EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE SX DE MIRIZZI EN LA II CATEDRA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME IN THE II CÁTEDRA DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS

Prof. Dr. Gustavo Machain Vega¹, Dr. Agustín Rodríguez², Dr. Gilberto López³, Dr. Rodrigo Pederzoli³, Dra. Jazmin Coronel⁴

RESUMEN

Introducción: Se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con síndrome de Mirizzi tratados en el Hospital de Clínicas durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2015, y se describe su presentación y la importancia de la complejidad en su manejo. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de síndrome de Mirizzi en pacientes operados por patología biliar y manejo del mismo en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de San Lorenzo. **Pacientes y método:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Se describe edad, sexo, diagnóstico de colelitiasis, cuadro clínico, exámenes complementarios, manejo quirúrgico, estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad. **Resultados:** Se diagnosticaron 21 pacientes. Siendo los más prevalentes el tipo I y II. Una media de 52 años. Todos presentaron dolor abdominal, ictericia (52%). Ningún paciente fue diagnosticado antes de la cirugía. En el Tipo I, se realizaron 8 colecistectomías con distintos abordajes. Tipo II, finalizaron en su totalidad por vía convencional. Las demás clasificaciones tuvieron un tratamiento quirúrgico específico. **Conclusión:** El síndrome de Mirizzi es una patología compleja de difícil diagnóstico pre quirúrgico. La ecografía no es específica para esta patología. Todos los casos se detectaron en el intraoperatorio.

Palabras clave: Colédoco, Ecografía, Drenaje.

SUMMARY

Introduction: A review of the medical records of patients with Mirizzi syndrome treated at the Hospital de Clínicas during the period from January 2006 to December 2015 was made, describing their presentation and the importance of the complexity in their management. **Objective:** To determine the prevalence of Mirizzi syndrome in patients operated by biliary pathology and show their management in the II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de San Lorenzo. **Patients and method:** Observational, descriptive, retrospective cross-sectional study. Age, sex, diagnosis of cholelithiasis, clinical picture, complementary examinations, surgical management, hospital stay, morbidity

and mortality are described. **Results:** Twenty-one patients were diagnosed. The most prevalent being types I and II. An average of 52 years. All had abdominal pain, jaundice (52%). No patient was diagnosed prior to surgery. In Type I, eight cholecystectomies were performed with different approaches. Type II, were terminated in their entirety by conventional route. The other classifications had a specific surgical treatment. **Conclusion:** Mirizzi syndrome is a complex pathology that is difficult to diagnose preoperatively. Ultrasound is not specific for this pathology. All cases were detected intraoperatively.

Key Words: Bile duct, Ultrasonography, Drain tube.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de compresión biliar extrínseca, o síndrome de Mirizzi, es una complicación rara de la colelitiasis. Consiste en la impactación de un cálculo en el infundíbulo de la vesícula o el conducto cístico que comprime el conducto hepático común, pudiendo erosionarlo y generar una fístula colecisto coledociana. Cursa clínicamente como ictericia obstructiva, asociándose frecuentemente a cáncer de vesícula. Fue descrito inicialmente por Kher en 1902 y Ruge en 1908^{1,2}.

En el año 1947, Pablo Mirizzi describió el Síndrome del hepático funcional en cuadros de ictericia obstructiva, atribuyendo los síntomas a un “espasmo del esfínter del hepático”, condicionado por un cístico paralelo a la vía biliar. Actualmente se sabe que esa obstrucción es mecánica y producida por el cálculo enclavado en el cístico o en el cuello vesicular^{3,4}.

En 1982 McSherry propuso la denominación Síndrome de Mirizzi (SM). Se trata de una rara complicación de la litia-

1. Jefe de Cátedra y Servicio de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica – HC-FCM-UNA. Paraguay

2. Médico – Cirujano de la II cátedra de Clínica quirúrgica – HC-FCM-UNA. Paraguay

3. Jefe de Residentes

4. Residente de tercer año en cirugía general

Autor correspondiente: Dr Gilberto López - Correo electrónico: gilbertolopez87gmail.com

Artículo recibido: 27.07.17 - Artículo aceptado: 15.08.17

sis vesicular de larga evolución y desde el punto de vista epidemiológico ocurre en 0,7 a 1,4% de los pacientes sometidos a cirugía biliar por cálculos^{4,5}.

La simple compresión de la vía biliar principal (VBP) por el bacinete puede, como consecuencia de procesos inflamatorios repetidos, dar paso a la desaparición progresiva de las paredes del conducto cístico, que es destruido progresivamente hasta quedar establecida una comunicación directa -más o menos amplia- entre la vesícula y el colédoco. Esta concepción de los mecanismos patológicos dio paso a la clasificación propuesta años atrás; la primera de McSherry (grados I y II) y la última de Csendes (grados I-V)^{5,6}.

La orientación diagnóstica del síndrome de Mirizzi es similar a cualquier obstrucción de la VBP; es decir, ictericia, coluria y fiebre en una proporción importante de casos. Los datos aportados por el laboratorio y por la ecografía no suelen ser específicos; muy ocasionalmente se reportan imágenes que delatan un cálculo alojado en una zona de comunicación amplia entre la vesícula y la VBP o la dilatación canalicular proximal exclusiva⁷. La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye el estudio más adecuado para mostrar la causa de la ictericia y permitir en algunos casos la extracción de un cálculo, cabalgando en una comunicación cístico-coledociana⁸.

Las dificultades técnicas que el cirujano debe afrontar en el curso de una colecistectomía en pacientes con el SM son importantes. El riesgo de injuria de la VBP durante la disección se incrementa a medida que la alteración anatómica es mayor^{4,9}. Cuando el área del triángulo de Calot es asiento de un proceso inflamatorio severo o cuando la vesícula es de tipo esclero-atrónica la dificultad aumenta; la disección completa de la vesícula biliar y del conducto biliar se torna entonces insegura^{6,10}.

En el presente estudio se hizo una revisión de las historias clínicas de los pacientes con síndrome de Mirizzi tratados en el Hospital de Clínicas durante el período de enero de 2006 a diciembre de 2015, y se describe su presentación y la importancia de la complejidad en su manejo.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de síndrome de Mirizzi en pacientes operados por patología biliar y manejo del mismo en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de San Lorenzo.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de corte trasverso. Se estudian pacientes de ambos sexos mayores de 18 años con diagnóstico de síndrome de Mirizzi en el servicio de Cirugía General de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas en un período que va desde enero del 2006 hasta diciembre del 2015. Con un muestreo de tipo no probabilístico de casos consecutivos. Se describe edad, sexo, diagnóstico de colelitiasis, diagnóstico de síndrome de Mirizzi prequirúrgico, cuadro clínico, exámenes complementarios, manejo quirúrgico (procedimientos, hallazgos, complicaciones), estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad.

RESULTADOS

Entre los años 2006 y 2015 se practicaron 3536 colecistectomías en pacientes tratados en el Hospital de Clínicas de San Lorenzo con patología quirúrgica de la vía biliar, y se diagnosticaron 21 pacientes con síndrome de Mirizzi. De ellos, teniendo en cuenta la clasificación de Csendes 8 eran de tipo I, 7 de tipo II, 3 de tipo III y 2 de tipo IV y 1 de Tipo V. (*Figura 1*).

Se intervinieron 14 mujeres y 7 hombres. La edad varió entre 26 años y 81 años, con una media de 52 años. Todos presentaron dolor abdominal (100%), 11, ictericia (52%), de los cuales 2 presentaron solo ictericia, 4 se acompañaron de coluria y 5 además de coluria, acolia. 3 pacientes con antecedente de sensación febril y ninguno con colangitis.

En las pruebas de función hepática se encontró elevación de la fosfatasa alcalina en 8 de 21 (38%) de los pacientes, hiperbilirrubinemia en 11 (52,3%) y elevación de las aminotransferasas en 6 de 21 (28,5%) de los casos.

A todos se les realizó ecografía de hígado y vías biliares y, de éstos, al 100% se les diagnosticó colelitiasis. Sin embargo, a ningún paciente se les diagnosticó síndrome de Mirizzi antes de la cirugía. El diámetro del colédoco era mayor de 7 mm en 10 pacientes y menor de 7 mm en 11 pacientes. Un paciente requirió la toma de una tomografía computarizada de abdomen por sospecha de neoplasia vesicular. Se realizaron 4 Colangiografías retrógradas endoscópicas en el pre quirúrgico, en todos los pacientes se indicó cirugía por litiasis coledociana no resuelta por CPRE.

Con respecto al manejo quirúrgico, de las 3536 colecistectomías, todos los pacientes con síndrome de Mirizzi fueron diagnósticos en el intraoperatorio, a 12 se les practicó colecistectomía abierta, a 9, Colecistectomía Video Laparoscópica, de los cuales 8 se convirtieron a cirugía convencional. En 10 pacientes se realizó exploración quirúrgica de vías biliares, en 9 colangiografía intraoperatoria. Fueron utilizados en 15 pacientes el drenaje biliar externo, de los cuales 13 fue con sonda de Kehr y 2 con catéter transcístico.

En los pacientes con síndrome de Mirizzi tipo I (8 casos), se realizaron 8 colecistectomías, 2 por laparotomía y 6 por laparoscopia, 5 de las cuales se convirtieron a cirugía convencional y 1 finalizo por CVL, la cual en el postoperatorio presentó una peritonitis de origen biliar por clipado insuficiente del cístico, en 2 pacientes se realizó exploración de vías biliares por CPO con imágenes de defecto de relleno, y una por palpación de cálculos en la vía biliar principal. (*Figura 2*).

En los pacientes con síndrome de Mirizzi tipo II (7 casos), finalizaron en su totalidad por vía convencional, 3 iniciaron por CVL, en 4 se practicó coledocoplastia sobre tutor, se utilizó en la totalidad de los pacientes drenaje biliar externo con sonda de Kehr, 2 colecistectomías parciales por duda anatómica. 2 CPO en la cual se visualizaron imágenes de defecto de relleno y posteriormente se realiza exploración de vías biliares. A los tres casos de síndrome de Mirizzi tipo III se les hicieron las siguientes intervenciones: al primer caso, laparotomía por incisión de Kocher en la cual solo se punzo la vía biliar, el segundo caso se realizó colecistectomía parcial más exploración de vías biliares y coledocoplastia sobre tu-

tor ya que se contaba con buen remanente vesicular, al tercer caso se le realizó resección completa vía biliar con anastomosis hepático yeyunal en Y de Roux, ya que además de fistula colecistocolociana presentaba sospecha de malignidad.

En todos los pacientes con Mirizzi tipo IV se realizaron colecistectomía abierta con exploración de vías biliares más coledocoplastia y drenaje biliar externo con sonda de Kehr. Al paciente con Mirizzi tipo V se realizó sección de fistula colecistointestinal con rafia gástrica más coledocoplastia y drenaje biliar externo con sonda de Kehr.

La estancia hospitalaria promedio fue de 13,28 días debido a los controles postoperatorios y comorbilidades. En 4 pacientes se diagnosticó coledocolitiasis residual por Colangiografía en el control postquirúrgico y todos que se resolvieron mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin complicaciones. NIH se vio en 2 pacientes en el curso de su internación sin requerimiento de cuidados intensivos, a los cuales se le realizó tratamiento antibiótico con buena evolución. Un paciente con infección del sitio quirúrgico que fue manejado con curaciones, antibiótico y antiinflamatorios y remitió antes del alta. Un paciente con Bilioma postqx la cual se resolvió con tratamiento conservador debido a su tamaño menor a 4cm por ecografía. Un paciente con peritonitis biliar por clipado insuficiente delístico que fue reintervenido. No se encontraron óbitos en la serie estudiada. (Figura 3)

FIG. 1. Tipo de Mirizzi (n:21)

Fuente: Archivo central de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas FCM UNA

FIG. 2. Abordaje quirúrgico inicial (n:21)

Fuente: Archivo central de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas FCM UNA.

FIG. 3. Comorbilidades

Fuente: Archivo central de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas FCM UNA.

DISCUSIÓN

La incidencia del síndrome de Mirizzi es baja. La mayoría de las series reportan una frecuencia 0,7 a 1,4% de los pacientes sometidos a cirugía biliar por cálculos²⁻¹¹, excepto una serie mexicana con 4,7% de casos en una población de 4422.

El Hospital de Clínicas es un centro reconocido de manejo de patología biliar en el país, en lo cual hace poco probable la sobreestimación del concepto de Mirizzi y hace muy confiable el diagnóstico intraoperatorio. Nuestra frecuencia es de 0.6% que puede considerarse como baja teniendo en cuenta que la mayoría de las series están comprendidos en el rango citado anteriormente.

Los resultados de la serie aquí presentada resaltan el predominio del sexo femenino al igual que en otros reportes. En ella 14 corresponden del sexo femenino, coincidiendo con la serie de Csendes y otros autores.^{5,6,12}

El promedio de edad tampoco fue dispar, predominando en la 5ª y 6ª década de la vida. Se encontró pacientes muy jóvenes (26 años) y de edad muy avanzada (81 años).

El cuadro clínico es de dolor asociado a ictericia; en esta serie 11 pacientes la presentaron que corresponde al 52%. En otras series, se presenta ictericia en 38% a 100% de los casos^{2,5,3,5,6} la cual coincide con el análisis. El patrón de laboratorio corresponde a colestasis pero sólo el 53% de nuestros pacientes presentaron alteraciones en las pruebas de función y excreción hepática.^{2,13,14}

El ultrasonido o la ecografía de hígado y vías biliares es el estudio inicial en los pacientes con patología de la vía biliar y puede revelar datos para sospechar el síndrome de Mirizzi, como son la dilatación de la vía biliar, los cálculos enclavados en la bolsa de Hartmann y las alteraciones del conductoístico, con una sensibilidad –según la literatura– de 23%. Se realizó este examen a los 21 pacientes y por ecografía no se encontraron pacientes con síndrome de Mirizzi^{1,15}.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es el estudio de elección para confirmar síndrome de Mirizzi; sin embargo, tiene una sensibilidad de sólo el 55%, tiene una importante morbilidad y no todos los pacientes de nuestra serie cumplieron los criterios para su realización en el preoperatorio, sin embargo en el post operatorio, se observaron 4 pacientes con litiasis coledociana diagnosticada por colangiografía, la cuales se resolvieron con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Todos los casos (21 pacientes) de síndrome de Mirizzi fueron diagnosticados en el acto operatorio, encontrándose un predominio de la lesión de tipo I, seguida muy de cerca por el tipo II. En la serie de Csendes, publicada en 1989, los tipos II Y III fueron los más frecuentes⁵. Martínez Marull¹⁶ presenta una serie con predominio del tipo I, seguida del tipo II, que coincide con el presente estudio.

La intervención quirúrgica es tanto más compleja cuanto mayor sea el grado de lesión. La anatomía alterada del Síndrome de Mirizzi predispone a la lesión ductal. Por ello vale tener en cuenta los principios de Hunter: identificar el hepatocolédoco, quedarse fuera de la zona, verificar la confluencia cístico-vesicular y practicar sistemáticamente la colangiografía intraoperatoria¹⁶.

Csendes propone la colecistectomía parcial en las lesiones tipo I y II y la sutura del defecto con coledocoplastia -utilizando el bacinete- en lesiones tipo III. En las lesiones tipo IV, propuso inicialmente las anastomosis biliobiliares, encontrándose luego con estenosis de las vías biliares que lo llevaron a optar finalmente por las anastomosis hepaticoyeyunales⁵.

Las tácticas y técnicas empleadas con los pacientes de nuestra serie coinciden con lo generalmente aceptado. Existe cierto grado de consenso al proponer para la lesión tipo I la colecistectomía, total o parcial, en el tipo II la sutura simple del defecto y drenaje biliarexterno con sonda de Kehr, algunos con trancístico, en el tipo III se puede utilizar la pared vesicular para cubrir el defecto y realizar coledocoplastia (flap). En las lesiones más severas tipo III y IV está indicada la anastomosis biliodigestiva, generalmente hepaticoyeyunal en Y de Roux^{6,7,16}.

Este trabajo aporta datos importantes sobre el síndrome de Mirizzi; muestra una frecuencia baja de este cuadro clínico 0,6%, en contraste con lo que aparece reportado en la literatura que informa mayores tasas de incidencia. No existen estudios de elección para el diagnóstico preciso del síndrome de Mirizzi en el periodo preoperatorio, lo que supone el desarrollo de destrezas para su adecuado manejo pues suele ser un hallazgo intraoperatorio. En el adulto mayor, con historia de ictericia obstructiva, la colangiografía preoperatoria se revela fundamental para guiar la táctica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. AL-Akelly 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. CORTÉS M, VÁSQUEZ A. Frecuencia del síndrome de Mirizzi en un hospital de enseñanza. *Cirujano General* 2003; 25:334-7.
3. Mirizzi P. Síndrome del conducto hepático. *J Int Chir.* 1948;8:731-7.
4. Blumgart LH. *Surgery of the Liver and Biliary Tract*, 2nd ed. Churchill Livingstone (Edinburg) 1994: 917-919.
5. McSherry ChK, Ferstenberg H, Virshup M. The Mirizzi syndrome: Suggested classification and surgical therapy. *Surg Gastroenterol* 1982; 219-225.
6. Csendes A, Díaz J, Burdiles P, Maluenda F, Nava, O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg* 1989; 76: 1139-1143.
7. Nakagawara M, Kajimura M, Hanai H, Kaneko E. Preservative treatment for Biliobiliary Fistula. *J Clin Gastroenterol* 1999; 29: 190-192.
8. Bare M, Gurer S, Taskin V, Aladag M, Hilmioğlu F, Gurel M. Mirizzi Syndrome: Choice of Surgical Procedure In the Laparoscopic Era. *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 63-67.
9. Krahenbuhl L, Moser J, Redaelli C, Seiler Ch, Maurer Ch, Baer H. A Standardized Surgical Approach for the Treatment of Mirizzi Syndrome. *Dig Surg* 1997; 14: 272-276.
10. Bare HU, Matthews JB, Schweizer WP, Gertsch P, Blumgart LH. Management of the Mirizzi syndrome and the surgical implications of chole-cistocholedochal fistula. *Br J Surg* 1990; 77: 743-745.
11. 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
12. Bower TC, Nagorney DM. Mirizzi syndrome. *HPB Surg* 1988; 1: 67-76.
13. Milone M, Musella M, Maietta P, Guadiso D, Pisapia A, Coretti G, et al. Acute acalculous cholecystitis determining Mirizzi syndrome: case report and literature Review. *BMC Surgery.* 2014;14:90.
14. Shah OJ, Dar MA, Wani MA, Wani NA. Management of Mirizzi syndrome: a new surgical approach. *ANZ J Surg* 2001; 71:423-7.
15. Reyes Cerezo M, Solórzano Peck G, Redel Edel del Pueyo J, Vázquez Marquez L, Gordon del Río A, Arévalo Jiménez E, Pera Madrazo C. Mirizzi syndrome: apropos of 13 cases. *Rev Esp Enf Aparato Digestivo.* 1989; 75:475-80.
16. Martínez Marull A, Gutiérrez L. Síndrome de Mirizzi. *Rev Argent Cirug* 1999; 76: 236-242.