laparoscopic surgery in the treatment of Mirizzi syndrome. J Laparoscopic Surg. 1992; 2: 157-63.

cefinina[®] ^{IV} _{IM}

— + cefepime 1g

La alternativa exacta

única
cefalosporina
de cuarta
generación

